Une image contenant texte, Police, Graphique, logo

Le contenu généré par l’IA peut être incorrect.

**MARCHE PUBLIC DE SERVICES**

**agence nationale de**

**sÉcuritÉ du mÉdicament**

**LOT N° 3**

**ASSISTANCE VOYAGES**

**A C T E D’E N G A G E M E N T**

**Appel d’offres ouvert passé en application des articles L.2124-1, L.2124-2 et R.2124-1, R.2124-2, R.2161-2 à R.2161.5 du Code de la Commande Publique**

**Partie réservée à l’administration**

* Date du marché **:**
* Montant :
* Imputation :

**Représentant du Pouvoir adjudicateur :**

Madame Catherine PAUGAM-BURTZ, Directrice Générale de l’ANSM nommée par décret du

Président de la République en date du 31 octobre 2024.

**Ordonnateur :**

Madame la Directrice générale de l’Agence Nationale de Sécurité du Médicament, Catherine PAUGAM-BURTZ

**Comptable public assignataire des paiements :**

Monsieur l’agent comptable de l’ANSM

**ENTRE LES SOUSSIGNES :**

L’Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, sise 143-147, boulevard Anatole France – 93285 SAINT-DENIS CEDEX, établissement public à caractère administratif, représentée par Catherine PAUGAM-BURTZ, Directrice Générale.

D’une part,

**Et**

La Compagnie d’assurances :

Qui, par mandat du

A donné mission de (décrire l’étendue des missions) :

A l’intermédiaire ci-après dénommé

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Agissant en qualité de** | **Courtier ou Agent\*** | **Représentant la compagnie d’assurances :** |
| Nom et raison sociale |  |  |
| Adresse |  |  |
| Téléphone  Fax :  Courriel : |  |  |
| N°d’inscription au registre du commerce de : |  |  |
| Immatriculation Siret : |  |  |
| Code APE |  |  |

**\*barrer la mention inutile**

Désigné dans ce qui suit sous le vocable **« l’Assureur »**

D’autre part,

**Il a été convenu ce qui suit :**

**ARTICLE 1**

**ENGAGEMENT DE L’ASSUREUR**

**L’Assureur s’engage** :

* Après avoir pris connaissance et accepté sans modification le **C.C.A.P**. joint et les documents suivants : **C.C.T.P., CONDITIONS GENERALES DE GARANTIES et INVENTAIRE DES RISQUES** - qui constituent le cahier des charges, sous la forme d’un contrat d’assurances,
* Après avoir fourni les documents des articles R. 2143-3 à R. 2143-16 du Code de la Commande Publique

**à exécuter dans leur intégralité l’ensemble des clauses et conditions définies au cahier des charges et concernant le lot « ASSURANCE ASSISTANCE VOYAGES ».**

L’offre ainsi présentée ne le lie toutefois que si son acceptation lui est notifiée dans un délai de **240 jours** à compter de la date limite de remise des offres fixées par le Règlement de Consultation.

**ARTICLE 2**

**DUREE DU MARCHE – ECHEANCE - RESILIATION**

* Prise d’effet  : **1er Janvier 2026 - 00 h 00**
* Echéance : **1er Janvier**
* Durée : **48 mois**
* Période d’exécution – résiliation :

Possibilité de résiliation annuelle à la date anniversaire en respectant un préavis réciproque de 6 mois. Par dérogation à l’article R 113-10 du Code des Assurances, l’Assureur ne pourra pas résilier le contrat après sinistre. Seule la résiliation en respectant le préavis sera possible. La résiliation s’effectuera par courrier recommandé avec AR. Toute modification sur les conditions du contrat (franchises, augmentation ou diminution des taux proposés lors de la souscription) devra être notifiée en respectant le préavis ci-dessus. Passé ce délai la modification ne pourra être effective pour l'échéance annuelle suivante.

**ARTICLE 3**

**TARIFICATION – APERITION**

**3.1 TARIFICATION**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **PRIME ANNUELLE PROVISIONNELLE** | |
| **HT** | **TTC** |
| **Solution de base**  Franchise : Voir CCTP |  |  |

**Prime annuelle provisionnelle HT exprimée en toutes lettres :**

**Prime annuelle provisionnelle TTC exprimée en toutes lettres :**

**3.2 APERITION**

* Compagnie apéritrice :
* Pourcentage d’apérition :
* Co-assurance éventuelle :

**ARTICLE 4**

**OBSERVATIONS PAR RAPPORT AU DCE**

Observations éventuelles devant faire l’objet, en annexe d’une énumération précise.

Nombre d’observations :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CONDITIONS GENERALES** | **OUI** | **NON** |
| * Vos conditions générales complètent-elles les dispositions du cahier des charges ? * Dans ce cas : * La clause la plus favorable s’applique-t-elle ? * Les exclusions de vos conditions générales non prévues dans notre cahier des charges se rajoutent-elles ? |  |  |
|  |  |
|  |  |
| **PIECES ANNEXES** | **OUI** | **NON** |
| * Vos pièces annexes complètent-elles les dispositions du cahier des charges ? * Dans ce cas : * La clause la plus favorable s’applique-t-elle ? * Les exclusions de vos pièces annexes non prévues dans notre cahier des charges se rajoutent-elles ? |  |  |
|  |  |

**ARTICLE 5**

**PAIEMENT**

La personne publique se libérera des sommes dues au titre du présent marché par mandatement au crédit du compte suivant :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Titulaire du compte |  | | | |
| Domiciliation |  | | | |
| Code banque | Code guichet | Numéro de compte | Clé RIB | FR |
|  |  |  |  |  |
| IBAN |  | | | |
| BIC |  | | | |

(Joindre impérativement le relevé d’identité bancaire)

Fait à ……………………, le …………………….

Mention manuscrite « Lu et approuvé »

Le candidat

**CHOIX DE L’AGENCE NATIONALE**

**DE SÉCURITÉ DU MÉDICAMENT**

**LOT N° 3**

**ASSITANCE VOYAGES**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **PRIME ANNUELLE PROVISIONNELLE** | |
| **HT** | **TTC** |
| **Solution de base**  Franchise : Voir CCTP |  |  |

**LE POUVOIR ADJUDICATEUR**

Est acceptée la présente offre

Pour valoir acte d’engagement

A ……………………, le…………………

**DATE DE NOTIFICATION AU TITULAIRE :**

**Il est demandé au candidat retenu après réception de la présente acceptation de faire parvenir à l’entité une note de couverture.**