

MARCHE PUBLIC DE SERVICES

MAPA / ASSURANCE N° PA/2026/ASSURANCE



ORGANISME COORDONNATEUR : LA CAF DU PAS DE CALAIS

**GROUPEMENT DE COMMANDES CONSTITUE ENTRE LA CAF DU PAS DE CALAIS
(COORDONNATEUR) ET LES CAF DE L' AISNE, CAF DES ARDENNES, CAF DU NORD
ET CAF DE L'OISE**

**MARCHE D'ASSURANCES PASSE EN PROCEDURE "ADAPTEE" SELON
L'ARTICLE L2123-1 ET LES ARTICLES R2123-1 A R2123-7 DU CODE DE
LA COMMANDE PUBLIQUE**

L'ACTE D'ENGAGEMENT

LOT UNIQUE :

**ASSURANCES DES INDEMNITES CONTRACTUELLES
[CPV 665 12100-3]**

ACTE D'ENGAGEMENT

[CPV 665 12100-3]

1. IDENTIFICATION DES PARTIES CONTRACTANTES

Entre les soussignés :

① ORGANISMES CONTRACTANTS :

- ↳ CAF DU PAS DE CALAIS (62) [Coordonnateur]
- ↳ CAF DE L' AISNE (02)
- ↳ CAF DES ARDENNES (08)
- ↳ CAF DU NORD (59)
- ↳ CAF DE L'OISE (60)

PROCEDURE "ADAPTEE" SELON L'ARTICLE L2123-1 ET LES ARTICLES R2123-1 ET SUIVANTS
DU CODE DE LA COMMANDE PUBLIQUE

■ LA PERSONNE SIGNATAIRE DU MARCHE EST :

Le représentant du coordonnateur du groupement

■ PERSONNE HABILITEE A DONNER LES RENSEIGNEMENTS :

Le Directeur de chaque organisme adhérent au groupement de commandes.

■ COMPTABLE ASSIGNATAIRE DES PAIEMENTS :

L'Agent Comptable de chaque organisme

■ PIECES CONSTITUTIVES

- Un acte d'engagement
- Annexe 1 : en cas de sous-traitance
- Annexe 2 : énumération exhaustive des éventuelles réserves
- le CCAP
- le CCTP

② **CONTRACTANT :**

Je soussigné :

NOM et PRENOM :

A compléter au choix selon la nature de l'entreprise :

Agissant en mon nom personnel

Domicilié à

.....

.....

Téléphone :

Ou

Agissant pour le nom et pour le compte de la société / de la Mutuelle ou de l'Institution :
(intitulé complet et forme juridique)

.....

au capital de :

ayant son siège social à :

Téléphone :

- Immatriculé(e) à l'INSEE :

N° d'identité d'établissement (SIRET) :

Code d'activité économique principale (APE)

N° d'inscription au registre du commerce et des sociétés :

- N° de registre des mutuelles :

⇒ **Après avoir pris connaissance du Cahier des Clauses Administratives Particulières (CCAP) et du Cahier des Clauses Techniques Particulières (CCTP) "Assurance des Indemnités contractuelles", de leurs annexes et des documents qui y sont mentionnés ;**

M'engage, conformément aux stipulations des documents visés ci-dessus, à exécuter les prestations dans les conditions définies ci-après.

L'offre ainsi présentée ne me lie toutefois que si son acceptation m'est notifiée dans un délai de 120 jours à compter de la date limite de remise des offres.

②bis CONTRACTANTS :

Nous soussignés :

NOM et PRENOM :

Agissant en mon nom personnel

Domicilié à

.....

Téléphone :

Immatriculé(e) à l'INSEE :

- N° d'identité d'établissement (SIRET) :

- Code d'activité économique principale (APE)

- N° d'inscription au registre du commerce et des sociétés :

ou

NOM et PRENOM :

Agissant pour le nom et pour le compte de la société / de la mutuelle ou de l'institution :
(Intitulé complet et forme juridique)

.....

Au capital de

Ayant son siège social à :

.....

Téléphone :

- Immatriculé(e) à l'INSEE :

- N° d'identité d'établissement (SIRET) :

- Code d'activité économique principale (APE)

- N° d'inscription au registre du commerce et des sociétés :

- N° de registre des mutuelles :

②ter CONTRACTANT:

Nous soussignés :

NOM et PRENOM :

Agissant en mon nom personnel

Domicilié à

Téléphone :

Immatriculé(e) à l'INSEE :

- N° d'identité d'établissement (SIRET) :

- Code d'activité économique principale (APE)

- N° d'inscription au registre du commerce et des sociétés :

ou

NOM et PRENOM :

Agissant pour le nom et pour le compte de la société / de la mutuelle ou de l'institution :
(Intitulé complet et forme juridique)

Au capital de

Ayant son siège social à :

Téléphone :

- Immatriculé(e) à l'INSEE :

- N° d'identité d'établissement (SIRET) :

- Code d'activité économique principale (APE)

- N° d'inscription au registre du commerce et des sociétés :

- N° de registre des mutuelles :

⇒ **Après avoir pris connaissance du Cahier des Clauses Administratives Particulières (CCAP) et du Cahier des Clauses Techniques Particulières (CCTP) "Assurance des Indemnités contractuelles", de leurs annexes et des documents qui y sont mentionnés ;**

Nous nous engageons, en tant que candidats groupés, conformément aux stipulations des documents visés ci-dessus, à exécuter les prestations dans les conditions définies ci-après.

L'offre ainsi présentée ne nous lie toutefois que si son acceptation nous est notifiée dans un délai de 120 jours à compter de la date limite de remise des offres fixée par le règlement de la consultation.

Le candidat
est le mandataire des candidats groupés

2 DUREE ET PRISE D'EFFET DU MARCHÉ :

Durée de validité du marché :

La date d'effet est fixée au **1^{er} janvier 2027 à 0h00**.

Le marché est conclu pour une durée de **QUATRE ANS**.

Par ailleurs, les contrats sont résiliables annuellement par chacune des parties moyennant un préavis de 6 mois avant le 1^{er} janvier 0 heure.

3 PAIEMENTS :

Les factures afférentes aux paiements sont établies en 1 exemplaire et adressées à chaque organisme :

Chaque organisme se libérera des sommes dues au titre du présent marché en en faisant porter le montant au crédit (joindre un RIB) :

- du compte ouvert au nom de :
- sous le numéro
- code banque code guichet
- clé
- à

4 INTERLOCUTEUR DEDIE DURING L'EXECUTION DES PRESTATIONS

Pour la bonne exécution des prestations objet du présent marché, le Titulaire présente ci-après la personne qualifiée de son entreprise chargée de suivre l'avancée des prestations :

Noms et Prénoms :
Fonction :
Téléphone fixe :
Téléphone mobile :
E-Mail :

5 TARIFICATION :

ASSURANCE DES INDEMNITES CONTRACTUELLES

GROUPE 1 : LES ENFANTS, ADO, ADULTES, BENEVOLES ET ANIMATEURS DANS LE CADRE DES ACTIVITES ORGANISEES PAR L'ORGANISME

Soit une prime globale annuelle TTC* de € pour l'ensemble des organismes

	CAF DU PAS DE CALAIS
Soit une prime globale annuelle TTC* de	€
Soit une prime annuelle TTC* par assuré de	€

GROUPE 2 : LES AGENTS EN MISSIONS OU DEPLACEMENT PROFESSIONNELLES

Soit une prime globale annuelle TTC* de € pour l'ensemble des organismes

	CAF DU PAS DE CALAIS	CAF DE L' AISNE	CAF DES ARDENNES	CAF DU NORD	CAF DE L'OISE
Soit une prime globale annuelle TTC* de	€	€	€	€	€
Soit une prime annuelle TTC* par assuré de	€	€	€	€	€
+ Montant de la surprime en cas de dépassement exceptionnel par tranche de 100	€	€	€	€	€

GROUPE 3 : LES ADMINISTRATEURS TITULAIRES DE LA CAF OU LEUR SUPPLEANT EN CAS D'ABSENCE

Soit une prime globale annuelle TTC* de € pour l'ensemble des organismes

	CAF DU PAS DE CALAIS	CAF DE L' AISNE	CAF DES ARDENNES	CAF DU NORD	CAF DE L'OISE
Soit une prime globale annuelle TTC* de	€	€	€	€	€
Soit une prime annuelle TTC* par assuré de	€	€	€	€	€

La prime évoluera chaque année en fonction du nombre d'assurés mais également selon les variations de l'indice que le candidat aura éventuellement communiqué dans son offre

① Montant de l'indice retenu pour la révision Indice

② Mois de référence à prendre en considération pour la révision Mo est le mois de la remise des offres

!/ Il est à noter que les taux ou tarifs indiqués dans l'offre ne subiront pas les variations de l'indice en vigueur à la date d'effet du contrat d'assurances.

(* TTC = Toutes taxes, contributions et frais compris)

Remarques particulières concernant la sous-traitance

- pour l'exécution du marché, je n'envisage pas de recourir à un ou à plusieurs sous-traitants,
- L'annexe n°1 au présent acte d'engagement indique la nature et le montant des prestations que (j'envisage de faire (nous envisageons

exécuter par des sous-traitants payés directement, le nom de ces sous-traitants et les conditions de paiement des contrats de sous-traitance ; le montant des prestations sous-traitées, indiqué dans chaque annexe, constitue le montant maximal de la créance que le sous-traitant concerné pourra présenter en nantissement.

Chaque annexe constitue une demande d'acceptation du sous-traitant concerné et d'agrément des conditions de paiement du contrat de sous-traitance, demande qui est réputée prendre effet à la date de notification du marché ; celle-ci emportant acceptation du sous-traitant et agrément des conditions de paiement du contrat de sous-traitance.

Le montant total des prestations que (j'envisage (nous envisageons

de sous-traiter conformément à ces annexes est de : _____ Euros

En outre, le tableau ci-après indique la nature et le montant que

(j'envisage de faire exécuter par des sous-traitants payés (nous envisageons

directement après avoir demandé en cours d'exécution des prestations leur acceptation à l'acheteur; les sommes figurant à ce tableau correspondant au montant maximal de la créance que le sous-traitant concerné pourra présenter en nantissement.

NATURE DE LA PRESTATION	MONTANT DE LA PRESTATION (TVA incluse)
	TOTAL :

Le montant maximal de la créance que (je pourrai présenter en (nous pourrons nantissement est ainsi de : _____ Euros

5 AVANCE :

SANS OBJET

6 COMPOSITION DU GROUPEMENT AVEC INDICATION DE LA COASSURANCE

◆ Nom de l'apériteur : _____

◆ Pourcentage d'apérition. : %

◆ Part de coassurance éventuelle avec identification et engagement des coassureurs :

Coassureurs	
NOM	% d'apérition

7 DECLARATION

Je certifie que :

- Ma faillite personnelle ou la liquidation judiciaire de la Société que je représente n'a pas été prononcée,
- En application des dispositions des articles L2141-1 à L2141-11 du code de la commande publique et sous peine d'exclusion définitive ou temporaire des marchés passés par les organismes de sécurité sociale (OSS), de résiliation de plein droit du Marché, ou de la mise en régie aux torts exclusifs du déclarant, moi-même ou la société que je représente, ne tombe pas sous le coup des interdictions de concourir à un Marché Public et n'a pas fourni des renseignements inexacts sur ma situation,
- L'exécution de la prestation sera réalisée avec des salariés employés régulièrement au regard des dispositions du Code du travail (loi n° 97-210 du 11 mars 1997, relative au renforcement de la lutte contre le travail illégal et décrets d'application ultérieurs)
- Je n'ai fait l'objet, au cours de ces cinq dernières années, d'aucune condamnation inscrite au bulletin n° 2 du casier judiciaire pour les infractions relatives au travail dissimulé.

8 RESERVES EVENTUELLES

Ces réserves éventuelles doivent faire l'objet d'une énumération exhaustive détaillée sur l'annexe technique jointe au présent acte d'engagement (Annexe 2)

Réserve (s): OUI ☐ NOMBRE :
 NON ☐

Fait en un seul exemplaire original le		à
Nom et prénom du candidat (le titulaire) :		
Signature numérique du candidat		

9 DECISION DE L'ACHETEUR (le Pouvoir adjudicateur et coordonnateur)

La présente offre est acceptée pour valoir Acte d'engagement

Solution retenue

A _____, le

Signature numérique du pouvoir adjudicateur

L'acheteur

- compte à créditer (établissement de crédit, agence ou centre, numéro de compte)
.....

CONDITIONS DE PAIEMENT DU CONTRAT DE SOUS-TRAITANCE

- modalités de calcul et de versement des avances et acomptes
.....
- date (ou mois) d'établissement des prix :
- modalités de variation des prix
.....
- stipulations relatives aux délais, pénalités, primes, réfections et retenues diverses
.....
- personne habilitée (1) à donner les renseignements
.....

COMPTABLE ASSIGNATAIRE DES PAIEMENTS

L'agent comptable de _____

L'acheteur,
A, le

La société,
A, le

(1) Acheteur

→ **ANNEXE 2 A L'ACTE D'ENGAGEMENT**

(Dans cette annexe, le candidat détaillera de façon exhaustive les réserves éventuelles)