



Envoyé en préfecture le 23/12/2025

Reçu en préfecture le 23/12/2025

Publié le

ID : 045-214503088-20251223-DEC2025_115-CC



**DÉCISION DU MAIRE
N° DEC2025-115
PRISE EN VERTU DES
POUVOIRS DÉLÉGUÉS PAR LE
CONSEIL MUNICIPAL**

OBJET : Attribution marché assurance risques statutaires

Le Maire de la ville de Semoy,

Vu l'article L.2122-22 du Code Général des Collectivités Territoriales qui donne au Conseil Municipal la possibilité de déléguer au Maire, pour la durée de son mandat, certaines attributions,

Vu l'article L.2122-23 qui en précise les conditions d'exécution,

Vu la délibération du Conseil Municipal n°36/20 en date du 27 mai 2020 alinéa 5 donnant délégation à Monsieur le Maire pour prendre toute décision concernant la préparation, la passation, l'exécution et le règlement des marchés et des accords-cadres d'un montant inférieur, s'agissant des contrats relatifs aux besoins de fournitures et services, à 100 000 € HT et s'agissant des contrats relatifs aux travaux publics, à 1 000 000 € HT ainsi que toute décision concernant leurs avenants, lorsque les crédits sont inscrits au budget ;

DECIDE

Article 1 : De signer avec l'entreprise WILLIS TOWERS WATSON située 52 avenue du Général de Gaulle 92094 LA DÉFENSE un marché d'assurances pour les risques statutaires.

Article 2 : De préciser que le contrat s'applique pour une durée de quatre ans à compter du 1^{er} janvier 2026.

Article 3 : Le marché est conclu pour un total de prime annuelle de 25 947,44€.

Article 4 : De rendre compte, conformément aux dispositions de l'article L2122-23 du CGCT, de la présente décision au cours de la prochaine séance du Conseil Municipal et figurera au registre des délibérations

Fait à Semoy, le 23 décembre 2025

Le Maire,
Laurent BAUDE



Transmission et réception en préfecture le : **23 DEC. 2025**

Publication numérique le : **23 DEC. 2025**

Conformément aux dispositions du code de justice administrative, le tribunal administratif d'Orléans peut être saisi par voie de recours formé contre la présente décision pendant un délai de deux mois commençant à courir à compter de la plus tardive des dates suivantes :

- date de sa réception par le représentant de l'Etat dans le département pour contrôle de légalité
- date de sa publication et/ou de sa notification

Envoyé en préfecture le 23/12/2025

Reçu en préfecture le 23/12/2025

Publié le



ID : 045-214503088-20251223-DEC2025_115-CC



Marchés de services d'assurance

Assurances

LOT 2 – Assurance Risques statutaires

AAPC-2025-006

ACTE D'ENGAGEMENT

Maître d'Ouvrage : **MAIRIE DE SEMOY**
20 Place François Mitterrand
45400 SEMOY
Téléphone : 02.38.61.96.00

SOMMAIRE

Envoyé en préfecture le 23/12/2025

Reçu en préfecture le 23/12/2025

Publié le



ID : 045-214503088-20251223-DEC2025_115-CC

1 – IDENTIFICATION DE L'ASSURÉ	3
2 – IDENTIFICATION DE L'ASSUREUR	3
3 – DISPOSITIONS GÉNÉRALES	5
3.1 OBJET	5
3.2 MODE DE PASSATION	5
4 – PRIX	5
5 – DURÉE / DÉLAI D'EXÉCUTION - RÉILIATION	7
6 – ENGAGEMENTS DE L'ASSUREUR	8
7 – OBSERVATIONS PAR RAPPORT AU CCTP	10
8 – PAIEMENT	11
9 – SIGNATURE	12
ANNEXE 1 - DÉSIGNATION DES CO-TRAITANTS ET RÉPARTITION DES PRESTATIONS	15

1 – IDENTIFICATION DE L'ASSURÉ

Dénomination : Commune de Semoy

Représentant légal : M. le Maire de la commune, Laurent BAUDE

Adresse : Mairie, 20 place François Mitterrand 45400 SEMOY

Personne responsable du marché : M. le Maire de la commune de Semoy

Personne habilitée à donner les renseignements : M. Vincent DESRUS – Responsable administration générale et juridique – administration.generale@ville-semoy.fr – 02-38-61-96-02

Ordonnateur : M. le Maire de la commune de Semoy

Comptable public assignataire des paiements :

Centre des Finances Publiques

Trésorerie Rive de Loire Nord

Cité administrative Coligny – Bât F1

131 rue du Faubourg Bannier

CS 54211

45042 Orléans Cedex 1

Téléphone : 02.38.42.57.59

2 – IDENTIFICATION DE L'ASSUREUR

Après avoir pris connaissance des pièces constitutives du marché indiquées à l'article "pièces contractuelles" du Cahier des clauses particulières qui fait référence au CCAG - Travaux et conformément à leurs clauses et stipulations ;

Le signataire (Candidat individuel),

M / Mme	
Agissant en qualité de	

m'engage sur la base de mon offre et pour mon propre compte ;

Nom commercial et dénomination sociale	
Adresse	
Courriel	
Numéro de téléphone	
Numéro de SIRET	
Code APE	
Numéro de TVA intracommunautaire	

engage la société sur la base de son offre ;

Nom commercial et dénomination sociale	
Adresse	
Courriel	
Numéro de téléphone	
Numéro de SIRET	
Code APE	
Numéro de TVA intracommunautaire	

Le mandataire (Candidat groupé),

M / Mme	Sophie VOLABEL GOMES
Agissant en qualité de	Responsable Equipe Technique

désigné mandataire (renseigner les membres du groupement dans l'annexe à la fin du présent document) :

- du groupement solidaire
 solidaire du groupement conjoint
 non solidaire du groupement conjoint

Nom commercial et dénomination sociale	WILLIS TOWERS WATSON
Adresse	Tour HEKLA 52 Avenue du Général de Gaulle CS 10427 92094 LA DEFENSE
Courriel	fr.collocs.puteaux@wtwco.com
Numéro de téléphone	01 41 43 50 33
Numéro de SIRET	311 248 637 01208
Code APE	6622Z
Numéro de TVA intracommunautaire	

S'engage, au nom des membres du groupement, sur la base de l'offre du groupement,

À exécuter les prestations demandées dans les conditions définies ci-après ;

L'offre ainsi présentée n'est valable toutefois que si la décision d'attribution intervient dans un délai de 190 jours à compter de la date limite de réception des offres fixée par le règlement de la consultation.

3 – DISPOSITIONS GÉNÉRALES

3.1 OBJET

Le présent contrat a pour objet la souscription de contrats d'assurance par la commune de Semoy au titre :

- de l'assurance des risques statutaires

Le présent Acte d'Engagement correspond :

À l'ensemble du marché public

Au lot n° 2 ou aux lots n° du marché public.

Assurance Risques statutaires

3.2 MODE DE PASSATION

La procédure de passation est : la procédure adaptée ouverte. Elle est soumise aux dispositions des articles L. 2123-1 et R. 2123-1 1° du Code de la commande publique

4 – PRIX

MASSE SALARIALE - PERSONNEL CNRACL : 1 072 208,51 €* HORS CHARGES

*Selon la masse salariale transmise dans le document « 5 - AAPC-2025-006_Inventaire_des_risques »

	TAUX	PRIME ANNUELLE HORS CHARGES	OPTION RETENUE PAR L'ASSURÉ	
			OUI	NON
Décès	0,26%	2 787,74 €	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accident du travail – Maladie imputable au service OPTION 1 FRANCHISE 20 JOURS	1,11%	11 901,51 €	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accident du travail – Maladie imputable au service OPTION 2 FRANCHISE 30 JOURS	1,03%	11 043,75 €	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Congé de maladie ordinaire OPTION 1 FRANCHISE 30 JOURS	2,80%	30 021,84 €	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Congé de maladie ordinaire OPTION 1 FRANCHISE 60 JOURS	1,56%	16 726,45 €	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Congé de longue maladie – congé de longue durée	1,05%	11 258,19 €	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maternité – Paternité - Adoption	1,72%	18 441,99 €	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Infirmité de guerre	Inclus dans les taux	0 €	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Temps partiel thérapeutique	Inclus dans les taux	0 €	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disponibilité d'office – Invalidité temporaire	Inclus dans les taux	0 €	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MASSE SALARIALE – PERSONNEL IRCANTEC : 802 568,4

*Selon la masse salariale transmise dans le document « 5 – AAPC-2025-006_Inventaire_des_risques »

	TAUX	PRIME ANNUELLE TOUTES CHARGES COMPRISES	OPTION RETENUE PAR L'ASSURÉ	
			OUI	NON
Accident du travail – Maladie imputable au service OPTION 1 FRANCHISE 20 JOURS L'assureur ne propose que la garantie Accident du travail – Maladie imputable au service SANS FRANCHISE Cf tarification Congé de MO 30 jours fermes et 60 jours fermes		€	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Accident du travail – Maladie imputable au service OPTION 2 FRANCHISE 30 JOURS L'assureur ne propose que la garantie Accident du travail – Maladie imputable au service SANS FRANCHISE Cf tarification Congé de MO 30 jours fermes et 60 jours fermes		€	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- accident du travail / maladie professionnelle / maladie imputable au service / Longue maladie / maladie de longue durée / Maternité / paternité / adoption SANS FRANCHISE Congé de maladie ordinaire OPTION 1 FRANCHISE 30 JOURS L'assureur exige la souscription en tout risques pour les agents IRCANTEC	1,50%	12 038,53 €	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- accident du travail / maladie professionnelle / maladie imputable au service / Longue maladie / maladie de longue durée / Maternité / paternité / adoption SANS FRANCHISE Congé de maladie ordinaire OPTION 1 FRANCHISE 60 JOURS L'assureur exige la souscription en tout risques pour les agents IRCANTEC	1,40%	11 235,96 €	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Congé de grave maladie	Inclus dans les taux	0 €	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Maternité – Paternité - Adoption	Inclus dans les taux	0 €	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

TOTAL PRIMES RETENUES PAR L'ASSURÉ HORS CHARGES	25 947,44 €
TOTAL PRIMES RETENUES PAR L'ASSURÉ TOUTES CHARGES COMPRISES	31 136,93 €

- Prise d'effet : **1^{er} janvier 2026 - 00 h 00**
- Echéance : **1^{er} 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.

6 – ENGAGEMENTS DE L'ASSUREUR

PRESTATIONS TECHNIQUES		
	OUI	NON
GESTION EN CAPITALISATION		
Capitalisation sans restriction	X	
Dans la négative : durée de l'indemnisation des prestations en espèces après résiliation		
Dans la négative : durée de l'indemnisation des prestations en nature après résiliation		
REVALORISATION DES PRESTATIONS (Indemnités journalières)		
Pendant la durée du contrat	X	
Après résiliation du contrat		X
GESTION DES RECHUTES		
A l'entrée	X	
	La reprise du passé inconnu pour les garanties précédemment couvertes par un contrat d'assurance statutaire est accordée par CNP Assurances dans un cadre contractuel sans surprime en cas de refus avéré et justifié de l'ancien assureur. En contrepartie, la collectivité s'engage à communiquer les conditions générales, les conditions particulières de l'ancien contrat, les déclarations de sinistres et rechutes et toutes autres pièces nécessaires, en cas de refus ou de non transmission de ces éléments, la reprise du passé inconnu ne sera pas accordée.	
A la sortie		
<ul style="list-style-type: none"> • Sans limitation de durée • Dans la négative, préciser la durée 	X	
AUTRES MODALITES		
L'Assureur s'engage à suivre la décision de la collectivité sur l'imputabilité des sinistres AT et maladies imputables au service	X	
Prise en compte de la REQUALIFICATION du type de congé après résiliation (maladie ordinaire → longue maladie, ne renseigner que si la garantie est demandée L'assureur ne prendra pas en charge la requalification d'une prestation dont l'origine serait antérieure à la prise d'effet du contrat. Ces prestations doivent être prises en charge au titre de la capitalisation par le précédent assureur.	X	
Délais de carence en maternité, ne renseigner que si la garantie est demandée		X

Règlement viager des prestations en nature		
Prise en compte des dépassements d'honoraires	X	
	Application de la FP3	
Application de la garantie Décès de tout agent inscrit au tableau des effectifs quelle que soit sa situation administrative à la prise d'effet du contrat	X	
Remboursement des honoraires et frais des praticiens et des prestataires de santé dans le respect de la prescription biennale	X	
La définition "accident de trajet" est-elle en adéquation avec l'article L 411.2 du code de la Sécurité sociale et de la jurisprudence s'y afférent	X	
Délais de déclaration à respecter (Pour mémo : 120 jours de la connaissance du fait générateur – Art 7 du CCAP) Préciser le nombre de jours : 120 jours pour les prestations en espèces et 2 ans à compter de la date des soins pour les prestations en nature. Ce délai s'applique : *De la connaissance : *De la survenance : X	X	

Les points forts de notre offre

- **Maintien de taux** les deux premières années du marché, **soit jusqu'au 31/12/2027** sauf éventuelles évolutions des textes législatifs et réglementaires. Pendant cette période l'assuré et l'assureur conservent leur faculté annuelle de résiliation.
- **Service d'écoute et de soutien psychologique offert SANS aucune condition d'accès** (ouvert à tous les agents de la collectivité quelle que soit leur situation), à la fois pour les agents en difficulté ou en souffrance et également pour les managers pour des conseils de tout ordre (addiction, conflits...)
Chaque agent peut bénéficier, si besoin, de 10 consultations par an en face à face avec un psychologue.
- **Optique** : pour les agents accidentés : prise en charge des montures de lunettes à hauteur **de 100 €** en lieu et place des 23 € prévus par le statut.
- **L'indemnisation de l'Accident de Travail débute le premier jour de l'arrêt de travail**
- Les délais de déclarations sont portés à **120 jours pour les prestations en espèce et 2 ans à compter de la dernière date des soins pour les prestations en nature**. Le délai de transmission des pièces est porté à **6 mois**. Ce délai court à compter du début de chacune des périodes présentées.
- **Pas de carence en maternité**

7 – OBSERVATIONS PAR RAPPORT AU CCTP

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

Nombre d'observations : 1

Observations

Notre offre est constituée par notre proposition d'assurance et par nos réponses apportées à l'acte d'engagement.

Dans le cadre de notre offre :

1/ Les agents réintégrant la collectivité après une période de détachement ou de mise en disponibilité bénéficient des garanties pour les sinistres survenus à partir de leur date de réintégration sous réserve qu'ils soient en activité normale de service.

Concernant les agents transférés en arrêt de travail, les prestations cessent d'être versées au départ de l'agent. La nouvelle collectivité prendra en charge les sinistres.

En cas de silence du cahier des charges, les dispositions contenues dans les conditions générales de l'assureur s'appliquent.

Dans le cas où vous joignez vos conditions générales et des pièces annexes, veuillez IMPERATIVEMENT renseigner le tableau suivant :

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

* Conformément au cahier des charges, l'ordre de priorité des pièces du marché est la suivante :

- ✓ Acte d'engagement et son annexe observations,
- ✓ CCAP,
- ✓ CCTP éventuellement amendé,
- ✓ Conditions Particulières de l'assureur retournées signées,
- ✓ Conditions Générales de l'assureur.

8 – PAIEMENT

Je renonce au bénéfice de l'avance : Non Oui

Le pouvoir adjudicateur se libèrera des sommes dues au titre de l'exécution des prestations en faisant porter le montant au crédit du ou des comptes suivants :

Titulaire du compte	WILLIS TOWERS WATSON France
Prestations concernées	Relation commerciale Gestion des sinistres et des primes Prestations annexes
Domiciliation	SG COURBEVOIE DEF ENT 2 (03175)
Code banque	3003
Code guichet	03175
N° de compte	00220140411
Clé RIB	17
IBAN	FR76 3000 3031 7500 2201 4041 117
BIC	SOGEFRPP



RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE

Titulaire
WILLIS TOWERS WATSON FRANCE

Domiciliation
**SG COURBEVOIE DEF ENT 2 (03175)
33 AV DE WAGRAM
92077 COURBEVOIE**

Référence bancaire

Code banque	Code guichet	N° compte	Clé RIB
3003	03175	00220140411	17

IBAN : FR76 3000 3031 7500 2201 4041 117
BIC-ADRESSE SWIFT : SOGEFRPP

Titulaire du compte	
Prestations concernées	
Domiciliation	
Code banque	
Code guichet	
N° de compte	
Clé RIB	
IBAN	
BIC	

En cas de groupement, le paiement est effectué sur :

- un compte unique ouvert au nom du mandataire ;
- les comptes de chacun des membres du groupement suivant les répartitions indiquées en annexe du présent document.

9 – SIGNATURE

- Les membres du groupement ont donné mandat au mandataire, qui signe le présent Acte d'Engagement :
- pour signer le présent acte d'engagement en leur nom et pour leur compte, pour les représenter vis-à-vis de l'acheteur et pour coordonner l'ensemble des prestations ;
(Joindre les pouvoirs en annexe du présent document)
 - pour signer, en leur nom et pour leur compte, les modifications ultérieures du marché public ;
(Joindre les pouvoirs en annexe du présent document)
 - ont donné mandat au mandataire dans les conditions définies par les pouvoirs joints en annexe.

Cf Candidature WTW

- Les membres du groupement, qui signent le présent Acte d'Engagement :
- donnent mandat au mandataire, qui l'accepte, pour les représenter vis-à-vis de l'acheteur et pour coordonner l'ensemble des prestations ;
 - donnent mandat au mandataire, qui l'accepte, pour signer, en leur nom et pour leur compte, les modifications ultérieures du marché public ;
 - donnent mandat au mandataire dans les conditions définies ci-dessous :
(Donner des précisions sur l'étendue du mandat.)

ENGAGEMENT DU CANDIDAT

J'affirme (nous affirmons) sous peine de résiliation du marché à mes (nos) torts ~~exclusifs que la (les) société(s) pour laquelle (lesquelles) j'interviens (nous intervenons) ne tombe(nt) pas sous le coup des interdictions découlant des articles L. 2141-1 à L. 2141-14 du Code de la commande publique.~~

Fait en un seul original

Signature du candidat, du mandataire ou des membres du groupement

Nom, prénom et qualité du signataire	Lieu et date de signature	Signature
Sophie VOLABEL GOMES Responsable Equipe Technique	La Défense, le 23/12/2025	Willis Towers Watson France Société par Actions Simplifiée au Capital de 1 432 600 Euros 52 Avenue du Général de Gaulle - CS 10427 92001 La Défense Cedex ☎ 01 41 43 55 00 - Télécopie 01 41 43 55 55 ORIAS : n° 07 07 07 07 

ACCEPTATION DE L'OFFRE PAR L'ACHETEUR

Le montant global de l'offre acceptée par l'acheteur est porté à :

TOTAL PRIMES RETENUES PAR L'ASSURÉ HORS CHARGES	25 947,44 €
TOTAL PRIMES RETENUES PAR L'ASSURÉ TOUTES CHARGES COMPRISES	31 136,93 €

La présente offre est acceptée

À SEMOY.....

Le 23/12/2025.....

Signature du représentant du Pouvoir adjudicateur, habilité par la décision en date du 27/05/2020 :





NANTISSEMENT OU CESSION DE CREANCES

Copie délivrée en unique exemplaire pour être remise à l'établissement de crédit en cas de cession ou de nantissement de créance de :

La totalité du marché dont le montant est de (indiquer le montant en chiffres et en lettres) :
.....
.....

La totalité du bon de commande n° afférent au marché (indiquer le montant en chiffres et lettres) :
.....
.....

La partie des prestations que le titulaire n'envisage pas de confier à des sous-traitants bénéficiant du paiement direct, est évaluée à (indiquer en chiffres et en lettres) :
.....
.....

La partie des prestations évaluée à (indiquer le montant en chiffres et en lettres) :
.....

et devant être exécutée par : en qualité de :

membre d'un groupement d'entreprise

sous-traitant

À

Le

Signature



ANNEXE 1 - DÉSIGNATION DES CO-TRAITANTS ET RÉPARTITION DES PRESTATIONS

Désignation de l'entreprise	Prestations concernées	Montant HT	Taux TVA	Montant TTC
<p>Dénomination sociale : Willis Towers Watson France SIRET : 311 248 637 01208 Code APE 6622Z N° TVA intracommunautaire :</p> <p>Adresse : Tour HEKLA 52 Avenue du Général de Gaulle CS 10427 92094 La Défense Cedex</p>	<p>Relation commerciale Gestion des sinistres et des primes Prestations annexes</p>	<p>8 %</p>		
<p>Dénomination sociale : CNP Assurances SIRET : 341 737 062 00966 Code APE 6511Z N° TVA intracommunautaire :</p> <p>Adresse : 4 promenade Cœur de Ville 92130 Issy-les Moulineaux</p>	<p>Tenant du risque intervenant sur les activités VIE et NON VIE</p>	<p>92 %</p>		
<p>Dénomination sociale :</p> <p>SIRET :Code APE.....</p> <p>N° TVA intracommunautaire :</p> <p>Adresse :</p>				
	<p>Totaux</p>	<p>100 %</p>		

Envoyé en préfecture le 23/12/2025
 Reçu en préfecture le 23/12/2025
 Publié le
 ID : 045-214503088-20251223-DEC2025_115-CC



AAPC-2025-006

Envoyé en préfecture le 23/12/2025

Reçu en préfecture le 23/12/2025

Publié le



ID : 045-214503088-20251223-DEC2025_115-CC