

Introduction Générale

Assurance, police, sinistre, prime, des termes évoqués tout le temps, partout et par tout. Personne ne peut s'en passer. Actes d'achat, accidents de la circulation, du travail, vols, incendies, tout y passe. Notre vie quotidienne est devenue synonyme d'assurance

Incompréhensible pour certains, complexes pour d'autres, l'assurance est devenue un élément vital dont le commun des mortels ne peut plus se passer.

Elle est présentée à tous les niveaux de notre vie, depuis la naissance jusqu'au décès de la personne « assurée ». Imaginez l'inverse : une vie sans assurance. Qu'advient-il de la personne qui serait victime d'un accident ou d'une catastrophe quelconque susceptible de le rendre invalide ou sans capacité physique aucune ?

Inventée par les Européens dans la foulée de la révolution industrielle qui a fait le bonheur économique de l'Europe, l'assurance a fait le tour du monde pour devenir en quelques années une industrie financière aux multiples acteurs.

Bien que l'assurance ait existé au Maroc depuis la période coloniale, elle ne s'est réellement développée qu'après l'indépendance, avec les chantiers économiques ouverts à l'époque et les grands projets d'infrastructure lancés par l'État.

La complexité de la relation assureur-assuré jette parfois un discrédit sur le vrai rôle des compagnies au Maroc. Les compagnies passent pour être des brasseurs insatiables de fonds, peu soucieux de accompagner le client dans sa démarche de remboursement en cas de problèmes en assurance. Souvent livré à lui-même, le client contribue à enrichir certaines compagnies sous le poids des contraintes juridiques et vitales difficiles à ignorer dans un contexte de plus en plus « inflationniste ».

Toutefois, une chose est sûre : la consommation d'assurance au Maroc reste faible. Son développement est conditionné par la production d'une législation forte et l'instauration d'un système fiscal incitatif.

Dans un passé récent, le secteur des assurances a traversé une crise structurelle sans précédent. Certaines compagnies englouties sous l'ampleur des litiges ont été poussées à déposer bilan. L'histoire des assurances retient en effet cinq compagnies liquidées dans le milieu des années 2000.

Ces compagnies, bien qu'elles aient occupé dans le passé des places de choix dans le paysage financier marocain pour leurs contributions dans le développement du secteur des assurances, ont failli assurer la continuité sous l'arrivée en masse des étrangers.

Définition de l'assurance

L'étymologie du mot assurance est "assurction", qui signifie assurer la sécurité.

Dans une formule simplifiée, nous pouvons définir l'assurance comme étant une opération par laquelle une partie, l'assuré, se fait promettre, moyennant une rémunération (la prime), une prestation par une autre partie, l'assureur, en cas de réalisation d'un risque.

Elle peut être définie aussi comme l'organisation d'une mutualité de personnes soumises à l'éventualité de la réalisation d'un même risque qui, par leurs contributions financières, assure l'indemnisation des dommages subis par ceux d'entre eux qui sont effectivement frappés par ce risque.

La principale raison d'être de l'assurance, c'est l'organisation de la solidarité au sein d'un groupe de personnes soumises à un risque afin d'indemniser ceux qui ont été victimes de la malchance par les contributions de ceux qui n'ont pas eu cette malchance.

Le contrat d'assurance

Le contrat d'assurance est une convention par laquelle une ou plusieurs personnes s'obligent envers une ou plusieurs d'autres, à donner, à faire ou à ne pas faire quelque chose.

Le contrat d'assurance comprend trois éléments : le risque, la prime et la prestation.

- **Le risque** : C'est un élément fondamental de l'assurance, et nous pouvons le définir comme un événement incertain et qui ne dépend pas de la volonté des parties et spécialement de celle de l'assuré.

- **La prime** : Il s'agit de la prime d'assurance, montant versé par l'assuré à l'assureur en contrepartie du risque pris en charge.

- **La prestation de l'assureur** : Il s'agit de l'indemnisation de l'assuré, montant touché par l'assuré en cas de la survenance du risque pris en charge.

La particularité du contrat d'assurance, c'est le phénomène aléatoire qui caractérise la réalisation du risque (sinistre), donc le paiement de la prime est effectif alors que le versement de la prestation reste aléatoire, c'est en ce sens que le contrat d'assurance c'est un contrat aléatoire.

La seule condition à l'assurabilité d'une chose est le risque (ou aléa), c'est-à-dire l'imprévisibilité d'un événement dommageable. En conséquence, sur le principe, il est possible de souscrire une assurance pour tout événement relatif à la propriété d'un bien meuble, à celle d'un bien immobilier, à la vie, à la santé, etc.

Les différentes branches d'assurance

Généralement, on distingue trois catégories d'assurance :

- **Assurance de choses ou de dommage aux biens de l'assurée** : L'assurance s'engage à indemniser l'assuré des dommages subis pour ses biens, généralement dans ce cas d'assurance, l'assuré le souscripteur et le bénéficiaire ne forment qu'une seule et même personne et l'indemnisation est rarement à 100% dans le but d'inciter l'assuré à tout mettre en œuvre pour protéger ses biens.

- **Assurance de responsabilité ou dommage causé par l'assuré** : L'assureur s'engage à indemniser la place de l'assuré ; les tiers victimes de dommages dont l'assuré est responsable, dans ce cas le souscripteur et l'assuré sont souvent une seule personne alors que le bénéficiaire est systématiquement un tiers.

- **Assurance de personne** : L'assureur s'engage à verser un capital ou une rente définie dans le contrat si se réalisent des risques touchant à la personne même de l'assuré (maladie, accident, décès...), dans ce cas le souscripteur et l'assuré sont généralement la même personne, et le bénéficiaire est aussi en général la même personne.

Certains concepts généraux

Echéance de prime : date à laquelle est exigible le paiement d'une prime.

Echéance du contrat : date à laquelle est prévue l'expiration du contrat d'assurance.

Provisions techniques : sommes d'épargne accumulées par l'entreprise d'assurance et de réassurance pour faire face à ses engagements envers les assurés et bénéficiaires de contrats d'assurance, dont la provision mathématique qui représente la différence entre les valeurs actuelles des engagements respectivement pris par l'assureur et les assurés.

Préavis de résiliation : délai contractuel ou légal qui doit être respecté par la partie qui résilie le contrat d'assurance.

Exclusion : événement ou état d'une personne non couvert, étant exclu de la garantie.

Rachat : versement anticipé à l'assuré d'un pourcentage de l'épargne constituée au titre du contrat d'assurance sur la vie. Le rachat de la totalité de l'épargne met fin au contrat.

Cotisation d'assurance : somme, correspondant à la prime, due par l'assuré en contrepartie du contrat d'assurance souscrit auprès des sociétés d'assurances mutuelles.

Proposition d'assurance : document remis par l'assureur ou son représentant à un assuré et sur lequel ce dernier doit porter les informations nécessaires à l'assureur pour l'apprécier le risque à couvrir et la fixation des conditions de couverture.

Engagement : montant de la garantie accordée par l'assureur en vertu du contrat d'assurance.

Tacite reconduction : renouvellement automatique du contrat d'assurance au terme de la période de garantie.

Police d'assurance : document matérialisant le contrat d'assurance. Il indique les conditions générales et particulières.

Effet du contrat : date à partir de laquelle le risque est pris en charge par l'assureur.

Assurances de personnes : assurances garantissant les risques dont la survenance entraîne la survie ou le décès de l'assuré ainsi que la maternité et les assurances contre la maladie, l'incapacité et l'invalidité.

Sous-assurance : terme utilisé lorsque la somme déclarée à l'assureur est inférieure à la valeur réelle du risque assuré.

Contre-assurance : garantie consistant à rembourser les primes nettes, augmentées éventuellement des intérêts, au décès de l'assuré avant l'échéance d'un contrat souscrit en vie.

Assurance temporaire en cas de décès : assurance garantissant le paiement d'un capital ou d'une rente en cas de décès de l'assuré à condition que le décès survienne avant une date déterminée dans le contrat. Si l'assuré survit jusqu'à cette date, aucune prestation n'est due par l'assureur et les primes lui sont acquises.

Réduction : opération qui détermine le nouveau capital ou la nouvelle rente garanti après une "réduction", auquel aura droit un assuré ayant versé une partie des primes annuelles, dans le cadre d'un contrat d'assurance sur la vie, et qui cesse de payer ses primes.

Délaissement : transfert de propriété de la chose assurée, en cas de sinistre, au profit de l'assuré contre paiement à l'assuré de la totalité de la somme garantie.

Avance : prêt, accordé par l'assureur au souscripteur, garanti par le montant de la provision mathématique du contrat d'assurance sur la vie.

Indemnité d'assurance : somme versée par l'assureur conformément aux dispositions du contrat en réparation du préjudice subi par l'assuré ou la victime.

Sinistre : survenance de l'événement prévu par le contrat d'assurance.

Subrogation légale : substitution de l'assureur dans les droits et actions de l'assuré en cas de paiement de l'indemnité.

Franchise : somme qui, dans le règlement d'un sinistre, reste toujours à la charge de l'assuré.

Capital assuré : valeur déclarée au contrat et constituant la limite de l'engagement de l'assureur.

Surprime : majoration de la prime d'assurance à la suite d'une aggravation du risque assuré.

Déchéance : perte du droit à indemnité au titre d'un sinistre suite au non-respect par l'assuré de l'un de ses engagements, sans que cela n'entraîne la nullité du contrat.

Forclusion : perte du droit d'exercer un recours.

Conditions d'assurance : ensemble des clauses constituant les bases de l'accord inter souscripteur et l'assureur.

Attestation d'assurance : certificat délivré par l'assureur, constatant l'existence de l'a

Contrat d'assurance : convention passée entre l'assureur et le souscripteur pour la co risque et constatant leurs engagements réciproques.

Contrat d'assurance sur la vie : contrat par lequel, en contrepartie de versements un périodiques, l'assureur garantit des prestations dont l'exécution dépend de la survie ou d l'assuré.

Contrat de capitalisation : contrat d'assurance où la probabilité de décès ou de survie pas dans la détermination de la prestation en ce sens qu'en échange de primes uniques périodiques, le bénéficiaire perçoit le capital constitué par les versements effectués, aug des intérêts et des participations aux bénéfices.

Commission rémunération attribuée à l'intermédiaire d'assurance apporteur d'affaires ou gestionnaire.

Résiliation: cessation anticipée d'un contrat d'assurance à la demande de l'une ou l'aut parties, ou de plein droit lorsqu'elle est prévue par la loi.

Règle proportionnelle : principe en matière d'assurance de dommages en vertu duqu sinistre, l'indemnité est réduite dans la proportion :

- du rapport entre la somme garantie et la valeur de la chose assurée, s'il y a sous-assur
- du rapport entre la prime effectivement payée et celle due par l'assuré, s'il y a insuffisa prime par rapport aux caractéristiques du risque.

Prime: somme due par le souscripteur d'un contrat d'assurance en contrepartie des gar accordées par l'assureur.

Prime pure : montant qui représente le coût du risque couvert, tel que calculé par les méthodes actuarielles sur la base de statistiques relatives audit risque.

Durée du contrat : durée des engagements réciproques de l'assureur et de l'assuré depuis la signature du contrat d'assurance.

Note de couverture : document concrétisant l'engagement de l'assureur et de l'assuré en attendant l'existence d'un accord en attendant l'établissement de la police d'assurance.

Bénéficiaire : personne physique ou morale désignée par le souscripteur et qui reçoit le montant de la rente dû par l'assureur.

Souscripteur ou contractant : personne morale ou physique qui contracte une assurance sur son propre compte ou pour le compte d'autrui et qui de ce fait, s'engage envers l'assureur pour le paiement de la prime.

Avenant : accord additionnel entre l'assureur et l'assuré modifiant ou complétant une police d'assurance dont il fait partie intégrante.

Assureur : entreprise agréée pour effectuer des opérations d'assurances.

Assuré : personne physique ou morale sur laquelle ou sur les intérêts de laquelle repose l'assurance.

Taux de prime : proportion de la prime d'assurance par rapport au capital assuré.

Événement : toute circonstance susceptible de provoquer ou ayant provoqué un sinistre.

Chapitre I- Le secteur de l'assurance marocain

Le marché marocain de l'assurance occupe la 46ème position au niveau mondial et la 2ème en Afrique. L'activité du secteur représente encore moins de 3% du PIB.

Il est constitué actuellement de 15 compagnies, après les différentes opérations de concentration dont 4 représentent plus 60% de l'encaissement total de primes.

Le secteur des assurances au Maroc, à l'instar des autres secteurs de par le monde, a connu ces derniers temps une vague de concentration sans précédent, qui va dans le sens de la libéralisation des marchés, conformément aux accords signés dans le cadre de l'Organisation Mondiale du Commerce, afin de bénéficier de l'ouverture et de la globalisation dans les services financiers.

Le mouvement de concentration, entamé à la fin des années 1990, avait d'abord donné lieu à deux mastodontes : RMA-Watanya (née d'une double fusion entre Al Watanya et l'Alliance Marocaine en 2000, et avec la RMA en 2005) et AXA Assurances Maroc, résultat d'un mariage entre la Marocaine Africaine et Axa-Al Amane.

Ce mouvement s'est poursuivi, toujours en 2005, avec la cession par le groupe Arig de la filiale au groupe Saham et la vente de 40% d'Atlanta-Sanad par Holmarcom à la CDG (Caisse de dépôt et de gestion).

Résultat de ces réaménagements : le secteur compte aujourd'hui cinq compagnies ou groupes de compagnies de taille respectable : RMA-Al Watanya, Axa Assurances Maroc, Wafa Assurance Maroc, Atlanta-Sanad et CNIA-Essaâda.

Les autres compagnies, de petite taille, fonctionnent avec plus ou moins de bonheur et il n'est exclu que les grandes, à la recherche d'une plus grande envergure, absorbent certaines d'entre elles.

Naturellement, cette concentration crée une nouvelle donne du point de vue commercial. En 2005, le marché était dominé par RMA-Al Watanya avec 2,88 milliards de DH de primes et était talonnée par Axa Assurances Maroc avec 2,19 milliards. Suivaient Wafa Assurance qui totalisait 1,62 milliard et la CNIA avec 1,14 milliard. Avec Essaâda qui affiche 887,4 MDH de primes.

nouveau groupe qui sortira de l'opération en cours totalisera donc 2 milliards et ravira la place à la filiale d'Attijariwafa bank qui sera même bousculée par l'ensemble Atlanta-Sar ses 1,58 milliard de DH de primes émises, dont 786,4 millions pour la première et 793,6 pour la seconde.

1.0 rigines de l'assurance

L'assurance est née du commerce maritime au Moyen âge dans le monde méditerranéen en est le « prêt à la grosse » qui était un contrat de prêt maritime. Pour armer leurs bateaux marchands s'adressaient à des banquiers qui leur prêtaient les capitaux nécessaires. Si le bateau faisait naufrage, l'armateur ne remboursait rien au banquier. Par contre, s'il arrivait à bon port, il remboursait le prêt ainsi qu'une participation très élevée en compensation du risque encouru. L'intérêt du prêt pouvait atteindre 40%.

C'est avec la disparition du caractère spéculatif de cette opération pendant le Moyen Âge (l'action de l'Eglise avec le Pape Grégoire IX) que naquit l'assurance maritime. L'écrit qui matérialisait ce contrat portait déjà le nom de « police ». La plus ancienne police de ce type conservée dans un musée à Gênes. Elle date de 1347 et couvre la cargaison du « Santa Maria » sur un voyage de Gênes à Majorque.

Par la suite, apparurent les premières assurances vie, au XV^e siècle et surtout XVI^e siècle.

L'assurance Incendie fit son apparition en Angleterre un siècle plus tard en 1666 après le grand incendie qui a détruit des quartiers entiers de la ville de Londres.

Au Maroc, l'assurance s'est développée sous le Protectorat. En effet, les étrangers continuaient à s'assurer auprès des sociétés d'assurances de leurs pays d'origine.

Les premières sociétés d'assurances qui s'installèrent au Maroc étaient toutes étrangères et exerçaient soit sous forme de délégation, soit sous forme de petites agences. Ensuite, prit naissance des sociétés de droit marocain.

C'est après l'Indépendance que l'assurance connut une grande évolution tant au niveau de la réglementation et du contrôle qu'au niveau de l'organisation du marché.

Au Maroc, l'assurance, toutes branches confondues, n'a pas été toujours une culture de ancêtres. Elle n'a pas pu voir le jour qu'après l'avènement du protectorat.

Avec le temps, cette pratique a pu tisser une place dans la société marocaine. Les premières sociétés d'assurance étaient des compagnies étrangères qui travaillent dans l'assurance et ce n'est qu'après, que cette activité a pu se généraliser pour toucher d'autres secteurs.

La transplantation de cette technique au Maroc se justifie à l'origine d'une part, par l'arrivée d'étrangers, attirés par les richesses du pays et l'abondance de ses matières premières ainsi que les facilités administratives et fiscales que leur accordaient les autorités du protectorat, et d'autre part, par la volonté de se prémunir contre les aléas de l'avenir.

Les premières sociétés d'assurances maritimes ayant couvert des risques au Maroc remontent à la 2^{ème} moitié du 19^{ème} siècle et sont le fruit du régime des concessions étrangères en vertu du décret du 9 décembre 1856. Parmi ces sociétés, on trouve la Espagnola en 1879, la Centrale et de Réparation en 1883, The Calpean maritime Insurance Ltd en 1887, la Manheim en 1886 et l'Alleman en 1893.

Avec la première guerre mondiale on a assisté à la création à Tanger d'une compagnie d'assurances maritimes et de guerre « le Maroc » en 1916, dissoute quatre années plus tard.

Une des conséquences de la 2^{ème} guerre mondiale a été la naissance de 23 compagnies d'assurances entre 1941 et 1951 dont le capital était en majorité étranger, exception faite de la Royale Marocaine d'Assurance, créée en 1950 avec la participation de capitaux marocains et la création en 1960 de deux compagnies « C.N.I.A. » (la Compagnie Nord africaine et Intercontinentale d'Assurances) et « S.C.R. » (Société Centrale de Réassurance) avec la participation de l'intermédiaire de la Caisse de dépôt et de Gestion (C.D.G.).

En 1958, 315 compagnies dont 25 de nationalité marocaine se partageaient un montant de primes de l'ordre de 150 millions dirhams. Dès 1962 on ne comptait plus que 219 unités.

Ce mouvement s'est trouvé renforcé par l'institution en 1965 d'un plancher d'encaissement de 1 million de dirhams, que les compagnies devaient atteindre, au plus tard en 1968, sous peine de retrait d'agrément.

De ce fait, le nombre de compagnies est passé de 130 à la veille de cette décision à 54 sociétés vers la fin de 1973 et à 27 sociétés vers la fin de 1975.

L'un des faits marquants de l'histoire du secteur était sans doute la liquidation de cinq sociétés d'assurances (Arabia Insurance Compagny Morocco S.A., la Compagnie Atlantique d'Assurances de la Réunion Marocaine d'Assurances et de Réassurances, la Renaissance et la Victoire) en vertu d'arrêtés du Ministère des Finances et des investissements Extérieurs du 12 septembre 1975.

En 2004, le marché marocain des assurances et de réassurance a été marqué par la fusion et l'absorption de la société ALWATANIYA par la Royale Marocaine d'Assurances (RMA) donnant naissance à la RMA WATANIYA. Le nombre des entreprises s'est ramené cette année à dix-huit : quinze entreprises commerciales et trois mutuelles.

2. L'évolution du secteur des assurances

Le secteur des assurances ne cesse de prendre de l'importance, que ce soit par les sommes importantes qu'il draine ou au niveau des tendances lourdes qui le caractérisent ces dernières années (concentration, libéralisation, bancassurance...), ainsi qu'au niveau des pays qui ont fait du secteur sur la scène internationale.

La situation du secteur au niveau mondial

Trois indicateurs sont traditionnellement utilisés pour rendre compte de la situation du marché de l'assurance: le volume des primes émises, la densité de l'assurance et le taux de pénétration.

▣ Primes émises

Le volume des primes émises au niveau mondial entre 1998 et 2003 a progressé de 13,5%, atteignant 2.443.672 M\$US contre 2.151.715 M\$US. Elles ont évolué de manière ascendante, à l'exception de l'année 2001 qui a vu le volume des primes régresser de 2,16% par rapport à 2000. Les Etats-Unis, le Japon et le Royaume-Uni dominent le marché mondial avec respectivement 35,4%, 20,6% et 9,7% des primes globales émises. Les trois pôles de la triade (Amérique du Nord, Europe et Asie) ont monopolisé en 2003 plus de 95% des primes émises, avec 37,32% pour l'Amérique du Nord (911.914 M\$US), 31,93% pour l'Europe (780.152 M\$US) et 26,46% pour l'Asie (646.691 M\$US).

□ Densité de l'assurance

La densité de l'assurance est la somme des dépenses d'assurance effectuées annuellement par habitant. C'est une moyenne qui donne une idée sur la part du revenu qui est consacrée à la consommation du service assurance.

L'Europe, à elle seule, regroupe en son sein huit des dix premiers pays au niveau mondial en matière de densité d'assurance. Globalement, la Suisse arrive en tête en 2003 avec 4.152,1 \$US, suivie du Japon (3.973,3 \$US), du Royaume-Uni (3.759,2 \$US) et des Etats-Unis (3.152,1 \$US).

La densité d'assurance est une moyenne parfois peu significative pour des pays ayant une population d'habitants assez conséquent, comme la Chine et l'Inde. Ces derniers sont classés respectivement au 73^{ème} et 78^{ème} rangs en 2003, alors qu'au niveau des primes émises, ils en occupent le 1^{er} et le 23^{ème}.

□ Taux de pénétration

La pénétration de l'assurance dans une économie est définie comme étant la part de ce secteur dans le PIB (Produit Intérieur Brut) du pays concerné, c'est un indicateur plus significatif que la densité d'assurance.

Selon le taux de pénétration, le classement par pays place l'Afrique du Sud en tête avec un taux de 16,86% en 2003, devant le Royaume-Uni (15,78%), la Corée du Sud (13,05%), la Belgique (12,42%) et le Japon (10,92%). Le Maroc occupe le 45^{ème} rang.

Le taux de pénétration a connu une évolution appréciable durant les six dernières années. Au Royaume-Uni où il a pris plus de cinq points, passant de 10,33% à 15,78% et en Belgique un gain de plus de trois points (8,40% contre 4,91%). En revanche, ce taux a accusé une diminution de près de 2 points au Japon (10,92% contre 12,78%).

Notons également que le taux de pénétration dépend assez largement du niveau du PIB. Les Etats-Unis, par exemple, n'arrivent qu'à la douzième position en matière de pénétration alors qu'ils sont classés premiers en ce qui concerne les primes émises. La France aussi se range à la dixième position contre la cinquième pour les primes émises.

L'assurance dans la zone M.E.N.A.

Les pays de la zone M.E.N.A. (Moyen Orient et Afrique du Nord) sont pris en considération pour des raisons de comparaison afin de bien situer le marché marocain parmi les marchés de niveau comparables.

□ **La Tunisie** : quatrième marché de l'assurance en Afrique en terme de primes émises, bonnes perspectives de développement du secteur. En effet, la densité d'assurance dans ce pays est de l'ordre de 34,7\$US alors que le taux de pénétration est de 1,69%.

Le secteur des assurances en Tunisie compte 17 compagnies et a réalisé un chiffre d'affaires de l'ordre de 332 M\$US en 2003, en hausse de 7,44% par rapport à 1998. Les trois premières compagnies détiennent plus de 54% du marché. A elle seule, la 1ère compagnie d'assurance tunisienne "la Star", filiale à 50% de l'Etat, occupe le tiers du marché d'assurance du pays.

□ **L'Egypte** : est le 50ème pays au niveau mondial en terme de primes émises et le troisième marché assurantiel en Afrique avec un chiffre d'affaires en 2003 de 598 M\$US, une densité de 8,7\$US et un taux de pénétration de 0,62%. C'est un marché composé de onze compagnies généralistes et d'une compagnie de réassurance.

Le marché d'assurance en Egypte est également concentré, dans la mesure où les trois premières compagnies généralistes, à caractère étatique, opèrent pour plus de 70% dans la branche des assurances et 90% de la branche vie.

□ **La Turquie** : en 2000, ce marché était composé de 67 compagnies d'assurances, dont 10 spécialisées dans la réassurance. La Turquie est le 37ème pays au niveau mondial en terme de primes émises en 2003 avec 2.839 M\$US. La densité d'assurance pour la même année est de 42,6\$US alors que le taux de pénétration est de 1,45%.

□ **Le Maroc** : En 2004, le taux de pénétration, qui rapporte les primes émises au PIB, était de 1,01% selon les chiffres avancés par la Swiss-Re. Ce taux place le Maroc en meilleure position comparativement à la zone MENA. Pour cette même année, 12251,33 millions de dirhams de primes émises ont été enregistrés contre 12375,76 millions en 2003, soit une diminution de 1,01% contre une

progression de 2,14% l'année précédente, alors que le PIB estimé, aux prix courants, s'élevait à 5,77%.

Le montant des émissions se répartit comme suit :

- Les opérations vie et capitalisation avec 2876,24 millions de dirhams (23,48% du total) contre 3455,49 millions en 2003 (27,92% du total), soit une régression de 16,76%.
- Les opérations non-vie avec 9317,48 millions de dirhams (76,05% du total), contre 6678,75 millions (71,74% du total), soit une progression de 4,95%.
- Les acceptations en réassurance avec 57,62 millions de dirhams contre 42,46 millions en 2003, enregistrant ainsi une progression de 35,69%.

La répartition des émissions par branches et catégories montre, pour sa part, la place prépondérante de la catégorie automobile (36,22%), suivie par la branche vie et capitalisation (23,48%). 82,49% des émissions sont représentées par les catégories d'assurances automobiles, accidents de travail et assurances de personnes (accidents corporels et assurances vie et capitalisation).

3. La tendance vers la libéralisation

Pour mener à bien le processus de libéralisation des assurances, il est désormais impératif de répondre à deux questions cruciales :

- Comment un consommateur potentiel disposant d'une épargne peut-il se faire assurer en optant pour une couverture efficace et une prestation adéquate ?
- Comment une société d'assurance cherchera-t-elle les moyens d'assurer la meilleure combinaison possible de ses ressources, et ce pour atteindre un seuil d'efficacité et la satisfaction de ses clients ?

Aujourd'hui, la grande problématique est de savoir comment rendre efficace le fonctionnement des marchés avec l'introduction d'une constante qui consiste à mettre l'Etat à l'écart, comme une source d'inefficacité et de gaspillage.

Toutefois, il est à noter que la libéralisation implique que les autorités de réglementation portent une plus grande attention aux exigences de solvabilité et des règles prudentielles.

Cette libéralisation implique également la transparence, l'application équitable des textes en vigueur ainsi qu'un cadre réglementaire favorisant la concurrence en donnant des chances aux entreprises locales et étrangères.

Au Maroc, la réalité socio-économique et les spécificités du marché des assurances paraissent rendre les principes de la libéralisation difficilement applicables en raison des difficultés liées essentiellement au phénomène de la mondialisation ou au décalage des degrés de développement aussi bien sur le plan micro-économique que macro-économique.

Cette libéralisation a bien entendu nécessité une période transitoire pour une mise en œuvre de tarifs homologués à l'exception de la responsabilité civile automobile.

L'étape suivante a consisté en une actualisation du cadre législatif et réglementaire. Cette étape s'est caractérisée par l'adoption de la loi n°17-99 portant code des assurances, l'unification du régime juridique des assurances jusqu'alors régi par une panoplie de textes éparpillés.

Par ailleurs et dans le même sillage, l'année 2000 s'est caractérisée par un ensemble d'opérations de fusions et acquisitions qui a modifié la structure du marché marocain des assurances.

La libéralisation du marché national des assurances résiste à un ensemble d'éléments tels que la perception négative du libre jeu de la concurrence, l'étroitesse du marché marocain de l'assurance, l'absence de tradition consumériste et la nécessité d'adopter des mesures d'accompagnement.

Il est à préciser cependant, que la libéralisation ou le libre jeu de la concurrence ne signifie en aucun cas, une anarchie, spécialement en matière de tarification, dont les effets néfastes dépassent les règles de la certitude et non du chiffre d'affaires, ce qui constitue une véritable menace non seulement en matière de solvabilité, mais également en matière de paralysie du marché.

En effet, il est à noter qu'en dépit de la promulgation de la loi n°6-99 sur la liberté des prix et de la concurrence, des reports successifs de la libéralisation ont été proposés par les compagnies d'assurances. Des reports ont ainsi eu lieu et qui sont justifiés par l'incertitude relative à

mauvaise perception, voire la dénaturation du libre jeu de la concurrence. Une telle perception trouve ses origines également dans l'étroitesse du marché marocain des assurances.

La croissance limitée du marché marocain des assurances est la conséquence des difficultés inhérentes à la relativité de la croissance de l'épargne et à la crise dont souffre l'économie marocaine. En effet, le secteur des assurances constitue un domaine particulièrement sensible au point de vue du consommateur en tant que preneur d'assurances. Ce constat se justifie en raison du taux d'analphabétisme élevé et de l'absence d'un système de vulgarisation de l'assurance.

4. Les intervenants du secteur

4.1. Les entreprises d'assurances et de réassurance

Le marché marocain des assurances et de réassurance compte dix huit compagnies, avec dix compagnies commerciales et trois mutuelles.

Parmi ces dix huit compagnies, dix sont présentes aussi bien dans l'assurance vie et capitalisation que dans l'assurance non vie. Il s'agit de RMA Al Wataniya, Atlanta, Axa Assurance Marocaine, Assurance, Essaâda, la Mutuelle Centrale Marocaine d'Assurances, Sanad, Wafa Assurance Marocaine, Zurich Compagnie Marocaine d'Assurances.

Trois sociétés sont présentes uniquement dans l'assurance non-vie (la Compagnie Marocaine d'Assurances Transport, la Mutuelle Agricole Marocaine d'Assurance et la Mutuelle d'Assurance des Transporteurs Unis), deux compagnies par contre exploitent exclusivement les opérations d'assistance (Isaâf Mondial Assistance et Maroc Assistance International), une société spécialisée uniquement dans les opérations d'assurances vie et capitalisation (la Marocaine Vie), une compagnie pratique l'assurance crédit (Assurance Crédit Marocain "ACMAR") et la dernière société est spécialisée dans la réassurance (la Société Centrale de Réassurance).

Les compagnies d'assurances au Maroc sont regroupées au sein de **la Fédération Marocaine des Sociétés d'Assurances et de Réassurance (FMSAR)**. C'est une association dont l'objectif est de défendre les intérêts des entreprises d'assurances et de réassurance et de coordonner l'action; de représenter le marché national des assurances devant les instances nationales.

internationales et d'entreprendre toutes les démarches et provoquer tout dialogue avec les pouvoirs publics sur tous les problèmes intéressant la profession.

En plus des sociétés commerciales et des mutuelles, on peut relever dans le secteur des l'existence d'autres organismes à caractère social comme la CNSS (Caisse Nationale de Sécurité Sociale), la CIMR (Caisse Interprofessionnelle Marocaine de Retraite), la CMIM (Caisse Mutuelle Interprofessionnelle Marocaine), la CNOPS (Caisse Nationale des Organismes de Prévoyance Sociale), le RCAR (Régime Collectif d'Assurance et de Retraite) et la CMR (Caisse Marocaine de Retraite).

4.2. Les intermédiaires d'assurances

Les opérations pratiquées par les entreprises d'assurances et de réassurance sont présentées au public soit directement par lesdites entreprises, soit par l'entremise des personnes habilitées à cet effet et dénommées "intermédiaires d'assurances".

La présentation directe des opérations d'assurances est subordonnée à l'accord préalable de l'administration. Toutefois, les opérations d'assurances autres que celles afférentes aux assurances de personnes, à l'assistance et à l'assurance crédit, ne peuvent être présentées que par les intermédiaires d'assurances (agents et courtiers), lorsque ces personnes agissent en tant que souscripteurs de contrats pour le compte de leur clientèle.

Les entreprises d'assurances et les intermédiaires d'assurances peuvent autoriser des personnes physiques dénommées " démarcheurs " à présenter pour leur compte et sous leur responsabilité les opérations d'assurances.

Les démarcheurs n'ont pas la qualité d'intermédiaire d'assurances. Leur mission se limite à rendre habituellement au domicile ou à la résidence des personnes ou sur leurs lieux de travail, dans les lieux publics en vue de conseiller la souscription d'un contrat d'assurance ou d'expliquer oralement ou par écrit à un souscripteur éventuel les conditions de garantie d'un contrat d'assurance.

Le code des assurances distingue entre deux sortes d'intermédiaires d'assurances : agents et courtiers. En effet, selon l'article 291 du code des assurances, « est intermédiaire d'assurance

toute personne agréée par l'administration, en qualité d'agent d'assurances, personne morale, ou en qualité de société de courtage ».

- **Les agents agréés** qui représentent la compagnie d'assurances dont ils sont mandatés peuvent représenter d'autres compagnies qu'après l'accord de la première société dont ils relèvent. Ils exercent une profession libérale et sont rémunérés par des commissions.

L'agent d'assurances peut représenter, au plus, deux (2) entreprises d'assurances et de réassurance à condition d'obtenir l'accord de l'entreprise avec laquelle il a souscrit le premier traité de nomination.

- **Les courtiers** sont par contre les mandataires des clients et non des compagnies. Ils ont le droit de représenter toutes les sociétés d'assurances du marché sans aucune obligation d'accord préalable. Ils ne peuvent être que des personnes morales et sont rémunérés par des commissions de courtage qui varient selon les branches.

La société de courtage représente ses clients auprès des entreprises d'assurances et de réassurance en ce qui concerne le placement des risques. Toutefois, cette représentation est censée également pour le compte de l'entreprise d'assurances et de réassurance dans l'hypothèse où celle-ci autorise la société de courtage à encaisser les primes à son profit. Dans ce cas, l'encaissement de la prime par la société de courtage est libératoire pour le client qu'elle représente.

La société de courtage n'est autorisée à régler des sinistres pour le compte des entreprises d'assurances et de réassurance que sur mandat spécial.

Les sociétés de courtage et agents sont regroupés au sein de la Fédération Nationale des Courtiers d'Assurances au Maroc (FNACAM).

Un fort degré de concentration touche les intermédiaires d'assurances. En effet, les courtiers exercent réalisent près de 70% des émissions du marché qui est dominé par quelques grands courtiers.

Cette concentration est légitimée, comme pour les compagnies d'assurances, par les décrets de libéralisation et de l'ouverture du marché, la taille critique et la réalisation des économies devenues priorités au sein d'un secteur qui ne cesse de changer de physionomie.

Il convient de noter que l'activité d'intermédiation a été étendue par le code des assurances aux banques et à Barid Al Maghrib. Or, ces derniers ne peuvent présenter au public des opérations d'assurances qu'après obtention d'un agrément de l'administration à cet effet.

Pour cet agrément, Barid Al-Maghrib et les banques doivent justifier à l'administration de l'existence de structures au niveau de leurs services destinées à présenter des opérations d'assurances.

La présentation des opérations d'assurances par Barid Al-Maghrib et par les banques est limitée aux assurances de personnes, à l'assistance et à l'assurance crédit.

4.3. Les institutions de régulation du secteur

Plusieurs institutions exercent dans le secteur des assurances au Maroc comme instance de régulation ou de promotion.

- La plus importante de ces institutions est sans aucun doute **la Direction des Assurances et de la Prévoyance Sociale (D.A.P.S.)**, relevant du Ministère de l'Economie et des Finances. Ses attributions, entre autres, d'instruire les demandes d'agrément présentées par les compagnies d'assurances, d'exercer le contrôle sur l'activité de ces compagnies et d'apprécier leur solvabilité, d'assurer le suivi des opérations financières des entreprises d'assurances et d'accorder au préalable le visa aux produits d'assurances émis dans le marché.

- **Le Comité Consultatif des Assurances Privées (C.C.A.P.)** est un organisme chargé de donner des conseils et les propositions sur l'évolution du secteur.

Le Comité Consultatif des Assurances examine toutes les questions relatives aux opérations d'assurances et de réassurance qui lui sont soumises pour avis par le ministre chargé des finances ou par la majorité de ses membres. Il donne son avis, chaque fois qu'il est saisi par le ministre chargé des finances, sur tout projet de loi ou de textes réglementaires régissant les conditions

d'exercice, de gestion et de commercialisation des opérations d'assurances, ainsi sur toute question qui doit lui être soumise en vertu des dispositions de la loi n° 17-99 portant code des assurances, et notamment l'octroi et le retrait d'agrément des entreprises d'assurances, de réassurance et des intermédiaires d'assurances.

Dans l'intervalle des sessions du Comité, une commission dénommée "**Commission ad hoc et organisation**", issue dudit Comité, est chargée d'exercer toutes les attributions dévolues au Comité consultatif des assurances.

Le siège du Comité consultatif des assurances est fixé à Rabat au ministère chargé des finances, à la Direction des assurances et de la prévoyance sociale.

Le secrétariat du Comité est assuré par **la Direction des assurances et de la prévoyance sociale** qui est chargée de la diffusion des convocations aux réunions, de la rédaction des procès-verbaux, de la conservation des documents et archives du Comité.

Le Comité consultatif des assurances est présidé par le ministre chargé des finances ou son représentant. Il est composé de cinq (5) représentants au plus de l'administration, de douze (12) représentants des entreprises d'assurances et de réassurance et de quatre (4) représentants des intermédiaires d'assurances. Il comprend en outre le directeur de la Caisse de dépôt et de gestion, un représentant du Comité national de la prévention contre les accidents de route, un magistrat ayant grade de conseiller versé dans le domaine économique et financier désigné par le premier président de la Cour suprême. Les modalités de désignation des membres de ce comité sont fixées par voie réglementaire.

- **Le Fonds de garantie des accidents de la circulation (FGAC)** : Le Fonds de garantie des accidents de la circulation constitue la continuité de l'organisme créé par le dahir du 28 jourada II (28 février 1955).

Il est chargé, selon l'article 134 de la loi n° 17-99 portant code des assurances, d'assurer la réparation totale ou partielle des dommages corporels causés par un véhicule terrestre à moteur dans le cas où les personnes responsables de ces accidents sont inconnues ou non assurées ou incapables d'en dédommager les victimes en raison de leur insolvabilité.

Ce fonds est doté de la personnalité morale et administré par un conseil d'administration de représentant de l'administration, de la Caisse de dépôt et de gestion et des entreprises d'assurances pratiquant l'assurance automobile.

Il est alimenté principalement par une contribution des entreprises d'assurances (10% du fonds) et une contribution des assurés (1,5% de la prime d'assurance automobile).

Pour ce qui est des sociétés d'assurances mutuelles, le CDA est venu combler le vide juridique prévalait auparavant, en créant un cadre adéquat au fonctionnement des sociétés d'assurances mutuelles et à leurs unions, précisant ainsi les conditions de constitution et d'administration des sociétés d'assurances mutuelles (articles 173 à 226 du CDA). Ce cadre s'inspire largement sur les sociétés anonymes tout en tenant compte des spécificités propres à la mutualité de l'assurance.

L'un des apports principaux du dispositif consacré aux sociétés d'assurances mutuelles est la possibilité de regroupement des mutuelles dans des unions (article 205 du CDA) afin d'éviter l'effritement des portefeuilles gérés par les mutuelles en renforçant la notion de compensation des risques, tout en tenant compte, dans certains cas, des particularités professionnelles ou sectorielles des sociétés qui composent ces unions.

Le F.G.A.C a pour principale mission la prise en charge des victimes d'accidents, causés par des véhicules dont les responsables sont inconnus ou ne disposent pas d'un contrat d'assurance. Les ressources financières émanent des contributions des compagnies d'assurances, des amendes et des produits des placements.

- **Le Fonds de solidarité des assurances** : Le Fonds de solidarité des assurances est institué par l'article 15 du dahir portant loi n° 1-84-7 du 6 rebia II 1404 (10 janvier 1984), édictant des dispositions d'ordre financier en attendant la promulgation de la loi de finances pour l'année 1984, pour accorder des aides financières aux entreprises d'assurance en difficulté dans les conditions prévues par le code des assurances, et accorder des subventions aux entreprises d'assurance en liquidation.

Il est alimenté par la moitié de la taxe sur les contrats d'assurance et une contribution des entreprises d'assurances en activité (10% du bénéfice net avec un minimum de 100000 et un maximum de 500000 dirhams).

En effet, La protection sociale désigne tous les mécanismes de prévoyance collective qui permettent aux individus ou aux ménages de faire face financièrement aux conséquences des risques sociaux. Il s'agit de situations pouvant provoquer une baisse des ressources ou une augmentation des dépenses (vieillesse, maladie, invalidité, chômage, charges de famille...).

- **Le Bureau Central Marocain d'Automobiles (B.C.M.A) :** Le Bureau central marocain d'assurances contre les accidents d'automobiles (BCMA) est une association de droit privé créée par l'ensemble des entreprises d'assurances pratiquant l'assurance automobile. En effet, le Maroc a adhéré à la convention inter-bureaux dite «convention de Londres» le 20 février 1969, à la création du BCMA dont la convention précitée définit les fonctions et obligations. Les tâches essentielles de ce bureau se résument en l'émission et la gestion de la carte verte (pour l'émetteur) et en la gestion et le règlement de sinistres survenus sur le territoire marocain par des véhicules immatriculés à l'étranger (organisme gestionnaire).

Le B.C.M.A a pour missions: la gestion et le règlement des sinistres survenus sur le territoire marocain et causés par des véhicules immatriculés à l'étranger ou des sinistres survenus à l'étranger et causés par des véhicules immatriculés au Maroc ainsi que l'émission de la carte verte ou la carte internationale d'assurance automobile, qui est un document délivré par l'assureur automobile à son assuré et qui a valeur, à l'étranger, de contrat d'assurance de responsabilité automobile, dans la limite des garanties qu'il énonce.

Chapitre II- La réglementation du secteur d'assurances

Dans tous les pays du monde, l'activité des sociétés d'assurances fait l'objet d'une réglementation très forte et sans cesse croissante. Chaque pays a développé sa législation particulière en matière de l'assurance, mais ces législations aussi variées qu'elles soient dans le détail, répondent aux mêmes impératifs et représentent des points communs.

La réglementation régissant le secteur des assurances était à la fois éparse et confuse et a connu une multitude de rajouts et de modifications sur plusieurs décennies, ce qui rendait sa manipulation difficile et son application imprécise.

La volonté d'harmoniser ces textes épars, d'en combler les insuffisances et de tenir compte des évolutions récentes dans l'industrie de l'assurance a donc rendu nécessaire l'élaboration d'un cadre constituant un cadre institutionnel et technique propre au secteur des assurances, à même de protéger les assurés et de sauvegarder les acquis du secteur au bénéfice de l'économie dont il est l'un des éléments moteurs.

La loi n°**17-99** portant code des assurances (dahir n° 1-02-238 du 25 regeb 1423 / 3 octobre 2004) ainsi que son décret d'application (n° 2-04-355 du 19 ramadan 1425/2 novembre 2004) ont apporté des réponses aux insuffisances que connaissait la réglementation des assurances, en introduisant un certain nombre d'innovations.

La réglementation en vigueur porte sur trois niveaux différents mais complémentaires : la réglementation et le contrôle des entreprises d'assurances et de réassurance, la réglementation du contrôle des intermédiaires et ceux des contrats.

1. La réglementation et le contrôle des entreprises d'assurances et de réassurance

1.1. L'octroi de l'agrément

L'agrément n'est accordé qu'aux entreprises régies par le droit marocain ayant leur siège au Maroc et après avis du Comité consultatif des assurances. Cet agrément est accordé par le ministre des finances pour l'exécution d'opérations d'assurances.

Pour l'octroi de l'agrément, les autorités exigent aux sociétés de disposer d'un capital minimum et de prendre l'une des formes juridiques autorisées pour les sociétés d'assurances.

Dans la plupart des législations, il y en a deux formes juridiques qui sont :

- ◆ La société anonyme dont le capital est souscrit par les actionnaires qui partagent les risques. Dans ce cas elle fonctionne conformément aux règles générales du droit des sociétés commerciales ;
- ◆ Les sociétés d'assurances mutuelles qui ont la forme d'association d'assurés sans objet commercial et dont les excédents d'exploitation sont ristournés aux assurés généralement sous la forme de réductions des cotisations exigées.

Le CDA limite, dorénavant, en son article **168**, les formes des entreprises d'assurances et de réassurance aux seules sociétés anonymes et sociétés d'assurances mutuelles et à leurs filiales.

Les sociétés anonymes

Les entreprises d'assurances et de réassurance doivent justifier d'un capital social d'au moins cinquante millions (50.000.000) de dirhams. Toutefois, l'administration peut exiger la constitution d'un capital social supérieur au minimum précité. A sa souscription, le capital social précité doit être entièrement libéré en numéraire. Toutes les actions sont nominatives. Elles ne peuvent être converties sous la forme au porteur pendant la durée de la société.

L'administration peut interdire les acquisitions d'actions ou les prises de contrôle d'entreprises d'assurances et de réassurance lorsque ces opérations sont considérées comme contraires à l'intérêt général.

Les sociétés d'assurances mutuelles

Pour ce qui est de ces sociétés, le CDA est venu combler le vide juridique qui prévalait auparavant en créant un cadre adéquat au fonctionnement des sociétés d'assurances mutuelles et à leurs unions, précisant ainsi les conditions de constitution et d'administration des sociétés d'assurances mutuelles (articles **173** à **226** du CDA).

Ce cadre s'inspire largement de la loi sur les sociétés anonymes tout en tenant compte des spécificités propres à la mutualité et à l'assurance.

Les sociétés d'assurances mutuelles doivent justifier d'un nombre minimum de sociétaires en vertu de la voie réglementaire et qui ne peut être inférieur à dix mille (10.000) personnes. Cette disposition ne s'applique pas aux sociétés d'assurances mutuelles qui s'engagent, de par leurs statuts, à constituer une union de mutuelles. Ces sociétés doivent justifier d'un fonds d'établissement minimum de cinquante millions (50.000.000) de dirhams.

L'un des apports principaux du dispositif consacré aux sociétés d'assurances mutuelles est la possibilité de regroupement des mutuelles dans des unions (article **205** du CDA) afin d'éviter l'effritement des portefeuilles gérés par les mutuelles en renforçant la notion de compétence et de gestion des risques, tout en tenant compte, dans certains cas, des particularités professionnelles ou sectorielles des sociétés qui composent ces unions.

L'octroi de l'agrément n'est pas limité aux entreprises en tant que personnes morales mais concerne aussi les dirigeants qui doivent respecter les normes de compétences et de moralité imposées par le législateur.

1.2. Les règles de fonctionnement

Règles de gestion

Le CDA, dans son **article 227**, stipule que « nul ne peut fonder, diriger, administrer, gérer ou liquider une entreprise d'assurances et de réassurance :

- s'il a fait l'objet d'une condamnation irrévocable pour crime ou pour l'un des délits prévus et réprimés par le code pénal ou la présente loi ;
- s'il a fait l'objet d'une condamnation irrévocable pour infraction à la législation des assurances ;
- s'il a fait l'objet ou si l'entreprise qu'il administrait a fait l'objet, au Maroc ou à l'étranger, d'une liquidation judiciaire et qu'il n'a pas été réhabilité ;
- s'il a fait l'objet d'une condamnation prononcée par une juridiction étrangère ;
- s'il a fait l'objet de radiation d'une profession réglementée pour cause disciplinaire ;

Les entreprises d'assurances et de réassurance ne peuvent procéder à des opérations de scission ou d'absorption qu'après accord préalable de l'administration.

Elles peuvent après accord de l'administration transférer une partie ou la totalité de leur portefeuille de contrats avec ses droits et obligations à une ou plusieurs autres entreprises.

Règles comptables et statistiques

Les entreprises d'assurances et de réassurance sont tenues de respecter les dispositions comptable des assurances de 2005.

Elles sont tenues, quel que soit le montant de leur chiffre d'affaires annuel, d'établir un rapport annuel qui a pour objet de décrire leur organisation comptable (bilan, CCP, journal, etc.) ainsi que l'état des soldes de gestion, le tableau de financement et l'état des informations complémentaires.

Garanties financières

Les entreprises d'assurances et de réassurance doivent inscrire à leur passif et représenter à l'actif :

- ◆ les provisions techniques suffisantes pour le règlement intégral des engagements contractés à l'égard des assurés, souscripteurs et bénéficiaires de contrats ;
- ◆ les postes correspondants aux créances privilégiées et aux dettes exigibles ;
- ◆ la réserve pour l'amortissement de l'emprunt ;
- ◆ une réserve égale à l'ensemble des provisions techniques à la charge du régime de prévoyance sociale institué par l'entreprise en faveur de son personnel ;
- ◆ les dépôts de garanties des agents, des assurés et des tiers.

Les entreprises d'assurances et de réassurance doivent, en outre, justifier, à tout moment, l'existence d'une marge de solvabilité destinée à faire face aux risques de l'exploitation à caractère aléatoire des opérations d'assurances.

1.3. Le contrôle des sociétés d'assurances

Le contrôle des entreprises d'assurances et de réassurance s'exerce dans l'intérêt des assurés, des souscripteurs et bénéficiaires de contrats. Il a pour objet de veiller au respect par les entreprises d'assurances et de réassurance des dispositions de la loi.

L'étendue du contrôle

Le champ du contrôle exercé par l'Etat sur les entreprises d'assurances et de réassurance est dorénavant plus large.

L'administration peut étendre le contrôle sur place d'une entreprise d'assurances et de réassurance à toute société dans laquelle cette entreprise détient, directement ou indirectement, plus de la moitié du capital ou des droits de vote, ainsi qu'aux organismes de toute nature ayant passé directement ou indirectement avec cette entreprise, une convention de gestion, de réassurance ou de tout autre type susceptible d'altérer son autonomie de fonctionnement ou de décision concernant l'un quelconque de ses domaines d'activité.

Ce contrôle est, d'une part, prolongé aux succursales, filiales ou toute autre entité avec laquelle une entreprise aurait passé des conventions de gestion, de réassurance ou autre et, d'autre part, étendu aux sociétés spécialisées en réassurance non soumises actuellement à ce contrôle.

De plus, les entreprises d'assurances et de réassurance sont soumises au contrôle externe (audit externe certification des états extra-comptables) et à l'introduction de la notion de contrôleurs assermentés.

Les états comptables, les comptes rendus, les tableaux et documents doivent être certifiés par les commissaires aux comptes des dites entreprises.

Les spécimens des contrats d'assurance et de réassurance que les entreprises d'assurance et de réassurance entendent mettre pour la première fois doivent être communiqués à l'administration préalablement à leur émission.

Lorsque la situation l'exige, l'administration peut, à tout moment, demander à toute entreprise, quelle que soit sa forme juridique, de faire auditer ses comptes.

Les modalités de contrôle

Lorsqu'une entreprise d'assurance est de réassurance enfreint une disposition de la loi, l'administration peut lui adresser une mise en garde. Elle peut également lui adresser une injonction à l'effet de prendre dans un délai déterminé toute mesure destinée à rétablir ou renforcer son équilibre financier ou à corriger ses pratiques.

Le CDA a instauré un dispositif approprié pour faire face à toute dégradation de l'équilibre des entreprises d'assurances et réassurance.

Ce dispositif qui permet de mettre en œuvre un programme de financement puis, dans une deuxième étape, la mise sous plan de redressement et enfin, si le redressement ne peut être envisagé, le transfert d'office du portefeuille de l'entreprise à une autre société d'assurance ou de réassurance en activité ou le retrait d'agrément à la liquidation de l'entreprise en question.

En effet, dans le cas où la marge de solvabilité n'atteint pas le montant minimum prévu par la loi, l'administration doit exiger de ladite entreprise la présentation d'un programme de financement d'une durée de trois (3) ans au maximum qui spécifie les mesures de nature à permettre la reconstitution de la marge de solvabilité. Ce programme doit prévoir l'augmentation du capital social ou du fonds d'établissement à un montant au moins égal à celui fixé par l'administration.

Toutefois, lorsque la marge de solvabilité n'atteint pas le tiers (1/3) du montant minimum prévu, la durée du programme de financement est fixée à trois (3) mois.

Lorsqu'il apparaît à l'examen des documents comptables et financiers d'une entreprise que sa situation financière risque de ne pas donner de garanties suffisantes pour lui permettre de remplir ses engagements, l'administration peut :

- ◆ soit l'interdire de souscrire pendant une période qui ne peut excéder deux (2) ans, de nouveaux contrats dans une ou plusieurs catégories d'opérations pour laquelle ou lesquelles elle a été agréée.
- ◆ soit de lui présenter, dans les délais qu'elle fixe, un plan de redressement qui doit comporter les mesures qu'elle se propose de prendre pour redresser sa situation financière afin de remplir ses engagements et renforcer de ce fait ses structures administratives.

techniques ou comptables nécessaires à la gestion des opérations pour lesquelles agréée.

En cas de refus de présentation d'un plan de redressement ou d'inexécution dudit plan, l'administration peut :

- nommer un administrateur provisoire ;
- prononcer le transfert d'office du portefeuille des contrats en cours et des sinistres ;
- retirer à cette dernière partiellement ou totalement son agrément.

Lorsqu'il est constaté, à l'examen des documents comptables et financiers d'une entreprise déséquilibrée la situation de l'entreprise résulte d'une ou de plusieurs des catégories d'opérations d'assurances obligatoires qu'elle pratique, l'entreprise peut, après approbation d'un plan de redressement par l'administration, obtenir une aide imputée sur le Fonds de solidarité des assurances précité, pour pallier tout ou partie de ce déséquilibre.

Le retrait d'agrément

L'administration peut retirer partiellement ou totalement l'agrément à une entreprise d'assurance et de réassurance lorsque :

- l'intérêt général l'exige ;
- l'entreprise ne fonctionne pas conformément à la législation et à la réglementation en vigueur ;
- l'entreprise refuse la souscription de l'assurance des risques automobiles ;
- l'entreprise ne remplit pas les garanties financières citées précédemment.

Le retrait total d'agrément à une entreprise ne peut intervenir que dans le cadre du transfert de son portefeuille, et qu'après avis du Comité consultatif des assurances.

Le retrait total de l'agrément emporte dissolution et liquidation de l'entreprise. La liquidation d'une entreprise d'assurances et de réassurance ne peut s'opérer par l'entreprise elle-même.

2. La réglementation et le contrôle des intermédiaires

2.1. L'octroi d'agrément

L'agrément d'un intermédiaire d'assurances ne peut être accordé par l'administration qu'après avis du Comité consultatif des assurances. Cet agrément est subordonné aux conditions suivantes :

* Pour les personnes physiques :

- être de nationalité marocaine ;
- être titulaire d'une licence délivrée par un établissement universitaire national ou d'un diplôme reconnu équivalent par l'administration ;
- avoir accompli un stage de formation ;
- avoir réussi à l'examen professionnel.

* Pour les personnes morales :

- être régies par le droit marocain et avoir leur siège au Maroc ;
- avoir cinquante pour cent (50%) au moins du capital détenu par des personnes physiques de nationalité marocaine ou des personnes morales de droit marocain.

Les modalités d'octroi de l'agrément sont fixées par voie réglementaire.

2.2. Les règles de gestion

L'activité d'agent d'assurances peut être exercée par une personne physique ou morale. Si l'agent est une personne morale, celle-ci doit être constituée sous la forme de société anonyme ou de société à responsabilité limitée. Dans ce cas, la société désigne un représentant responsable. Si l'agent est une personne physique, qui doit remplir obligatoirement les conditions prévues par la loi.

L'exercice du courtage en assurance est dorénavant limité aux personnes morales. La société de courtage doit être constituée sous la forme de société anonyme ou de société à responsabilité limitée. Elle désigne un représentant responsable, une personne physique qui doit remplir les conditions prévues par la loi.

Les intermédiaires d'assurances sont tenus de garantir la responsabilité civile qu'ils peuvent encourir en raison de leurs activités. Cette garantie doit être matérialisée par la souscription d'un contrat d'assurance pour un montant au moins égal à cinq cent mille (500.000) dirhams pour les agents et un million (1.000.000) de dirhams pour les sociétés de courtage.

Il est interdit à une entreprise d'assurances et de réassurance agréée pour pratiquer l'opération d'assurance contre les risques de responsabilité civile de refuser de garantir les intermédiaires d'assurances assujettis à l'obligation d'assurance instituée par l'alinéa précédent.

2.3. L'étendue du contrôle

Le CDA subordonne l'accès à la profession des intermédiaires d'assurances à des conditions susceptibles de renforcer le professionnalisme. C'est ainsi que cette profession est réservée aux personnes physiques de nationalité marocaine ayant un niveau d'instruction universitaire, également réservée aux personnes morales de droit marocain, ayant leur siège au Maroc et dont le capital est détenu à hauteur de 50 % au moins par des personnes physiques de nationalité marocaine ou des personnes morales de droit marocain.

Contrairement à ce qui était prévu jusqu'à la promulgation du code des assurances, l'exploitation par un intermédiaire d'assurances de plusieurs points de vente est désormais interdite. L'intermédiaire d'assurances s'interdit également d'exercer dans son local d'autres activités liées à sa profession.

Pour sauvegarder les intérêts aussi bien des assurés que ceux des ayants droit, le CDA cerner davantage les conditions de la cession et de la succession en assurance. Il limite ainsi la transmission d'un portefeuille au(x) seul(s) intermédiaire(s) d'assurances agréé(s).

Par ailleurs, pour la succession, le CDA prolonge désormais le délai (365 jours à compter de la constatation de la défaillance ou du décès, renouvelable une seule fois sur autorisation de l'administration) pendant lequel les ayants droit de l'intermédiaire « personne physique ou associés ou actionnaires d'un intermédiaire « personne morale » sont admis à continuer de gérer le portefeuille du cabinet, en attendant de présenter une personne physique remplissant l'ensemble des conditions prévues à l'article **304** dudit CDA.

3. La réglementation et le contrôle des contrats d'assurances

Le contrat d'assurance fonde l'essentiel des droits et obligations de chaque partie. Il établit les conditions dans lesquelles le service sera rendu.

Il mentionne généralement :

- la prime que l'assuré s'engage à verser;
- la prestation que l'assureur rendra;
- l'événement incertain (le risque).

3.1. Mécanismes de fonctionnement des contrats d'assurance

Le contrat d'assurance est un contrat de transfert de risques :

- l'assuré cède un risque, par définition aléatoire, à la compagnie d'assurances. Lorsque le contrat prévoit une franchise, l'assuré conserve une partie du risque.
- La compagnie d'assurances accepte le risque en échange de la prime.

Le mécanisme de l'assurance ne modifie pas la probabilité de survenance du risque, ni ses conséquences. Il se contente de transférer le risque d'un agent économique, l'assuré, à plusieurs autres.

L'assuré est alors protégé contre des événements qu'il ne peut pas supporter seul. Il peut ainsi réaliser des activités risquées. L'assurance aide indirectement à la création de richesses.

La compagnie d'assurances effectue, grâce à la souscription de nombreux risques similaires, la mutualisation des risques entre les assurés. Cette maîtrise statistique du risque permet de diminuer la volatilité totale de ses risques.

Pour survivre, une compagnie d'assurances doit pouvoir payer l'ensemble des sinistres que ses assurés subiront, ainsi que ses propres frais de fonctionnement. C'est cet équilibre entre primes et sinistres qui est vital. Les mutuelles d'assurance, limitant leurs "bénéfices" à leurs seuls frais de fonctionnement, font ainsi varier leurs tarifs au bénéfice de leurs cotisants.

Le montant total des sinistres étant, par définition, inconnu, les compagnies d'assurances commencent par « mutualiser les risques. Imaginons 100 personnes non assurées ayant statistiquement une chance sur 100 d'être victime d'un dommage : une de ces personnes connaîtra vraisemblablement des déboires financiers difficiles à supporter. Par contre si ces 100 personnes mutualisent et qu'elles apportent chacune une petite cotisation constituant une caisse commune, celles-ci seront nettement mieux protégées en cas de sinistre... Ce mécanisme vise à réduire la variabilité des pertes. Le montant des pertes probables (augmenté d'une marge de sécurité pour couvrir les frais de gestion de la compagnie) est versé par les assurés (prime).

L'argent ainsi récolté n'étant pas reversé immédiatement à l'assuré, il peut être placé, ce qui apporte une source de revenus supplémentaires, proportionnellement à la rentabilité de ces placements. Ce montant est particulièrement important dans les branches à déroulement long (exemple en responsabilité civile), où le sinistre, lorsqu'il survient, n'est indemnisé que de nombreuses années après la perception de la prime. Dans les branches à déroulement court, cette source de revenus est moins importante.

L'assureur est dès lors capable d'affronter une situation de sinistralité habituelle. Toutefois, il comprend aisément que si un risque se réalise simultanément pour un grand nombre d'assurés (intempéries, catastrophe naturelle, etc.), l'argent que doit verser l'assureur peut venir nettement au-dessous de ses perspectives de gains, voire excéder ses capacités financières. La technique de l'assurance consiste justement à éviter que l'assureur se trouve dans ce cas. L'assureur augmente le montant des primes à venir afin de reconstituer le capital consacré aux indemnisations.

Afin de faire face aux sinistres exceptionnels, les assureurs peuvent réassurer (avec franchise de leur part) leurs propres risques auprès de compagnies spécialisées : c'est la réassurance. La réassurance est systématique dans les risques industriels, dont l'ampleur dépasse le capital de la plupart des assureurs.

La souscription du contrat d'assurance

Lors de la souscription du contrat, l'assureur et l'assuré conviennent :

- d'un événement ou d'une liste d'événements, repris dans la police d'assurance (de médiéval *policia* : liste), et garantis par l'assureur ;
- d'une prime payée par l'assuré à l'assureur.

Avant la souscription, le demandeur d'assurance, futur assuré, remplit un questionnaire pour informer la compagnie d'assurances sur son risque. À partir de ce document, l'assureur peut effectuer le calcul de la prime d'assurance. Ce calcul statistique tient compte essentiellement de la probabilité de réalisation du risque et du coût des sinistres.

Le contrat d'assurance est un contrat de bonne foi. L'assuré est supposé informer de façon exacte et complète l'assureur en réponse à ses questions. Les fausses déclarations faites par l'assuré peuvent conduire à la nullité du contrat.

Lors de la réalisation d'un des événements listés au contrat, l'assureur assiste l'assuré. Cette assistance est le plus souvent financière et prend alors la forme d'une indemnisation. Mais elle peut prendre d'autres formes, par exemple une assistance juridique ou un rapatriement d'une personne malade à l'étranger.

Par exemple, un armateur assure un bateau et reçoit une somme, fonction du montant de la prime et de la vétusté, si le navire est endommagé ou détruit. Une assurance-vie garantira le paiement d'une pension si l'assuré atteint un certain âge alors que l'assurance-décès produira ses effets en cas contraire, etc. Un automobiliste impliqué dans un accident pourra bénéficier de l'assistance d'une compagnie d'assurances devant les tribunaux et éventuellement d'une somme pour régler les dommages dont il est responsable.

La fin du contrat

L'assuré et l'assureur peuvent dénoncer le contrat à chaque échéance. Les contrats d'assurance sont en général à tacite reconduction. Le code des assurances prévoit également une réévaluation de la prime possible pour l'assureur après chaque sinistre.

En cas de disparition du risque assuré, par exemple en cas de décès pour un contrat d'assurance vie, le contrat prend naturellement fin. Les contrats d'assurance vie, les contrats

groupe et les autres opérations collectives sont expressément exclus du dispositif de renouvellement des contrats d'assurance.

La police d'assurance

La police d'assurance est le document contractuel qui régit les relations entre la compagnie d'assurances et l'assuré. Ce contrat fixe en particulier :

- la liste des évènements garantis, avec les exclusions éventuelles.
- la garantie, c'est-à-dire l'assistance apportée à l'assuré en cas de sinistre.
- les obligations de l'assuré :
 - les mesures de prévention éventuelles afin de diminuer le risque
 - les délais de déclaration à l'assureur en cas de sinistre
 - le montant et les conditions de paiement de la prime
 - les possibilités de résiliation de la police
- les obligations de la compagnie d'assurances :
 - les délais de paiements pour l'indemnisation

Les polices d'assurance sont composées de conditions générales, communes à tous les a d'une même compagnie pour un risque ou un ensemble de risques donné, et de conditions particulières, spécifiques à l'assuré.

Le calcul de la prime d'assurance

Les **principes de calcul d'une prime d'assurance** sont l'ensemble des méthodes qu'une compagnie d'assurances de calculer la prime qui doit être payée par un assuré pour garantir un risque.

Le calcul de la prime est basé sur des paramètres techniques et commerciaux en incorporant les taxes.

Le calcul de la prime technique est en général effectué par des actuaires. **L'actuaire** étudie les risques statistiques pour établir les tarifications générales (primes d'assurance).

La prime d'assurance payée par l'assuré est composée de différentes parties :

- La prime pure : c'est le montant du sinistre moyen auquel devra faire face l'assureur pour le risque. Mathématiquement, la prime pure est égale à l'espérance des pertes.
- Le chargement de sécurité : ~~montant~~ vient s'ajouter à la prime pure. Il permet à l'assureur de pouvoir résister à la volatilité naturelle des sinistres.
- Le chargement pour frais de gestion. Ces frais comportent aussi bien les frais de gestion des sinistres que la rémunération des apporteurs (agents généraux ou courtier).
- Les taxes.

La prime ainsi définie est une prime entièrement technique. Cette prime est modifiée en fonction de la politique commerciale de la compagnie d'assurances.

Calcul de la prime pure

Le calcul de la prime pure a pour but d'évaluer, pour chaque assuré ou prospect, le montant attendu des sinistres pour la période d'assurance étudiée. Cette évaluation se fait le plus souvent par des méthodes statistiques, basées par exemple sur la technique du scoring. La sinistralité est divisée en plusieurs composantes, chacune étant évaluée indépendamment :

- La probabilité d'un sinistre normal
- Le coût d'un sinistre normal
- La probabilité d'un sinistre grave
- Le coût d'un sinistre grave

Dans une compagnie d'assurance, il existe plusieurs définitions d'un sinistre grave, c'est le sinistre de plus grand montant important :

- Les sinistres pour lesquels un contrat de réassurance intervient.
- Les sinistres qui sont traités par un département spécialisé.

Calcul du chargement de sécurité

Au sein d'une mutualité de risque, il existe une volatilité résiduelle de la sinistralité. L'assureur ne connaît donc pas exactement le montant des sinistres qui va survenir. En tarifant les contrats au-dessus du niveau de la prime pure (et en supposant une distribution des pertes symétriques), l'assureur

de l'argent une année sur deux. En l'absence de fonds propres, cette situation conduirait immédiatement à la faillite.

Pour se protéger, l'assureur ajoute donc à sa prime un chargement de sécurité. De nombreuses méthodes permettant de le déterminer sont possibles, aucune n'ayant à ce jour supplanté largement les autres :

- Chargement proportionnel à la prime pure. Le coefficient de proportionnalité reflète que l'assureur de la volatilité du risque.
- Chargement dépendant de l'écart type des pertes. Cette méthode est une légère formalisation de la précédente. Elle pose problème car elle introduira un chargement de sécurité qui dépendra des cas de gains (perte réelle inférieure à la prime pure)
- Chargement dépendant d'un certain quantile des pertes (par exemple le troisième). Un tel chargement permet de garantir que la prime sera suffisante dans un nombre déterminé à l'avance, mais ne donne aucune information sur les cas de pertes techniques.

Le contrôle des contrats d'assurances

Le contrôle des contrats vise trois objectifs :

- Protéger les assurés contre les clauses abusives qui rendraient les garanties sans portée, et contre des tarifs exagérément élevés ;
- Vérifier l'application à la lettre des textes édictant les interdictions, les obligations ou les clauses obligatoires ;
- Protéger les assureurs et leur santé financière en évitant les conditions d'assurance trop favorables qui peuvent peser sur la santé des assureurs.

Ainsi, afin de protéger les assurés et de garantir un maximum de transparence, l'article 97 impose à l'assureur, préalablement à la souscription de tout contrat, de remettre à l'assuré une notice d'information décrivant les garanties assorties des exclusions, la prime d'assurance et les obligations de l'assuré.

En outre, l'article **97** du CDA donne à l'assuré la possibilité de dénoncer le contrat dans les 15 jours, à compter de la date de sa souscription.

Par ailleurs, l'article **98** introduit les contrats d'assurances sur la vie, libellés en unités de compte qui sont des produits basés sur la variabilité du capital garanti et des primes correspondant à la valeur de ces unités de compte pour permettre l'adaptation du contrat d'assurance aux nouveaux instruments du marché financier.

Dans ces contrats, le risque de placement est supporté par les assurés étant donné que ces contrats sont libellés en des unités autres que monétaires, telles que des actions de SICAV, des parts de fonds communs de placement ou des parts ou actions de sociétés à vocation immobilière. Il s'agit là d'une innovation importante car jusqu'à présent, les sommes assurées devaient être toujours fixées par le contrat.

Il convient de souligner que les assurances « groupe » sont réglementées pour la première fois dans notre pays, en raison de leur caractère particulier. En effet, bien que les contrats « groupe » existent depuis le jour avec l'apparition de l'assurance sur la vie au Maroc, la réglementation n'a pas fait de distinction entre les contrats individuels et collectifs.

Contrairement aux contrats individuels (ou grande branche) qui s'adressent à des individus isolément, les contrats collectifs (ou de groupe) s'adressent à des groupes de personnes liées entre elles par un lien de même nature avec le souscripteur : personnel d'une entreprise, membres d'une association, etc. De plus, les contrats « groupe » peuvent garantir un ensemble de risques dont notamment le décès, l'invalidité, les accidents corporels et la maladie.

3.2. Types de contrats d'assurance

Il y a deux grands types d'assurances :

L'assurance de personnes

Les assurances de personnes ont pour objet de protéger la personne même de l'assuré.

- soit « **en cas de vie** » (assurance vie) sous formes de capitalisation donnant lieu au versement au titulaire (ou dans certains cas de ses ayants droit) au versement d'un capital ou d'une rente après une certaine date ;

- soit « **en cas de décès** » (assurance décès) donnant lieu au versement d'un capital à un bénéficiaire ;
- soit par une **assurance maladie** l'assurance complémentaire santé, l'assurance hospitalisation, le contrat "accidents corporels".
- soit en couverture d'autres risques tels que : l'incapacité de gain, l'invalidité, le décès accidentel.

L'assurance de dommages

Elle donne droit à une indemnité, normalement égale au montant du préjudice dû à un événement accidentel et involontaire (**assurance accident**), appelé « sinistre », se produit :

- **assurance de personnes** : (accident corporel, invalidité, maladie, assistance voyage) distingue fréquemment :
 - la Prévoyance (garantie décès, indemnités journalières garantie incapacité/invalidité de travail, ...) ;
 - l'assurance Santé aussi appelée Assurance Maladie, généralement segmentée en :
 - assurance maladie obligatoire (la sécurité sociale) ;
 - assurance maladie complémentaire ou la mutuelle.
- **assurance de tiers** : responsabilité civile, etc.
- **assurance de biens** contre les accidents, incendies, vols (automobile, habitat...), (Incendie, Accident et Risques Divers).

Les contrats d'assurances de personnes

Ces contrats couvrent les risques qui portent atteinte à la personne, soit dans son intégrité physique (assurance accident corporel, santé...), soit dans son existence (assurance sur la vie).

Les différentes assurances en cas de décès

Moyennant le paiement de cotisations (souvent mensuelles ou annuelles), votre assureur s'engage à verser un capital à vos proches à votre décès.

Ces assurances ont principalement pour objectif de protéger financièrement la famille et les proches. Elles sont généralement à fonds perdus, c'est-à-dire que si l'assuré est toujours en vie à l'échéance du contrat, ni lui ni ses proches ne récupéreront les primes versées. L'assuré est libéré de ses obligations et les primes lui restent acquises.

Ces assurances sont donc généralement peu onéreuses. Leur prix dépend du capital garanti et sera déterminé lors de la souscription du contrat.

On distingue deux grandes catégories d'assurance décès :

- ☑ **L'assurance temporaire** : Elle vise à couvrir l'assuré pendant un certain laps de temps. Si un décès survient pendant la durée de validité du contrat, les prestations deviennent immédiates. À défaut, c'est-à-dire en cas de survie de l'assuré au terme du contrat, les primes versées sont acquises à l'assureur. Cette assurance est couramment utilisée pour les voyages ou pour garantir un emprunt.
- ☑ **L'assurance "vie entière"** : Si l'on souhaite protéger ses proches de façon définitive, le contrat doit être à durée viagère. L'entreprise d'assurance s'engage à verser, au décès de l'assuré quelle qu'en soit la date, un capital au bénéficiaire désigné. Il ne s'agit pas d'une assurance à fonds perdus et elle comporte une valeur de rachat, l'assureur étant tenu de verser le capital.

L'assurance en cas de vie

L'intérêt de souscrire une assurance en cas de vie est de se constituer progressivement un capital, bénéficiant d'avantages civils et fiscaux, qui sera reversé à l'assuré s'il est toujours en vie à la date fixée par le contrat. Ces contrats garantissent le versement d'un capital ou d'une rente à l'échéance du contrat.

En théorie, si l'assuré décède avant cette date, l'assureur ne verse rien et conserve les primes versées jusqu'alors.

Cependant, en pratique, les assureurs ont inséré dans les contrats une "contre-assurance" qui garantit le reversement de l'épargne constituée, ou seulement des primes payées, en cas de décès avant le terme.

Les assurances mixtes

Elles permettent de garantir dans un même contrat à la fois le risque de survie et le risque de décès. L'assureur s'engage à verser un capital à la fois en cas de décès de l'assuré avant la date prévue, et en cas de vie de l'assuré à la date fixée contractuellement.

Les cotisations sont obligatoirement périodiques, puisque l'aléa ne porte pas sur la date de paiement de la prestation mais sur la durée de cotisation.

Contrat collectif ou contrat individuel

- Le contrat collectif est une opération à trois. Il est conclu entre un assureur et une personne morale qui peut être une association ou un employeur. L'assuré vient simplement adhérer au contrat.
- Le contrat individuel est directement conclu entre l'assureur et l'assuré. Il ne peut être conclu qu'avec l'accord de ce dernier.

Pour savoir si un contrat est individuel ou collectif, il suffit de se reporter à l'encadré inséré dans la proposition d'assurance ou du projet de contrat.

La technique de l'assurance vie/décès

L'assurance vie repose sur la technique de la **capitalisation** qui rend nécessaire l'utilisation de deux paramètres, l'un viager avec la table de mortalité, l'autre financier avec le taux d'intérêt technique.

L'assurance vie est gérée selon la technique de la capitalisation. Dans sa gestion, l'assureur doit mettre de côté tout ou partie des cotisations pour faire face à ces engagements dans l'avenir vis des assurés et des bénéficiaires. Cette réserve d'argent doit bénéficier d'intérêts composés, c'est-à-dire qu'elle doit être capitalisée.

Le contrat de capitalisation

Le contrat de capitalisation n'est pas à proprement parler un contrat d'assurance-vie. La personne d'assuré est totalement absente de ce contrat. Il s'agit d'un contrat d'épargne s'appuyant sur

gestion financière de l'épargne constituée, permettant de la faire fructifier et garantir le capital déterminé à l'échéance du contrat.

Les assurances de dommages corporels

Elles regroupent les assurances des risques d'atteinte à l'intégrité physique en cas de mort ou d'accident corporel.

Soit ces assurances sont l'objet de contrats spécifiques (assurances individuelles contre les accidents, contrats complémentaires santé ou hospitalisation, assurance dépendance, garanties des accidents de la vie...) soit ce sont des garanties (invalidité, incapacité...) généralement annexées aux contrats d'assurance vie.

Selon les contrats, ces garanties prévoient le versement de prestations en cas de décès, d'incapacité de travail, d'invalidité, de dépendance ainsi que le remboursement des frais de santé.

Les contrats d'assurances de biens et de responsabilité

Ils se subdivisent en deux catégories :

- les assurances de biens ou de choses qui garantissent les biens appartenant à l'assuré ;
- les assurances de responsabilité qui prennent en charge les conséquences financières des dommages que l'assuré peut causer à des tiers ; l'assureur indemnise les victimes de l'assuré.

Les principales assurances de biens et de responsabilité sont les suivantes :

- l'assurance des biens des particuliers, notamment les contrats multirisques habitation ;
- l'assurance des biens professionnels, concernant les risques des entreprises industrielles, des agriculteurs, commerçants, artisans et prestataires de services, des collectivités locales ;
- l'assurance construction ;
- l'assurance automobile ;

- l'assurance transports (assurance ferroviaire, maritime, fluviale, aérienne, spatiale, marchandises transportées) ;
- l'assurance de responsabilité civile ;
- l'assurance crédit ;
- l'assurance de protection juridique.

Le principe indemnitaire ou forfaitaire

Assurances de biens et de responsabilité	Assurances de dommages corporels	Assurances sur la vie
Principe indemnitaire	Principe indemnitaire ou forfaitaire (selon les types d'assurances)	Principe forfaitaire

Le principe indemnitaire est un principe fondamental selon lequel la prestation de l'assureur peut en aucun cas excéder le préjudice réel subi par l'assuré.

Le principe forfaitaire autorise l'assureur et l'assuré à déterminer librement le montant de la prestation sans référence au montant du préjudice réel subi.

Les assurances de biens et de responsabilité sont fondées sur le principe indemnitaire. Par exemple, l'indemnité versée par l'assureur suite au vol du véhicule assuré ne peut excéder la valeur réelle de celui-ci.

Les assurances sur la vie sont basées sur le principe forfaitaire. Les sommes assurées sont prévues dans le contrat. Les prestations sont déterminées à l'avance en fonction du choix de l'assuré. Seul l'assuré peut estimer les sommes dont lui (assurance en cas de vie) ou ses proches (assurance de décès) peuvent avoir besoin.

Les assurances de dommages corporels sont majoritairement soumises au principe forfaitaire. C'est le cas par exemple de l'assurance complémentaire santé pour les frais de soins. Dans les contrats de type individuel accidents, s'applique le principe forfaitaire et prévoient des prestations prédéterminées.