

MEMOIRE

**LE DÉPARTEMENT VIE ET  
PRÉVOYANCE SOCIALE DES  
ASSURANCES MUTUELLES  
AGRICOLES DU CAMEROUN  
(AMACAM)**

RAPPORT DE STAGE

Présenté par

**MOUSSA-DJARLAWNA**  
(Tchad)

Sous la Direction de

**Monsieur EKOUMOU Raymond**  
Directeur Technique et Commercial

(5) O M M A I R E

Avant - propos

Introduction

Section 1) La temporaire au décès.

§ 1er) Les documents de base

- A) La proposition
- B) Le rapport médical

§ 2) Les paramètres de tarification

- A) L'âge de l'assurable
- B) L'état de santé du client
- C) La durée du contrat
- D) Le capital à garantir.

§ 3) La cotisation

- A) Le calcul de la cotisation
- B) La notion de classe
- C) L'établissement de la police.

§ 4) La gestion du portefeuille

- A) Le dossier individuel
- B) La fiche - assuré
- C) La fiche - client

§ 5) La réassurance

§ 6) Le renouvellement des polices

- A) L'avis d'échéance
- B) L'avis de crédit

C) La procédure de résiliation

§ 7) Le règlement des sinistres

A) Les sinistres vie

B) Les sinistres risques divers

Section 2) Pour une expansion de la branche vie

Sous-Section 1) Les problèmes de développement de l'assurance vie

§ 1er) Les problèmes de vente

- A) L'assistance d'autrui
- B) La faiblesse du pouvoir d'achat
- C) La réticence à l'épargne
- D) Le caractère immoral de l'assurance vie

§ 2) L'inadaptation des données statistiques.

§ 3) L'interprétation des clauses du contrat

§ 4) Les problèmes de réassurance

§ 5) Les contentieux

- A) En vie
- B) En risques divers

Sous-Section 2) Les perspectives d'amélioration de la branche vie.

§ 1er) Les assurances des groupes

§ 2) Les assurances en cas de vie et la contre assurance

I) Les assurances en cas de vie

- A) Le capital différé
- B) L'assurance de rente

II) La contre assurance

Conclusion

AVANT - ROPOS  
\*\*\*\*\*

Le rapport qui suit résulte d'un stage sur le terrain effectué aux Assurances Mutuelles Agricoles du Cameroun (AMACAM) du 1er Août au 15 Octobre 1979.

Si ce stage s'est déroulé dans une atmosphère très agréable, nous n'étions pas pour autant à l'abri de quelques petites difficultés techniques. En effet, la Direction de l'Institut International des Assurances de Yaoundé, dans une directive aux responsables de stage, recommandait une méthode de travail (1). Mais sur le terrain, le stagiaire peut se retrouver dans l'une des situations ci-après :

1°) Après le survol de la Société, le stagiaire est envoyé dans un bureau où rien ne se fait. Le responsable du stage lui donne régulièrement des documents qu'il exploite en vue de rédiger son rapport de stage. "Je me croyais encore à l'Institut entrain de bûcher..." ! me confia un camarade. C'est donc un stage stérile et contraire aux vœux de la Direction de l'I.I.A (2). Le stagiaire est reparti sans toucher du doigt c'est-à-dire sans pénétrer vraiment ce qui se fait dans la maison. Alors qu'un stage pratique, comme le voudrait la Direction de l'Ecole, permettrait au stagiaire de vivre un peu déjà ce qui l'attend à la sortie de l'I.I.A.

2°) Dès le premier jour le stagiaire est affecté dans un service pour remplacer un agent qui prenait son congé annuel régulier. Il y restera pendant toute la durée du stage. C'est une formule relativement meilleure que la première. Le stagiaire a appris un travail déterminé et a pu assumer des responsabilités ne serait-ce que pendant quelques jours. Il a aussi pu vivre les difficultés que rencontre le service auquel il était momentanément affecté.

---

(1) Le stagiaire fait un survol rapide de l'entreprise en une ou deux semaines maximum ; il est affecté ensuite dans un service où après le temps nécessaire d'adaptation pour être opérationnel, il devra si possible avoir un poste de travail et effectuer un travail comportant les responsabilités qu'il peut assumer.

(2) "Il ne s'agit pas d'un stage documentaire..."

3°) Ici il n'ya pas de survol de la compagnie. Le stagiaire fait le tour de différents services de la Société pendant un mois et demi. La durée du passage dans un service varie de quatre jours à deux semaines suivant l'importance du service. Dans chaque service, le stagiaire observe ce que fait l'agent. Puis ce dernier teste son apprenti - par exemple tarifier un risque-auto, remplir un avenant de suspension de garantie, prendre une déclaration de sinistre et vérifier si la police concernée est en vigueur etc... C'est dans cette situation que je me suis retrouvé aux Assurances Mutuelles Agricoles du Cameroun avec Mr. EVOUNA BALLA Philippe, un autre stagiaire de nationalité Camerounaise.

Il est vrai, c'est la meilleure des trois méthodes de travail que nous venons de voir. Mais cette formule, comme les autres, comporte aussi bien des avantages que des inconvénients. Dès le premier jour, nous étions à même de relever le "divorce" qu'il ya entre les cours théoriques et la pratique. C'est dire que nous étions bien encadrés. En une semaine nous nous croyions déjà des assureurs "rompus". Nous avons aussi pu nous faire une idée du rôle joué par chaque service visité (1). Encore mieux nous avons eu à partager et comparer l'expérience de beaucoup d'agents. Mais cette formule pose des problèmes quant au travail approfondi et quant au choix du sujet du rapport de stage. En effet, à la fin de son stage, le stagiaire devra avoir rédigé un mémoire. La fixation du sujet du rapport intervient vers le 15 Septembre. Or à cette date le stagiaire n'est pas affecté dans un service donné. Compte tenu du temps qu'il met dans chaque service, le stagiaire n'a pas le temps nécessaire pour appréhender les problèmes de fond (certains agents n'osent pas évoquer les difficultés qu'ils éprouvent dans leur travail). Ce rapport a pour thème "le Département-vie et prévoyance Sociale de l'AMACAM"; mais vingt jours dans ce service sont nettement insuffisants pour une description claire et complète du travail effectué d'autant plus que les nouvelles affaires sont rares...

---

(1) En réalité, nous n'avons pu visiter que les services de la Direction Technique et Commerciale et le service Inspection-Réassurance qui est rattaché à la Direction Générale.

Ceci étant dit, nous nous excusons auprès du lecteur averti des imperfections que contient ce rapport. Qu'il le considère comme l'oeuvre d'un débutant en matière d'assurances. "C'est en forgeant qu'on devient forgeron".

+ +  
+

Nous exprimons notre gratitude au Directeur Général Monsieur MBOUMI pour nous avoir accepté dans la maison pour effectuer ce stage.

Nous exprimons notre reconnaissance au Directeur Technique et Commercial Monsieur EKOUMOU qui a dirigé ce stage malgré ses nombreuses occupations.

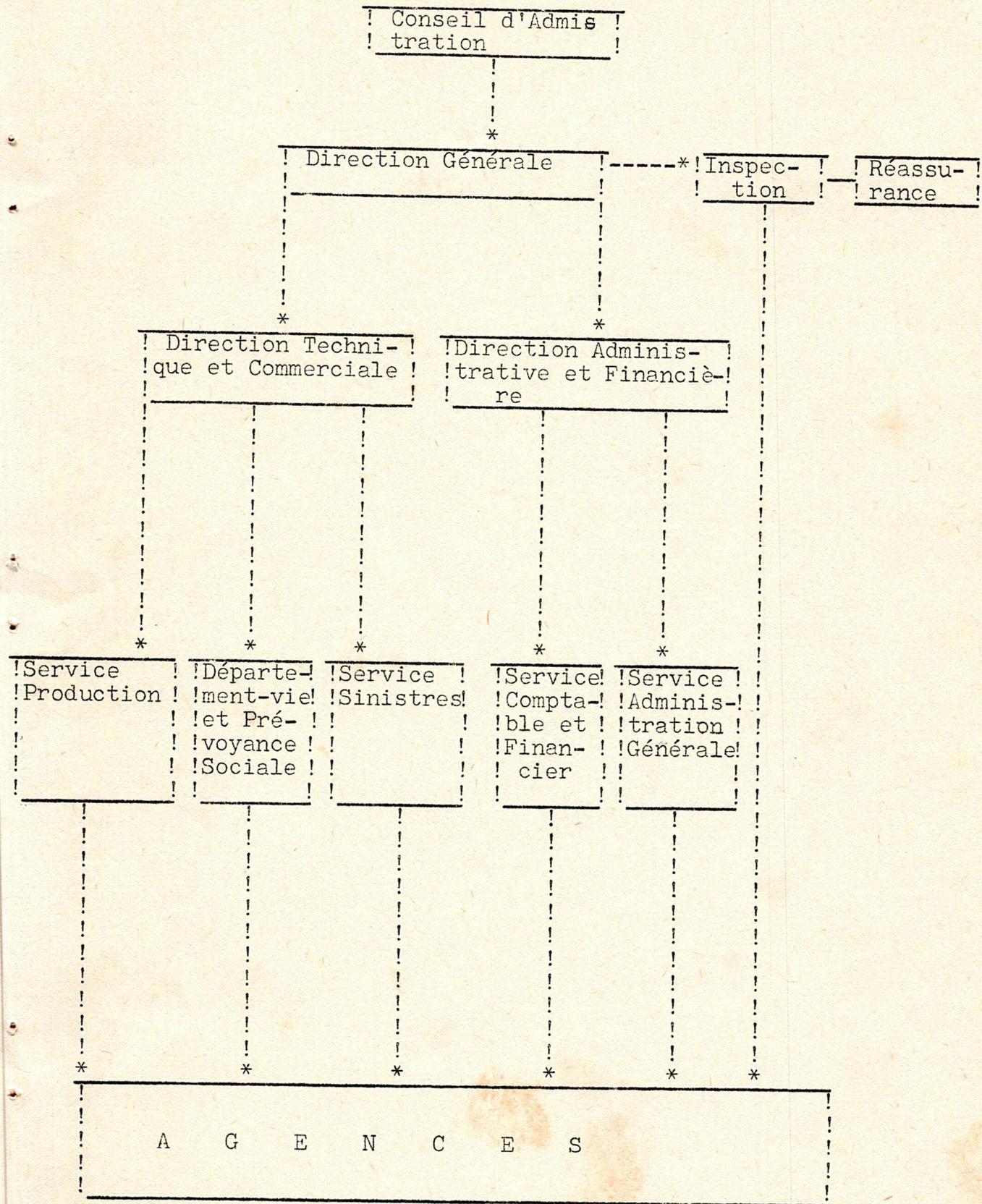
Nous remercions vivement Messieurs ABONDO, ALAKA, MENG et NOUIND pour leurs enseignements et conseils qui nous ont été très précieux.

Nous remercions Monsieur AWOUDOU qui a accepté de relire les manuscrits de la première partie du rapport et pour ses remarques.

Nous remercions Mlle NINGUEM que nous considérons comme la "Maîtresse de la Maternelle".

Nous remercions enfin tous ceux qui ont bien voulu partager avec nous leur expérience. En particulier : MM. AYISSI, BOSSECK, EDANGA, MALLOUM, MAMA, MENDOULA, MOUKETE, MOUSSA MANGA, NDAM, NTSAM, SIKATI ; Mmes BAROUNG et FAMPOU Pauline.-

ORGANIGRAMME SCHEMATISE DE L'A M A C A M



INTRODUCTION  
-----

Les Entreprises d'Assurances et de Réassurances sont l'un des facteurs moteurs de l'économie d'un pays. Car elles participent pour une large part à la mobilisation des vastes ressources financières que requiert le développement économique. Mais dans la plupart des pays en voie de développement, ce secteur était pendant longtemps détenu par des Sociétés étrangères, en particulier des Sociétés Occidentales (françaises, anglaises, belges etc...) Deux exemples suffisent pour nous en convaincre. Au Tchad par exemple les autorités politiques et administratives n'ont pas trouvé mieux de laisser ce secteur aux mains des étrangers jusqu'à une date récente; En effet c'est en 1977 qu'une Société de droit local dénommée "Société Tchadienne d'Assurances et de Réassurances" en abrégé "la STAR NATIONALE" a été créée. C'est sans doute le dernier pays d'Afrique Noire francophone indépendant qui se réveille avec tant de retard. Quelles seraient les causes de cette inertie ? C'est le manque des cadres nationaux en matière d'assurances nous dira-t-on. Soit. Mais il est des pays (comme le Cameroun) qui n'ont pas attendu dix sept ans après <sup>leur</sup> indépendance pour agir. En réalité, c'est depuis 1958 que l'idée de créer une Mutuelle Agricole au Cameroun est née. Mais cette initiative heureuse du Président de la Chambre d'Agriculture de l'époque, Monsieur MBA rencontra une vive résistance des autorités de tutelle. Car elles savaient qu'une Mutuelle dirigée par des Camerounais constituerait un concurrent de taille pour leurs agences implantées au Cameroun comme partout ailleurs. C'est ainsi que des groupes de pression fortement appuyés vont étouffer le projet "la raison du plus fort est toujours la meilleure. Soit. Mais une réforme administrative de 1964 favorisera la création de la Mutuelle Agricole du Cameroun. En effet, la Chambre d'Agriculture devenait Camerounaise le 15 Mai 1965 avec le même Président Monsieur MBA. La création d'une Mutuelle Agricole d'Assurances au Cameroun était inscrite au programme. Et en Juin 1964, la Mutuelle Agricole du Cameroun (MACAM) fut constituée. L'arrêté d'agrément sera donné le 1er Mars 1965.

Le 6 Avril 1973, cette Mutuelle devient "Assurances Mutuelles Agricoles du Cameroun (AMACAM). C'est une Société d'assurances et de réassurances à forme mutuelle et à cotisations fixes et variables. Le fonds d'établissement (passé de 25 à 100 millions en 1974) est entièrement constitué. Nous tenons à le noter que l'AMACAM est une Société de droit local et le fonds d'établissement est constitué par des Camerounais. C'est un exemple encourageant à suivre pour réduire la prépondérance étrangère dans le secteur des assurances.

La Mutuelle Agricole, devenue les Assurances Mutuelles Agricoles du Cameroun en 1973, était constituée sur la base de plusieurs textes dont :

- La loi du 1er Juillet 1900 définissant la charte de la Mutualité Agricole.
- L'Ordonnance 62/OF/36 du 31 Mars 1962 définissant les conditions d'agrément et imposant les garanties de solvabilité.
- Le Décret n° 62/OF/347 du 12 Décembre 1962 prévoyant le mode de déplacement de réserves des Compagnies d'Assurances.
- Le décret n° 63/OD/14 portant ratification de la convention de coopération en matière de contrôle des Entreprises d'Assurances en France et dans les pays d'Afrique affiliés, dont le Cameroun.
- L'arrêté n° 213/MINFI du 1er Mars 1965 portant agrément de la Mutuelle Agricole du Cameroun.
- L'arrêté n° 132/MINFI du 6 Avril 1973 portant agrément de la Société d'Assurances à forme Mutuelle dénommée "Assurances Mutuelles Agricoles du Cameroun".
- L'arrêté n° 63/MINFI du 26 Février 1974 portant extension d'agrément des opérations de la Société "Assurances Mutuelles Agricoles du Cameroun".

La MACAM (devenue AMACAM) devait assurer uniquement des risques agricoles. Mais les arrêtés n°<sup>S</sup> 132 & 63 susvisés ont changé la nature juridique de la Société et étendu son champ d'activité. Aujourd'hui elle est à même de réaliser les opérations d'une grande Compagnie. Parmi les branches d'assurances qu'elle pratique, nous retiendrons :

1°) LES BRANCHES OBLIGATOIRES

a) L'assurance-auto :

L'AMACAM assure les 3/5 des véhicules du Cameroun soit 71 % de son portefeuille. La Compagnie souffre énormément de cette situation car la branche-auto est déficitaire. Ce déficit est dû à plusieurs facteurs. Les tarifs auto imposés par l'Etat sont très bas alors que les prix des véhicules et des pièces de rechange augmentent sans cesse. La fréquence (1) et les conséquences des sinistres auto sont inquiétantes. En outre, les tribunaux accordent des dommages-intérêts très élevés aux victimes de la circulation, le plus souvent sans fondement juridique. Prenons un exemple : Monsieur X a souscrit une assurance-auto pour couvrir sa responsabilité civile à l'égard des tiers. Il a aussi souscrit une individuelle-accident pour se protéger lui-même car il n'est pas tiers par rapport à lui-même pour être couvert par la première police. Un jour, au volant de sa voiture, Monsieur X rentre dans un palmier. Il est blessé. Le médecin fixe l'IPP (Incapacité Permanente Partielle) à 25 %. Le capital garanti en individuelle-accident étant plafonné à Un million en cas de décès ou d'incapacité totale, l'intéressé devait recevoir  $\frac{1.000.000 \times 25}{100}$  250.000 F.CFA

---

(1) 25 accidents dont un mortel ont été enregistrés à Yaoundé le 24 Septembre 1979 et 14 à Douala à la même date (presse parlée du samedi 29 Septembre 1979).\*

d'indemnité. Mais il a refusé la prestation et a assigné la Compagnie en justice. Le Tribunal de Grande Instance de Yaoundé a condamné la Société à lui verser quatre millions trois cent mille. On peut se poser la question de savoir s'il s'agit d'une assurance aux tiers (et pourtant Monsieur X n'est pas tiers par rapport à lui-même) ou d'une individuelle-accident dont le plafond de garantie est égal à un million en cas de décès de l'assuré ou d'incapacité permanente totale (100 %). Ces décisions fantaisistes des Magistrats devraient amener les responsables de la Société à créer une section "Contentieux" au sein du service sinistre pour mieux défendre les intérêts de la Société. Nous exprimons là le vœux de la majorité du personnel.

b) Les assurances maritimes et transports

L'AMACAM pratique l'assurance maritime et transport. Cette branche est gérée à Douala.

c) L'assurance-crédit

Lorsqu'une personne sollicite et obtient un crédit bancaire, l'organisme prêteur lui exige une assurance-vie (temporaire au décès) en guise de garantie. Cela signifie que si l'emprunteur (assuré) décède avant le délai de remboursement du crédit, la Compagnie se substituera à l'assuré pour payer le solde restant dû (capital décroissant), ou l'intégralité du capital garanti (capital constant). Ainsi aux termes de l'arrêté n° 63 susvisé, l'AMACAM est autorisée à pratiquer la temporaire au décès.

2°) LES BRANCHES FACULTATIVES (IARD)

Il s'agit de l'incendie, accident et risques divers (cf rapport de Monsieur EVOUNA BALLA).

Sur le plan organisationnel, la compagnie a trois directions coiffées par le conseil d'administration (cf organigramme). L'AMACAM est représentée dans les provinces par des Agences (1), son siège social étant à Yaoundé. Elle traite avec la caisse Nationale de Réassurances (Yaoundé) et avec des Réassureurs Internationaux (2). Il nous a été donné de constater que les structures de la Société sont hybrides. Ce qui a pour conséquences la confusion des tâches et l'irresponsabilité de certains agents. Une répartition précise des travaux de différents services s'impose... ! Nous ne pensons pas devoir nous attarder sur les structures et cet organigramme, bien qu'une restructuration des services nous semble nécessaire pour une plus grande responsabilité des agents.

La Direction Technique et Commerciale est divisée en trois services dont le "Département-vie et Prévoyance Sociale". C'est sur ce service que porte le présent rapport. La branche vie est très technique mais il faut avoir le goût du risque et on ne nous condamnera pas pour avoir traité un thème qui nous est inconnu. Le plan de l'exposé est le suivant : Nous étudierons dans un premier point l'aspect descriptif du travail effectué. Nous envisagerons en second lieu les problèmes que connaît la branche vie et les suggestions éventuelles et les perspectives d'amélioration de la branche vie au sein de l'AMACAM.

---

(1) Bafang, Bafoussam, Bamenda, Bansa, Bertoua, Douala, Dschang, Ebolowa, Edéa, Foumban, Garoua, Kumba, Loum, Maroua, Ngaoundéré, Nkongsamba, Sangmélina, Victoria et Yaoundé.

(2) CF infra section 1, § 5.-

## SECTION 1) LA TEMPORAIRE AU DECES

Les combinaisons des assurances sur la vie sont très nombreuses. Mais notre propos, du moins pour l'instant ne concerne qu'une seule grande catégorie : les assurances en cas de décès. On appelle "assurances en cas de décès les combinaisons dans lesquelles l'assureur s'engage à verser les sommes prévues au contrat en cas de décès de l'assuré survenant au cours de la période de l'assurance". Les assurances en cas de décès comportent trois variétés (1) dont la temporaire au décès. C'est cette combinaison qui est pratiquée par les Assurances Mutuelle Agricoles du Cameroun (AMACAM). Et c'est cette variété qui fait l'objet de notre exposé. On la définit comme <sup>une</sup> combinaison dans laquelle l'assureur s'engage à verser le capital au décès de l'assuré si celui-ci survient avant l'expiration du contrat. Deux remarques s'imposent : - Si la cotisation est unique, elle reste acquise à la Société à l'expiration du contrat. L'assureur se voit alors libéré de tout engagement.

- Si elle est annuelle, elle cesse d'être due au décès de l'assuré (l'assureur paie le capital) ou à l'expiration du contrat. Dans ce dernier cas, la cotisation reste également acquise à l'assureur qui se voit libéré de ses obligations.

Avant la souscription d'un tel contrat, il est exigé de l'assuré soit un examen médical, soit la réponse à un questionnaire concernant son état de santé. C'est le premier point de cette partie. Le producteur vie tient compte de certains paramètres pour calculer la cotisation. C'est le second point. Ensuite nous verrons successivement la gestion du portefeuille, la Réassurance, le renouvellement au cas où la cotisation serait annuelle. Et le règlement des Sinistres constituera la dernière phase de la première partie.

---

(1) Lavie entière, la temporaire et l'assurance de survie.-

## § 1er) Les documents de base

### A) La proposition

Elle est remplie par le producteur vie le jour où l'assurable se présente au siège social de la Société ou dans l'une de ses agences.

#### 1°) Les indications

La proposition comporte un certain nombre de mentions :

- nom et adresse du souscripteur payeur de prime
- nom, adresse, date de naissance et Profession de l'assuré
- les causes de la souscription du contrat : par exemple pour acquérir un crédit bancaire.
- date de prise d'effet demandée
- capital assuré
- noms, adresses et dates de naissance des bénéficiaires en cas de décès.

#### 2°) La déclaration

La proposition comporte également un questionnaire. Ce questionnaire permet à l'assureur de se faire une première idée du risque qu'il s'engage à garantir notamment les antécédents sur l'état de santé de l'assurable. Le producteur peut aussi comparer la déclaration de l'assurable et le rapport médical pour connaître la bonne ou mauvaise foi du client.

Notons enfin que la proposition n'engage ni l'assureur ni l'assurable (article 17 loi du 13 Juillet 1930).

#### B) Le rapport médical

Il est établi par un médecin agréé par la Société dénommé médecin-conseil. C'est le document à partir duquel l'assureur accepte ou non de garantir le risque qui lui est proposé. Un mauvais rapport médical doit en principe entraîner le refus de l'assureur. Cependant un assurable ayant un mauvais rapport médical peut être accepté moyennant surprime. Suivant l'importance du capital à assurer, le producteur vie peut demander d'autres visites médicales, toujours pour une meilleure appréciation du risque à couvrir ; ou s'il se trouve dépassé, il peut faire un télex aux Réassureurs Internaux/pour une meilleure appréciation du risque à leur niveau avant l'acceptation ou l'ajournement (refus poli).  
Remarque Tous les dossiers vie des agences sont centralisés au siège de la Société pour une étude plus approfondie et pour le classement du fichier Central.

## § 2) Les paramètres de tarification

La tarification d'un risque vie s'effectue à la base de quatre éléments essentiels.

- L'âge de l'assurable
- la durée du contrat
- l'état de santé du client
- le capital à garantir.

### A) L'âge de l'assurable

Cet élément concourt à déterminer le taux de tarif à appliquer pour chaque assurable. C'est donc un élément essentiel quant à l'appréciation du risque et son acceptation. Car plus un client est âgé, plus courte en principe est son espérance de vie. Par exemple on peut refuser un client ayant cinquante quatre ans et voulant souscrire un contrat pour une durée de neuf ans.

### B) L'état de santé du client

Il est le plus souvent déterminé par le médecin-conseil après expertise médicale pratiquée sur l'assurable. Le client peut ainsi être accepté aux conditions normales (donc assuré) si les résultats de l'expertise sont jugés satisfaisants par l'assureur. Dans le cas contraire c'est-à-dire si les résultats de l'expertise sont moins bons (état de santé actuelle mauvaise ou antécédents peu rassurants) il ya lieu de surprimer l'assurable ou d'interroger les réassureurs.

### C) La durée du contrat

La durée du contrat influe également sur la tarification du risque. Car plus un risque est étalé dans le temps, plus grande est sa probabilité de survenance.

En cas de bon risque, ne peut-on pas demander au bailleur des fonds (cas de crédit bancaire) de réduire la durée du remboursement du crédit, ce évidemment en commun accord avec l'emprunteur ?

### D) Le capital à garantir

Il représente le risque à couvrir par l'assureur. Il est normal qu'il soit déterminé avec précision au moment de la souscription. C'est également en fonction de ce capital qu'on détermine les examens médicaux auxquels doit satisfaire l'assurable. Par exemple pour un capital de vingt millions, on exigera du client :

- avoir 35 ans
- un rapport médical
- un électrocardiogramme.

La faculté d'acceptation des risques vie à l'AMACAM est actuellement limitée à quinze millions lorsque le client est accepté aux conditions normales. Elle est ramenée à quatre millions lorsque le risque présente des anomalies. En réalité, tous les risques jugés anormaux sont soumis à l'appréciation des réassureurs (à posteriori) pour comparaison de la tarification appliquée au dossier entre la Société primaire et la Société de réassurance.

### § 3) La cotisation

C'est la prestation versée par le souscripteur en contrepartie de la garantie que lui accorde l'assureur. En d'autres termes, c'est le prix du risque pris en charge par l'assureur à savoir de décès dans notre propos.

#### A) Le calcul de la cotisation

Le tarif en vigueur à l'AMACAM a été calculé à partir de la Table de Mortalité CSO-1941-3%. Cette table a été tropicalisée (majorée) en raison de 20%. Ceci pour tenir compte d'une mortalité élevée dans les pays du Tiers-Monde. Ce tarif est divisé en trois parties.

#### 1°) Les assurances temporaires collectives au décès à

##### Capital constant et à primes uniques commerciales

Cette combinaison garantit un capital constant du premier jour d'assurance jusqu'au terme du contrat. La cotisation est payée une seule fois pour toute la durée du contrat. Prenons l'exemple d'un client accepté aux conditions normales et connaissant les données suivantes :

âge (x) ! durée (n) ! capital

! !

27 ans ! 10 ans ! 10.000.000

Le taux à appliquer lu dans le manuel de tarification est de 33,67%  
cotisation nette :  $\frac{10.000.000 \times 33,67}{1000} = 336.700$

taxes (4% de la cotisation nette) :  $\frac{336700 \times 4}{100} = 13470$

100

complément (un forfait) : 1500

cotisation totale : 351670

La cotisation unique est favorable à l'assuré. Ce dernier est non seulement libéré une fois pour toutes de ses obligations mais elle est moins élevée par rapport à la cotisation annuelle. Notons aussi que lorsque la cotisation est unique, la Société n'aura pas à résilier la police pour défaut de paiement.

2°) Les assurances temporaires collectives au décès àCapital constant et à primes annuelles commerciales

Cette combinaison garantit un capital constant. La cotisation est par contre payée annuellement jusqu'au terme du contrat ou au décès de l'assuré. Reprenons notre exemple avec les mêmes données.

âge (x) ! durée (n) ! capital

! !

27 ans ! 10 ans ! 10.000.000

Ici le taux à appliquer lu dans le manuel de tarification est de 3,89%.

cotisation nette :  $\frac{10.000.000 \times 3,89}{1000} = 38.900$

taxes (4% de la cotisation nette) :  $\frac{38.900 \times 4}{100} = 1560$

complément (un forfait) : 1500

cotisation totale : 41960

41960, c'est la cotisation annuelle. Au bout de dix ans, le souscripteur aura à payer dix fois plus soit  $41960 \times 10 = 419.600$ . Il est vrai, la cotisation annuelle permet à l'assuré de payer petit à petit mais elle est très élevée. Cette combinaison est source de nombreux cas de résiliation de contrat pour défaut de paiement de cotisation. Car l'assuré peut oublier ou refuser de verser la cotisation. Or en assurance vie l'assureur ne dispose d'aucune action contre l'assuré (article 15-7 loi du 13 Juillet 1930). C'est la particularité des assurances sur la vie. Il faudra peut-être choisir la formule de prime unique pour ne pas avoir à faire aux mauvais payeurs. Car l'assurance est une mutualité basée sur la loi de grands nombres. Si les assurés qui forment cette Communauté s'en vont un à un, la gestion de cette mutualité sera faussée (il n'y aura plus une bonne compensation mutualiste). Ce sera alors la faillite qui est la négation même des entreprises d'assurances et de réassurances.

3°) Les assurances temporaires collectives au décès àCapital décroissant et à primes unique commerciales

C'est une combinaison qui garantit un capital décroissant. Par exemple un crédit bancaire. La cotisation est unique. Re prenons toujours le même exemple.

âge (x) ! durée (n) ! capital

! !

27 ans ! 10 ans ! 10.000.000

Le taux à appliquer donné par le manuel de tarification est de 20,16%.

cotisation nette /  $\frac{10.000.000 \times 20,16}{1000} = 201600$

1000

taxes (4% de la cotisation nette)  $\frac{201\ 600 \times 4}{100} = 8065$

complément (un forfait) : 1500  
cotisation totale : 211165

Cette cotisation est très favorable à l'assuré. Car elle est très moins chère.

Remarque : Si le client est malade mais s'il n'est pas refusé, on applique un taux de surprime  $x$  qui s'ajoute au taux normal.

#### B) La notion de classe

Lorsque les résultats médicaux sont anormaux, l'assureur vie peut soit refuser le client soit l'accepter moyennant surprime. A chacun de ces résultats anormaux correspond un certain nombre de points de surprime. Mais pour arriver à la notion de classe, il faut passer par la notion de surmortalité. Le taux de surmortalité nous permet de retrouver la classe qui est le résultat du taux de surmortalité divisé par 25. Prenons l'exemple du déséquilibre poids-taille.

<u>âge (x) ! durée (n) ! poids ! taille</u>			
	!	!	!
27 ans	!	10 ans	!
		85 kg	!
			1,50 m

A l'aide d'une règle à tarifier, nous déterminons la mortalité totale (mortalité normale + surmortalité). Pour notre cas, la mortalité totale est égale à 140 (indiquée par la règle). La mortalité normale étant 100 nous pouvons calculer le taux de surmortalité soit  $140 - 100 = 40$ . Le quotient  $\frac{40}{25} = 1,60$  est la classe recherchée. Mais étant donné qu'il n'y a pas 25 de fraction de classe, le tarificateur met l'assuré en classe supérieure ou inférieure. 1,60 étant supérieur à 1,50, nous mettons le client en classe 2. A partir de la classe, nous pouvons attribuer un taux de surprime donné par le manuel de tarification des risques aggravés (1,10 pour notre cas).

Remarques : Lorsqu'il s'agit d'une police à prime annuelle et à capital constant, le taux de surprime doit être majoré de 25%. Dans notre exemple, nous avons 1,10 majoré de 25% soit  $1,10 + 0,38 = 1,38\%$ . Ce taux est à ajouter au taux normal. Le taux tarifé est égal à  $3,89\% + 1,38 = 5,27\%$ . La cotisation nette ne serait plus de 38900 mais de 52700

Lorsqu'il s'agit d'une police à prime unique et à capital constant, le taux de surprime (pas de majoration) est égal à 10,80%. Le taux tarifé sera de  $20,16$  (taux normal) +  $10,80 = 30,96\%$ . La cotisation nette passe de 201.600 à 309.600.

Il est à signaler que les taux de surprime dûs à des cas anormaux différents s'accumulent. Par exemple un client peut être surprimé pour le déséquilibre poids-taille, pour des antécédents, pour une hypertension etc... On peut ainsi arriver à une situation où la cotisation est égale au capital garanti... !

### C) L'établissement de la police

La police est le document qui matérialise le contrat d'assurance qui doit être rédigé par écrit (article 8 loi du 13 Juillet 1930). On y trouve les conditions générales qui sont rédigées à l'avance par l'assureur (contrat d'adhésion) et les conditions particulières. Certaines notions de celles-ci sont complétées au moment de la souscription du contrat (nom et adresse de l'assuré, capital garanti, durée du contrat, nom du bénéficiaire de la police etc...).

Après le calcul de la cotisation, le producteur affecte la police d'un numéro national et l'envoie à la frappe. Etablie en trois exemplaires, elle est ensuite signée par les deux parties ; deux exemplaires sont remis au souscripteur (dont un au bailleur des fonds s'il s'agit d'un crédit bancaire). La Société conserve un exemplaire pour le dossier . C'est généralement à ce moment là que le souscripteur paie la cotisation ou la fait payer par l'organisme prêteur. Ce dernier cas peut poser un problème juridique. Car en assurances sauf clauses contraires, le contrat est formé dès la signature de la police par les deux parties. Or dans notre hypothèse, entre la signature de la police et le paiement de la cotisation, il se passe un certain temps. Qu'est ce qui se passe si le risque se réalise entretemps ? Il serait souhaitable que le souscripteur paie le prix de l'assurance le plutôt possible pour éviter les contentieux éventuels.

#### §4) LA GESTION DU PORTEFEUILLE.

Après la souscription du contrat, l'agent vie effectue les opérations de gestion = C'est la constitution du dossier individuel et des fiches pour des raisons diverses -

##### A) LE DOSSIER INDIVIDUEL.

La souscription de tout contrat vie donne lieu à la constitution d'un dossier - On y trouve les éléments suivants :

- La proposition ( Signée des deux parties)
- Le rapport médical
- Le contrat ou la police vie
- Une copie du reçu de paiement en espèces ou par chèque de la cotisation ou une copie de la quittance de règlement etc ....

L'agent reporte le numéro national sur la chemise du dossier et le classe dans le fichier central détenu par l'agence de Yaoundé - S'il s'agit d'une police à cotisation unique, le dossier est classé une fois pour toutes - Il existe cependant des exceptions - Le dossier pourra sortir si l'assuré veut augmenter le capital garanti ou résilier la police avant l'expiration du contrat ( par exemple remboursement anticipé du crédit) - On peut le sortir aussi en cas de sinistre - S'il s'agit d'une police à cotisation annuelle, en dehors des cas sus-cités, l'agent devra sortir le dossier pour le renouvellement à la date anniversaire de la police

##### B) LA FICHE - ASSURÉ

Chaque assuré vie possède une fiche - assuré - Elle contient plusieurs indications = Nom de l'assuré, sa date de naissance, son numéro national, la date de prise d'effet et d'expiration du contrat, le capital garanti -

Elle comporte une colonne " observations " pour savoir si la police est en cours, échue ou résiliée - La fiche-assuré permet à l'agent de retrouver le dossier d'un assuré qui aurait perdu son contrat. C'est pourquoi ces fiches sont classées par ordre alphabétique - La fiche-assuré permet encore de suivre le cumul des capitaux couverts sur une même tête -

### C) LA FICHE-CLIENT

S'il s'agit d'une police à cotisation annuelle, l'agent vie crée une fiche-client = échéancier - Ce dernier est conçu de telle façon qu'un mois avant l'échéance, la Société saisit le client ou la banque pour le renouvellement de la cotisation. Tout comme la fiche-assuré, la fiche-client comporte les indications suivantes = nom et prénoms de l'assuré, sa date de naissance, le numéro national de la police, date de prise d'effet et d'expiration du contrat, le capital garanti, les différentes échéances du contrat. Cette fiche comporte au verso les mentions ci-après : date d'émission de la police, date d'encaissement de la cotisation, le détail de la prime (cotisation nette, taxes, complément, commissions etc....)

Après tous ces travaux, l'agent passe les écritures d'émission et d'encaissement dans les registres prévus à cet effet - Il s'agit de reprendre tous les éléments du contrat dans un livre comptable prévu par l'article 8 et suivants du code de Commerce - Ce registre est appelé " Cahier de Nouvelles Affaires " C'est ce document qui sert au contrôle du fisc (paraphé par un magistrat)- Ce qui est de l'écriture d'encaissement, il s'agit de marquer simplement " payé espèces " ou " payé par chèque " n°.....

.../...

## § 5) La Réassurance

C'est une protection qu'un assureur recherche auprès d'un autre assureur appelé réassureur. C'est l'assurance des assureurs" ou l'assurance au second degré. Mais l'assureur est seul responsable vis à vis de l'assuré (article 4 loi du 13 Juillet 1930).

La réassurance vie est effectuée par les agents du Département vie et prévoyance Sociale et non par le Service de Réassurance du Siège. C'est dû au fait que la gestion de la branche vie est séparée de celle des autres branches (arrêté n° 63 du 26 février 1974). Car l'assurance vie qui relève du mécanisme de capitalisation risquait de faire les frais des branches déficitaires comme l'automobile.

Letraité de réassurance en application dans la maison (en assurance vie) est le traité en excédent de plein. Le plein de retention lui-même par police vie est plafonné à un million. Il est ramené à cinq cents mille s'il s'agit des risques aggravés. L'excédent est réparti comme suit :

- C N R (1) = cession légale = 15% (en premier excédent).
- S C O R (1) = cession conventionnelle = 42,5%
- M U N I C H R e = cession conventionnelle = 42,5%

---

(1) Caisse Nationale de Réassurance (YAOUNDE)  
 (1) Société Commerciale de réassurance (Paris)

La Compagnie appéritrice (MUNICHRE) ventile les documents entre les différentes sociétés prenantes.

Les opérations de réassurance concernent aussi bien les nouvelles affaires que le renouvellement (police à cotisations annuelles). Le Bordereau de réassurance est envoyé chaque trimestre aux partenaires internationaux. On envoie par la même occasion le Bordereau d'annulation du trimestre écoulé.

Signalons que le calcul des réserves mathématiques est effectué par les Réassureurs. Car la Société ne dispose pas encore d'un ordinateur, des documents statistiques ni d'un actuaire pour faire ce travail. Nous espérons qu'un jour viendra où la compagnie pourra le faire elle-même mais "Rien ne sert de courir il faut partir à point".

#### § 6) Le renouvellement des polices.

Cette rubrique concerne uniquement les polices à cotisations annuelles.

##### A) L'avis d'échéance

Les fiches-client sont regroupées mois par mois, classées par ordre chronologique de souscription et avec un mois d'avance. Par exemple un contrat du mois de novembre sera classé au mois d'Octobre. Ainsi un mois avant l'échéance, la Société saisit le client ou la Banque par un avis d'échéance. Il s'agit d'une lettre de rappel d'échéance. Si c'est le client qui paie la cotisation, un exemplaire de l'avis d'échéance est adressé à l'organisme prêteur qui peut se substituer à l'assuré défailillant en vertu de l'article 1236 du code civil et l'article 74 loi du 13 Juillet 1930.

##### B) L'avis de crédit

Après la réception de la lettre de rappel d'échéance (avis d'échéance), le client vient payer la cotisation en personne ou donne l'ordre à la banque de virer le montant de la cotisation au compte de la Société. Dans ce dernier cas (ou si c'est la banque qui paie la cotisation), la banque envoie un avis de crédit à la Société. L'expérience montre qu'il est préférable de se faire payer par la banque car certains clients peuvent changer d'adresse ou devenir insolubles.

##### C) La procédure de Résiliation

Lorsqu'elle intervient, elle met un terme au contrat d'assurance vie pour défaut de paiement de cotisation. Mais la résiliation n'intervient qu'après certaines procédures.

1°) La mise en demeure

La lettre de mise en demeure a pour "objet de faire savoir au client dans quelles conditions la garantie cesserait au cas où la prime ne serait pas payée". Cette lettre apprendra ainsi à l'assuré que "la garantie sera suspendue trente jours à compter de la date de son envoi". Un exemplaire est envoyé également à la banque pour information et éventuellement pour suite à donner.

2°) La résiliation

Elle intervient quarante jours après l'envoi de la lettre de mise en demeure. En pratique, l'assureur attend plus de deux mois avant de résilier la police considérée. Pour confirmer la résiliation, la Société envoie un avenant de résiliation à l'intéressé et à la banque. L'agent passe ensuite les écritures au registre de résiliation pour défaut de paiement de cotisation.  
Remarque = Une police résiliée peut être remise en vigueur si le client paie toutes les cotisations arriérées ainsi que celle qui est échue.

3°) L'annulation

Elle produit les mêmes effets que la résiliation c'est-à-dire met un terme au contrat mais c'est souvent un accord entre les parties. Par exemple un client dont la police est signée et la cotisation versée peut se voir refuser le crédit objet de l'assurance vie. On établit un avenant d'annulation et la cotisation lui est remboursée. Un client peut avoir souscrit une assurance pour un capital supérieur à celui qui lui est effectivement accordé. Sur la demande de l'assuré, la première police est annulée, un avenant d'annulation définit la raison d'annulation. La cotisation est calculée sur la base du nouveau contrat et la différence lui est remboursée.  
Remarque : En cas de résiliation ou d'annulation, le complément reste acquis à la Société, ce en vertu de l'article 3-B des conditions générales qui stipule " les coûts de police ou d'avenant sont à la charge du contractant...". Les taxes demeurent également dues à l'Etat pour une police qui a déjà couru trois mois.

§ 7) Le règlement des sinistres

Le règlement des sinistres vie ne relève pas du service sinistres du siège. Il en est de même des sinistres de certains risques divers (1) (maladie, individuelle-accident, RC scolaire et sportive etc ...)

A) Sinistres vie

La survenance du sinistre, c'est la réalisation du risque. C'est la survenance du décès de l'assuré ~~survenant~~ avant l'expiration du contrat. Il va amener la société à verser le capital garanti. Deux situations peuvent se présenter: le règlement se fait à l'amiable ou donne lieu à un contentieux.

---

(1) Il s'agit des contrats qui ne sont liés à aucun autre contrat car une individuelle - accident peut être rattachée à une assurance - auto.

### 1°) Le règlement à l'amiable

La déclaration du décès de l'assuré est faite par les héritiers ou par la banque bénéficiaire. L'agent vérifie si le contrat concerné est en cours. Dans l'affirmative, il instruit le dossier. Les capitaux assurés sont payés au siège de la Société, 15 jours après la remise des pièces justificatives, celles-ci comprennent :

- L'exemplaire de la police que détenait le de cujus
- l'acte de naissance et de décès, à défaut la carte d'identité tenant lieu d'acte de naissance.
- Un certificat médical délivré par le médecin qui a donné les derniers soins constatant le genre de maladie ou accident ayant occasionné le décès de l'assuré.
- Un certificat de vie du bénéficiaire (il s'agit des ayants droit de l'assuré).

Toutes ces pièces peuvent être complétées s'il ya lieu par celles qui pourraient être exigées par les dispositions légales en vigueur à l'époque du décès.

Ainsi, au vu de ces pièces la Société paie le solde de crédit fourni par la banque ou l'intégralité du capital garanti (capital constant). La compagnie règle sur quittance conjointe des intéressés c'est-à-dire qu'elle ne s'occupe pas du partage de la prestation entre les ayants-droit et la banque. Au moment du règlement, on tient compte de la part des réassureurs. Mais il peut arriver que la Direction Générale paie le sinistre intégralement et se fait rembourser par la suite. Car non seulement la Société est seule responsable vis à vis de l'assuré (article 4 loi du 13 Juillet 1930) mais le règlement rapide des sinistres lui donne plus de crédibilité auprès des clients.

Depuis la création de ce service (1974), la société a payé sept Sinistres pour un montant de cinquante cinq millions sept cent soixante un mille cinq cent seize CFA (55.761.516).

### 2°) Le contentieux

Une police vie est en cours mais le paiement du capital peut donner lieu à un contentieux.

En effet lorsqu'il ya un sinistre, l'assureur vie vérifie le rapport médical établi par le médecin-conseil lors de la souscription et le certificat du dernier médecin qui a soigné l'assuré avant le décès. Il peut ainsi découvrir que le décès a été causé par une maladie déclarée guérie sans séquelles dans les antécédents. Ou encore le décès est dû à une défaillance de foie chronique avec l'ascite-maladie que l'assuré n'a pas déclarée à l'assureur au moment de la souscription du contrat. Pour l'assureur il ya eu vice de fond c'est-à-dire qu'il ya eu fausse déclaration intentionnelle ou omission de la part de l'assuré. Dès lors l'assureur évoque les articles 21 et 22 de la loi du 13 juillet 1930 pour prononcer la nullité du contrat. S'il en est ainsi, la garantie ne sera pas accordée aux bénéficiaires et le dossier sera classé sans suite. Il appartient à l'agent vie de bien examiner les documents médicaux avant d'engager la procédure de règlement de tout sinistre. Car le fait par exemple de demander les pièces justificatives en vue du règlement peut le compromettre quelles que soient les raisons qu'il pourra évoquer après.

#### B) Sinistres risques divers

En dehors du règlement des sinistres vie, le Département vie et Prévoyance sociale s'occupe aussi du règlement de certains risques divers. Il s'agit de l'assurance maladie, R C scolaire, R C chef de famille, R C sportive etc... Ce paragraphe ne fera pas l'objet d'un développement de notre part. Car "problématique des I A R D dans un portefeuille d'assurance, l'exemple de l'A M A C A M" est le thème du rapport du Camarade EVOUNA BALLA. Signalons tout simplement que les risques divers sus-énumérés sont souscrits au service Production. Le Département vie et Prévoyance sociale s'occupe uniquement du règlement des sinistres. Et enfin en raison de l'escroquerie en assurance maladie, la Société réserve la souscription de tels contrats au profit des groupes de cinquante personnes au moins suivant les cas.

Il est vrai, nous n'avons pas développé ou parlé de certains points notamment l'évolution du portefeuille vie mais c'est en gros le travail qui se fait dans ce service. Que le lecteur nous excuse une fois de plus pour cette étude qui peut lui paraître sommaire. Il s'agit maintenant d'examiner pêle-mêle les problèmes qui se posent au Département vie et Prévoyance Sociale et de suggérer des améliorations. La temporaire au décès n'est qu'une formule d'assurances sur la vie parmi tant d'autres combinaisons. Dans ce cas l'A M A C A M ne peut/elle pas étendre ses opérations à d'autres catégories des assurances sur la vie ? Autrement dit quelles sont les perspectives d'avenir de ce service ?

## Section 1) Pour une expansion de la branche vie

### Sous-Section 1) Les problèmes de développement de l'assurance vie

#### § 1er) Les problèmes de vente

Dans certains pays développés, l'assurance vie date de plus de deux siècles. Par exemple une société anglaise avait commencé à pratiquer avec succès l'assurance sur la vie dès 1706. Alors que dans les pays en voie de développement, l'assurance vie n'est qu'à son début (du moins pour les sociétés de droit local). De ce fait connaît des difficultés de tout genre. En réalité l'assurance vie est une nouveauté pour l'africain en général. Il n'a jamais pensé voir dans le décès une source de gain. Ce comportement résulte de quatre facteurs essentiels :

- L'assistance d'autrui
- La faiblesse du revenu
- La réticence à l'épargne
- Le caractère immoral de l'assurance vie

#### A) L'assistance d'autrui

Aider un frère ou un ami en difficultés est un devoir pour un africain "la Solidarité africaine". Assuré d'une assistance d'autrui en cas de coup dur, l'individu ne voit pas la nécessité de souscrire une assurance vie. Mais cette aide est très limitée en quantité et par conséquent ne peut pas couvrir tous les besoins de la personne secourue d'autant plus que cette aide dépend exclusivement des moyens dont dispose celui qui l'apporte et de sa générosité. Par exemple les funérailles coûtent chères de nos jours à la famille du disparu. Or si ce dernier avait souscrit de son vivant une assurance vie entière, une partie du capital pourrait être utilisée à cette fin. Il appartient à l'assureur vie d'expliquer tout cela à la clientèle, ce par tous les moyens possibles = entretiens privés, publicité etc... Bref il faut informer, sensibiliser et persuader les gens. Pour ce faire il faut des agents ouverts, courtois, habiles et dynamiques. En définitive, on ne peut pas réaliser une bonne affaire en assurance sans ces qualités ni sans prospection. Car la dynamique du commerçant compte beaucoup pour vendre un produit.

#### B) La faiblesse du pouvoir d'achat

Pour souscrire une assurance vie il faut de l'argent "L'assurance se résout en un nouveau privilège pour le riche et en <sup>une</sup> ironie cruelle pour le pauvre".

Dans nos pays le niveau de vie des populations est très bas ; La plupart des gens n'ont pas un revenu substantiel et par conséquent ils sont incapables de s'assurer un avenir meilleur ou constituer un capital à leur famille en souscrivant une police vie. C'est l'aspect négatif de l'assurance en ce sens qu'elle creuse davantage les inégalités sociales. Seuls les individus possédant une certaine richesse peuvent se prémunir contre le coup du sort par le biais de l'assurance.

Mais n'exagérons pas car tout le monde n'est pas pauvre. "Le Tchad est pauvre parce que certains de ses fils sont trop riches". C'est dire qu'il existe quand même une catégorie de personnes qui peuvent s'assurer en vie d'autant plus qu'il s'agit des gens ayant un revenu stable = fonctionnaires, contractuels et agents de l'Etat, cadres et salariés du secteur privé. Mais toute cette catégorie de personnes est sous informée. Prenons deux exemples. Jusqu'à preuve de contraire, nous n'avons pas vu dans la ville de Yaoundé un seul panneau publicitaire relatif aux assurances. Alors que qui dit commerce dit publicité. Pourquoi donc cette inertie, cette négligence dans le secteur des assurances ? En dehors de l'Argus (France) et la petite Revue de l'I I A qui ne sont d'ailleurs pas largement diffusés dans le public, il n'existe pas une revue qui traite des assurances. Nous estimons que la création d'un mensuel d'assurances au niveau régional est indispensable. On peut même envisager la création d'une Revue africaine d'assurances, pourquoi pas ? L'échange des informations permettra aux pays en retard en matière d'assurances de profiter de l'expérience des autres pays. On constate aussi que la presse parlée ne traite des assurances qu'à des occasions rares.

### C) La réticence à l'épargne

La plupart des africains n'aiment pas épargner une partie de leurs revenus parce qu'ils ignorent encore le bien fondé de l'épargne (l'assurance vie en est une) à savoir faire fructifier ses économies. De ce fait ils préfèrent thésauriser leur argent. C'est l'exemple de ce secrétaire d'Etat qui gardait son argent au plafond de sa maison ; Ainsi Mme prenait sa part pour aller prendre un verre de quelque chose dans un bistrot au coin de la ville chaque fois que le Monsieur était absent. Des ministres d'un régime déchu ont trouvé que l'on pourrait bourrer son oreillet des billets de banque. Ces deux exemples sont ridicules certes mais vrais. Tout ceci pour montrer jusqu'où va notre mentalité. Mais on peut changer cette mentalité par la publicité avec des exemples concrets à l'appui. Les Européens y sont arrivés, pourquoi pas nous ? Il est vrai que chaque chose a son temps mais il est temps de bousculer certaines choses.

### D) Le caractère immoral de l'assurance vie

Beaucoup de gens s'accordent à dire que l'assurance vie est immorale. Comment la mort du conjoint, du père peut être une source de richesse pour le survivant ? Mais quand tout le monde saura que l'on peut laisser le jour de sa mort une somme colossale à sa femme ou à ses enfants en souscrivant une assurance vie, alors on n'hésitera plus à fouler aux pieds moeurs et préjugés. On dira à ce moment précis que "l'assurance vie est une question de civilisation... !"

### § 2) L'inadaptation des données statistiques

Le tarif utilisé à l'AMACAM a été calculé à partir de la table de Mortalité française CSO-1941-3%. Cette table de mortalité a été majorée de 20% pour tenir compte d'une mortalité élevée dans les pays du Tiers-Monde. Elle est semblable-t-il conforme aux taux de la mortalité dans nos pays (1). Mais il n'en est pas de même des taux de surprime à appliquer en cas de risques aggravés. Ceci est dû au fait qu'une maladie peut être mortelle en France mais négligeable chez nous/ <sup>et</sup> vice versa. Par exemple le paludisme est considéré comme une maladie mortelle en France. Par conséquent un client atteint de paludisme sera surprimé. Alors que chez nous le même assuré sera accepté aux conditions normales sous le prétexte que le pourcentage de décès dus au paludisme est faible. Il demeure néanmoins une maladie mortelle en Afrique. Les rapports médicaux révèlent de plus en plus (pas forcément au Cameroun) des décès résultant de paludisme chronique. Il convient donc de réconsidérer toutes ces maladies dites "bénignes" en vue de leur appliquer un petit taux de surprime lorsque le cas se présente. "Il vaut mieux prévenir que guérir".

### § 3) L'interprétation des clauses du contrat

Chaque activité humaine a son propre langage (jargon). Celui des Assureurs est un langage juridique compliqué. Même les juristes de carrière ne s'y retrouvent pas à plus forte raison le profane ! Il est vrai, nombre de gens ne lisent pas leur contrat d'assurance. Ceux qui le font, souvent par curiosité, ne comprennent absolument rien. Or parmi les commerçants qui constituent pour l'instant la majorité de la clientèle, beaucoup sont illettrés. Ne sachant pas interpréter les clauses du contrat, ils viennent déclarer tous les Sinistres qui les frappent à l'assureur.

---

(1) Néanmoins il serait préférable que chaque pays africain songe à établir sa propre table de mortalité si ce n'est déjà en voie de l'être !

Lorsque ce dernier essaie de leur faire comprendre que tel ou tel risque n'est pas couvert, leur réaction est immédiate "Les assureurs sont des voleurs". Ils quittent la compagnie pour une autre ou pas du tout. Ils ne peuvent revenir que lorsqu'ils y seront obligés : par exemple pour souscrire une assurance crédit. Ce langage, cette incompréhension rend donc la diffusion des produits "assurances" difficile. Il faudra peut être confectionner des types de contrats simples faute de quoi nos compagnies vont toujours se contenter de vendre les assurances rendues obligatoires par l'Etat ou les banques qui octroient des crédits.

#### § 4) Les problèmes de réassurances

Nous envisageons ce paragraphe uniquement sous un angle économique. La réassurance est une nécessité pour la plupart des compagnies d'assurances. Pourquoi ? Chaque Société d'assurance, suivant sa taille et la fréquence du sinistre considéré, fixe un plein de rétention. Ainsi le surplus de gros risques est réassuré. Par exemple le plein de rétention de l'AMACAM par police vie est plafonné à un million et son plein de conservation en incendie est limité à trente millions (en traité quote-part) Si nous nous amusons à calculer le montant des encaissements qui vont en réassurance, nous avons l'impression que nos entreprises d'assurances travaillent pour le compte de l'étranger c'est-à-dire qu'elles sont assimilables à des cabinets de courtage ou à des agences. Cela signifie que des sommes importantes sortent tous les ans au profit des réassureurs occidentaux. Pendant ce temps nos gouvernements respectifs s'endettent auprès de ce même occident pour promouvoir notre développement économique. Dès lors comment faire pour réduire la sortie des capitaux ? Car faute des connaissances techniques suffisantes, nous avons tendance à sous-estimer notre capacité de conservation et avons exagérément recours à la réassurance. Il existe cependant des facteurs qui peuvent nous aider à fixer raisonnablement nos pleins de conservation. Parmi ces facteurs nous retiendrons :

1°) La réassurance doit se faire branche par branche de façon à avoir un plein de conservation important dans les branches rentables (bons risques) en tenant évidemment compte de la gravité des sinistres qui peuvent survenir.

2°) Si les risques en portefeuille (d'une branche donnée) répondent à la loi des grands nombres, la Société pourra conserver une part importante des risques qu'elle garantit. Car plus le nombre des risques en portefeuille est grand plus l'écart entre la prévision et les sinistres réels est faible.

3°) Il faut un personnel compétent. Car le succès en affaires est à la hauteur de la connaissance du commerçant. La formation continue et la spécialisation des cadres supérieurs et moyens, et des agents assumant certaines responsabilités donnent d'excellents résultats. Il faut enfin choisir le type de traité de réassurance qui convient le mieux à chaque branche et la coopération régionale et sous-régionale en matière de réassurance s'avère indispensable.

Nous n'avons nullement l'intention de mettre en cause la réassurance en tant que telle. Loin de là, car aucune compagnie d'assurances, quelle que soit sa taille, ne peut pas se permettre de garder en portefeuille tous les risques qu'elle garantit, car ce sera une opération suicidaire. Même les réassureurs se réassurent. Notre souci, c'est d'essayer de voir comment réduire l'importance de la réassurance avec l'étranger sans compromettre l'avenir de nos jeunes sociétés nationales.

### A F R I C A R E

Pour favoriser l'expansion du secteur des assurances et des réassurances en Afrique, les Etats membres de l'organisation de l'Unité Africaine et la Banque africaine de développement ont signé les 23-24 février 1976 à Yaoundé (Cameroun) un accord portant création d'une "société Africaine de Réassurances en abrégé Africa Re qui a son siège social au Nigéria.

#### 1°) Les missions

La Société a pour but de promouvoir le développement des activités nationales d'assurances et de réassurances dans les pays africains, de favoriser la croissance des capacités de souscription et de rétention nationales, régionales et sous-régionales et de soutenir le développement économique de l'Afrique" (article 3 de l'accord).

#### 2°) Ses fonctions

Pour atteindre ses objectifs, la société remplit entre autres les fonctions suivantes:

- a) Souscrire des opérations de réassurances conventionnelles ou facultatives.
- b) Créer et gérer des pools pour les diverses catégories de risques au sein et dans l'intérêt du marché africain d'assurance et de réassurance...
- c) Investir ses fonds en Afrique, de façon à favoriser le développement économique de l'Afrique...
- d) Favoriser les contacts et la coopération commerciale entre les institutions africaines d'assurance et de réassurance.
- e) Aider à la création et au fonctionnement d'institutions nationales, régionales et sous-régionales d'assurance et de réassurance, et fournir une assistance technique aux institutions africaines d'assurance et de réassurance... (article 4).

### 3°) Formes de cessions

Les compagnies d'assurances et de réassurances opérant dans chaque Etat membre cèdent au moins 5% de leurs traités de réassurance à la Société.  
(article 27-2).

C'est le souhait que nous avons tenté d'exprimer ci-haut. On peut souhaiter la création des unités plus restreintes. Par exemple la coopération en matière de réassurance dans le cadre de l'Union Douanière et Economique de l'Afrique centrale (U D E A C) ou de la communauté Economique de l'Afrique de l'Ouest... !

### § 5) Les contentieux

#### A) En vie

Le règlement des sinistres vie ne pose pas beaucoup de problèmes. Il ya cependant quelques cas litigieux.

1°) Affaire X : Monsieur X a souscrit le 13 Octobre 1975 une assurance crédit à capital constant (1) pour une durée d'un an. La cotisation a été payée au moment de la souscription du contrat. L'assuré décédé le 2 Octobre 1976. La police vie étant en cours, le règlement de ce sinistre ne devait poser aucun problème. Mais après étude du dossier, la compagnie a constaté que le certificat de genre de mort faisait ressortir que le feu X était atteint d'une défaillance de foie chronique qui ne pouvait être ignorée de lui au jour de la souscription du contrat. Pour la société il ya eu " fausse déclaration intentionnelle" qui entraîne la nullité du contrat en vertu de l'article 21 de la loi du 13 Juillet 1930 qui dispose : "indépendamment des autres causes de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article 81 ci-après, le contrat d'assurance est nul, en cas de réticence ou de fausse déclaration de la part de l'assuré, quand cette déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur"...  
Ce texte est clair et la compagnie a considéré ce contrat comme nul et par conséquent a refusé de payer le sinistre. Mais après quelques échanges de correspondances, elle a dû céder pour des raisons commerciales.

---

(1) Le capital étant constant, l'engagement de la compagnie vis à vis des bénéficiaires acceptant demeure inchangé au moment de la souscription jusqu'au terme du contrat.

Pour les contrats crédit de longue durée, il est préférable de choisir la formule des assurances temporaires collectives au décès à capital décroissant. Car au jour du décès, la société ne remboursera que le solde restant dû.

2°) Affaire Y : Monsieur Y a souscrit une assurance temporaire au décès à capital décroissant et à primes annuelles commerciales. La compagnie lui a envoyé le 7 Septembre 1976 une lettre de mise en demeure. Un exemplaire de ladite lettre a été également envoyé à la banque qui a accordé le crédit, objet de l'assurance vie.

La cotisation n'a pas été payée quarante jours après l'envoi de la lettre de mise en demeure. "La garantie ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure de l'assuré" et l'assureur a le droit de résilier le contrat dix jours après l'expiration du délai de trente jours (article 6 loi du 30 Novembre 1966). La police considérée a été donc résiliée. Mais le service vie a oublié d'envoyer un avenant de résiliation à l'intéressé et à la banque (pour confirmation). Y décède le 12 Novembre 1977, plus d'un an après la résiliation (si résiliation il ya). La banque qui prétend n'avoir jamais pris position de l'exemplaire de la lettre de mise en demeure (expédié sous pli ordinaire) vient déclarer <sup>est</sup> le sinistre à la compagnie et exige le paiement du solde restant dû. Il/vrai, la société ne doit pas en principe payer ce sinistre (encore pendant). Mais il faut reconnaître que le service vie a commis une imprudence grossière - Primo on n'a pas recommandé l'exemplaire de la lettre de mise en demeure envoyé à la banque "... cette lettre qui d'ailleurs aurait dû nous parvenir en recommandé et en agissant de la sorte, vous nous avez causé un préjudice car étant bénéficiaires, nous étions tenus pour préserver nos droits d'honorer les engagements pris par Monsieur Y. Nous restons par conséquent dans l'attente de votre règlement". Secondo il n'ya pas eu un avenant de résiliation. Pour éviter de pareils cas, l'agent est tenu de suivre au jour le jour les dossiers en instance de renouvellement c'est-à-dire un dossier sorti du fichier central pour le renouvellement de la cotisation doit être mis de côté en attendant le dénouement du sort qui lui sera réservé. La lettre <sup>pli</sup> de mise en demeure et l'avenant de résiliation doivent être envoyés sous/recommandé ou déposés contre décharge. Car l'AMACAM qui est déjà en retard par rapport aux autres sociétés d'assurances opérant au Cameroun n'a pas intérêt à être en conflit avec les organismes pourvoyeurs des crédits.

#### B) En risques divers

Il ne s'agit pas ici de contentieux à proprement parler mais des difficultés que rencontre le service pour constituer les provisions pour sinistres à payer.

L'article 15-4 loi du 13 Juillet 1930 (1) dispose que " l'assuré est obligé de donner avis à l'assureur, dès qu'il en a connaissance et au plus tard les cinq jours, de tout sinistre de nature à entraîner la garantie de l'assureur". Ceci sous-entendu pour permettre à l'assureur de prévoir dans sa comptabilité les sommes nécessaires pour payer les sinistres. En risques divers (surtout en maladie et en RC scolaire) les assurés ne respectent pas ce délai. Ils ne viennent déclarer les sinistres qu'à la fin de la guérison de la maladie ou de la blessure. Prenons un exemple en RC scolaire : l'élève Jean, fils de Z, a eu une fracture au bras et a été admis à l'hôpital. Il y est resté quarante cinq jours (45). Puis il est enlevé par son père pour le conduire chez un guérisseur. Ce dernier a demandé un porc et une somme de cinq mille francs CFA. Alors Monsieur Z envoie une lettre à la compagnie pour réclamer la prestation.

Le règlement de ces sinistres se fait sur pièces justificatives. Or l'intéressé qui a contacté la société par écrit n'a pas fourni des pièces. Et même la pièce qu'il a apportée (celle du guérisseur) par la suite est douteuse. Il s'agit d'un manuscrit libellé en ces termes : "Je soussigné W reconnais avoir perçu de la part de Monsieur Z une somme de quinze mille francs représentant la guérison définitive de son fils Jean victime d'une fracture du bras droit. En foi de quoi cette attestation doit valoir et servir ce que de droit".(Sic) Il est vrai que la médecine traditionnelle est reconnue par le pouvoir public mais quelle est la valeur juridique de ce manuscrit ? De qui émane-t-il ?

Ces risques divers sont souscrits au service Production et le règlement des sinistres, comme nous venons de le voir, s'effectue au Département-vie et Prévoyance Sociale. Nous estimons que la souscription de ces risques divers et le règlement des sinistres consécutifs doivent relever d'un même service, en l'occurrence la Prévoyance Sociale. Qu'à la souscription l'agent s'efforce d'expliquer brièvement aux clients la procédure à suivre en cas de sinistre. Ce qui permettra à la Société de vérifier à temps l'existence réelle de ces sinistres. Pour se faire il lui faut des enquêteurs faisant partie de son personnel. Sinon l'AMACAM continuera à déboursier des sommes pour des sinistres fictifs...!

---

(1) L'alinéa 4 de cet article ne s'applique pas à l'assurance sur la vie.

## Sous-section 2) Les perspectives d'amélioration de l'assurance vie

### § 1er) Les assurances des groupes

L'expérience de l'assurance crédit a montré à la société qu'elle ne pourrait pas constituer son portefeuille vie uniquement avec des clients envoyés par les organismes qui octroient les crédits. Car l'AMACAM ne dispose pas du monopole du marché Camerounais dans ce domaine. Or l'assurance est basée sur la loi de grands nombres qui permettent d'écarter l'antiselection des risques car le taux de cotisation est calculé sur une moyenne. Pour rattraper son retard par rapport aux sociétés d'assurances opérant au Cameroun, l'AMACAM a donc lancé dans le marché les assurances des groupes qui lui permettent de proposer aux entreprises et sociétés une pluralité de garanties dont les trois principales sont : temporaire au décès, invalidité et maladie. La société est encore au stade de prospection du marché mais elle a déjà trois groupes en portefeuille. On peut espérer avoir plus de groupes dans l'avenir en attendant l'exploitation de la grande branche vie. Elle vit donc une période de transition.

La tarification de ces risques est spéciale. L'agent examine cas par cas pour déterminer le taux de prime applicable à chaque membre du groupe. Puis il additionne les taux ainsi trouvés pour faire la moyenne. C'est cette moyenne qui sera appliquée à chacun. Il convient de préciser que les jeunes paient plus que les vieux car le taux individuel est fonction de l'âge.

### § 2) Les assurances en cas de vie et la contre assurance

Les combinaisons des assurances sur la vie sont très nombreuses. Les trois grandes catégories couramment pratiquées sont :

- Les assurances en cas de décès
- Les assurances en cas de vie
- Les assurances mixtes

Ces diverses combinaisons comportent plusieurs variétés dont la temporaire au décès qui est pratiquée par l'A M A C A M.

On peut se poser la question de savoir pourquoi la compagnie ne pratique-t-elle pas d'autres formules des assurances sur la vie ? Est-ce que les autres combinaisons, par exemple la vie entière, l'assurance combinée, l'assurance dotale etc... ne sont pas adaptées à notre contexte économique ? Il ya un peu de cela mais cette prudence s'explique par trois facteurs.

En premier lieu, la plupart des combinaisons coûtent chères pour les clients.

Par exemple en assurance vie entière, le montant cumulé des primes viagères peut dépasser le montant du capital garanti en cas de longévité de l'assuré.

En second lieu l'assurance est un contrat groupant des assurés au sein d'une mutualité. La gestion de cette mutualité par l'assureur exige certains critères techniques dont la loi de grands nombres. Cela signifie que les risques en portefeuille doivent être les plus nombreux possibles pour qu'il y ait une bonne compensation mutualiste. Or ce que nous avons dit jusqu'ici ne permet pas à la société d'agrandir son portefeuille vie.

Et enfin le bon fonctionnement de l'assurance sur la vie exige certaines connaissances techniques et mathématiques assez étendues. Il se trouve que la société n'a pas encore un spécialiste en la matière. Par exemple le calcul des réserves mathématiques est effectué par les réassureurs.

Néanmoins il est des combinaisons que l'AMACAM a l'intention de pratiquer.

Il s'agit de :

- Assurances en cas de vie .
- Contre assurance.

#### I) Les assurances en cas de vie

On appelle assurances en cas de vie, les combinaisons dans lesquelles l'assureur s'engage à verser les sommes prévues au contrat dans le cas où l'assuré est vivant à une date déterminée. Les principales variétés d'assurances en cas de vie sont :

- Le capital différé.
- L'assurance de rente

#### A) Le capital différé

1°) Définition : C'est une combinaison dans laquelle l'assureur s'engage à verser un capital si l'assuré est vivant à l'échéance du contrat. Cela signifie que l'assureur ne sera obligé de payer le capital garanti que si l'assuré est encore en vie au terme du contrat.

2°) La prime : Elle peut être unique ou annuelle. Dans le dernier cas, la prime sera due pendant une durée égale ou inférieure à la durée du contrat. Les primes annuelles cessent d'être payées au décès de l'assuré survenant avant l'échéance. L'assureur est dès lors libéré de tout engagement. Le capital différé permet ainsi à une personne ayant certaines disponibilités de se constituer un capital pour ses vieux jours : préparer sa retraite... !

## B) L'assurance de rente

1°) Définition : Dans cette combinaison, l'assureur s'engage à verser un capital sous condition de survie de l'assuré. Il ya deux sortes de rentes : rente immédiate et rente différée.

2°) La rente immédiate : elle est immédiate lorsque l'assureur s'engage, moyennant le paiement d'une prime unique, à payer périodiquement, ce dès la souscription du contrat, certaines sommes sous condition de vie de l'assuré, soit pendant un délai déterminé (rente temporaire), soit pendant toute la vie de l'assuré (rente viagère).

3°) La rente différée : elle est différée lorsqu'en échange d'une prime unique ou des primes périodiques, l'assureur s'engage, après l'expiration d'un délai déterminé et si l'assuré est vivant à cette date, à verser une rente temporaire ou viagère.

Remarque : Ce paragraphe est incomplet - Pourquoi ? En matière d'assurance vie, l'assuré effectue le plus souvent (sauf temporaire au décès) une opération de capitalisation et d'épargne, et le décalage entre le paiement des primes et l'exécution des engagements de l'assureur peut atteindre plusieurs années ; l'assureur fera donc fructifier les sommes mises à sa disposition et l'assuré profitera, par la réduction de la prime, du produit de ces placements effectués à un certain taux. Pour déterminer la prime que l'assureur va réclamer au client il faut :

- Avoir une table financière pour calculer le montant du capital à l'expiration du contrat.
- Avoir une table de mortalité
- Connaître le taux d'intérêt.

Ne disposant pas de toutes ces données statistiques, nous sommes dans l'impossibilité d'effectuer ces opérations. Nous pourrions néanmoins compléter cet exposé au cours de l'année lorsque nous aurons étudié la branche vie.

### II) La contre assurance

C'est une stipulation qui permet à l'assuré, moyennant une prime spéciale intégrée à la prime principale, de récupérer le montant des primes versées, sans intérêts lorsque la non réalisation du risque prévu au contrat n'a pas entraîné le paiement du capital. En fait, il s'agit d'une clause adjointe au contrat principal prévoyant le remboursement des primes versées à l'assuré en cas de non réalisation du risque. Par exemple la contre assurance peut être associée aux contrats d'assurance temporaire ou capital différé. L'assureur rembourse alors les primes si l'assuré est vivant à l'échéance du contrat ou s'il est décédé avant l'échéance du contrat.

Telles sont les possibilités qui s'offrent , du moins pour l'instant, à l'AMACAM pour agrandir son portefeuille vie. Pour y arriver il lui faut déployer beaucoup d'effort à cause de la concurrence et du contexte économique qui n'est pas favorable à ces opérations. Mais toute organisation humaine vaut ce que valent ses dirigeants. L'assurance, en particulier l'assurance sur la vie, ne se vend pas uniquement derrière un bureau. La prospection est capitale dans ce domaine. Il faut savoir intéresser les gens au produit "assurance qui n'est pas physique mais moral. Le client se déplace rarement. La prospection n'est pas l'affaire de seuls cadres. Tout le personnel doit faire la prospection. Tout le monde doit participer à l'évolution rapide de la société. C'est à cette condition que l'AMACAM pourra, dans un avenir proche arracher aux autres Sociétés la part de lion qu'elles se sont attribuées dans le marché Camerounais d'assurance.

Conclusion

Créée en 1964, l'AMACAM (jadis MACAM) est une Société d'assurances et de ré-assurances à forme mutuelle régie par le droit local. Elle pratique des cotisations fixes et variables, et son fonds d'établissement (cent millions de francs CFA) est entièrement constitué. En quinze ans, elle <sup>est</sup> devenue une grande compagnie opérant à travers tout le territoire Camerounais par le biais de ses nombreuses agences. "La valeur n'attend pas le nombre d'années". Le gros de son portefeuille est constitué par la branche automobile qui représente 71% des primes encaissées (1978). Cette branche étant déficitaire, les dirigeants de l'AMACAM cherchent à mettre l'accent sur les IARD (1) et la branche vie qui représente 2,8% du chiffre d'affaires (1978). C'est cette dernière branche qui a retenu notre attention. L'exploitation de l'assurance vie par l'AMACAM est récente (1974). Nous aurions bien voulu montrer l'évolution du portefeuille vie depuis cinq ans à travers des chiffres. Mais nous n'avons pas pu le faire pour des raisons techniques. Ceci étant dit nous ne reviendrons pas ici sur l'aspect descriptif du travail effectué. Nous allons plutôt nous pencher sur quatre points.

- La diffusion de l'assurance vie
- La dépendance vis à vis de l'étranger
- Les projets d'avenir
- Le rôle de l'assurance vie.

1°) La diffusion de l'assurance vie

L'exploitation de la branche vie par l'AMACAM ne date que de 1974. Mais bien que récente, l'assurance vie est devenue une réalité. Son exploitation rencontre toutefois des difficultés. Ces difficultés sont liées à l'assistance d'autrui, au niveau de vie qui est très bas dans nos pays, au comportement hostile des gens à l'épargne (dont l'assurance vie) et au caractère immoral de l'assurance sur la vie. A dire vrai, l'assurance vie est à l'origine des crimes les plus odieux. Le bénéficiaire d'une assurance au décès peut être tenté de mettre un terme à sa vie avant l'échéance du contrat. Le bénéficiaire d'une police vie entière peut être tenté de tuer l'assuré pour vite toucher le capital garanti. Cette réaction d'un ami est révélatrice : "Ma femme n'hésitera pas à me faire supprimer la vie lorsqu'elle saura que j'ai souscrit une assurance vie à son profit... !" Ces propos sont d'autant plus vrais que la chronique judiciaire des pays industrialisés relate de trop nombreux crimes de cette sorte.

---

(1) Incendie, Accidents et Risques divers.

Mais ne nous affolons pas, car non seulement nous ne sommes pas encore arrivés là mais c'est souvent l'existence même d'une police d'assurance qui, en pareil cas, met la justice sur la piste du vrai coupable. Le problème dans les pays du Tiers-Monde est d'ordre mental. Les gens trouvent impensable que la mort d'un parent cher puisse être source de richesse. Il faut inscrire à ce tableau qui est déjà assez sombre pour la société, la concurrence des autres compagnies d'assurances et de réassurances qui opèrent dans le pays depuis des années et qui ont de l'expérience. Par exemple ces sociétés ont signé des conventions avec la plupart des organismes pourvoyeurs de crédit.

### 2°) La dépendance vis à vis de l'étranger

La plupart des sociétés africaines travaillent avec des données statistiques établies pour d'autres pays. C'est l'exemple de la table de Mortalité française CSO-1941-3%. Cette table a été majorée de 20% pour tenir compte d'une mortalité élevée dans les pays pauvres nous dira-t-on. Mais il ya toujours des failles. Nous estimons que chaque pays africain doit élaborer sa propre table de mortalité. Ces facteurs, en passant par la réassurance, mettent nos compagnies nationales dans une position de dépendance à l'égard de l'Occident. D'un côté les quelques rares sociétés de droit local essuient la concurrence des sociétés étrangères implantées dans nos pays. D'un autre côté, plus de la moitié de nos encaissements profite aux réassureurs internationaux par le biais de la réassurance. Ces sommes nous reviennent sous l'étiquette des prêts au développement économique des pays du Tiers-Monde. Pour remédier à cette double exploitation, la coopération régionale et sous-régionale en matière de réassurance à l'instar de l'Africa Re s'avère indispensable. Car nous ne le répéterons pas assez, les fonds des assurances et des réassurances doivent être investis en Afrique et partant deviennent un facteur d'accélération de l'expansion économique du continent.

### 3°) Les projets d'avenir

La branche vie ne représente qu'un faible pourcentage (2,8) du portefeuille de la compagnie. Ce pourcentage n'est pas négligeable car c'est une branche nouvelle pour l'AMACAM. Il est néanmoins insuffisant eu égard au niveau du développement du marché Camerounais d'assurances - Face à cette situation, les dirigeants de l'AMACAM ne sont pas restés les bras croisés. Ils sont entrain d'expérimenter les assurances des groupes en attendant l'exploitation de la grande branche vie : Les assurances en cas de vie.

### 4°) Le rôle de l'Assurance vie

Comme toute opération d'assurance, l'assurance sur la vie est créatrice de sécurité, ce sur deux plans :

a) Sur le plan individuel

Elle permet au titulaire du contrat de se constituer un capital par le versement des primes relativement modestes. La police peut être donnée en garantie à un créancier sous forme de remise en gage d'un contrat...

b) Sur le plan national

Les réserves dont les placements sont orientés par l'Etat (fixe le taux d'intérêt, contrôle les investissements...) alimentent le circuit économique. Par exemple la temporaire au décès favorise le crédit à la consommation et le développement agricole du Cameroun.

Les entreprises d'assurances et de réassurances peuvent donc jouer un rôle fondamental dans la mobilisation des vastes ressources financières qu'exige le développement économique. Il nous appartient de tout mettre en oeuvre pour développer cette branche. Pour se faire il faut se servir de la publicité qui est le principal vendeur = panneaux publicitaires, des tricots avec l'insigne de la compagnie, des calendriers, des conférences en vue de sensibiliser le public. Cette campagne d'information et de sensibilisation doit être menée d'une part auprès de la population urbaine qui est apte à sentir et comprendre la nécessité d'une assurance vie. C'est cette même catégorie de population qui dispose des revenus monétaires fixes : fonctionnaires, contractuels et agents de l'Etat, cadres et salariés du Secteur privé. D'autre part une campagne d'explication doit être menée auprès du monde rural qui est plus vulnérable au coup du sort. Qu'on leur donne des conseils à la souscription et en cours de contrat sur les différentes garanties. D'un autre côté, il faut accélérer le règlement des sinistres, ce qui donnera plus de crédibilité à la Société auprès de ses clients éventuels.

En choisissant "le Département vie et Prévoyance Sociale" comme sujet de mémoire de stage, nous avons couru un risque. Car avant de venir suivre ce stage, nous ne savions rien de l'assurance sur la vie. Mais en acceptant délibérément ce risque, nous avons voulu mieux faire connaître cette branche qui cherche sa voie et apporter notre modeste contribution à son rayonnement "c'est en posant sa pierre que l'on contribue à bâtir le monde". Que chacun apporte sa pierre à l'expansion de l'assurance vie !