

INSTITUT INTERNATIONAL DES ASSURANCES (I.I.A)

DIPLOME DE TECHNICIEN SUPÉRIEUR EN ASSURANCES (D.T.S.A)
DEUXIÈME PROMOTION

1994-1996

**RAPPORT
DE
STAGE**

THÈME:

**LE DÉVELOPPEMENT DE L'ASSURANCE « VIE » DANS UN
ÉTAT DE LA CIMA: LE CAS DU CAMEROUN**

Réalisé par:

BESSANDJE LAOUNDOYE

REMERCIEMENTS

Je remercie sincèrement:

LA Direction Générale de la CCAR

Qui a bien voulu m'accepter dans sa chère société et qui n'a ménagé aucun effort pour mener à bon terme mon stage.

Je n'oublie pas son aimable et gentil personnel qui a mis en oeuvre ses énergies et compétences pour m'encadrer.

Qu'ils trouvent ici l'expression de ma profonde gratitude .

DEDICACES

Je dédie ce modeste travail à:

Mes feux parents

Eugène et Jeannette

Labre et Angèle

Raymond et Philippe

Tim et Germain

Edouard et Urbain

Séraphin et Mathilde

Jacques et Esrom et Elise

Mes amis:

Marcel et François

Mes enfants:

Candide et Nickaise

Madame

Ernestine

I/ DESCRIPTIF DU STAGE EFFECTUE A LA CCAR

II/ THEME D'ETUDE

**LE DEVELOPPEMENT DE L'ASSURANCE VIE DANS UN
ETAT DE LA CIMA : CAS DU CAMEROUN**

SOMMAIRE

TITRE 1: RAPPORT DE STAGE

PRMIERE PARTIE : L'ORGANISATION TECHNIQUE ET ADMINISTRATIVE DE LA CCAR

Chapitre 1: LA DIVISION COURTAGE

- Section A: La Production
- Section B: La Visite des Risques
- Section C: La Gestion des Primes

Chapitre II: LE SERVICE ADMINISTRATION GENERATION

- Section A La Protection des hommes et des biens
- Section B La Gestion des immeubles
- Section C L'Intendance

Chapitre III: LE SERVICE MALADIE

- Section A La Production
- 3-A-1 La Garantie des Frais Réels
- 3-A-2 La Garantie Hospitalisation-Chirurgie
- 3-A-3 La Garantie Complémentaire Assistance
- 3-B-1 Le Sinistre Maladie
- 3-B-2 Son Règlement

Chapitre IV: LA DIRECTION DES REGLEMENTS ET DES SINISTRES

- 4-A La Cellule Auto Matériel
- 4-B&C Les Cellules Risques Divers et RC
- 4-D La Cellule Dommages Corporels
- 4-E La Cellule Contentieux
- 4-F La Cellule Recours
- 4-G La Cellule Assistance des Entités

Chapitre V LA DIRECTION DES ASSURANCES DE PERSONNES

- Section A La Production

- Section B Les Garanties en Cas de Décès
- 5-B-1 La Temporaire Décès
- 5-B-2 Les Frais d'Obsèques
- 5-B-3 Les Garanties Complémentaires Décès par Accidents et Décès par Accidents de la Circulation

- Section C Les Garanties en Cas de Vie

- 5-C-1 L'Épargne-Retraite(ER-CCAR)
- 5-C-2 L'Horizon Retraite
- 5-C-3 La Mixte Super 3

Chapitre VI LA DIVISION TRANSPORTS

- Section A La Production

- Section B Les Garanties Transports
 - 5-B-1 Les Facultés Maritimes
 - 5-B-2: Les Facultés Terrestres
 - 5-B-3 Les Facultés Aériennes
 - 5-B-4 Les Facultés Fluviales

- Section C: Les Polices Maritimes
 - 5-C-1 La Police au Voyage
 - 5-C-2 La Police d'Abonnement
 - 5-C-3 La Police au Chiffre d'Affaires

- Section D Le Sinistre Transports-Son Règlement
- Section E La Gestion des Primes

Chapitre VII: LA DIVISION REASSURANCE

- Section A La Production

- Section B Les Différents Types de Traités
 - 6-B-1 Les Traités Proportionnels
 - 6-B-2 Les Traités Non Proportionnels

- Section C Le Sinistre de Réassurance

Chapitre.VIII LA DIVISION COMPTABLE ET FINANCIERE

- Section A: La Cellule Comptabilité Caisse
 - 7-A-1 Suivi des Encaissements par le Caissier du Courtage
 - 7-A-2 Suivi des encaissements par le Caissier du Bureau Direct
 - 7-A-3 Suivi des Encaissements par le Caissier Principal
 - 7-A-4 La Comptabilisation de la Caisse

- Section B La Cellule Comptabilité des Prestations Extérieures
 - 7-B-1 Comptabilisation des Factures Fournisseurs
 - 7-B-2 Comptabilisation de la Branche VIE

- Section C La Cellule Comptabilité Banque
 - 7-C-1 Journal Manuel de Banque
 - 7-C-1-a Les Décaissements

7-C-1-b	Les Encaissements
7-C-2	Le Registre de Banque
7-C-3	Le Bordereau de Remise de Chèques à l'Encaissement
7-C-4	Le Rapprochement Bancaire
7-C-5	Le Redressement Bancaire
7-C-6	L'Etat des Règlements
Section D	La Cellule Comptabilité Coassurance
7-D-1	La Coassurance Cédée ou Cession
7-D-2	La Coassurance Reçue ou Acceptation
7-D-3	Les Taxes sur les Contrats d'assurances
7-D-4	Les Exonérations
7-D-5	Les Primes non Assujetties
Section E	La Cellule Comptabilité Réassurance
7-E-1	Les Traités Proportionnels
7-E-2	Les Traités Non Proportionnels
7-E-3	Le Compte Technique
7-E-4	Les Autres Tâches Ponctuelles

DEUXIEME PARTIE: ROLE SOCIAL ET ECONOMIQUE DE LA CCAR

Chapitre Unique:

Section A	Au Plan Social
Section B	Au Plan Economique
Section C	Au Plan Juridique

TITRE DEUX: RAPPORT D'ETUDES

PREMIERE PARTIE L'AVENEMENT DU CODE CIMA

Chapitre Unique 'ESPRIT DU CODE

Section I: Les Apports du CODE	
A	En Amont
B	En Aval
C	Questions soulevées par le CODE

DEUXIEME PARTIE LA SITUATION DU CAMEROUN

Chapitre.I LES OBSTACLES AU DEVELOPPEMENT DE L'ASSURANCE VIE

Section I	La Fiscalité
Section II	L'Environnement Politique, Social et Culturel
Section III	L'Environnement Economique et Financier

Chapitre II LES POSSIBILITES DE DEVELOPPEMENT DE L'ASSURANCE VIE

- Section I La Condition Juridique
- Section II La Condition Politique, Sociale et Culturelle
- Section II La Condition Economique et Financière
- Section IV La Condition Fiscale

INTRODUCTION GENERALE

Selon le dictionnaire Larousse, le **Développement**, c'est la croissance d'un corps organisé, son extension progressive. Développer quelque chose, c'est encore lui donner de la force.

L'Assurance Vie, est une forme de sécurité, la prévoyance, la confiance d'un homme qui fait ses libéralités, qui prend des engagements en vue d'entreprendre; mais c'est aussi et surtout l'épargne.

Dès lors, comment donc faire pour donner de la force à cette forme de sécurité, faire croître ce corps de manière à lui donner cette confiance qui permette d'entreprendre?

Le terme développement est à prendre ici au sens large en tant qu'il embrasse aussi bien le domaine social qu'économique.

Nous savons que si les sociétés d'assurances sont gérées sur des bases saines, elles peuvent constituer un facteur de développement économique..

Comment donc appliquer cette plausible assertion à l'Afrique de la CICA à économie chancelante?

Peut-on seulement parler de croissance d'un corps aussi désorganisé que l'espace CICA?

Peut-on seulement donner de la vigueur à un ensemble aussi hétéroclite que la CICA aux réglementations diverses et où les organes de contrôle nationaux sont inefficaces, laissant libre cours au chaos et à l'anarchie, et conduisant ainsi à la mort inéluctable des sociétés d'assurances?...

N'y a-t-il pas nécessité de fondre les diverses lois et réglementation des pays membres de la CICA en une seule, afin de lui donner de la vigueur, en vue d'une harmonisation des opérations d'assurances dans la Zone?

Heureusement, le TRAITE CIMA semble avoir répondu à ces questions. En effet, cette convention vise l'intégration de cet espace ayant une langue de communication unique, une monnaie commune, en le complétant par une REGLEMENTATION COMMUNE régissant le secteur des assurances: le CODE UNIQUE DES ASSURANCES DE LA CIMA.

Il a pour mission essentielle d'harmoniser les opérations d'assurances en vue de favoriser et faciliter le développement sain et équilibré des compagnies d'assurances.

Aussi, allons-nous examiner successivement une société d'assurances opérant dans un pays membre: la COMPAGNIE CAMEROUNAISE D'ASSURANCES ET DE REASSURANCES (CCAR) en TITRE 1 (Rapport de Stage), et le TRAITE CIMA, notamment sa partie consacrée au CODE des assurances, avant de nous pencher sur le Développement de l'ASSURANCE VIE au regard de cette LOI SUPRANATIONALE TITRE 2 (Rapport d'Etudes).

TITRE I: RAPPORT DE STAGE

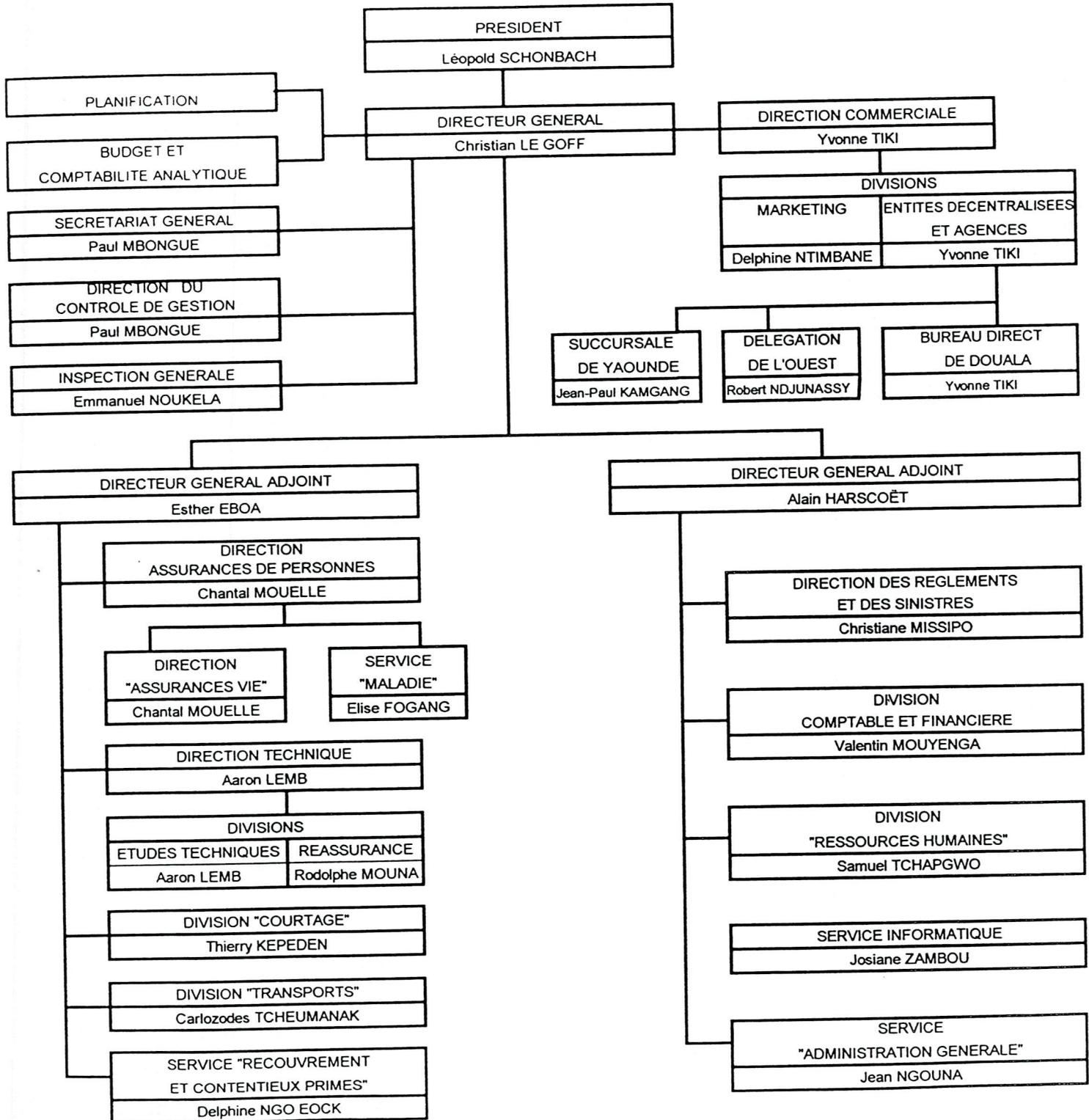
INTRODUCTION

Du 14 MAI au 13 OCTOBRE 1996, j'ai passé un stage pratique au siège de la CCAR, (COMPAGNIE CAMEROUNAISE D'ASSURANCES ET DE REASSURANCES), située 11, RUE FRANQUEVILLE, BP 4068, DOUALA.

Créée le 1er JUILLET 1974 avec un capital social de 495.000.000 FCFA, la CCAR est l'une des plus grandes sociétés d'assurances opérant au CAMEROUN.

C'est une société solidement implantée: elle couvre pratiquement tout le territoire national, excepté l'EST et le NORD-OUEST. Aussi, dispose-t-elle de neuf bureaux directs, dont une succursale à YAOUNDÉ, quinze Agents Généraux et seize Courtiers. Elle utilise enfin des apporteurs d'affaires indépendants et même son personnel salarié pour l'exploitation de l'assurance Vie.

Nous allons voir l'organisation administrative et technique de la CCAR (I ERE PARTIE) et son impact socio-économique au CAMEROUN (IIEME PARTIE).



PREMIERE PARTIE

L'ORGANISATION TECHNIQUE ET ADMINISTRATIVE **(Voir organigramme ci-joint)**

.CHAPITRE PREMIER: LA DIVISION COURTAGE

La DIVISION COURTAGE est une entité qui s'occupe essentiellement de la production .Elle réalise ainsi 60% du chiffre d'affaires de la compagnie. Elle se charge également de la visite des grands risques et de la gestion des primes ainsi produites avec les courtiers. Ceux-ci sont au nombre de seize dont quatre ont pouvoir limité de gestion .

I/ LA PRODUCTION

La Division Courtage cote des propositions d'assurances envoyées par les courtiers et concernant des risques:

- d' Incendie, de Vol, des Dégâts des Eaux, de Bris de Glaces: qui pourraient survenir aux biens des particuliers ou des chefs d'entreprises

- techniques comme la Tous Risques Chantiers, la Tous Risques Montage ,la Tous Risques Ordinateurs et le Bris de Machines : pour garantir les grands travaux et les industries

-Globale Dommages et Globale de Banque : pour couvrir les biens matériels des chefs d'entreprises et des banques

-les Pertes d'Exploitation consécutives à l'incendie et aux bris de machines pour assurer les éventuels dommages immatériels

- d'Individuelle Accidents qui garantit aux assurés le versement des capitaux ou rentes, des indemnités en cas d'incapacité temporaire ou définitive, ou à leurs ayants-droit en cas de décès des assurés suite aux accidents

-d'Aviation qui prévoit un capital au décès de l'assuré à verser aux bénéficiaires désignés, la RC à l'égard des personnes transportées ou non, l'Individuelle Pilote et le Corps d'Aéronef. Il y a possibilité d' extension aux Risques de Guerre.

NB: le risque d'Aviation étant très spécial et concernant de gros capitaux , est directement coté par les Réassureurs spécialisés de France et la CCAR ne se charge que de la gestion administrative de ces contrats.

-La Division Courtage exploite enfin les Risques Automobile constitués essentiellement de la RC Obligatoire, mais aussi de ceux de dommages d'Incendie, de Vol, de Braquage, de Bris de Glaces aux véhicules, offre également la garantie Sécurité Routière pour couvrir les personnes transportées dans des voitures de tourisme en cas d'accidents de la route. Enfin, sert la garantie Défense et Recours pour protéger et défendre les assurés devant les tribunaux et auprès des sociétés adverses.

2/ LA VISITE DES RISQUES

La visite des risques d'entreprises industrielles et commerciales est confiée à un Ingénieur de Génie Civil diplômé de l'école Nationale Supérieure Polytechnique de YAOUNDÉ. Celui-ci établit un rapport à l'issue de chaque visite et se charge ensuite de les coter.

3/ LA GESTION DES PRIMES

La DIVISION COURTAGE encaisse au comptant les primes produites par les courtiers n'ayant pas pouvoir de gestion. Par contre, elle règle par des comptes courants mensuels celles émises par les quatre courtiers gestionnaires et ce, après déduction de leurs commissions, la TCA et les sinistres payés. Enfin, la Division Courtage établit les pièces de Réassurance et les transmet aux Réassureurs.

CHAPITRE 2: LE SERVICE ADMINISTRATION GÉNÉRALE

C'est l'un des services rattachés à la Direction Générale. Il a pour fonction:

- l'approvisionnement des directions du siège, des bureaux directs et agences en matériels de travail
- la protection des biens meubles et immeubles de l'entreprise
- la sécurité des personnes dans l'entreprise

Ainsi, ce service contrôle-t-il l'entretien du mobilier de bureau, des véhicules et des immeubles soit par des contrats simples, soit par des contrats de maintenance (ou d'abonnement). Par exemple le nettoyage des bureaux est assuré par la société MISTER CLEAN.

La gestion des immeubles est confiée à une société spécialisée: la GTI (gestion des transactions immobilières). Celle-ci recherche des locataires, négocie les prix et établit les contrats de bail. Par ailleurs, elle veille au bon entretien des immeubles sous la coordination et le suivi du service Administration Générale de la CCAR.

Le Service Administration Générale, c'est aussi l'intendance. Aussi, a-t-il pour tâches de:

- gérer les stocks de fournitures et des imprimés
- prendre livraison des commandes
- réceptionner et contrôle les factures avant de transmettre leurs bordereaux à la comptabilité pour payement.

Il s'occupe enfin du courrier général de la CCAR.

CHAPITRE 3: LE SERVICE MALADIE

C'est un service autonome qui produit et règle les sinistres. Ce service surveille le portefeuille, notamment le rapport sinistres/primes, élabore des contrats, encaisse les primes et gère les sinistres.

1/ LA PRODUCTION

Le SERVICE MALADIE exploite deux garanties principales: les frais réels et l'hospitalisation & chirurgie, et une garantie complémentaire appelée assistance.

a/ La garantie FRAIS REELS

Par ce contrat la société rembourse à l'assuré les dépenses de santé réellement exposées à hauteur de l'une des trois options suivantes: 80%, 75% et 70% .Il existe deux tarifs: le tarif convention et le tarif ministériel .

- LE TARIF CONVENTION est conçu par la CCAR. Il est ajustable en fin d'année en fonction du résultat de la branche.

-LE TARIF MINISTÉRIEL est fixé par les Arrêtés nos 0162/AMSP/DS et 24/A/MINICI/DPPM/87

Les deux tarifs prévoient une extension de garantie de soins à l'étranger et limitée en ZONE FCFA.

b/ La garantie HOSPITALISATION & CHIRURGIE

Par ce contrat, la CCAR prend en charge les frais d'hospitalisation après trois jours et de chirurgie pour des K supérieurs à 15 et les rembourse à hauteur de 80% ,75% ou 70%. Il y a possibilité d'extension de garantie soins à l'étranger et limitée en ZONE FCFA.

c/ La garantie complémentaire ASSISTANCE

Par cette police, la CCAR évacue des malades ne pouvant être traités sur place pour les faire soigner dans un hôpital étranger le plus proche du CAMEROUN. Après avis du médecin traitant et les formalités administratives ,la CCAR saisit le groupe de médecins spécialisés du GROUPE UAP à PARIS. celui-ci envoie un avion sanitaire, ou à défaut, on emprunte un avion de ligne mais muni d'une civière et de l'oxygène pour emmener le malade au centre hospitalier approprié.

NB: cette extension de garantie est accordée par la CCAR à des assurés d'autres compagnies ou non , et n'ayant pas de contrat d'assurance maladie de base.

2/ LE SINISTRE MALADIE

La compagnie prend en charge les maladies survenues après la prise d'effet du contrat et postérieures aux délais de carence suivants:

- trois mois pour les maladies infectieuses
- six mois pour les frais prénatals
- neuf mois pour les frais de grossesse

Ainsi ,le malade qui remplit cette condition doit déposer un dossier de remboursement comprenant les pièces suivantes:

- le bulletin d'adhésion à la convention
- la déclaration de sinistre
- toutes les pièces justificatives.

Le dossier complet est étudié. Si les prescriptions médicales sont conformes, et s'il y a les bons de médicaments délivrés par les médecins-conseils de la compagnie, et s'il y a des tickets de caisse, on fait la vérification, et le décompte. Celui-ci est transmis à la comptabilité pour l'émission d'un chèque. Le chèque est renvoyé au service maladie qui établit enfin la quittance de règlement.

REMARQUE: il y a eu beaucoup de fraudes de la part des assurés. Ceux-ci réussissent des surfacturations avec la complicité de certains médecins. La CCAR est ainsi obligée de mettre des garde-fous pour essayer de contrer cette situation mais non sans peine.

CHAPITRE 4: LA DIRECTION DES REGLEMENTS ET DES SINISTRES

Elle s'occupe de la gestion des sinistres du siège et de ceux des intermédiaires. Elle se charge également de l'administration générale du département. Aussi, est-elle à la recherche permanente des voies et moyens pour satisfaire sa chère clientèle. C'est ainsi qu'elle s'attelle à maîtriser tous les dossiers de sinistres, leurs évaluations et méthodes de règlement, et la cadence de ces règlements.

Notons que quatre courtiers ont un pouvoir limité de gérer des sinistres.

La Direction des Règlements et des Sinistres est éclatée en sept cellules de gestion : la cellule Auto Matériel, la cellule RC, la cellule Risques Divers, la cellule Assistance Entités, la cellule Corporels, la cellule Contentieux et la cellule Recours.

1/ LA CELLULE AUTO MATERIEL

Elle enregistre les déclarations de sinistres des assurés ou des réclamations des tiers. Ouvre les dossiers et les saisit à l'informatique.

Si la garantie est acquise, on en accuse réception par une lettre au bénéficiaire.

Le dossier sinistre doit comporter:

- le rapport d'expertise
- les factures d'achat
- les factures de réparation

Ce dossier est étudié et évalué. Après quoi on fait une offre d'indemnité au bénéficiaire.

S'il l'accepte, on établit une quittance de règlement et le dossier est soldé.

Par contre, en cas de contestation du montant de l'indemnité par l'assuré ou par l'assureur, les deux parties s'adressent à l'arbitrage à l'Association des Sociétés d'assurances du Cameroun (ASAC). Si là aucune solution n'est trouvée au problème, les contractants s'en remettent finalement à la justice.

2/ CELLULES RISQUES DIVERS ET RC

Les dossiers de ces deux cellules sont traités exactement de la même manière, sauf différence dans leurs objets, à savoir tous les risques hors Auto et les Dettes de RC, les risques Pétroliers et Techniques.

3/ LA CELLULE DOMMAGES CORPORELS

Suite à un accident de la circulation, le Ministère Public cite au pénal l'assureur civilement responsable pour les blessures ou homicides involontaires causés aux tiers par ses assurés, à intervenir.

Mais d'autres victimes ou leurs ayants-droit avisés se présentent directement à la CCAR pour faire leurs réclamations. La compagnie leur ouvre un dossier qui doit comprendre:

- un certificat médical
- des factures de frais médicaux
- l'identité de la victime ou de ses ayants-droit en cas de décès de l'assuré

Notons que pour certaines victimes blessées qui n'ont pas de moyens financiers, la CCAR leur délivre des bons de prise en charge pour leurs soins et pourvoit à leur subsistance pendant leur séjour hospitalier.

Une fois les blessures consolidées et le taux d'invalidité permanente arrêté par le médecin-conseil, la CCAR fait une offre de transaction au bénéficiaire.

NB: pour les bénéficiaires mineurs, cette offre d'indemnité leur est adressée par le couvert du juge des tutelles.

Ainsi, si l'indemnité calculée selon les dispositions du CODE CIMA est acceptée par le bénéficiaire, le dossier est clos.

Dans le cas contraire, c'est le juge saisi qui en fixe le montant à payer par l'assureur. Au cas où plusieurs véhicules se seraient impliqués dans un accident occasionnant ces dommages corporels, l'assureur direct qui a indemnisé totalement la victime fait un recours en contribution contre les autres assureurs pour récupérer leurs parts respectives.

4/ LA CELLULE CONTENTIEUX

A la suite d'une citation, le Ministère Public déclenche sa procédure pénale et oblige l'assureur civilement responsable à intervenir. Il peut aussi intervenir directement dans le procès à la suite d'une citation du prévenu conducteur. Les conducteurs sont tous tenus d'aviser l'assureur, afin de lui permettre d'organiser sa défense.

Ainsi, compte tenu de l'importance du dossier, la CCAR prend possession du procès verbal et décide de la commission d'un avocat ou non.

Si elle commet un avocat, celui-ci lui rend compte de ses conclusions de la justice. En retour, l'assureur lui fait ses observations pour l'amener à réviser ses conclusions. A la fin, si le juge tranche, ou si la proposition de l'Avocat est acquiescée, la compagnie transige avec le bénéficiaire, en vue d'obtenir une éventuelle baisse de l'indemnité.

Si le bénéficiaire accepte l'offre transactionnelle, la compagnie lui verse l'indemnité convenue.

En cas de refus, c'est le montant fixé par le juge qui est versé, ou la CCAR interjette un appel.

Le rôle de la cellule Contentieux, c'est aussi la maîtrise des procédures judiciaires de manière à en éviter les risques d'exécution forcée. Enfin, elle défend les intérêts de la victime et de ses assurés.

5/ LA CELLULE RECOURS

Elle s'occupe des dossiers sinistres en recours auprès des sociétés adverses pour la CCAR et ses assurés.

Ainsi, toutes les vérifications faites, et les sinistres acceptés, on procède aux échanges de chèques.

Par contre, s'il y a contestation de part et d'autre, on essaie de s'entendre, ou on les fait accepter par les assureurs de RC, ou encore on opère un partage de responsabilité.

Citons pour exemple le cas d'un sinistre où les deux parties en présence ont eu chacune un procès verbal qui lui donne raison?!

La cellule Recours est aussi chargée du suivi des dossiers sinistres que les compagnies adverses paient à la CCAR, de leur encaissement effectif pour propre compte dans le cadre de la Réassurance.

Remarque: la CCAR paie en moyenne 4.800.000.000 FCFA à 5.000.000.000 FCFA de sinistres par an et ses SAP se sont stabilisées depuis deux ans à 12.000.000. 000 FCFA. C'est donc une société qui honore ses engagements .

6/ LA CELLULE ASSISTANCE DES ENTITÉS

Elle est chargée de la coordination des Nouvelles Entités Décentralisées avec le siège. Elle administre, gère et suit les dossiers sinistres et en donne les avis techniques à celles qui n'ont pas de pouvoir de gestion.

Par ailleurs, elle vérifie entièrement ces sinistres et en décide de la commission d'avocat et ce, dès le premier franc.

CHAPITRE 5: LA DIRECTION DES ASSURANCES DE PERSONNES

C'est une entité autonome qui souscrit les contrats et règle les sinistres en découlant.

1/ LA PRODUCTION

La Direction Vie exploite des produits d'assurance en cas de décès et en cas de vie et des assurances combinées appelées mixtes.

a/ Les garanties en cas de DECES

a1/ La Temporaire Décès

A l'heure actuelle, la CCAR exploite la Temporaire Décès. Par ce contrat, l'assureur s'engage à verser un capital ou une rente au bénéficiaire désigné au décès de l'assuré ou de son invalidité absolue et définitive (IAD), si cette garantie est souscrite, avant le terme fixé d'avance.

Pour les contrats individuels, l'assuré doit être âgé d'au moins dix-huit ans et d'au plus de soixante quatre ans à la souscription.

Il doit avoir rempli le bulletin d'adhésion, un questionnaire proposition plus un questionnaire médical et payé la prime.

Selon l'importance des capitaux et l'âge de l'assurable, des examens supplémentaires peuvent être demandés et concernant le sang, le coeur et les poumons.

La Temporaire Décès est aussi souscrite par les Entreprises pour leur personnel salarié, par les Banques pour leurs emprunteurs et les Associations pour le compte de leurs membres, pour couvrir leurs soldes restant dus (SRD).

Dans certains contrats, le Décès est la garantie principale. Dans ce cas, elle peut être complétée par l'extension aux Décès par Accidents et au Décès par Accident de la circulation

Ainsi, suite au décès accidentel ou par accident de la circulation, ou de l'invalidité absolue et définitive (I.A.D) consécutive, le capital prévu au contrat est doublé ou triplé.

a2/ FRAIS D'OBSÈQUES

La garantie Décès peut être souscrite sous forme de Frais d'Obsèques. Cette garantie peut être individuelle ou collective. Elle est souscrite aux mêmes conditions que la garantie Décès à la seule différence que la garantie Frais Obsèques comporte un délais de carence.

NB: les capitaux sont réglés dans les cinq jours pour les Frais d'Obsèques et dans les vingt jours pour la Temporaire Décès.

Ces deux garanties principales sont complétées par une extension au:

a3/ DECES PAR ACCIDENTS et DECES PAR ACCIDENTS DE LA CIRCULATION.

b/ GARANTIES EN CAS DE VIE

La CCAR exploite des produits de retraite et des mixtes.

b1/ L'EPARGNE RETRAITE « ER-CCAR »

Par ce contrat la compagnie collecte des cotisations des assurés et les capitalise dans des comptes individuels.

Il y a possibilité de retrait partiel ou total de la valeur acquise des ces comptes.

Ainsi, en cas de retrait partiel, un solde de 100.000 fcfa est nécessaire pour la continuation de l'épargne.

Au cas où le retrait demandé dépasse le solde de 100.000 fcfa, on procède à la liquidation d'office de ce compte c'est à dire qu'on verse la valeur acquise à l'assuré.

NB: On retient une pénalité de 5% pour les contrats de moins de 5 ans. Il n'y a pas de pénalités après 5 ans.

b2/ HORIZON RETRAITE

C'est un produit qui fonctionne selon le même principe que l'Epargne Retraite CCAR à la différence qu'il est commercialisé par une banque dans le cadre d'un protocole de BANCASSURANCE.

b3/ EPARGNE RETRAITE GROUPE

C'est un contrat qui prévoit le versement d'un Capital Fin de Carrière par la Capitalisation pour les salariés qui vont en retraite. C'est l'employeur qui cotise pour le compte de son personnel. Ce capital est déterminé en fin de contrat (3 ou 4 salaires annuels).

NB Ce capital n'est pas payé en cas du décès de l'assuré

b4/ LA MIXTE SUPER III

C'est un regroupement de deux contrats. Le premier (Décès) contient les garanties complémentaires décès par accidents et décès par accidents de la circulation, et le deuxième qui est l' Epargne retraite.

NB : La CCAR accorde des primes substantielles (en plus des commissions) aux commerciaux qui réalisent ce contrat, afin de développer cette branche.

CHAPITRE 6: LA DIVISION TRANSPORTS

La Division Transports est une entité fermée qui souscrit des contrats et règle des sinistres en découlant. En tant que service du siège chargé du développement de la branche Transports, elle oriente la politique de la souscription et gère les primes produites avec les Agents Généraux, les Courtiers, les Bureaux Directs et les Commerciaux indépendants.

A/ LA PRODUCTION

La Division Transports cote les risques qui lui sont présentés directement au siège, mais aussi ceux dont les propositions sont envoyées par les intermédiaires.

1/LES DIFFERENTES GARANTIES TRANSPORTS

La Division Transports couvre des risques aux facultés:

- maritimes
- terrestres
- aériennes
- fluviales

Elle garantit ensuite :

- le corps des navires
- les installations pétrolières (offshore)

Enfin, elle assure les risques de RC liée aux activités des différents intervenants de la filière Transports tels les Acconiers, les Transitaires, les Manutentionnaires, etc.

Conformément à la politique de souscription de la Division Transports et suivant les dispositions de l'article deux des Conditions Générales de la police maritime (imprimé du 30 Juin modifié le 16 Février 1990), le navire transportant les facultés maritimes doit être de la première cote et inscrit dans un des registres maritimes connus. Autrement, il est prévu des surprimes pour l'âge, le pavillon, le transbordement et le risque de guerre par les Conventions Spéciales du 16 Février 1990.

2/ LES POLICES MARITIMES

Il existe trois polices en assurance Transports: la police au voyage, la police d'abonnement et la police au Chiffre d'affaires.

a/ La Police au Voyage

Elle convient aux expéditions ponctuelles et concerne des opérations isolées d'importation.

b/ La Police d'Abonnement

Elle intéresse les grands opérateurs économiques dont les opérations d'importation et d'exportation s'échelonnent dans l'année.

c/ La police au chiffre d'affaires dont l'assiette de la prime est basée sur le chiffre d'affaires prévisionnel, moyennant calcul d'une prime provisionnelle minimale et régularisable en fin d'année.

b/ La Police d'Abonnement

Elle intéresse les grands opérateurs économiques dont les opérations d'importation et d'exportation s'échelonnent dans l'année.

c/ La police au chiffre d'affaires dont l'assiette de la prime est basée sur le chiffre d'affaires prévisionnel, moyennant calcul d'une prime provisionnelle minimale et régularisable en fin d'année.

B/ LE SINISTRE TRANSPORTS

Dès l'arrivée du navire transporteur au port de destination, le réceptionnaire ou son mandataire prend possession de la marchandise.

Et s'il y a manquants ou avaries, on fait appel au commissaire d'avaries désigné au certificat d'assurance qui procède à la constatation contradictoire.

A l'issue de cette constatation, le réceptionnaire émet des réserves explicites et en fait la déclaration à l'assureur.

Celui-ci ouvre un dossier de sinistre qui doit comporter l'original des pièces suivantes:

- le connaissance
- la facture commerciale (ou d'achat) de la marchandise
- le certificat d'assurance
- le bon de livraison
- la fiche de constatation
- le rapport d'expertise (ou certificat d'avaries)
- la lettre de réserve.

C/ LE REGLEMENT DE SINISTRE

Ce dossier complet est minutieusement étudié. Après quoi on établit le chèque et la dispache qu'on envoie à l'assuré. Ce dernier signe la dispache et délivre un acte de subrogation qu'il renvoie à l'assureur. Celui-ci pourra en exercer un recours contre le présumé responsable du dommage subi par son assuré.

Et s'il y a manquants ou perte totale du colis, l'assureur qui a indemnisé le propriétaire doit assigner l'armateur dans un délai d'un an (Convention de Bruxelles) ou de deux ans (Règles de Hambourg). Au-delà de ces délais, son action se verra proscrite.

Toutefois, il pourra interrompre cette prescription par voie amiable en envoyant une lettre à l'armateur demandant le report, ou en l'assignant par voie d'huissier.

D/ LA GESTION DES PRIMES

La Division Transports encaisse au comptant les primes produites par les Bureaux Directs pour les polices au voyage.

Par contre elle règle par des courants mensuels celles émises par les Agents Généraux et les Courtiers et ce, après déduction de leurs commissions et la TCA.

CHAPITRE 7: LA DIVISION REASSURANCE

C'est une entité de la CCAR qui applique la Réassurance conclue avec les Réassureurs. Comme le domaine de la Réassurance n'est pas réglementé, la seule base des opérations reste le contrat d'assurance. La Réassurance échappe ainsi au contrôle de l'Autorité de Tutelle.

A/ LA PRODUCTION

Les services de la production émettent des contrats d'assurances. Ceux-ci passent au Service Réassurance pour y être dépouillés. On y retient donc les capitaux souscrits qui dépassent la Rétention de la CCAR et on applique le Taux de Placement exprimé en pourcentage. Ce taux est consigné dans un bordereau trimestriel.

NB Il existe une Cession Légale de 10% sur toutes les affaires souscrites au Cameroun. C'est dire que le Plan de Réassurance de la CCAR n'est conçu que sur les 90% des capitaux.

B/ LES DIFFERENTS TYPES DE TRAITES

La CCAR souscrit les deux types de traités, à savoir les traités proportionnels et les traités non proportionnels.

a/ LES TRAITES PROPORTIONNELS

La CCAR conclut avec des Réassureurs la Quote-Part, l'Excédent de Pleins et la Facultative. Par exemple pour les Excédents de Pleins en risques divers, le Plein de Souscription est de 11 pleins dont UN de Rétention. Au-delà du 11^e plein, on place en Facultative simple ou en Facultative Obligatoire.

b/ LES TRAITES NON PROPORTIONNELS

Ils concernent les risques dont les engagements de l'assureur ne sont pas connus d'avance. Par exemple les risques de RC Entreprises. Ainsi, par le Traité en excédent Taux de Sinistres ou XL, l'assureur cède une partie de ses sinistres qui dépasseraient un taux convenu d'avance appelé FRANCHISE, moyennant prime au Réassureur qui interviendrait pour le dépasement ou PORTEE.

NB : Il y a des risques spéciaux qui sont directement cotés par les Réassureurs Spécialisés eux-mêmes. C'est le cas de l'Aviation. Pour ce risque, les assurables donnent toutes les caractéristiques des appareils à la CCAR qui les communique à la Réunion Européenne. Cette dernière les cote et renvoie seulement les contrats à la signature de la CCAR et de l'assuré. En d'autres termes, la CCAR pratique le FRONTING, c'est-à-dire qu'elle place totalement cette affaire en Réassurance, moyennant commission.

C/ LE SINISTRE DE REASSURANCE

En cas de sinistre touchant le risque réassuré, la **Division Réassurance** ouvre un dossier. Celui-ci doit comporter:

- la déclaration de sinistre,
- le Procès Verbal de constat,

- le rapport d'expertise.
- toutes les pièces justificatives.

La DR communique l'avis de règlement et ces pièces aux Réassureurs par un bordereau trimestriel de règlement. Ce bordereau contient à la fois les sinistres déclarés et ceux payés. Le bordereau est fait en autant d'exemplaires qu'il y a de Réassureurs .

En retour , les Réassureurs règlent aussi par bordereau trimestriel leurs parts dans les sinistres.

Ainsi, la CCAR paie les petits sinistres avant de réclamer sa part de réassurance. Par contre pour les gros sinistres elle fait un appel de fonds aux Réassureurs avant d'indemniser les victimes.

CHAPITRE 8: LA DIVISION COMPTABLE ET FINANCIERE

C'est une entité de la CCAR qui s'occupe de la comptabilisation et de la gestion de tous les encaissements et règlements. Elle est éclatée en cinq cellules de gestion : la cellule caisse , la cellule banque, la cellule coassurance, la cellule réassurance et la cellule des prestations extérieures.

1/ LA CELLULE COMPTABILITE CAISSE

Elle s'occupe des encaissements. La CCAR a une caisse principale et deux caisses secondaires: la caisse des comptes courants des Courtiers et la caisse du Bureau Direct du siège rattachée à celle du Bureau Direct de Bonanjo.

Ainsi, quelle que soit la nature des opérations , la caisse les saisit au Logiciel Sintia. Après vérification du brouillard de caisse, on l'enregistre au journal de caisse.

Chaque soir, les caissiers secondaires apportent au caissier principal l'ensemble de leurs documents (bordereau de remise de chèques, doubles des quittances et des reçus), les espèces et chèques.

a/ SUIVI DES ENCAISSEMENTS PAR LE CAISSIER DU COURTAGE

La caisse secondaire du Courtage réceptionne les documents émanant des courtiers (bordereaux des sinistres payés et des primes encaissées). Il en établit le brouillard et transmet les pièces pour visa au service Courtage.

Ensuite le caissier principal vérifie la conformité entre les pièces et les différents bordereaux et transmet au service comptabilité qui enregistre les chèques dans un compte d'attente. Parallèlement, le chèque est remis à la banque et comptabilisé selon la procédure classique (circuit banque).

Au moment de la régularisation de cet acompte, le caissier secondaire transmet le bordereau de reversement de primes au Service Production qui édite les quittances et le bordereau de sinistres payés.

Le service sinistres en établit les notes et quittances de règlement .

Le tout retourne au caissier secondaire qui saisit l'encaissement des primes, après avoir distingué les accessoires, la TCA, les commissions, la Quote-Part des Coassureurs et Réassureurs.

Toutes ces pièces sont finalement renvoyées au service Comptabilité pour traitement.

d/ LA COMPTABILITE CAISSE

Cette cellule comptabilise les brouillards reçus de la Direction Technique et du Bureau Direct.

Les brouillards du Bureau Direct concernent toutes les opérations d'encaissement du produit <<Épargne-Retraite>>, ceux des Risques Divers et autres produits liés au service Courtage.

Les brouillards du Bureau Direct de Bonanjo contiennent les produits « Réseau Prévoyance », << l'Épargne-Retraite >> et l'IARDT.

Le service Comptabilité Caisse vérifie ensuite ces brouillards et procède au contrôle de caisse (conformité des pièces, équivalence des comptes). Passe finalement à la comptabilisation, c'est-à-dire passe les écritures comptables liées aux brouillards.

Après cela, on les saisit à l'écran.

La comptabilité Caisse se charge aussi d'autres tâches. Aussi, s'emploie-t-elle, à la fin du mois, à l'établissement du Cash-Flow qui est un état récapitulatif de tous les encaissements et dépenses de la société.

Les encaissements concernent :

- les primes
- les recours sur sinistres
- les intérêts des prêts
- les produits financiers
- etc.

Quant aux dépenses, elles intéressent:

- les sinistres payés en VIE et IARDT
- les frais généraux
- les frais de fournisseurs
- les immobilisations
- les frais de personnel, etc

Toutes ces opérations passent par le brouillard de caisse. Et, après justification des comptes et le pointage du grand livre, on corrige s'il y a des anomalies. Sinon, on établit le solde.

La cellule Comptabilité Caisse comptabilise également les frais généraux, et à la fin du mois, établit un état des frais généraux de la CCAR, de la Délégation de Bafoussam, de la Succursale de Yaoundé et du Siège à Douala.

2/ LA CELLULE DES PRESTATIONS EXTERIEURES

Elle s'occupe de la comptabilisation des factures des fournisseurs qui approvisionnent la CCAR en matériels, et les clients des immeubles de la CCAR, mais aussi de la comptabilisation des produits Vie.

Les factures des fournisseurs sont reçues par la Direction Générale. Celle-ci en vérifie l'authenticité et les remet à la Division Comptabilité. La cellule Prestations Extérieures met les imputations sur ces factures et les saisit au micro avec des numéros, date de saisie, etc. Elles les remet ensuite au Caissier principal qui en établit finalement les chèques.

Chaque fin de mois, elle sort les grands livres et procède à la justification des comptes, c'est-à-dire qu'elle arrête le montant dû aux fournisseurs, les paiements effectués et ceux restant dûs. On débite alors le compte fournisseurs des règlements. Et, après comptabilisation, on tire le solde.

NB : les factures de juillet 1996 payées en Septembre 1996 peuvent se retrouver au Débit .

Par ailleurs, la cellule Prestations Extérieures comptabilise aussi les comptes courants des locataires de la CCAR. Comme la gestion de ses immeubles est confiée à la société GTI (gestion des transactions immobilières), celle-ci facture les locataires et en envoie les copies à la

2/ LA CELLULE DES PRESTATIONS EXTERIEURES

Elle s'occupe de la comptabilisation des factures des fournisseurs qui approvisionnent la CCAR en matériels et les clients des immeubles de la CCAR, mais aussi de la comptabilisation des produits Vie.

Les factures des fournisseurs sont reçues par la Direction Générale. Celle-ci en vérifie l'authenticité et les remet à la Division Comptabilité. La cellule Prestations Extérieures met les imputations sur ces factures et les saisit au micro avec des numéros, date de saisie, etc.

Elles les remet ensuite au Caissier principal qui en établit finalement les chèques.

Chaque fin de mois, elle fait une ressortie des grands livres et procède à la justification des comptes, c'est-à-dire qu'elle arrête le montant dû aux fournisseurs, les paiements effectués et ceux restant dûs. On débite alors le compte fournisseurs des règlements. Et, après comptabilisation, on tire le solde.

NB: les factures de juillet 1996 payées en Septembre 1996 peuvent se retrouver au Débit.

Par ailleurs, la cellule Prestations Extérieures comptabilise aussi les comptes courants des locataires de la CCAR. Comme la gestion de ses immeubles est confiée à la société GTI (gestion des transactions immobilières), celle-ci facture les locataires et en envoie les copies à la CCAR. A la fin du mois, on fait sortir le grand livre et on procède à la justification du compte. Ainsi, si le client est en règle, c'est-à-dire s'il a honoré sa dette, son compte devient nul.

La cellule Prestations Extérieures comptabilise également les produits de la branche vie. Aussi, reçoit-elle de la Direction Vie des documents relatifs aux produits de la « Vie classique » et de l'Épargne-Retraite. Ainsi, dès réception des bordereaux, elle passe les écritures Agence par Agence et ce, tant pour les encaissements que pour les annulations.

A la fin de chaque mois, on compare la Production et la Comptabilisation. Et si là on constate des anomalies, on procède à la régularisation.

Quant au produit « Horizon-Retraite » commercialisé par la BICIC dans le cadre d'un protocole avec la CCAR, c'est la Direction Vie qui en sort un bordereau mensuel global pour Yaoundé, Bafoussam et Douala.

NB: en Vie classique, les commissions des intermédiaires sont constatées en comptabilité en fin de mois. Il en est de même pour le produit « Épargne-Retraite ».

Par contre le produit « Réseau Prévoyance » qui est un produit mixte combinant à la fois trois produits en un seul (Individuelle Accidents, Épargne-Retraite et les Frais d'Obsèques), il est comptabilisé à l'Agence de Bonanjo.

Enfin, la cellule Prestations Extérieures comptabilise d'autres comptes pointés. Par exemple les travaux de fin d'exercice.

3/ LA CELLULE COMPTABILITE BANQUE

Elle est chargée de l'analyse et du traitement des informations bancaires. Elle fait la situation journalière de la trésorerie de toute la société, c'est-à-dire tous les flux financiers s'opérant jour après jour entre la banque et la société. Elle recense quotidiennement les encaissements, les décaissements et la variation de la situation de trésorerie à partir du journal manuel de banque.

a/ LE JOURNAL DE BANQUE

Ce document enregistre aussi bien les décaissements que les encaissements.

a1/ LES DECAISSEMENTS

Ils sont enregistrés au Crédit. Ce sont toutes les émissions de chèques de la CCAR concernant les frais généraux, les salaires, les taxes, les commissions, les sinistres, les prêts, les parts des Coassureurs et Réassureurs et l'État.

Le Caissier principal arrête la journée de banque contenant l'ensemble de tous les chèques émis en règlements divers.

L'intérêt de ce journal est le bon suivi des numéros de chèques, afin d'éviter leur éventuel vol. Par exemple si le dernier numéro de chèque de la journée du 07 Octobre 1996 est 11930, celui du 08 Octobre 1996 serait 11931. Sinon, il y a eu un numéro (chèque) de soustrait.

Donc, il faudrait en rechercher les traces, tout en envoyant une lettre à la banque pour faire opposition.

a2/ LES ENCAISSEMENTS

Ils s'enregistrent au Débit. C'est tout ce que les clients paient à la Compagnie (par chèques) en règlement de leurs primes d'assurances, et les virements bancaires. Ces chèques donnés par les clients au caissier sont enregistrés dans le brouillard de caisse.

Ensuite le caissier les remet à la banque et la Comptabilité Banque reste avec les doubles pour leur enregistrement au journal.

Enfin les comptes courants sont comptabilisés au Débit.

A la fin de ces opérations diverses, il doit avoir un équilibre entre le Crédit et le Débit pour permettre d'établir la Situation Journalière de Trésorerie, soit: (entrées-sorties) + ancien solde.

b/ LE REGISTRE DE BANQUES

C'est un répertoire de toutes les banques. Il permet au Chef comptable de faire ses engagements (règlements). Il intéresse également le Caissier principal pour les mêmes besoins.

Notons que les chèques reçus sont toujours accompagnés de justificatifs (motifs).

Ainsi, la Comptabilité Banque contrôle les numéros pièces par pièces et les classe selon les banques. La même chose est faite aux ordres de virements donnés par la CCAR à la BICIC concernant les rachats des contrats « Horizon Retraite ».

Quant aux chèques impayés, ils sont retirés de la trésorerie. Par contre la sortie (chèque) non encaissée revient à la trésorerie parce que le chèque est non endossable. On en vérifie bien le numéro avant de le remettre au Crédit mais en rouge.

c/ LE BORDEREAU DE REMISE DE CHEQUES A L'ENCAISSEMENT

Après avoir classé tous les chèques, on passe à leur enregistrement.

Quand il s'agit d'un chèque en règlement d'un sinistre, on adjoint la quittance de saisie de sinistre et l'ordre de règlement. L'ordre de règlement se fait quel que soit le service de la CCAR.

A la fin, on tire le solde qui est consigné au registre de banques.

Toutes les opérations autres que celles de « l'Épargne-Retraite » et les comptes de « Horizon Retraite » sont gérés à part parce que c'est l'argent des assurés.

La situation hebdomadaire de trésorerie est faite globalement pour Yaoundé Bafoussam et Douala. Elle est portée à l'attention du Directeur Général chaque fin de semaine.

A la fin de tout cela, on comptabilise, c'est-à-dire on impute à chaque compte la nature de l'opération concernée.

REMARQUE: Toutes les remises de chèques en banque sont enregistrés dans un compte de virement interne.

d/ LE RAPPROCHEMENT BANCAIRE

On fait l'analyse et le pointage des comptes bancaires, c'est-à-dire qu'on réconcilie la comptabilité des

comptes banque d'une part tenue dans la société, et d'autre part celle tenue dans la banque.

A l'émission d'un chèque, on crédite le compte banque. Quand le bénéficiaire encaisse ce chèque, le banquier débite le compte banque de la société. Et à la fin de la période, on rapproche les deux comptes.

Les encaissements s'inscrivent au Débit du compte banque et au Crédit de société. Et il doit avoir un équilibre entre le Crédit et le Débit. Dans le cas contraire, on procède au redressement bancaire.

e/ LE REDRESSEMENT BANCAIRE

Là, on recense:

-les opérations passées par la banque et qui ne sont pas comptabilisées à la CCAR et on passe les écritures

-les virements de la banque (en paiement des primes par exemple) mais dont la pièce n'est pas

envoyée à la Compagnie et dont il faut tenir compte (en suspens)

-la CCAR aussi peut se tromper de numéro de banque. Par exemple, au lieu de mettre le numéro de la BICIC, elle donne plutôt celui de la SGBC et qu'il faut corriger. Mais en attendant, on le met en suspens.

REMARQUE: Je ne suis passé à la Direction Commerciale, à la Division des Ressources Humaines et au Service Informatique

DEUXIEME PARTIE:

ROLE SOCIO-ECONOMIQUE DE LA CCAR

De par son dynamisme et son agressivité sur le terrain, la CCAR s'est hissée au premier rang sur le marché national des assurances. Elle joue par ailleurs un rôle assez louable tant sur le plan socio-économique que juridique. Enfin, elle se veut une Compagnie Citoyenne.

Tableau d'évolution des commissions de la Branche VIE

Commissions	1991	1992	1993	1994
CCAR	13.976.862	62.517.784	33.482.477	41.840.720
Taux de croissance		77,64%	-9,07%	19,97%
Marché Cameroun	337.586.029	700.021.894	693.129.752	714.238.138
Taux de croissance	4,14%	8,93%	4,83%	5,85%

Source: Rapport Annuel d'Activités de l'Association des Sociétés d'Assurances du Cameroun (ASAC) 1994-1995

C/ AU PLAN JURIDIQUE

La CCAR se veut une entreprise CITOYENNE (Source =Tam-Tam N°8, journal d'informations internes, Janvier-Février-Mars 1996, paragraphe 4 page 12) Aussi , s'emploie-t-elle à respecter scrupuleusement les Législations et Réglementations Fiscales et Sociales. Elle veut de ce fait être parmi les premières Compagnies à appliquer toutes les dispositions du CODE CIMA. Enfin, elle veut remplir son devoir de Citoyenne en collaborant loyalement avec l'Etat. Par exemple en payant honnêtement ses impôts et taxes dus à l'Etat.

CONCLUSION

La CCAR est une compagnie viable. Son efficacité et sa solvabilité sous-tendent de manière efficace l'économie nationale. Nous souhaitons que les quinze autres sociétés se portent autant, sinon mieux.

Ainsi, ensemble, ces seize opérateurs économiques pourront contribuer valablement au devenir socio-économique du CAMEROUN, et partant de celui de toute la zone. C'est le VOEU pieux tant recherché par le TRAITE CIMA

Nous venons de disséquer une compagnie d'assurances opérant dans un pays CIMA. Nous allons maintenant nous intéresser au pressant problème de développement de l'assurance Vie dans cet espace, d'en recenser les perspectives d'avenir et les facteurs qui l'entravent (Titre deux).

TITRE II: RAPPORT D'ETUDES

INTRODUCTION

Le TRAITE CIMA est né des cendres de la CICA suite aux chaos et à l'anarchie qui régnaient dans les pays membres de la zone. Il a pour but essentiel d'offrir au marché une Législation Unique et Harmonisée, afin de favoriser et faciliter le développement sain et équilibré des sociétés d'assurances.

Aussi, le CODE CIMA que nous nommerons CODE dans notre RAPPORT D'ETUDES, met-il en place des règles rigoureuses pour la profession d'assurance et ce, tant en amont qu'en aval afin de mieux protéger les assurés et bénéficiaires des contrats.

Nous allons donc nous appesantir sur les apports du CODE (section 1ERE), avant de nous pencher sur les problèmes posés par la Nouvelle Loi Commune (section 2EME).

1ERE PARTIE: L'AVENEMENT DU CODE

CHAPITRE(unique) L'ESPRIT DU CODE EN MATIERE D'ASSURANCES VIE

I/ LES APPORTS DU CODE

A/ EN AMONT

Le CODE :

- fixe des règles claires et précises pour la constitution des sociétés d'assurances et l'exercice de la profession d'intermédiaires,

- pose des conditions de capacité professionnelle et d'honorabilité des dirigeants de ces sociétés (art 329 et 508),

- impose la séparation stricte des sociétés VIE et IARDT, avec une comptabilité séparée. Le législateur CIMA évite ici à l'avance que les engagements à court terme pris par l'assureur IARDT ne viennent compromettre ceux à long terme de la VIE (art 300)

- exige enfin une garantie financière pour couvrir d'éventuelles défaillances financières des intermédiaires dans l'exercice de leurs fonctions.

B/ EN AVAL

LA LOI SUPRANATIONALE:

-impose la surveillance étroite et le contrôle permanent des sociétés d'assurances par les Directions Nationales des assurances des pays membres et la Commission Régionale de Contrôle d'assurances

- exige enfin une garantie financière pour couvrir d'éventuelles défaillances financières des intermédiaires dans l'exercice de leurs fonctions.

B/ EN AVAL

LA LOI SUPRANATIONALE:

- impose la surveillance étroite et le contrôle permanent des sociétés d'assurances par les Directions Nationales des assurances des pays membres et la Commission Régionale de Contrôle d'assurances
- institue des règles de placement précises, avec des quotas bien déterminés
- fixe les conditions de rémunération de l'épargne et la participation des assurés aux excédents (art 81)
- la sécurisation des assurés en leur reconnaissant le droit au Rachat, à l'Avance sur police et à la Réduction du capital
- exige la transparence dans la gestion de l'épargne en obligeant l'assureur à informer l'assuré chaque année du montant de sa provision mathématique, éventuellement augmentée de sa part bénéficiaire
- exonère les bénéficiaires d'assurance vie du paiement des droits de succession.

Mais en dépit de tous ces apports positifs du CODE, force est de constater que la nouvelle Réglementation pose quand-même quelques problèmes qui méritent débat.

II/: QUESTIONS SOULEVEES PAR LE CODE

Le fait de placer 50% des engagements réglementés en représentation des Provisions Techniques dans d'autres pays membres ne constitue-t-il pas une source de fuite de capitaux ou une source d'insécurité financière, vu le climat d'insécurité politique et économique qui souffle sur l'espace CIMA?

Aussi, la garantie financière de DIX MILLIONS DE FCFA exigée aux intermédiaires (surtout les intermédiaires personnes physiques) n'est-elle pas trop élevée pour nos pays à faibles revenus disponibles?

Le CODE vient d'aplanir et de baliser le terrain de la profession d'assurance. Mais cela suffit-il pour que tout marche comme sur des roulettes pour les compagnies d'assurances opérant dans cette zone? Peuvent-elles seulement remplir toutes les draconiennes conditions du CODE comme escompté? N'y a-t-il pas d'autres obstacles environnementaux à notre profession? Essayons d'examiner la situation intérieure d'un pays membre, à savoir le Cameroun

DEUXIEME PARTIE: LA SITUATION DU CAMEROUN

Nous allons voir dans cette partie, tour à tour les problèmes posés au développement de l'Assurance Vie (chapitre 1ER), les possibilités et les moyens de les surmonter (chapitre 2EME).

CHAPITRE PREMIER: LES OBSTACLES AU DEVELOPPEMENT DE L'ASSURANCE VIE

Ces facteurs défavorables à l'assurance Vie sont d'origine essentiellement extérieure au CODE. Citons-en entre autres l'environnement fiscal (section 1ERE), politique, social et culturel (section 2EME), économique et financier (section 3EME).

Section I LA FISCALITE

Le plafonnement de la déductibilité fiscale des primes d'assurances Vie sur les revenus imposables des assurés rend très coûteux le prix de l'assurance et cela freine la souscription massive .

Selon les termes de l'article 111 de la Loi no 95/010 du 1ER JUILLET 1995 portant Loi de Finances de la République du Cameroun pour l'exercice 1995-1996, ce plafond est de 200 000 FCFA limite, aussi bien pour les assurances en cas de Vie qu'en cas de Décès, plus 20 000 FCFA par enfant.

Cela veut dire par exemple que si un assuré verse 30 000 FCFA par mois pour compléter sa retraite, et s'il est père de trois enfants, il n'a droit qu'à un plafond déductible de 260 000 FCFA(200 000+20 000*3), au lieu de 420 000 FCF(360 000 +60 000) représentant son épargne de 360 000 FCFA+20 000*3 enfants.

Comme nous le voyons, notre assuré se retrouve avec un découvert de 160 000 FCFA qu'il supporte sur ses cotisations de Retraite.

En dehors de la fiscalité ,il y a aussi d'autres facteurs qui défavorisent l'éclosion de l'assurance Vie.

section 2: L'ENVIRONNEMENT POLITIQUE, SOCIAL ET CULTUREL

Comme dans les autres pays de la CIMA, l'instabilité politique, l'insécurité judiciaire et les perturbations sociales ne permettent pas le développement économique en général, plus particulièrement celui des assurances vie.

Nous savons tous que lorsqu'il y a des troubles sociaux, les opérateurs économiques tant nationaux qu'étrangers n'investissent pas dans le pays. Et même s'il arrive qu'ils le fassent, c'est de manière insignifiante.

Et quand des problèmes sociaux ne trouvent pas de solutions (entre individus) auprès des tribunaux, les gens ont tendance à se rendre justice. Cela aggrave la situation d'insécurité sociale car elle peut provoquer un éclatement de la population.

Nous remarquons par ailleurs que la plupart des assurés en Vie sont des salariés et quelques hommes d'affaires. Or, ceux ci ne constituent qu'une infime partie de la population

Par exemple le chiffre d'affaire Vie de la CCAR a chuté en 1994 suite à la dévaluation du fcfa, alors qu'elle était régulière jusqu'à cette date. Conséquence: la résiliation massive des contrats d'assurance « Epargne Retraite » provoquée par la chute du pouvoir d'achat des assurés cotisant.

Evolution du chiffre d'affaires général vue en 1994

Chiffre d'affaires	1991	1992	1993	1994	1995
CCAR	821.477.000 fcfa	1.052.349.000	1.450.202.000	1.371.828.000	1.874.945.000
Taux décroissance	91/92=22%		92/93=27%	93/94=-5.7%	94/95=27%
Marché Cameroun	6.086.076.020	6.893.488.643	7.704.188.355	7.767.608.955	
Taux de croissance	13.49%	15.26%	18.82%	17.66%	

Source: Rapport annuel UAP INTERNATIONAL et Rapport Annuel d'Activités l'Association des Sociétés d'assurance du Cameroun (ASAC), exercices 1991-1992-1993-1994-1995

Bien plus, les différentes compressions et déflations ont grossi le nombre de jeunes diplômés sans emploi. N'ayant pas de revenus, ces « cas sociaux » ne peuvent ni épargner ni souscrire aux prêts bancaires. Cette critique situation engendre une double perte et pour l'Etat (qui ne peut plus percevoir de l'IRPP), et pour l'industrie des assurances car l'assurance Vie est onéreuse.

Enfin, l'inflation toujours galopante est un facteur très nuisible à l'économie, comme il rend beaucoup de produits tant d'importation que d'exportation inconsommables par la flambée des coûts.

Ajouté à cela, les difficultés que connaissent nos institutions bancaires fragilisent l'économie en général, et particulièrement l'industrie des assurances, car elles aggravent le chômage par la compression des salariés. Dans le même temps, la fermeture des banques réduit le niveau de crédits disponibles.

Face à ces agents intérieurs défavorables et aux draconiennes dispositions de la Loi Commune, n'y a-t-il pas du tout possibilité pour développer l'assurance vie au Cameroun?

Essayons de répondre à cette question brûlante et préoccupante.

CHAPITRE II LES POSSIBILITES DE DEVELOPPEMENT DE L'ASSURANCE VIE

Dans cette partie, nous allons analyser tour à tour les conditions juridique (section I), politique, sociale et culturelle (section II), économique et financière (section III) et enfin fiscale (section IV).

Section 1: CONDITION JURIDIQUE

Il est indispensable que l'Etat veille à l'application stricte de toutes les dispositions du CODE en matière d'assurances sur la Vie et ne permette l'exercice de cette profession qu'aux sociétés régulièrement constituées et aux hommes qui ont effectivement rempli les conditions exigées, à savoir la capacité professionnelle et l'honorabilité de ces dirigeants.

CHAPITRE II LES POSSIBILITES DE DEVELOPPEMENT DE L'ASSURANCE VIE

Dans cette partie, nous allons analyser tour à tour les conditions juridique (section I), politique, sociale et culturelle (section II), économique et financière (section III) et enfin fiscale (section IV) .

Section 1: CONDITION JURIDIQUE

Il est indispensable que l'Etat veille à l'application stricte de toutes les dispositions du CODE en matière d'assurances sur la Vie et ne permette l'exercice de cette profession qu'aux sociétés régulièrement constituées et aux hommes qui ont effectivement rempli les conditions exigées, à savoir la capacité professionnelle et l'honorabilité de ces dirigeants.

Après avoir rempli cette condition, il faudrait aussi penser à résoudre les problèmes politique, social et culturel pour faciliter le développement de l'assurance Vie.

Section II CONDITION POLITIQUE, SOCIALE ET CULTURELLE

Il est nécessaire de sécuriser les opérateurs économiques, afin de les encourager à investir à volonté dans le pays. Ainsi, ils pourront créer des emplois à la jeunesse maintenant inactive, c'est-à-dire les diplômés sans emploi et les chômeurs. Et ceci procurera des biens et des revenus.

Cette insertion sociale réalisée, l'Etat aura un problème de moins (chômage structurel et conjoncturel), pendant qu'il aura gagné lui-même en percevant de l'IRPP.

Les jeunes occupés, cela réduirait par ailleurs la délinquance et la criminalité qui vont crescendo dans le pays. Car, « mains oisives, coeur fou », reconnaîtrait-on.

Quant aux travailleurs eux-mêmes, ils pourraient investir avec leurs salaires et produire ainsi des emplois et des revenus.

Par ailleurs, nous pensons qu'il faille revaloriser les salaires pour tenir compte du pouvoir d'achat de cette masse laborieuse, afin de lui permettre de dégager d'éventuels excédents à épargner, et donc à souscrire aux assurances Vie.

Ensuite, nous estimons nécessaire la création d'une Caisse de Retraite à gérer en Capitalisation intégrale, tout en respectant les règles prudentielles de sécurité de rentabilité et de liquidité financière. En outre, permettre que les cotisants exercent une surveillance partenariale sur la gestion financière et administrative de ces fonds.

Soulignons en passant la naissance de l'individualisme dans nos pays. Situation engendrée par les différentes crises économiques et sociales avec leurs corollaires de misère d'insécurité sociale qui obligent de plus en plus des gens à se replier sur eux-mêmes et à penser au besoin de sécurité individuelle: l'assurance.

Il y a aussi la forte natalité qui oblige les parents à réfléchir sur le devenir leurs progénitures et donc à penser aux assurances Vie. Par exemple la Rente Education.

Enfin, il est opportun de créer une Banque Rurale ou du moins, faciliter aux nombreux monde rural d'accéder aux prêts financiers. Ce qui procurera à cette population quelque peu organisée en groupement d'initiative communautaire (GIC) ou en groupement d'intérêt économique (GIE) de satisfaire à ses besoins immédiats .Et lorsqu' elle aura subvenu à ses

SECTION 3: CONDITION ECONOMIQUE ET FINANCIERE

Nous souhaitons la création, sinon la facilitation des conditions de création des emplois pour la jeunesse, notamment pour les jeunes diplômés en quête de leur premier emploi. Comme ils constituent la majeure partie de la population active, et par voie de conséquence, le moteur de tout développement de la Nation, il faudrait leur donner du travail. Et lorsque ces jeunes actifs auront des revenus disponibles, ils pourront entreprendre avec des capitaux qu'ils pourraient emprunter auprès des organismes financiers.

Et c'est ainsi que ces nombreux jeunes qui entrent dans la vie active, peuvent cotiser dans les Caisses de Retraites (à gérer en Capitalisation). Le nombre d'actifs augmentant, cela pourra contribuer à réduire le fossé causé par le déséquilibre financier de la Retraite gérée en Répartition.

Dans le même temps, les primes payées par cette nombreuse jeunesse devenue active en couverture des prêts bancaires viennent augmenter la masse financière de l'assureur.

Aussi, les assurés qui auront accès aux prêts bancaires, peuvent créer des PME et des PMI et donner ainsi du travail aux autres. Ceci réduirait au final le nombre de chômeurs.

L'assureur étant collecteur d'épargne et un investisseur institutionnel, mérite bien d'être ménagé par l'Etat.

Nous savons que dans la représentation des Provisions Techniques des sociétés d'assurances, les valeurs d'Etat ou celles émises avec son accord sont privilégiées. Aussi, ce dernier peut-il emprunter sur cette masse d'argent immobilisée (en attendant le paiement des engagements) pour réaliser ses plans de développement socio-économique.

Evolution des Provisions Techniques

Provisions Techniques	1991	1992	1993	1994
CCAR	11.268.320.961	11.851.106.939	12.942.039.404	16.295.418.417
Taux de croissance		4,91%	8,43%	20,58%
Marché Cameroun	83.448.164.436	95.267.397.401	98.628.323.675	86.366.707.804
Taux de croissance	13,50%	12,44%	13,12%	18,86%

Source: Rapport d'activités ASAC 1994-1995

Enfin, il faudrait circonscrire et réduire l'inflation galopante (dont le taux est $\geq 5\%$), afin de favoriser la baisse des prix à la consommation. Cela aidera les ménages à dégager d'éventuels excédents à épargner.

Enfin, la fiscalité aussi influence négativement l'essor de l'assurance Vie.

SECTION 4: LA CONDITION FISCALE

Il faut saluer la Loi des Finances du 1er Juillet 1995 qui a enfin pensé à détaxer les contrats d'assurances sur la Vie. Cette disposition constitue déjà un encouragement à la souscription de ces contrats.

Cependant, il apparaît nécessaire que l'Etat rehausse, voire supprime le plafonnement fiscal de la déductibilité fiscale des primes d'assurances Vie sur les revenus imposables des assurés. Ceci encouragerait les assurables à beaucoup souscrire aux assurances Vie, puisque le prix est bas. Car, nous le savons tous: tout le monde veut toujours payer le moins cher possible et pour une meilleure qualité de service.

Etant bien entendu que l'Etat récupérera ce << manque à gagner >> provisoire au terme des contrats, c'est-à-dire au moment du service des capitaux ou rentes. Là encore, tout le monde sait que

l'on est prêt à sacrifier une partie de son avoir quand il y en a beaucoup (ici la masse d'argent gagnée au terme des contrats).

Mais en attendant ce terme des contrats, l'Etat compense déjà « cette perte » en percevant des impôts substantiels sur les chiffres d'affaires et les bénéfices des sociétés d'assurances Vie qui ont gonflé entre-temps par la souscription massive des contrats, les assurés étant attirés par l'allègement de la prime du fait de la détaxation.

Physionomie de la CCAR sur le marché national en 1994

IARDT			VIE		
	Taux			Taux	
Automobile	24,38%	2.524.000.000 FCFA	Vie classique	33,47%	626.000.000
Incendie	19,10%	1.978.000.000 FCFA	Retraite	61,39%	1.148.000.000
Transports	16,47%	1 705.000.000 FCFA	Réseau Prévoyance	5,14%	96.000.000
Maladie	18,08%	1.872.000.000 FCFA			
Autres Risques	21,97%	2.274.000.000 FCFA			
	100%			100%	
Total CA - CCAR	24,95%	10.353.000.000 FCFA	Total	24,07%	1.870.000.000
Marché Cameroun	100%	41.492.607.959 FCFA	Total	100%	7.767.608.955

Source: Rapport annuel UAP INTERNATIONAL et Rapport Annuel d'Activités l'Association des Sociétés d'assurance du Cameroun (ASAC), exercices 1991-1992-1993-1994-1995

CONCLUSION (titre II)

L'assurance Vie peut se développer facilement au CAMEROUN si l'Etat se décide à en organiser le cadre et à renoncer à certaines de ses prérogatives.

Pour cela, nous estimons qu'il a intérêt à:

assurer la stabilité politique et la sécurité judiciaire qui permettent aux opérateurs économiques la confiance d'entreprendre à volonté.

veiller à l'application stricte du CODE en matière d'assurances sur la Vie

occuper la jeunesse par la création des emplois. Par exemple racheter les entreprises défailtantes ou les privatiser.

revaloriser les salaires qui ont déjà perdu de leur pouvoir d'achat

créer une caisse de Retraites à gérer en Capitalisation

supprimer le plafonnement de la déductibilité fiscale aux primes d'assurance Vie

canaliser la grande masse rurale (GIC et GIE) à relever son niveau de vie socio-économique, en vue de son accession à l'entreprise, ne serait ce que par des conseils techniques.

enfin, lutter efficacement contre les méfaits de la crise économique généralisée, la dévaluation du cfa, et de l'inflation tenace.

Une fois ces possibilités réunies, les populations Camerounaises pourront accéder aux produits d'Assurances Vie et en favoriser le Développement

CONCLUSION GENERALE

L'intégration économique de la ZONE visée par le CODE UNIQUE des assurances est entrain de se parachever par ses Etats membres dont le CAMEROUN.

En effet, les sociétés d'assurances y opérant ont intérêt à appliquer scrupuleusement les dispositions du CODE pour assurer leur solvabilité. De cette solvabilité découlera l'épanouissement du secteur national des assurances et le développement socio-économique, et par voie de conséquence , induira l'intégration de toute la ZONE

Mais, en dépit de l'omnipotence de cet outil, force est de constater que son application seule ne suffit pas pour remettre sur les rails notre chère industrie.

Il faudrait encore l'accompagner par l'amélioration des conditions de vie socio-économique et juridique des assurables dangereusement menacés par cet environnement marâtre.

LEXIQUE

ACCIDENT : toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de l'assuré, provenant de l'action soudaine et imprévisible, d'une cause extérieure.

ACCIDENT DE LA CIRCULATION : tout accident défini comme ci-dessus et provoqué par :

- l'usage, comme conducteur ou passager, d'un moyen de transport (public ou privé) par voie de terre ou de fer ;
- l'usage, comme passager seulement, d'un avion de transport aérien agréé pour le transport public de personnes ;
- l'usage comme passager seulement, d'un moyen de transport public par voie d'eau.

ARRÉRAGES DE RENTE : les rentes qui restent dues par l'assureur.

ASSURÉ : personne dont le décès au cours du contrat ou la vie au terme de ce dernier déclenche le paiement du capital.

AVANCE : faculté offerte au souscripteur d'obtenir des disponibilités financières tout en maintenant son contrat en vigueur. L'avance accordée par l'assureur, vient en déduction des prestations garanties à l'assuré, tant qu'elle n'est pas remboursée. Le souscripteur retrouve ses droits intacts dès qu'il la reverse.

AVENANT : document constatant les modifications apportées au contrat sans en affecter la nature même. L'avenant fait partie intégrante de la police d'assurance.

AYANT DROIT : personne ayant un droit sur tout ou partie du patrimoine d'une autre.

BÉNÉFICIAIRE : personne au profit de laquelle l'assurance a été souscrite.

CAPITAL : somme qui correspond au montant de la garantie. C'est l'engagement maximum de l'assureur en cas de survenance d'un sinistre.

CONDITIONS GÉNÉRALES : document décrivant les dispositions communes à une catégorie de contrats, notamment les risques garantis et les obligations des parties.

CONDITIONS PARTICULIÈRES : document personnalisant le contrat ; il identifie les parties et précise :

- la nature et les durée des garanties,
- le montant de la prime à payer.

CONSOLIDATION : stabilisation de l'état de santé de l'assuré telle que les conséquences de l'accident ou de la maladie deviennent permanentes et présumées définitives.

CONTRAT D'ASSURANCE VIE : Contrat d'assurance par lequel la compagnie s'engage à verser à un bénéficiaire désigné soit un capital, soit une rente, selon que l'assuré est vivant ou décédé à une certaine date.

CONVENTIONS SPÉCIALES : document précisant les conditions dans lesquelles les assurances complémentaires sont accordées.

DURÉE DU CONTRAT : période pendant laquelle le contrat produit ses effets.

ÉCHÉANCE DE LA PRIME : dernier jour de la garantie couvert par la prime. Pour les contrats à prime unique, l'échéance de la prime coïncide avec le terme du contrat.

GARANTIE COMPLÉMENTAIRE FACULTATIVE : garantie qui, si le souscripteur la sollicite, peut être accordée par l'assureur avec la garantie de base. Il s'agit par exemple de la garantie "accident" ou de "l'invalidité absolue et définitive". Elle complète la garantie de base.

INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE (IADA) : Tout état physique ou moral de l'assuré résultant d'une atteinte corporelle (accident ou maladie) mettant celui-ci dans l'impossibilité totale, permanente et présumée définitive de se livrer à un travail ou à une occupation susceptible de lui procurer gain ou profit. L'invalidité permanente totale est établie par expertise médicale.

MALADIE : altération de la santé d'une personne constatée par une autorité médicale compétente.

POLICE D'ASSURANCE OU CONTRAT D'ASSURANCE : document écrit constatant les droits et obligations réciproques des parties. Elle est constituée :

- des conditions générales.
- des conditions particulières.
- des avenants éventuels.
- des conventions spéciales, s'il y a lieu.

PREMOURANT : celui des assurés décédant le premier dans le contrat d'assurance "décès" comportant deux assurés.

PRESCRIPTION : perte d'un droit de l'assuré ou de l'assureur lorsque ce droit n'a pas été exercé dans les délais légaux.

PRIME : somme que doit payer le souscripteur en contrepartie de l'engagement de l'assureur de prendre en charge le risque couvert.

PROVISION MATHÉMATIQUE : montant des sommes que la société d'assurance doit mettre en réserve (ou provision) et capitaliser pour faire face aux engagements futurs pris à l'égard des souscripteurs. Le recours permanent aux mathématiques pour effectuer les calculs explique le nom de la provision.

Au terme du contrat, elle est égale au capital garanti par l'assureur.

En pratique, on peut considérer que la provision mathématique correspond à l'épargne acquise par le souscripteur. L'existence d'une provision mathématique permet de faire les opérations de réduction, de rachat et d'avance.

RACHAT DU CONTRAT : diminution du montant des garanties convenues au contrat, par suite d'arrêt ou de diminution du versement des primes par le souscripteur ou l'assuré. La valeur de la réduction est le nouveau montant des garanties.

RENTE : revenu annuel dû par l'assureur.

RÉTICENCE : omission de mauvaise foi, d'un fait qui aurait dû être déclaré.

SOUSCRIPTEUR : personne qui demande l'établissement du contrat, le signe et s'engage à payer les primes.

TEMPORAIRE DÉCÈS : contrat d'assurance par lequel la compagnie s'engage à verser un capital à un bénéficiaire désigné, en cas de décès de l'assuré avant le terme du contrat.

TERME : date à laquelle le contrat prend fin.

* *
*



CONVENTION EPARGNE RETRAITE C.C.A.R

CONDITIONS GENERALES

ARTICLE 1 - LA CONVENTION : OBJET - EFFET - DUREE

La présente Convention régie par la Législation sur les assurances, a pour objet de permettre aux membres adhérents de se constituer un complément de retraite par l'ouverture d'un compte d'Epargne et de Prévoyance intitulé "Compte Epargne Retraite" (C.E.R).

Par adhérent, on entend toute personne physique ayant demandé son adhésion à la présente convention.

ARTICLE 2 - L'ADHESION : EFFET - DUREE - RESILIATION

L'adhésion prend effet le premier jour du mois civil qui suit sa signature et après paiement de la première cotisation.

Elle est incontestable dès qu'elle a pris effet, sauf application des dispositions prévues à cet égard par la Législation.

La durée du C. E. R est déterminée par la date de prise d'effet de l'adhésion et la date légale de l'âge de la retraite de l'adhérent.

En cas de résiliation par l'adhérent, le C. E. R. restera géré par l'assureur dans les conditions prévues dans les articles 4 à 9.

ARTICLE 3 - COTISATIONS : CONSTITUTION DES C.E.R.

Pour chaque adhérent, l'assureur ouvre un C.E.R. alimenté :

- la première année de souscription, par 85% des cotisations nettes de taxes, versées par l'adhérent,
- la deuxième année, par 90% des cotisations nettes de taxes versées par l'adhérent et,
- la troisième année et jusqu'au terme du contrat, par 95% des cotisations nettes de taxes versées par l'adhérent.

L'Epargne constitué est revalorisée chaque année en fonction des résultats de la convention, à la date anniversaire de l'adhésion.

Le versement minimum mensuel hors taxes est de 10.000 FCFA.

En plus des versements mensuels, l'adhérent peut à tout moment effectuer des versements exceptionnels dont les montants sont librement fixés par lui-même.

A la demande de l'adhérent, un prélèvement automatique à une périodicité choisie, peut être effectué sur son compte bancaire par l'assureur.

ARTICLE 4 - RETRAIT TOTAL OU PARTIEL

Le retrait total ou partiel de la valeur acquise du compte peut être effectué à la demande de l'adhérent sur la base du montant atteint par ce compte au dernier jour du mois civil précédent la date de la demande.

En cas de retrait partiel, un minimum de 100.000 FCFA est nécessaire à la continuation du compte.

En cas de retrait total dans l'année suivant l'adhésion, il sera remboursé à l'adhérent la valeur acquise du compte, diminuée d'une indemnité de résiliation égale à 5% de cette valeur.

ARTICLE 5 - CAS DE DECES DE L'ADHERENT

En cas de décès de l'adhérent avant toute demande de liquidation de son C. E. R. l'assureur verse au bénéficiaire désigné par l'adhérent le montant intégral de son compte.

A défaut de désignation du bénéficiaire par l'adhérent, les sommes dues par l'assureur sont versées :

- au (x) conjoint (s) survivant (s) non séparé (s) de corps, par parts égales,
- à défaut, aux enfants légitimes reconnus ou adoptifs de l'adhérent, par parts égales,
- à défaut au père et à la mère de l'adhérent, par parts égales ou au survivant d'entre eux,
- à défaut aux ayants droit de l'adhérent.

La désignation du bénéficiaire peut être modifiée à tout moment par un avis écrit de l'adhérent adressé à l'assureur. La modification prend effet dès que l'assureur en a connaissance.

ARTICLE 6 - RENTE VIAGERE

L'adhérent peut demander, à partir de l'âge légal de la retraite, la liquidation de son compte sous forme de rente viagère.

Cette rente est payable à l'adhérent. Celui-ci peut demander qu'elle soit réversible à 60% au profit d'une personne désignée, sous la réserve d'une demande effectuée au moins un an avant la date de liquidation.

Le montant de cette rente est déterminé selon les bases tarifaires réglementaires en vigueur à la date de liquidation. A compter du premier jour du mois civil suivant la date de la demande, les rentes sont payables trimestriellement à terme échu, sans prorata d'arrérages au décès, et sont revalorisables chaque année en fonction des résultats techniques et financiers de la convention calculés conformément aux dispositions de l'article 8.

ARTICLE 7 - TAUX DE PLACEMENT

Pour chaque exercice le taux de placement net est égal à 90% au moins de celui obtenu au titre de l'exercice par les actifs du fonds de référence.

Il est calculé en rapportant leurs revenus nets, y compris les plus-values, nettes de moins-values, réalisées sur cession, à la moyenne arithmétique du montant de ces actifs au 1er janvier et au 31 décembre. Ces placements sont évalués conformément à la Législation sur les assurances.

ARTICLE 8 - COMPTE DE RESULTATS

Au 31 décembre de chaque exercice, l'assureur établit le compte de résultats techniques et financiers de la manière suivante :

Au crédit :

- les provisions mathématiques des C. E. R. et des rentes en service au 1er janvier,
- 85% des cotisations, nettes de taxes, versées dans l'exercice au titre de souscriptions ayant moins d'un an,
- 90% des cotisations nettes de taxes versées dans l'exercice au titre de souscriptions ayant moins de deux ans et plus d'un an,

- 95% des cotisations nettes de taxes versées dans l'exercice au titre des souscriptions ayant plus de deux ans,

- 95% des cotisations nettes de taxes versées dans l'exercice au titre des versements exceptionnels,

- les produits financiers nets de l'exercice calculés au taux défini à l'article 7.

Au débit :

- les prestations, arrérages et capitaux versés dans l'exercice,

- les provisions mathématiques, au 31 décembre, des C. E. R. et des rentes viagères en service.

- les frais de gestion de l'assureur déterminés par les éléments suivants :

. 3 % des rentes servies,

. 1 % au plus montant moyen de la valeur acquise des C. E. R. au 31 décembre de l'exercice.

- éventuellement, la part des impôts ou taxes à la charge de l'assureur, pour cette convention, postérieurement à la date d'effet ;

- éventuellement la quote-part d'alimentation des réserves ou provisions légales ou réglementaires ;

- éventuellement, le solde débiteur de l'exercice précédent.

ARTICLE 9 - TAUX DE REVALORISATION DES COMPTES ET DES RENTES

Le taux de revalorisation est égal au taux obtenu en rapportant le solde créditeur du compte de résultats à la catégorie définie à l'article 8 au montant des provisions mathématiques au 31 décembre de l'exercice, ce taux étant diminué de 5% à titre de réserve de sécurité.

La revalorisation intervient à la date anniversaire de l'adhésion.

Le taux calculé sur un exercice est applicable à partir du 1er mai de l'exercice suivant et ce, pour 12 mois.

En conséquence, pour la période allant du 1er mars 1988 au 30 avril 1989, (deuxième année d'existence de la Convention), le taux de revalorisation sera égal au taux de placement net défini à l'article 7, diminué de 5% à titre de réserve de sécurité.

*

*

*

*



CCAR

**ASSURANCES
TEMPORAIRE DECES
FRAIS D'OBSEQUES**

CONDITIONS GÉNÉRALES



3.2 Les risques aériens : les risques relatifs à la navigation aérienne sont couverts à l'exception des vols de compétition, raids sportifs, vols d'essais, vols sur prototypes, vols acrobatiques, vols agricoles ainsi que les vols qui ne seraient pas effectués en conformité avec la réglementation aérienne.

3.3 Le risque de guerre : conformément à l'article 94 du code, en cas de guerre étrangère, la garantie du présent contrat n'aura effet que dans les conditions qui seront déterminées par l'État Camerounais après la fin des hostilités.

3.4. Lorsque le risque de décès n'est pas couvert par suite des exclusions ci-dessus, la compagnie paie le montant de la provision mathématique (*) du contrat (article 67 du code).

3.5. Par ailleurs, est exclue du bénéfice de la garantie souscrite, toute personne qui aura intentionnellement provoqué le décès de l'assuré (article 78 du code).

4 - LES LIMITES TERRITORIALES DES GARANTIES

Les garanties "capital en cas de décès" s'exercent dans le monde entier.

II - LES ENGAGEMENTS ET LES DROITS DU SOUSCRIPTEUR

1 - LE PAIEMENT DES PRIMES (*)

1.1. Moment et lieu du paiement

En contrepartie des engagements de la compagnie, le souscripteur doit régler les primes dont le montant intégral et les dates d'échéances figurent aux conditions particulières (frais et taxes éventuelles compris). Les primes sont payables d'avance au siège social de la compagnie ou au domicile

du mandataire désigné par elle, ce dernier devant détenir un mandat écrit.

1.2. Les conséquences du non-paiement des primes.

Conformément à l'article 73 du code, lorsqu'une prime ou une fraction de prime n'est pas payée dans les 10 jours de son échéance, la compagnie adresse au contractant une lettre recommandée, par laquelle elle l'informe qu'à l'expiration d'un délai de quarante (40) jours à dater de l'envoi de cette lettre, le défaut de paiement entraîne la résiliation pure et simple du contrat.

L'envoi de cette lettre recommandée par la compagnie rend la prime portable dans tous les cas.

Après résiliation du contrat, celui-ci peut être remis en vigueur dans un délai maximal de deux ans à compter de l'échéance de la première prime impayée, à condition de justifier du bon état de santé de l'assuré (des assurés si le contrat comporte deux assurés) et de régler, majorées des intérêts, toutes les primes arriérées.

La résiliation met fin à toutes les garanties et les primes payées, quel que soit le nombre, ne sont pas remboursées.

2 - LE RACHAT, L'AVANCE SUR REGLEMENT

Conformément à l'article 77 du code, la présente assurance ne comporte ni la valeur de réduction, ni la valeur de rachat.

Elle ne peut donner lieu à l'octroi d'avance sur règlement (*).

III - FORMALITES DE REGLEMENT

Les pièces à remettre à la CCAR pour le règlement des sommes devenues exigibles sont les suivantes:



CONDITIONS GÉNÉRALES

PREAMBULE : CADRE LEGAL

Le contrat "TEMPORAIRE DECES" ou "FRAIS D'OBSÈQUES" (1) est un contrat d'assurance (*) sur la vie, régi par le code des assurances des États membres de la Conférence Interafricaine des Marchés d'Assurances (en abrégé *C.I.M.A.*).

Dans le présent contrat, le mot "code" s'entend "code des assurances des États membres de la Conférence Interafricaine des Marchés d'Assurances".

Ce contrat est matérialisé par la police d'assurance (*) constituée par :

- les conditions générales (*) qui décrivent les dispositions communes à tous les contrats "TEMPORAIRE DECES" ou "FRAIS D'OBSEQUES", notamment les risques garantis, les garanties choisies par le souscripteur (*), les risques exclus, les obligations des intervenants au contrat (assureur, souscripteur, assuré et bénéficiaire), ainsi que les diverses applications contractuelles des dispositions du code.

- les conditions particulières (*) qui précisent les dispositions propres à chaque contrat, et en particulier les noms du souscripteur, de l'assuré ou des assurés et du bénéficiaire, le début de la garantie et sa durée, les capitaux ou les sommes garanties, le montant de la prime à payer.

- les conventions spéciales, s'il y a lieu, qui précisent les conditions auxquelles les assurances complémentaires sont accordées.

- les avenants (*) constatant les modifications pouvant être apportées au contrat.

Le contrat est fondé sur les déclarations faites lors de sa souscription. Les garanties entrent en vigueur après la signature de la police d'assurance (*) et le paiement intégral de la première prime.

Il ne peut être contesté lorsque les conditions ci-dessus sont remplies, sauf dans les cas suivants :

- réticence (*) ou fausses déclarations intentionnelles (**article 18 du code**),
- omissions ou déclarations inexactes (**article 18 du code**),
- erreur concernant l'âge l'assuré (**article 80 du code**).

I- LES ENGAGEMENTS DE L'ASSUREUR

1 - LA GARANTIE

La compagnie s'engage à verser aux bénéficiaires désignés, le capital fixé aux conditions particulières en cas de décès de l'assuré (ou du prémourant (*) pour un contrat comportant deux assurés), si ce décès survient avant le terme du contrat et à condition que toutes les primes échues aient été payées.

2 - LES CONDITIONS D'APPLICATIONS DES GARANTIES

La compagnie couvre les risques de décès résultant de maladies (*) ou d'accident (*), à la condition expresse :

- que la première constatation médicale ou la survenance de l'accident soit postérieure à la date d'entrée en vigueur du contrat,
- ou que cette maladie ait été déclarée à la souscription du contrat et qu'elle n'ait pas fait l'objet d'une exclusion mentionnée aux conditions particulières.

3 - LES EXCLUSIONS DE GARANTIES

3.1 Le suicide : Conformément à l'article 66 du code, l'assurance en cas de décès est de nul effet si l'assuré se donne volontairement et consciemment la mort au cours des deux premières années du contrat.



1- FRAIS D'OBSEQUES

- le présent contrat d'assurance,
- l'acte de décès de l'assuré (du prémourant, si le contrat comporte deux assurés),
- le rapport médical constatant le genre de mort ou d'accident auquel l'assuré a succombé,
- les pièces d'identité du bénéficiaire.

2- TEMPORAIRE DECES

- toutes les pièces citées ci-dessus pour les frais d'obsèques,
- et le cas échéant, le certificat d'acquit ou de non-exigibilité des droits de mutation.

La CCAR règle alors les sommes dues dans les cinq (5) jours (FRAIS D'OBSEQUES) et vingt (20) jours (TEMPORAIRE DECES) à partir de la réception des pièces, jugées satisfaisantes.

Ce règlement met fin au contrat.

IV - PRESCRIPTION

En application de l'article 28 du code, toutes actions dérivant du présent contrat sont prescrites par deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Ce délai est porté à cinq (5) ans pour le bénéficiaire, lorsque celui-ci est une personne distincte du souscripteur.

V - ARBITRAGE

Le présent contrat étant fait de bonne foi, en cas de difficulté d'application, le souscripteur et l'assureur déclarent s'en rapporter à la sentence rendue par deux arbitres choisis par chacun d'entre eux. En cas de désaccord, ces arbitres s'en adjoindront un troisième pour les départager. A défaut d'entente sur la désignation de ce tiers arbitre, le choix sera

fait, sur simple requête de la partie la plus diligente par le président de la juridiction compétente.

L'avis pris à la majorité de cette commission arbitrale sera obligatoire pour les parties et sans appel.

Chacune des parties supportera les honoraires de son arbitre et par moitié, ceux du tiers arbitre, ainsi que les honoraires d'arbitrage.

* * *



CCAR

**ASSURANCES
COMPLEMENTAIRES**

DECES PAR ACCIDENT

ET

**DECES PAR ACCIDENT
DE LA CIRCULATION**

CONDITIONS GÉNÉRALES



ASSURANCE COMPLEMENTAIRE "DECES PAR ACCIDENT" "DECES PAR ACCIDENT DE LA CIRCULATION"

(CETTE GARANTIE NE PEUT ETRE ANNEXEE QU'A UN CONTRAT PRINCIPAL
COMPORTANT UN SEUL ASSURE)

CONDITIONS GENERALES

PREAMBULE: Les présentes conditions générales font partie intégrante des conditions générales de la garantie "TEMPORAIRE DECES" et n'ont de valeur que lorsque le risque décès est couverts sur le même assuré.

En conséquence, le cadre légal applicable est le même que dans "TEMPORAIRE DECES".

Article 1er : RISQUES GARANTIS

Les présentes garanties complémentaires ont pour objet de prévoir le paiement des capitaux stipulés aux conditions particulières ou par avenant, à l'occasion du décès de l'assuré ou de son invalidité permanente totale par suite d'accident corporel dont il pourrait être victime dans l'exercice de sa profession ou au cours de sa vie privée.

Les garanties pouvant être souscrites dans le cadre du présent contrat sont les suivantes :

- décès par suite d'accident (*),
- décès par suite d'accident de la circulation (*),
- invalidité absolue et définitive par suite d'accident (*).

Par "accident corporel", il faut entendre toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de l'assuré, provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

Par accident de la circulation, il faut entendre tout accident provoqué par :

- un véhicule quelconque, un piéton ou un animal lorsque l'assuré circule à pied sur une voie publique ou privée,

- l'usage, comme conducteur ou passager, d'un moyen de transport (public ou privé) par voie de terre ou de fer,

- l'usage, comme passager seulement, d'un avion de sociétés de transports aériens agréées pour le transport public des personnes,

- l'usage, comme passager seulement, d'un moyen de transport public par voie d'eau.

Sont compris dans la présente assurance complémentaire :

1° les accidents survenus à la suite d'un attentat, d'agression, d'asphyxie accidentelle par dégagement de gaz ou vapeurs ou par immersion dans l'eau, de tentative de sauvetage de personnes ou de biens.

2° les accidents causés par la foudre, l'incendie, les tremblements de terre ou la violence des éléments atmosphériques ;

3° les inoculations infectieuses dues à des piqûres anatomiques ou septiques, les cas de rages ou de charbon consécutifs à des morsures d'animaux ou piqûres d'insectes ;

4° les accidents éprouvés en temps de paix, pendant l'accomplissement de périodes d'instruction militaire n'excédant pas trente jours, y compris les accidents d'aviation survenu au cours des dites périodes aux

militaires de réserve, autres que les parachutistes et les militaires appartenant au personnel navigant de l'armée de l'Air et de l'Aéronautique maritime.

Article 2 - RISQUES DE CIRCULATION - SPORTS

1° Sont garantis sans surprime, les accident résultant :

a) de l'usage de bicyclette avec ou sans moteur, de l'usage avec ou sans conduite, de véhicules automobiles ou hippomobiles ;

b) de la pratique à titre d'amateur, des sports ci-après :

gymnastique, athlétisme, escrime, chasse (sauf chasse à courre), natation, pêche, canotage, équitation, golf, tennis, jeux de boules, excursion en montagne sur routes et sentiers ;

c) les accidents survenus à l'assuré en tant que simple passager d'un avion de société de transport aérien agréées pour les transports publics de personnes et ce dans les limites territoriales de la garantie prévues à l'article 3 ci-dessous.

2° Ne sont garantis que moyennant stipulations expresses aux conditions particulières et paiement d'une surprime, et sans qu'il soit dérogé à l'exclusion formulée plus loin pour les compétitions, courses, matches, concours ou paris :

a) les accidents résultant de l'usage, même à titre de passager, de cycle à moteur d'une cylindrée supérieure à 50 cm³, de motocyclette, side-car ou tricar ;

b) les accidents provenant de l'exercice des sports non désignés ci-dessus et notamment : football "association" ou "rugby", patinage, hockey, polo, chasse à courre, yachting en mer, ascensions de montagnes ou glaciers au dessus de 2.000 mètres, ski, luge, bobsleigh, skeleton, base-ball, yachting à moteur, motonautisme, ski nautique, vol à voile, etc.

Article 3 - LIMITES TERRITORIALES DE LA GARANTIE

L'assurance produit ses effets dans le monde entier, mais la constatation de l'état d'invalidité se fait au Cameroun

Article 4 - VOYAGES

L'assurance complémentaire garanti également les risques afférents à l'usage de moyen de transports aériens et maritimes dans le monde entier, mais ce, exclusivement :

- en ce qui concerne les risques aériens : pour les accidents définis à l'article 2, alinéa c ci-dessus ;

- en ce qui concerne les risques maritimes, pour les accidents survenus à l'assuré en tant que passager à bord de bateaux de lignes régulières et, d'une façon générale, de tous bateaux autorisés à effectuer des transports de passagers à titre payant.

Article 5 - EXCLUSIONS

Sont exclus de la garantie du contrat :

1° *les maladies de quelque nature qu'elles soient, professionnelles ou autres, les lésions causées par les rayons X, le radium et ses composés ;*

2° *les accidents occasionnés par une infirmité, ou par une maladie grave ou permanente de l'assuré, par leurs suites ou complications ;*

3° *l'insolation, la congélation, sauf si elles sont la conséquence directe d'un accident garanti, l'anévrisme, la congestion, les cas d'empoisonnement, d'érysipèle, de rhumatisme, ulcère variqueux, de lumbago, de rupture de muscles, d'effort, de tour de reins, de hernie, alors même que ces affections seraient d'origine traumatique ;*

4° *les accidents causés par l'ivresse, les conséquences d'opérations chirurgicales subies par l'assuré et non nécessitées par accident garanti par le présent contrat ;*



5° les accidents occasionnés directement ou indirectement :

- soit par la guerre : il appartient à l'assuré de prouver que le sinistre résulte d'un fait autre que le fait de guerre;

- soit par l'insurrection, l'émeute ou le mouvement populaire : il appartient à la société de prouver que l'accident résulte de l'un de ces événements ;

- soit par la désintégration du noyau atomique ;

6° les accidents résultant de l'emploi d'un mode de locomotion aérien dans d'autres conditions que celles définies ci-dessus (article 2, 1° c) ;

7° le suicide ou la tentative de suicide. En outre, si l'assuré perd la vie par le fait intentionnel d'un bénéficiaire, ce dernier est déchu de tous droits sur le capital assuré qui restera néanmoins payable aux autres bénéficiaires ou ayants droit ;

8° les accidents survenus en cas de participation en tant que concurrent à des compétitions, courses, matches, paris et concours, de même qu'à la suite de rixe sauf le cas de légitime défense.

Article 6 - DECES

En cas de décès survenant immédiatement ou dans un délai d'un an des suites d'un accident garanti, le capital est payé aux bénéficiaires désignés. En cas de prédécès des bénéficiaires ou si l'assuré n'en a désigné aucun, le capital dû fera partie du patrimoine ou de la succession du souscripteur (**article 70 du code d'assurances**). S'il y a plusieurs bénéficiaires, tout paiement à effectuer à la suite du décès de l'assuré est indivisible à l'égard de la compagnie qui réglera sur quittance collective des intéressés.

Le paiement du capital est effectué dans les 20 jours qui suivent la remise des pièces ci-après, jugées satisfaisantes par l'assureur :

- certificat médical constatant le décès accidentel,

- procès verbal de constat d'accident,
- acte de décès de l'assuré,
- pièces d'identité des bénéficiaires.

Article 7 - INFIRMITÉ ABSOLUE ET DEFINITIVE

L'assureur paie le capital prévu aux conditions particulières à l'assuré lui-même ou au bénéficiaire désigné lorsque l'assuré se trouve dans un état d'invalidité absolue et définitive par accident.

Pour l'application de la garantie on considère qu'il y a état d'invalidité absolue et définitive par accident si l'assuré :

- est mis dans l'impossibilité absolue de se livrer à une occupation ou à un travail pouvant lui rapporter gain ou profit ;

- en plus, il doit avoir besoin de l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie (comme par exemple se déplacer, s'habiller, etc.).

Aucune indemnité ne peut être exigée par l'assuré avant que l'infirmité ait été reconnue absolue et définitive.

Article 8 - CUMUL DES INDEMNITES

Un même accident ne peut donner droit qu'à l'une ou l'autre des indemnités prévues pour les cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive.

Article 9 - ADMISSION A L'ASSURANCE

Ne peuvent être assurées ou demeurer assurées les personnes infirmes, celles qui ont été atteintes d'une attaque quelconque de paralysie, d'apoplexie ou d'épilepsie, d'affection mentale ou de maladie de la moelle épinière ou du cerveau. Pour les contrats en cours, la garantie n'est acquise à l'assuré que si, au jour du sinistre il n'est pas atteint d'infirmité ou frappé d'une des maladies mentionnées ci-dessus.

En conséquence, l'assuré ou le contractant devra déclarer, tant à la souscription qu'en cours de contrat, s'il est atteint d'une de ces maladies ou d'une infirmité. Il lui sera remboursé la fraction de prime non absorbée du jour de sa déclaration à la prochaine échéance.

1) Décès par accident et décès par accident de la circulation.

Les personnes âgées de soixante cinq ans ne peuvent être admises à l'assurance. Si l'assuré atteint l'âge de soixante cinq ans en cours de contrat, la Compagnie aura la faculté, à compter de ce moment, de résilier cette garantie complémentaire, quelle que soit sa durée, pour l'expiration de chaque année d'assurance, en prévenant l'assuré, par lettre recommandée, un mois à l'avance.

2) Invalidité absolue et définitive par suite d'accident.

L'âge limite pour la garantie invalidité absolue et définitive est de cinquante cinq (55) ans révolus.

L'assuré âgé de cinquante cinq (55) ans à la souscription du contrat ne pourra pas bénéficier de cette garantie complémentaire. Si l'assuré atteint cet âge (55 ans) en cours du contrat, la garantie complémentaire "invalidité absolue et définitive" cesse de plein droit.

Article 10 - BASES DE L'ASSURANCE

L'assurance est faite sur la base des déclarations de l'assuré ou du contractant qui s'engage à en laisser vérifier l'exactitude à toute époque pendant la durée du contrat, par les délégués de la compagnie.

Article 11 - MODIFICATION DU RISQUE

Toutes les modifications du risque assuré doivent être déclarées par lettre recommandée à l'assureur.

Il en est ainsi notamment des modifications susceptibles d'aggraver le risque, par exemple si l'assuré vient à exercer une profession dans les conditions autres que celles déclarées, s'il change de profession ou d'occupation ou s'il change de résidence.

Au reçu de la déclaration, la compagnie aura la faculté, soit de résilier le contrat, soit de proposer un nouveau taux de prime ou de réduire proportionnellement les capitaux assurés, le tout, en conformité avec le code des assurances.

Si cette déclaration préalable a été omise et si la modification devait entraîner une augmentation de la prime, l'indemnité - en cas de sinistre - sera réduite dans le rapport existant entre la prime payée et celle qui aurait dû être perçue.

Par contre, si la prime a été fixée en raison de circonstances spéciales mentionnées dans le contrat et ayant constitué une aggravation du risque, l'assuré ou le contractant auront le droit, ces circonstances venant à disparaître, de résilier le contrat, à moins que la Compagnie ne consente à la diminution de la prime correspondante à compter de la prochaine échéance, d'après le tarif applicable lors de la souscription du contrat.

Article 12 - SANCTIONS

Toute réticence ou déclaration intentionnellement fautive, toute omission ou déclaration inexacte de la part de l'assuré ou du contractant, entraîne l'application des sanctions prévues à l'article 18 du code des assurances.

Article 13 - ASSURANCES MULTIPLES

L'assuré ou le contractant (1) est tenu de déclarer les assurances de même nature qu'il a contractées ou qu'il contractera dans d'autres compagnies d'assurances.



En cas de sinistre, et à défaut de cette déclaration préalable, il est convenu que :

- si l'omission est intentionnelle de la part de l'assuré ou du contractant, il sera fait application des sanctions prévues par l'article 18 du code des assurances ;

- si l'omission n'est pas intentionnelle, le règlement sera soumis à un comité d'arbitrage qui aura à apprécier si l'assureur aurait contracté, dans le cas où il aurait eu connaissance de l'autre assurance, et à fixer éventuellement dans quelle proportion ce capital sera payé. Ce comité d'arbitrage sera composé comme suit :

- un arbitre désigné par l'assureur,
- un arbitre désigné par l'assuré ou ses ayants droit,
- et en cas de désaccord entre les deux arbitres, un tiers arbitre, désigné à raison de ses compétences juridiques ou techniques par les deux précédents ou en cas de désaccord entre eux, par le président du tribunal compétent à la requête de la partie la plus diligente.

Ces arbitres seront dispensés de toutes formalités judiciaires, ils pourront s'abstenir de suivre les règles de droit commun.

Chaque partie paiera les honoraires de son arbitre et ceux du troisième par moitié.

Article 14 - PAIEMENT DES PRIMES

La prime annuelle ou dans le cas de fractionnement de celle-ci, les fractions de prime dont le montant est stipulé aux conditions particulières, ainsi que les éventuels impôts et taxes sur les contrats d'assurances dont la récupération n'est pas interdite, sont payables d'avance aux dates indiquées aux conditions particulières au siège de la compagnie ou au domicile du mandataire éventuellement désigné par elle à cet effet.

Les primes sont payées dans les mêmes conditions que celles de la garantie principale "TEMPORAIRE DECES".

Article 15 - OBLIGATIONS EN CAS D'ACCIDENTS

a) L'assuré ou ses ayants droit, le contractant s'il y a lieu ou toute personne agissant au nom de l'un de ceux-ci, sont tenus, sous peine de déchéance, de faire la déclaration de tout accident susceptible de faire jouer la garantie du présent contrat, dans les cinq jours où il est parvenu à leur connaissance, sauf cas fortuit ou force majeure.

Cette déclaration doit être faite par écrit à la compagnie. Le déclarant précisera les nom et prénom, âge, profession et domicile du blessé, les date, lieu, causes et circonstances de l'accident, ainsi que les noms et adresses des témoins s'il y a lieu.

Les médecins de la compagnie devront avoir libre accès auprès de l'assuré dans les tous les cas et à toute époque sous peine, pour celui-ci, de se trouver déchu de tout droit à l'indemnité.

En outre, au cas où un assuré refuserait de se soumettre au contrôle des délégués de la compagnie, et si, après avis de la compagnie donné quarante huit heures à l'avance par lettre recommandée, il persistait dans son refus, il serait déchu de tout droit à l'indemnité. Il en serait de même au cas où, malgré le préavis indiqué ci-dessus, la compagnie se verrait, du fait de l'assuré, dans l'impossibilité d'exercer son contrôle.

Il est expressément convenu que si l'assuré emploie sciemment des documents ou moyens mensongers, il sera entièrement déchu de tout droit à une indemnité ; il en sera de même en cas de réticence dans la déclaration d'un sinistre, tendant à exagérer ou dénaturer les suites de cet accident, à en déguiser les causes ou à en prolonger les conséquences.

Article 16 - ESTIMATION DES INDEMNITES

Les causes du décès, de l'invalidité absolue et définitive, le taux d'infirmité, les conséquences de l'accident telles qu'elles sont prévues aux articles ci-dessus sont constatés, soit d'un commun accord entre la compagnie et l'assuré ou, en cas de décès, les bénéficiaires, soit à défaut d'accords, par deux médecins désignés, chacun par l'une des parties. S'il y a divergence entre eux, le procédé de l'article 15 sera appliqué.

Article 17 - RECOURS CONTRE LE TIERS RESPONSABLE

Conformément à l'article 57 du code des assurances, la compagnie peut exercer le recours contre tout responsable, après paiement du capital assuré.

Article 18 - PRISE D'EFFET DU CONTRAT

Le contrat est parfait dès sa signature par les parties ; la compagnie pourra en poursuivre dès ce moment l'exécution.

Mais l'assurance ne produira ses effets actifs et passifs que le lendemain à zéro heure du jour du paiement de la première prime. Les mêmes dispositions s'appliquent à tout avenant au contrat.

Cette date d'effet ne peut être antérieure à celle du contrat principal.

Article 19 - DUREE DU CONTRAT

Le présent contrat est conclu pour la durée fixée aux conditions particulières ou sur l'avenant par lequel les présentes garanties complémentaires sont annexées à la garantie principale "TEMPORAIRE DECES".

La durée de garantie est au plus égale à celle de la garantie principale "TEMPORAIRE DECES". En conséquence, ces garanties complémentaires prennent fin au plus tard en même temps que la garantie principale.

Article 20 - DEFAUT DE PAIEMENT DE PRIME

Les présentes garanties étant complémentaires à la garantie principale "TEMPORAIRE DECES", le défaut de paiement de prime entraîne la résiliation des garanties dans les mêmes conditions que celles de la "TEMPORAIRE DECES".

Après résiliation, toutes les primes payées, quelque soit leur nombre, restent acquises à la compagnie.

Article 21 - FORMALITES A REMPLIR EN CAS DE SINISTRE

En cas de décès ou de l'invalidité absolue et définitive, le paiement du capital dû met fin aux garanties complémentaires.

Les pièces à fournir à la compagnie après sinistre sont :

1) En cas de décès par suite d'un accident:

- Le présent contrat portant garanties complémentaires,
- le rapport médical constatant l'accident auquel l'assuré a succombé,
- les pièces d'identification des bénéficiaires.

2) En cas d'invalidité absolue et définitive par suite d'accident :

- le présent contrat portant garanties complémentaires,
- les certificats médicaux initial et définitif du médecin traitant.

Article 22 - PRESCRIPTION

Toutes les actions dérivant des présentes garanties complémentaires sont prescrites dans le même délai que pour la garantie principale "TEMPORAIRE DECES".

*

*

*