



**FACULTE DES SCIENCES JURIDIQUES,
ECONOMIQUES & SOCIALES
CASABLANCA**

C O U R S

DROIT DES ASSURANCES

PAR

FARID HATIMY
Professeur de l'Enseignement Supérieur

INTRODUCTION

L'assurance signifie par essence et étymologie «asssecuratio» ou «assurer la sécurité», c'est à dire rendre sûr ou libre de soucis ou encore mettre à l'abri d'éléments qui viendraient perturber la tranquillité de l'homme et donc sa sécurité et, partant de là, ces deux vocables ont la même origine et signification.

Mais est-ce que cette assurance ne crée-t-elle pas chez l'assuré une tranquillité démesurée d'esprit qui diminuerait sa tendance à lutter contre le risque donc qui le rendrait moins prudent et, par voie de conséquence, augmenterait la fréquence de réalisation du risque ?

Cette crainte est désormais injustifiée puisqu'il existe des techniques tant légales que conventionnelles visant à contrecarrer cette attitude négative de l'assuré. Il s'agit notamment du bonus-malus, de la franchise, la valeur du vieux au neuf, du délai d'attente ou de carence et de la prévention.

C'est pourquoi on a pu définir l'assurance comme : « une vente de sécurité au profit de l'action » ou encore que : « l'assureur est un producteur et un vendeur de sécurité sous forme de contrats d'assurance ».

En effet, c'est l'assureur - entreprise d'assurance - qui fabrique cette sécurité / garantie en collectant par avance auprès de chaque membre d'une mutualité - client- assuré - soumise à des risques homogènes, les sommes nécessaires à la compensation de ceux de ces risques qui se réaliseraient ultérieurement. Ce besoin de sécurité et, partant de là, l'industrie des assurances est en perpétuelle évolution et mutation corroborée par certains facteurs socio-économiques, démographiques, religieuses et philosophiques.

C'est dans ce sens qu'on a pu dire que :
 « Personne n'est assuré contre le malheur, mais bien contre le dommage », mais cela ne veut pas dire qu'on doit accepter les coups du sort, au contraire il nous appartient de mieux connaître ces risques et de s'en prémunir à temps.

A cet effet, et dans le but de mieux appréhender les règles de base du contrat d'assurances, il nous appartient d'abord, dans un **Chapitre Préliminaire**, de passer en revue les principes de base du contrat d'assurances.

Ensuite, de présenter dans les quatre chapitres suivants, à savoir : les sources du droit de l'assurance (**Chapitre Premier**), la formation du contrat d'assurances (**Chapitre Deuxième**), le déroulement du contrat d'assurance (**Chapitre Troisième**) et enfin les régimes particuliers de certaines opérations d'assurances (**Chapitre Quatrième**).

CHAPITRE PRELIMINAIRE : PRINCIPES DE BASE

Dans ce chapitre nous allons essayé d'examiner certains éléments essentiels en vue de appréhender le droit des assurances en général et le contrat d'assurance en particulier, à savoir : les notions d'assurance, l'origine et évolution historique, le rôle de l'assurance et les divers types d'assurances.

SECTION PREMIERE : DEFINITIONS.

L'idée de dédommagement qui ressort clairement de l'opération d'assurance ne suffit pas pour écarter la divergence de définition. A cet effet, on distingue la définition juridique, la définition économique et la définition technique.

Sous Section Première : Définition juridique.

« Une opération par laquelle une partie - l'assuré - se fait promettre, moyennant une rémunération - la prime - une prestation par une autre partie - l'assureur - en cas de réalisation d'un risque. »

Cette définition a fait **l'objet de critique** pour quatre raisons :

Première raison : Le preneur ou le souscripteur de l'assurance n'est pas toujours le seul bénéficiaire, le bénéficiaire y compris la victime en cas de R.C. peut être une tierce personne au contrat.

Deuxième raison : L'objet de l'assurance n'est pas forcément le paiement d'une indemnité pour dédommager l'assuré, il peut être le paiement d'un capital ou d'une rente indépendamment de tout dommage.

Troisième raison : Le risque assurable n'est pas nécessairement un événement fortuit ou de force majeure, il peut être une simple faute de l'assuré en cas de responsabilité civile ou encore la survenance d'un événement heureux - natalité, nuptialité –

Quatrième raison : La rémunération peut être soit une prime soit une cotisation en fonction de la forme de l'entreprise d'assurances.

Cette définition juridique est purement contractuelle, elle met l'accent sur les obligations essentielles réciproques et sur les différents partenaires dans cette relation **sans toutefois** mettre en valeur les mécanismes de fonctionnement de l'assurance, à savoir **la mise en commun des risques homogènes** susceptibles d'atteindre un groupement de personnes ou de biens et les primes qui correspondent à leur couverture bref cette notion de «mutualité des risques ».

Sous Section Deuxième : Définition économique.

« l'assurance est une **opération** par laquelle un individu moyennant une contribution - la prime - acquiert, pour lui ou pour un tiers un droit à prestation en cas de réalisation d'un risque. Cette indemnité étant versée par une entreprise ou un organisme, en prenant en charge un ensemble de risques, les compense conformément aux lois de la statistique. ». Il est question, dans cette définition, d'une opération de **vente/achat** de sécurité malgré les termes imprécis utilisés et qui tendent à éveiller chez l'assuré l'esprit de **mutualité**, mais aussi de **la compensation des risques** conformément aux lois de la statistique.

Cet aspect technique de l'opération d'assurance est la **clef de voûte** de toute assurance car il n'y a pas déplacement du risque d'une partie - assuré - sur l'autre - assureur -, Il y a plutôt prise en charge par l'assureur du poids de la garantie financière sous forme d'indemnité du préjudice subi par l'assuré ou par sa victime soit sous forme de capital indépendamment de tout dommage.

Sous Section Troisième : Définition technique.

« L'assurance est une **technique d'amortissement** des pertes de valeurs patrimoniales réelles ou espérées, exprimées en termes monétaires qui résultent d'événements incertains, au moyen de la

constitution de provisions collectives dont les dotations individuelles sont fonction de la probabilité de chaque perte. »

Cela veut dire reconstituer un capital antérieurement employé donc c'est éteindre ou annuler les effets d'une dépense.

Cette définition a le mérite de s'appliquer à toutes les formes de l'assurance privée - non compris les assurances sociales - aussi bien aux assurances de dommages qu'aux assurances de personnes et aux assurances mutuelles qu'aux assurances à prime fixe.

SECTION DEUXIEME : ORIGINE ET EVOLUTION HISTORIQUE.

L'assurance, véritable moyen de garantie financière, a connu à travers les âges une évolution considérable avant de nous parvenir dans sa forme, son organisation et ses règles actuelles. Par ailleurs, les nouvelles donnes de notre société moderne dont la libéralisation de l'activité des assurances, soit sous forme de liberté d'installation, ou de prestation de service ou encore de circulation de personnes et des capitaux, le progrès technique et son impact dessinent actuellement de nouvelles évolutions et une nouvelle orientation tant au niveau des techniques de distribution que de la gestion, sans doute annonciatrices d'autres développements et, par conséquent, d'autres infléchissements juridiques.

Sous Section Première : Dans le monde.

L'assurance a revêtu à travers les siècles plusieurs formes allant de la **simple charité** publique ou privée (assurant aux victimes par souci de solidarité la réparation du dommage subi abstraction faite de leur volonté d'où la distinction entre les hôtels Dieu et Hospis) à **l'épargne** pour se prémunir contre les coups du sort qui frappaient l'individu, en passant par **le régime des avaries communes**. Donc l'idée de mutualité trouve son origine et sa philosophie dans cette institution.

En matière maritime, plusieurs procédés de garantie contre les risques ont précédé l'assurance - moderne - dont notamment **le prêt à la grosse aventure** au moyen âge déjà pratiqué par les romains et les Grecs. Cependant, le caractère spéculatif de cette opération -disproportionnement des bénéfices espérés et du risque couru - était considéré comme usuraire d'où sa condamnation.

En matière terrestre, l'assurance terrestre ne fit son apparition qu'au 17^{ème} siècle à la suite des incendies dévastateurs de Londres de 1666. Cette catastrophe - véritable sonnette d'alarme aux propriétaires immobiliers et prêteurs hypothécaires donna naissance à plusieurs compagnies d'assurances contre l'incendie.

En matière vie, l'assurance sur la vie n'a pris place chronologiquement que longtemps après les assurances maritimes (l'assurance sur la vie existait comme étant **un accessoire de l'assurance maritime**). Ainsi il était d'usage d'assurer les esclaves transportés par mer, de couvrir la rançon nécessaire au rachat des captifs en Méditerranée et de couvrir les gens de mer ainsi que les passagers) et l'assurance contre l'incendie malgré ses quelques essais timides au moyen âge soit sous forme de mutualité - guildes ou corporations d'ouvriers, de marchands ou d'artistes - qui tenaient compte des moyens de chacun ou sous forme de tontines. En effet, cette **appréciation pécuniaire de la vie humaine** a été pendant longtemps considérée comme **immorale** parce qu'elle inciterait le bénéficiaire du contrat à souhaiter le décès de l'assuré sinon à en hâter la venue.

Ces **débats d'éthique** en matière d'assurance sur la vie ont refait surface de nos jours !

En matière d'assurances de responsabilité civile, ces sociétés qui, sous le poids de certains **phénomènes socio-économiques** (développement de l'industrie et du machinisme et du progrès technique) et compte tenu de l'**évolution législative et réglementaire** (assurances obligatoires),

devaient - elles pratiquer outre les principales branches anciennes - maritime, incendie et vie - de nouvelles branches d'assurances tel que les assurances contre le vol, les dégâts des eaux, la grêle, la mortalité des animaux, les catastrophes naturelles, les bris de machines, les accidents corporels, les assurances aériennes, les assurances crédits-caution, mais également les assurances de responsabilité civile domestique et activités professionnelles (produits défectueux, les assurances sportives, les assurances contre l'insolvabilité des débiteurs, les assurances des risques atomiques pacifiques et les assurances contre les risques informatiques et les lanceurs de satellites, et protection juridique.

Cette évolution de l'assurance se retrouve également au niveau de **l'organisation de cette industrie**. La multiplication des sociétés d'assurances sous forme de sociétés mutuelles ou de sociétés par actions fut accompagnée d'un **contrôle strict de l'Etat**, soit sous forme de surveillance des entreprises d'assurances, soit sous forme de surveillance des opérations d'assurances ainsi que de l'obligation de conformité/solvabilité II imposé par le droit communautaire. Ces facteurs ont en effet contribué à accroître l'importance et le nombre des risques et par voie de conséquence le volume des risques à assurer à savoir :

- **L'affaiblissement du secteur agricole** par le phénomène de l'exode rural et de l'urbanisation ont modifié profondément les modes et les conditions de vie - augmentation du niveau de vie .
- **L'industrialisation, la mécanisation** et le perfectionnement des techniques modernes ont entraîné un accroissement considérable des accidents et donc de la responsabilité civile de leurs auteurs.
- **L'essor démographique** conjugué à l'allongement de l'espérance de vie - fort taux de natalité et recul de la mortalité -.
- **Le culte de l'individualisme et de la liberté** à partir du 18^{ème} siècle ont provoqué une profonde mutation de la structure familiale et par voie de conséquence le déclin de la solidarité familiale.

- La place privilégiée réservée à cette industrie parmi les **institutions financières/épargnantes institutionnels** et parmi les organismes de prévoyance sociale
- **Les nouveaux modes de distribution**, de diffusion et de commercialisation des produits d'assurances tels la bancassurance, la vente à distance ... qui permettent d'augmenter le chiffre d'affaires.
- **La réassurance** d'une partie des risques dans le but de ne pas compromettre l'équilibre financier de l'entreprise est un symbole du caractère international de l'assurance. Cependant, cette assurance à l'étranger entraîne un amoindrissement du volume des primes et de celui de l'épargne nationale.

Sous Section Deuxième : Au Maroc.

L'assurance - toutes branches confondues - totalement **étrangère à la tradition juridique du pays**, elle n'a vu le jour qu'avec l'avènement du protectorat.

La transplantation de cette technique au Maroc se justifie à l'origine par **l'arrivée massive** des Français et des étrangers au Maroc attirés par l'appât du gain, les richesses du pays et l'abondance de ses matières premières ainsi que les avantages fiscaux et les facilités opérationnelles, sociales et administratives que leur accordaient les autorités du protectorat. Et d'autre part par **la volonté de se prémunir contre les aléas du temps**. Ainsi cette demande croissante d'assurance rendit nécessaire l'installation sur place des sociétés étrangères représentées par des agents généraux ou des succursales.

Cependant, cette entrée timide de cette industrie dans l'économie du pays n'a pas suffi à consolider ou à parfaire la formation d'un marché local de l'assurance à l'exception de l'assurance obligatoire du fait que la société marocaine musulmane était restée en marge de la vie économique moderne.

Il est à noter, par ailleurs, que la réticence des marocains face à cette assurance est également d'ordre socio-économique, c'est pourquoi il ne

faut plus faire endosser ce peu d'intérêt réservé à cette technique uniquement aux préjugés religieux.

1- Les préjugés religieux.

Pendant longtemps, l'opération d'assurance a été considérée comme **immorale** car elle développait la négligence et la notion de pari, c'est pourquoi elle a été combattue par le système juridique islamique abstraction faite des impératifs du développement économique. En effet, on attribue à l'Islam l'interdiction de recourir à l'assurance considérée comme étant un jeu de hasard. Et partant de là, souscrire une assurance contre les risques touchant à la vie humaine serait déjouer le destin fixé par Dieu. On **distingue selon les percepts de l'Islam, le Halal/licite, Haram/l'illicite et le makrouh/blâmable**, et selon les Oulemas - théologiens - l'assurance doit être classée dans l'une de ces trois catégories. D'où la controverse des théologiens musulmans sur le caractère licite ou illicite de cette assurance.

Pour les théologiens marocains et les guides de la Salafia, l'assurance dans sa forme moderne serait illicite sauf si elle prend la forme d'une mutuelle ou d'une coopérative et ceci dans la mesure où toute la communauté puisse en bénéficier.

Cette discussion a été relancée à l'occasion de la conception de nouveaux produits d'inspiration islamique aussi bien dans le monde occidental que dans certains pays musulmans. Elle donna lieu à la réglementation de ces produits dits « TAKAFUL » en vertu de la loi n°59-13 après approbation du conseil supérieur des Oulemas. Toutefois, le retard dans la publication des textes d'application et, par conséquent, l'octroi d'agréments spécifiques pour les opérations « TAKAFUL » risquent de pénaliser les banques participatives qui ne peuvent pas intervenir via l'assurance conventionnelle.

2- Les facteurs socio-économiques.

Le développement économique ou plutôt les **nécessités du développement économique** et l'entrée progressive des capitaux nationaux dans les secteurs modernes, accélérés par l'industrialisation

et la mécanisation, ont favorisé l'éclatement de la cellule familiale dans le sens lato sensu - qui prédomine les sociétés à vocation agricole et artisanale - et ont donné naissance à de nouveaux risques liés à l'urbanisation, aux flux migratoires et au salariat. D'où le recours à l'assurance et aux formes modernes de sécurité sociale. Cependant, le **pouvoir d'achat limité** de certaines couches de la population qui le considère comme un produit de «luxe» réservé aux marocains issus de la classe à revenu élevé abstraction faite qu'ils soient croyants ou non constitue en partie un véritable handicap au développement naturel du secteur. L'alphabétisation d'un côté et l'absence de transparence et de sensibilisation de l'autre aggravent l'incompréhension et/ou la méconnaissance du droit et pratiques de l'assurance.

Première étape : Les débuts de l'assurance moderne : 2^{ème} moitié du 19^{ème}

Deuxième étape : La volonté de concentration et de marocanisation : 1962-1973

Troisième étape : L'obligation de privatisation et de mise en liquidation 1984-1995

Quatrième étape : Vers l'ère de la libéralisation et de la digitalisation.

SECTION TROISIEME : ROLE DE L'ASSURANCE.

L'assurance est une activité économique du secteur tertiaire en pleine expansion ayant des affinités avec l'épargne et le crédit. Elle est un élément fondamental de sécurité financière tant au point de vue individuel que du point de vue général.

Sous Section Première : Fonction de sécurité et de prévoyance.

Au niveau de son rôle social, l'assurance joue à la fois une fonction réparatrice en cas de réalisation du risque et une fonction préventive pendant toute la durée du contrat.

1- Fonction réparatrice de l'assurance : En conservant l'équilibre du patrimoine de l'assuré et à éliminer les conséquences dommageables subies par les tiers, l'assurance permet de sécuriser les assurés contre les risques y compris les risques nouveaux conformément aux lois de statistique.

2- Fonction Préventive dans la mesure où l'assuré a l'obligation d'éviter la survenance des sinistres ou à tout le moins d'en réduire le nombre ainsi que la gravité ou l'importance en multipliant les mesures de prévention. Cette prévention se matérialise dans l'assurance contre l'incendie dans l'installation préalable et l'entretien des moyens de protection à savoir des extincteurs et bouches d'eau, des rideaux coupe feu mais également dans la subvention des organismes de lutte contre l'incendie (comp. En matière de vol, A.T. etc.)

Sous Section Deuxième : Le rôle économique.

Outre le rôle social et de prévoyance, et au carrefour du droit et de l'économie, l'assurance occupe une place de choix dans la vie économique du pays. Elle permet de drainer d'énormes masses de capitaux et de les injecter dans cette machine en cas de besoin ou de difficultés. En effet, l'assurance est un facteur de puissance économique et de maintien de sa stabilité.

1- L'assurance, moyen de crédit au profit des individus ou de la collectivité.

2- L'assurance, méthode d'épargne.

Sous section Troisième : Dimension internationale de l'assurance.

La dimension internationale de l'assurance se vérifie à travers trois éléments, à savoir :

1- Efforts d'unification et d'harmonisation du droit de l'assurance.

2- La mondialisation et la facilitation des services financiers dont les services d'assurance et services connexes.

3- l'industrie de l'assurance influe sensiblement la balance des paiements, soit par le gain - excédent -, soit par la perte de devises - déficit, amoindrissement du volume des primes et de celui de l'épargne nationale -

SECTION QUATRIEME : DIVERS TYPES D'ASSURANCES.

L'activité d'assurance est un domaine très vaste et diversifié. Cette diversité apparaît à travers les **multiples branches** ou **catégories d'opérations** auxquelles elle s'applique dont la nomenclature a été fixée par la réglementation des assurances et plus particulièrement par l'arrêté du ministre des finances en date du 5 avril 1968 relatif à l'agrément des entreprises d'assurances. Cet arrêté regroupait ces opérations d'assurances en 18 branches d'assurances. Il a été abrogé par l'arrêté du ministre des finances, de la privatisation et du tourisme n° 1578-00 du 3.11.2000 B.O. n° 4888 du 5.4.2001.

D'autres textes sont venus compléter cette nomenclature. On citera notamment :

* L'assistance.

* L'assurance à l'exportation ou plutôt l'assurance crédit à l'export.

* L'arrêté du ministre des finances, du commerce, de l'industrie et de l'artisanat No 590-97 du 29 décembre 1997 modifiant l'arrêté du ministre des finances et des investissements extérieurs No 369-95 du 10 juin 1996 relatif aux garanties financières et aux documents et comptes rendus exigibles des entreprises d'assurances, de réassurances et de capitalisation, a adopté cette nomenclature selon une distinction assez simpliste cependant logique et claire selon qu'il s'agira de la branche «opérations vie et capitalisation » qui comprend **six** catégories ou de la branche «opérations non-vie » qui comprend **neuf** catégories dans son article 32.

* L'arrêté du ministre de l'économie, des finances, de la privatisation et du tourisme n° 1578-00 du 3.11.2000 relatif à l'agrément des entreprises d'assurances, de réassurances et de capitalisation établit une liste de 22 catégories d'opérations pour lesquelles l'agrément peut être demandé, le § 21 étant réservé aux opérations d'assurances contre tous risques non compris dans les § qui précèdent, ce qui nous amène à y inclure les assurances protection juridique.

Le nouveau code des assurances a étendu la portée des opérations qualifiées d'assurance ou de réassurance ou assimilées pour lesquelles l'agrément peut être demandé. L'article 159 dispose :

« Les opérations d'assurances s'entendent de toutes opérations portant sur la couverture de risques concernant une personne, un bien ou une responsabilité Ces opérations sont classées par catégories dont la liste est prévue par voie réglementaire.

Les opérations de réassurance s'entendent de toutes opérations d'acceptation de risques cédés par une entreprise d'assurances et de réassurance. »

L'article 160 dispose :

« Les opérations assimilées à des opérations d'assurances sont les suivantes :

1-Les opérations qui font appel à l'épargne en vue de la capitalisation et comportant en échange de versements uniques ou périodiques, directs ou indirects, des engagements déterminés.

2- Les opérations ayant pour objet l'acquisition d'immeubles au moyen de la constitution de rentes viagères.

3- Les opérations qui font appel à l'épargne dans le but de réunir les sommes versées par les adhérents en vue de la capitalisation en commun, en les faisant participer aux bénéfices de sociétés gérées ou administrées directement ou indirectement par l'entreprise d'assurances et de réassurance. »

De cette nomenclature, on citera les classifications suivantes :

Sous Section Première : Classification fondée sur la nature des risques.

On oppose traditionnellement selon cette classification les assurances maritimes et les assurances terrestres. Cette dernière branche est la seule dont nous aurons à nous occuper.

1- Les assurances maritimes.

Ces assurances ont pour objectif de couvrir les risques concernant les biens en mer, à savoir : les corps de navires, les marchandises transportées - facultés - et la R.C. Il en découle que les personnes - naviguant ou passagers - exposés aux risques et périls de mer en sont exclus. Les assurances maritimes obéissent à des règles spéciales formulées par le D.C.C.M. du 31 mars 1919 lesquelles ne s'appliquent pas aux engins affectés à la navigation de plaisance.

S'agissant des assurances fluviales - sans intérêt pratique -, elles sont soumises à la réglementation sur les assurances terrestres alors qu'en France on associe à l'assurance corps de navires les véhicules lacustres et fluviaux. Toutefois, l'article 2 du code des assurances exclut expressément de son domaine d'application les assurances fluviales au même titre, d'ailleurs, que les assurances maritimes, les assurances de crédit et les conventions de réassurance.

Quant à l'assurance aérienne, elle couvre les risques auxquels sont exposés durant l'expédition les corps d'aéronefs, la R.C. accident aéronef et les marchandises transportées. Cette assurance est régie par les dispositions de la réglementation des assurances terrestres du moins dans ses dispositions générales - malgré le silence observé par le code des assurances - article 2 – au même titre que l'arrêté de 1934 - article 1 - et l'arrêté directorial du 20 Mars 1942 et par les conditions générales et particulières des polices françaises (Police française d'assurance des marchandises transportées par voie aérienne : imprimé du 29 Mai 1972 et

2- Les assurances terrestres.

Ces assurances couvrent tous les risques autres que ceux exclus par le code des assurances. En effet, le code des assurances exclut en outre les assurances de crédit, les assurances maritimes et les assurances fluviales - article 2 -.

Ces assurances terrestres se subdivisent en deux catégories, à savoir :

A- Les assurances sociales.

Elles couvrent des risques déterminés telle que la maladie, l'invalidité, la vieillesse et les accidents du travail aujourd'hui intégrés dans le régime de la sécurité sociale. Cependant, l'arrêté n° 1578-00 du 3.11.2000 a opéré un revirement notable. Il a prévu les opérations d'assurances contre les risques résultant d'accidents survenus par le fait ou à l'occasion du travail – article 1/7° - parmi les catégories couvertes par les entreprises d'assurances et pour lesquelles l'agrément doit être sollicité avant de les présenter au public.

Aussi, la **Loi n° 18-12** promulguée par Dahir n° 1-14-190 du 29/12/1914 relative à la **réparation des accidents du travail** a rendu l'assurance des AT obligatoire.

Cette loi **abroge et remplace** le Dahir du 27/6/1927 modifié en la forme par le Dahir n° 1-60-223 du 6/2/1963 tel qu'il a été modifié et complété par le Dahir n° 1-02-179 du 23.7.2002 portant promulgation de la loi n° 18-01 et par le Dahir n° 1-03-167 du 19.6.2003 portant promulgation de la loi n° 06-03, y compris les textes d'application.

B- Les assurances privées terrestres.

Ces assurances se subdivisent selon leur objet en assurances de dommages « **Opérations non vie** » et en assurances de personnes et de capitalisation « **opérations vie** » et se subdivisent également selon la forme de l'entreprise d'assurances en assurances mutuelles et en assurances à primes fixes.

Sous Section Deuxième : Classification fondée sur la forme de l'entreprise d'assurances.

Selon cette classification, les entreprises d'assurances peuvent être soit à primes fixes soit des assurances mutuelles : article 168 code des assurances

1- Les assurances à primes fixes.

Les assurances à primes fixes sont l'apanage des entreprises revêtant la forme de **sociétés par actions** et poursuivant la **réalisation des bénéfices**. Ces sociétés sont soumises au droit commun des S.A.- Dahir n° 1-96-124 du 30.8.1996 portant promulgation de la loi n° 17-95 relative aux sociétés anonymes telle qu'elle a été modifiée, avec des exigences particulières en ce qui concerne le capital social non compris les apports en nature – Cette dérogation a été déjà prévue par l'Arrêté du ministre de l'économie et des finances n° 161-00 du 28.7.2000 modifiant l'arrêté du ministre des finances n° 646-88 du 2.1.1989 relatif aux conditions de constitution des entreprises d'assurances, de réassurances et de capitalisation. Selon l'article 171 du code des assurances :

« Par dérogation aux dispositions de l'article 6 de la loi n° 17-95 relative aux sociétés anonymes, les entreprises d'assurances et de réassurance doivent justifier d'un capital social d'au moins cinquante millions (50.000.000) de dirhams.

Toutefois, en considération des opérations que l'entreprise d'assurances et de réassurance entend pratiquer et des prévisions de ses engagements, l'administration peut exiger la constitution d'un capital social supérieur au minimum précité..... »

L'article 172 dispose :

« Tout changement de majorité, toute cession de plus de dix pour cent (10%) des actions et toute prise de contrôle direct ou indirect supérieur à trente pour cent (30%) du capital social doivent recueillir l'accord préalable de l'administration..... »

Elles s'engagent envers chacun des assurés y compris la réassurance d'une façon incommutable moyennant le paiement d'une **prime fixée**

de façon invariable. Les bénéfices réalisés sont répartis en dividende entre les actionnaires, les pertes ou déficit doivent être comblés.

2- Les assurances mutuelles. (Article 173-226 code des assurances et article 176 fonds d'établissement)

Les assurances mutuelles sont plutôt pratiquées par les **sociétés d'assurances mutuelles** ou leurs unions - constituées par les assurés eux-mêmes désirant mettre en commun les risques auxquels ils sont exposés - dans le cadre des opérations pour lesquelles elles ont obtenu l'agrément - risques concernant une personne, un bien ou une responsabilité - exception faite des opérations de crédit et de caution : article 169, des opérations assimilées : article 160 auquel renvoie l'article 170 ; à moins qu'il s'agisse d'une société d'assurances mutuelle à cotisations fixes, et enfin des opérations d'assurances sur la vie pour les mutuelles à cotisations invariables : article 169/2°

Ces sociétés revêtent l'une des trois formes suivantes :

Première Forme : Les sociétés mutuelles : Seuls les risques de répartition sont pratiqués, la recherche des bénéfices est écartée d'office compte tenu des frais de gestion réduits - elles n'ont pas d'intermédiaires et les cotisations dues par les adhérents / sociétaires dépendent du nombre des adhérents et de l'importance des sinistres, elles sont théoriquement variables –article 175 code des assurances- sauf lorsqu'il s'agit d'opérations d'assurances sur la vie – article 195 – 196 code des assurances. Enfin, sur le plan financier et juridique, les administrateurs de ces sociétés ne sont pas rémunérés – possibilité de remboursement des frais -, ne disposent pas d'intermédiaires et ont un fonds d'établissement minimum exigé pour l'obtention de l'agrément.

Deuxième Forme : Les sociétés à forme mutuelle : La variabilité des cotisations tend à disparaître depuis que ces sociétés ont pris l'habitude de fixer des cotisations assez larges pour n'avoir plus à faire de rappel – article 203 code des assurances- peu agréable pour les adhérents ou encore de ristourne en cas d'excédent et surtout pour en constituer des

réserves importantes pour faire face aux sinistres anormaux. Ces sociétés mutuelles à cotisations fixes – article 202 code des assurances- au même titre d'ailleurs que les sociétés anonymes peuvent pratiquer certaines opérations à savoir : article 170 qui renvoie à l'article 160 code des assurances.

D'abord, les opérations qui font appel à l'épargne en vue de la capitalisation.

Ensuite, les opérations ayant pour objet l'acquisition d'immeubles au moyen de la constitution de rentes viagères.

Enfin, les opérations qui font appel à l'épargne dans le but de réunir les sommes versées par les adhérents en vue de la capitalisation en commun..

Sur le plan financier et juridique, les administrateurs perçoivent un traitement fixe, les intermédiaires sont rémunérés et ont un fonds d'établissement au même titre que pour les S.A.

Troisième Forme : Les mutuelles agricoles. (Cas de la M.A.M.D.A.)

Sous Section Troisième : La classification juridique.

Cette classification est dite juridique parce qu'elle se fonde sur les **caractères des obligations** de l'assureur découlant du contrat d'assurances plutôt que sur l'élément naturel des risques ou sur le mode de gestion des risques pris en charge ou encore sur la forme des entreprises d'assurances. Cette distinction nous conduit à la logique consacrée par la réglementation des assurances.

1- Les assurances indemnités.

Appelées communément les **assurances de dommages** – article 39-60 code des assurances- ou encore les **assurances d'intérêts** ou les **contrats d'indemnité**, ces assurances sont fondées sur le **principe indemnitaire** selon lequel l'assureur est tenu de réparer le préjudice patrimonial dans ses composantes corporelles ou incorporelles subi par l'assuré ou par sa victime ou encore de le garantir contre les conséquences pécuniaires de

sa responsabilité civile. L'indemnité d'assurances étant limitée au montant du préjudice effectivement subi et causé par ledit sinistre. Et partant de là, elle ne doit jamais procurer à l'assuré un bénéfice et ce pour des raisons d'ordre public, d'où recours à la **proportionnalité** (Article 135 code des assurances)

Elles se subdivisent en assurances de choses et en assurances de responsabilité.

A- Les assurances de choses.

Appelées également assurances de biens puisqu'elles tendent à indemniser l'assuré des pertes matérielles qu'il subit directement dans son patrimoine corporel ou incorporel peu importe que le bien assuré soit déterminé ou simplement déterminable - stocks, fonds transportés - ou encore le bénéficiaire ayant un intérêt à la conservation de la chose assurée - créanciers hypothécaires - On dit qu'elles couvrent la **diminution d'actif**.

Cependant, et par une extension du souci de protection des biens, d'autres formes d'assurances ont fait leur apparition ces dernières années pour couvrir les conséquences pécuniaires diverses du dommage telle l'assurance des pertes d'exploitation après incendie, l'assurance crédit, l'assurance de caution, la protection juridique et l'assistance.

B- Les assurances de responsabilité. (Article 61-64 code des assurances)

Appelées également les assurances de dettes ou de passif. Par opposition aux assurances de choses qui couvrent la diminution d'actif, les assurances de responsabilité couvrent plutôt la **augmentation du passif de l'assuré**. Partant de là, ces assurances mettent en présence une tierce personne au contrat du fait qu'elle est victime d'un préjudice et c'est à ce titre que l'assureur intervient non pour réparer le préjudice subi par ce tiers mais plutôt pour réparer celui que subit l'assuré en tant que débiteur de dommages - intérêts. D'où la technique de **l'action directe contre l'assureur** par la victime. Toutefois, il appartient à l'assureur de limiter sa prestation à un certain plafond.

2- Les assurances de personnes. (Article 65-102 code des assurances)

Appelées parfois les **assurances de capitaux** puisqu'elles se caractérisent par la promesse d'un capital à la réalisation du risque pouvant affecter la personne de l'assuré soit dans son existence - survie et décès - soit dans son intégrité, sa santé ou sa vigueur - invalidité, incapacité et maladie - indépendamment du dommage pouvant résulter de la réalisation dudit risque peu importe qu'elle soit souscrite individuellement d'où l'appellation «grande branche» ou collectivement d'où l'appellation «assurance groupe». Mieux encore, il y a des hypothèses où le préjudice fait défaut tel est le cas de l'assurance en cas de vie, de l'assurance natalité et nuptialité.

De ce fait, ces assurances et contrairement aux assurances de dommages ne sont pas soumises au principe indemnitaire et l'assureur n'a aucun recours contre le tiers responsable du décès de l'assuré. Néanmoins ce principe n'est pas absolu dans la mesure où il se trouve altéré dans les assurances contre les accidents corporels et les assurances contre les maladies.

Ces assurances comprennent deux catégories principales de plus en plus utilisées.

Il s'agit **d'une part**, de l'assurance sur la vie - assurances en cas de vie, en cas de décès et mixtes.

Ces contrats peuvent être qualifiés soit de contrats traditionnels, soit de contrats nouvelles générations eu égard à la nature de la monnaie avec laquelle sont exprimés le capital assuré ou la rente, la prime et la provision mathématique.

Et **d'autre part**, les assurances contre les accidents corporels appelées également «**individuels accidents**» qui garantissent à l'assuré le versement d'une indemnité forfaitaire en cas d'atteinte corporelle non intentionnelle provenant d'un accident - mort, infirmité ou incapacité permanente totale ou partielle et incapacité temporaire, sous forme de remboursement de tout ou partie des frais médicaux, pharmaceutiques,

d'hospitalisation en cas d'accident durant la période de la garantie et en cas de décès.

Outre ces deux grandes catégories de l'assurance de personnes, on peut citer également les assurances - maladies.

Il est à noter que le principe indemnitaire s'applique exceptionnellement à ces assurances.

Mieux encore, l'assureur ne peut être subrogé dans les droits de l'assuré indemnisé lequel ou ses ayants droit peuvent cumuler le bénéfice de l'indemnité d'assurance et celui de l'indemnité de droit commun.

S'agissant de la réglementation des assurances de personnes auxquelles l'arrêté de 1934 a réservé les 2/3 de ses articles soit 34 articles sur 88 de l'article 54 à l'article 88 en sus des dispositions générales.

Le code des assurances a, quant à lui, dans le cadre du Livre premier relatif au contrat d'assurance – article 1 à 114 – réservé les articles 65 à 114 aux assurances de personnes, soit un peu plus d'un tiers.

Sous Section Quatrième : La classification technique.

Afin de mieux contrôler la gestion des fonds collectés par les entreprises d'assurances dans l'intérêt des assurés et de l'économie nationale, il y a lieu de distinguer entre les **assurances de répartition** et les **assurances de capitalisation** selon la nature des opérations autorisées. L'entreprise agréée pour des assurances de capitalisation ne peut être autorisée à assurer des risques gérés en répartition. En revanche l'entreprise agréée pour des assurances en répartition peut couvrir des risques relevant d'une autre branche du moment qu'ils sont accessoires au risque principal agréé. Les entreprises agréées pour l'assistance, le crédit ou la caution étant limitées.

1- Les assurances dites de répartition.

Ces assurances correspondent à une forme élémentaire de répartition des risques au sein d'une même mutualité. A cet effet, l'assureur **redistribue** ou **répartit** entre les victimes d'un sinistre - assurés ou tiers

- **la masse des capitaux collectés** sous forme de primes ou de cotisations par l'ensemble des membres de la mutualité. Les assurés non sinistrés ne peuvent rien réclamer à l'assureur.

Les branches gérées en répartition sont toutes les assurances de dommages ainsi que l'assurance contre la maladie et l'assurance contre les accidents corporels.

2- Les assurances gérées en capitalisation.

Ce sont essentiellement les assurances de personnes souscrites à long terme et dont les primes sont **capitalisées selon la méthode des intérêts composés**. C'est pourquoi, les primes ne sont pas seulement versées en prévision du risque mais elles sont destinées également à la constitution du capital promis. Ainsi les branches gérées en capitalisation sont outre les assurances sur la vie, les assurances natalité et nuptialité, les opérations tontinières, la capitalisation et la prévoyance collective - les assurances mixtes -

CHAPITRE PREMIER : SOURCES DU DROIT DE L'ASSURANCE.

Elles sont multiples et complexes puisque nous avons d'une part, un droit écrit **ou légiféré** et, d'autre part, un droit conventionnel, y compris les conventions professionnelles et les usages et, enfin, la dimension internationale de l'activité des assurances. Cette matière est une véritable branche de droit spécifique.

SECTION PREMIERE : SOURCES LEGISLATIVES.

Le contrat d'assurance se trouve régi par des dispositions particulières exorbitantes du droit commun et dont le non-respect est sanctionné par la

réglementation des assurances. Cette réglementation a tendance à prendre de l'importance chaque année. C'est le signe que le secteur va de mieux en mieux, mais aussi celui d'un formalisme et d'un interventionnisme des pouvoirs de tutelle de plus en plus ressentis.

Cet interventionnisme intéresse à la fois les conditions d'accès et d'exercice (les règles de fonctionnement et de gestion, les règles comptables et statistiques, les garanties financières et les règles de contrôle) ainsi que les conditions des contrats et catégories d'assurances dont les C. G. Type (RC Automobile et Assurances AT & MP)

Sous Section Première : Le D.O.C. de 1913

Le Dahir portant code des obligations et contrats mentionnait seulement le contrat d'assurance et de caution parmi les contrats aléatoires dans l'article 1093. Il est frappé de nullité lorsqu'il a pour cause une créance née d'une opération de jeu ou de hasard. Ainsi l'assurance terrestre était régie dans ses aspects contractuels par le D.O.C. et les parties avaient une liberté tant que leurs conventions n'étaient pas contraires au droit commun d'où **contrôle des tribunaux** qui appliquaient les principes et les dispositions de l'assurance maritime.

Toutefois, les assureurs n'ont pas hésité d'abuser de cette liberté contractuelle en imposant certaines clauses abusives dont les exclusions de garantie, les déchéances et les sanctions ce qui a impacté **l'équilibre contractuelle**; il en découla la nécessité de rétablir cet équilibre.

Sous Section Deuxième : Le D.C.C.M. de 1919

Ce texte a réglementé assez longuement le contrat d'assurance sur corps et sur facultés. Il lui a consacré le titre IV de son titre I de l'article 345 à 383. Cependant, la navigation de plaisance reste rattaché au droit commun des assurances terrestres.

Sous Section troisième : L'arrêté viziriel de 1934

Ce texte constitue le texte de base en matière de réglementation du contrat d'assurances terrestres - toujours en vigueur - pour réglementer les rapports découlant du contrat d'assurance. Il est la résultante de la « délégation au grand vizir en vue de réglementer tout ce qui concerne les assurances de quelque nature qu'elles soient, et d'édicter les pénalités nécessaires contre ceux qui contreviendraient aux arrêtés qui seront pris à cet effet. » conférée par Dahir du 14 décembre 1934. Cette délégation ne disparaîtra qu'après l'avènement de l'indépendance par Dahir du 15 février 1958.

Cet arrêté n'est en réalité qu'un parfait calque de la loi française de 1930, aujourd'hui abrogée et remplacée par le code des assurances adopté au lendemain des 2 Directives européennes du 24/7/1973.

Cette codification fut réalisée par 3 textes, à savoir :

- Décret n° 76-666 du 16/7/1976 dont l'annexe constitue la partie législative (L)
- Décret n° 76-667 dont l'annexe constitue la partie réglementaire (R)
- Arrêté du 16/7/1976 codifiant les arrêtés applicables en la matière (A)

Ce code est mis à jour à travers la transposition des directives européennes qui gèrent une réforme en profondeur du droit des assurances consacré au contrat lui-même dont la résiliation infra annuelle et aux branches d'assurances. Cette mise à jour concerne également la forme, puisque 2 lois avaient opéré le reclassement de certains articles du code.

Cependant, la réglementation des assurances terrestres - composée essentiellement de l'arrêté de 1934 et des différents textes réglementaires relatifs à la police d'assurance terrestre du 20.3.1942, au contrôle et au fonctionnement des entreprises d'assurances du 6.9.1941, y compris ceux relatifs à l'agrément des entreprises d'assurances, de réassurances et de capitalisation du 5.4.1968 - disparate, touffue et surannée nécessite plus que jamais une cure de rajeunissement, une

réorganisation et une mise à jour avec les nouvelles donnes, les impératifs socio-économiques et les particularités nationales.

La réglementation des assurances terrestres, y compris celle relative au contrat conventions et les clauses de déchéance et d'exonération qui s'y attachaient, du degré de technicité de l'opération d'assurance et de la position de faiblesse et/ou de dépendance des assurés ainsi que les conséquences macroéconomiques de l'activité dans son ensemble, est marquée par l'**idée de protection** à savoir :

- La protection des assurés contre l'arbitraire des assureurs.
- La protection des tiers bénéficiaires, y compris les victimes d'un dommage et certains créanciers.
- La protection de l'économie nationale.
- La consécration des règles de la pratique.

Il s'ensuit que pour préserver l'équilibre des rapports entre les parties contractantes, la réglementation des assurances terrestres **impose** un certain nombre de dispositions **nonobstant** toute convention contraire **sauf en faveur des assurés** et un interventionnisme marqué des pouvoirs publics, soit 71 articles sur 93 revêtent le caractère impératif d'ordre public.

Il est à noter cependant que les personnes visées par le caractère protecteur du droit des assurances ne sont pas celles prévues par le droit de la famille/succession (ayants droit/héritiers) et que la stipulation pour autrui, y compris à l'ayant droit/conjoint permet de faire échapper le bénéfice du droit né du droit de l'assurance sur la vie (capital/rente) de la prise des ayants droit (et des créanciers et syndic de la faillite) dès lors qu'il n'a jamais appartenu au stipulant ou preneur d'assurance et ne fait pas partie du patrimoine du preneur d'assurance (du cuius/failli) ; le droit de la famille assimile le contrat d'assurance à une valeur donc un bien régi par les règles des successions.

1- Application de la réglementation des assurances.

a) Champ d'application ratione materiae

Professeur Farid HATIMY - DROIT DES ASSURANCES

(6^{ème} Semestre Licence : Droit Privé)

Année Universitaire 2016/2017

© Tous droits réservés – Toute reproduction est interdite

L'application est limitée aux assurances terrestres, y compris la navigation de plaisance.

En revanche, l'article 1^{er} **exclut** des règles communes :

- Les assurances maritimes (régies par le D.C.M.M. de 1919)
- L'assurance crédit à l'exportation (régie par le Dahir du 23.4.1974 tel qu'il a été modifié et complété).
- La réassurance.

b) Champ d'application territoriale.

Applicable à la zone sud de protection française, cette réglementation fut étendue à la zone nord et à la zone internationale de Tanger par Dahirs du 15.5.1958 et 4.11.1958.

2- Règles de droit international privé.

Les règles de D.I.P. – Dahir du 12.8.1913 sur la condition des français et étrangers au Maroc – en matière de conflits de lois **se trouvent écartées** par la réglementation des assurances comme étant une **loi d'ordre public**. De fait, les **risques situés au Maroc** et les **personnes qui y sont domiciliées** ne peuvent être assurés que par des **contrats souscrits et gérés au Maroc** même si le risque se réalise à l'étranger et les personnes ne sont pas de nationalité marocaine.

Sous Section Quatrième : Le code des assurances : loi n° 17-99.

Convaincu du bien fondé de la nécessité de refonte de la réglementation des assurances, le ministère de l'économie et des finances a élaboré de concert avec les professionnels des assurances un projet de loi sur les assurances terrestres et le contrôle de l'Etat sur les entreprises d'assurances et de réassurances et les intermédiaires d'assurances en 1998 actuellement et après son approbation par le conseil de gouvernement en date du 2 décembre 1999 a été soumis au parlement. Ce code - dont les **dispositions sont d'ordre public sauf exceptions** prévues limitativement à l'article 3 - est une loi des

assurances terrestres avec des articles modulables puisqu'elle regroupe d'une manière cohérente les différents textes législatifs et réglementaires régissant le contrat, les entreprises d'assurances et les intermédiaires d'assurances et la **présentation** des opérations d'assurances par les **sociétés de financement** (les conditions d'exercice, la gestion, les garanties financières, le contrôle, les sanctions).

Ce **caractère impératif** se décline en modalités particulières à certains contrats ou garanties/interdiction des exclusions/encadrement des litiges etc. l'article 3 qui consacre ce principe permet la convention contraire et en donne une liste de 21 articles; en dehors de cette liste, la convention contraire n'est pas permise quand bien même elle serait favorable aux assurés.

L'objectif recherché étant de **réaménager les équilibres** des rapports contractuels entre assureurs et souscripteurs. Toutefois, cette dérogation ne confère aux parties qu'une simple faculté.

Ainsi la subrogation n'est accordée que dans les limites des indemnités réellement payées par l'assureur –art 47-; ce n'est pas une cession de créance. Idem pour la faculté laissée à l'assuré, en assurance incendie de faire couvrir les intérêts par sommation ou par LR avec AR si l'expertise n'est pas terminée dans les 3 mois de la remise de l'état des pertes –art 52/2)

Cette loi a été modifiée et complétée par les textes suivants, à savoir :

- Dahir n° 1-04-05 du 21 Avril 2004 portant promulgation de la loi n° **09-03** complétant la loi n° 17-99 portant code des assurances – B.O. n° 5210 du 6.5.2004.
- Dahir n° 1-06-17 du 4 Février 2006 portant promulgation de la loi n° **39-05** modifiant et complétant la loi n° 17-99 portant code des assurances – B.O. n° 5404 du 16.3.2006.
- Dahir n° 1-07-165 du 30 Novembre 2007 portant promulgation de la loi n° **03-07** relative à l'assurance maladie obligatoire de base pour certaines catégories de professionnels du secteur privé et modifiant et complétant la loi n° 17-99 portant code des assurances – B.O. n° 5588 du 20.12.2007.

- Dahir n° 1-08-02 du 23 Mai 2008 portant promulgation de la loi n° **02-08** abrogeant et remplaçant l'article 339 de la loi n° 17-99 portant code des assurances – B.O. n° 5640 du 19.6.2008.
- Dahir n° 1-09-59 du 29 Juin 2009 portant promulgation de la loi n° **12-09** modifiant et complétant la loi n° 17-99 portant code des assurances – B.O. n° 5752 du 16.7.2009.
- Dahir n° 1-16-129 du 25 Août 2016 portant promulgation de la loi n° **59-13** modifiant et complétant la loi n° 17-99 portant code des assurances – B.O. n° 6506 du 6.10.2016.
- Dahir n° 1-16-152 du 25 Août 2016 portant promulgation de la loi n° **110-14** instituant un régime de couverture des conséquences d'événements catastrophiques et modifiant et complétant la loi n° 17-99 portant code des assurances – B.O. n° 6506 du 6.10.2016.

Ces réglementations, récemment entrées en vigueur, ont un impact considérable sur le marché des assurances au Maroc.

S'agissant des textes d'application, on peut citer notamment :

- Décret n° **2-03-50** du 22 Mai 2003 pris pour l'application du Titre III du Livre II et du Titre X du Livre III de la loi n° 17-99 portant code des assurances B.O. n° 5114 du 5.6.2003.
- Décret n° **2-04-355** du 2 Novembre 2004 pris pour l'application de la loi n° 17-99 portant code des assurances B.O. n° 5262 du 4.11.2004.
- Décret n° **2-06-508** du 25 Décembre 2007 modifiant et complétant le Décret n° 2-04-355 du 2 Novembre 2004 pris pour l'application de la loi n° 17-99 portant code des assurances B.O. n° 5596 du 17.1.2008.
- Décret n° **2-08-457** du 28 Mai 2009 modifiant et complétant le Décret n° 2-04-355 du 2 Novembre 2004 pris pour l'application de la loi n° 17-99 portant code des assurances B.O. n° 5744 du 8.6.2009.

- Les **Arrêtés** du ministre des finances relatifs :
 - < Aux **entreprises d'assurances et de réassurance** : n° 1548-05 du 10/10/2005 tel qu'il a été modifié et complété par les arrêtés n° 2173-08 du 3/12/2008, n° 3120-10 du 16/11/20010, n° 1293-12 du 20/3/2012, n° 3612-13 du 11/12/2013 et n° 2623-15 du 14/7/2015
 - < Au **contrat d'assurance** n° 2240-04 du 27/12/2004 tel qu'il a été modifié et complété par l'Arrêté n° 2017-10 du 12/7/2010
 - < A la **présentation des opérations d'assurance**, y compris par les sociétés de financement n° 2241-04 du 27/12/2004 tel qu'il a été modifié par les Arrêtés n° 1119-06 du 8/6/2006, n° 2363-09 du 4/9/2009, n° 3342-11 du 14/11/2011 et n° 2179-11 du 21/7/2011
 - < Aux **assurances obligatoires** n° 213-05 du 26/1/2010
 - < Aux **documents et comptes rendus financiers** et statistiques exigibles des entreprises d'assurances n° 1579-00 du 30/10/2000 modifiant l'Arrêté n° 2118-98 du 25/11/1998
 - < Aux **conditions générales-type** des contrats relatifs à l'assurance responsabilité civile automobile n° 1053-06 du 26/5/2006
 - < Aux **conditions générales-type** du contrat d'assurance « responsabilité civile professionnelle des intermédiaires d'assurances : Arrêté n° 587-11 du 9 Mars 2011
 - < Aux **tarifs de l'assurance automobile** obligatoire n° 857-05 du 11/4/2005.
 - < Aux **conditions de réassurance légale obligatoire** auprès de la SCR n° 2000-05 du 10/10/2005 modifié par n° 1462-08 du 6/8/2008, n° 2820-09 du 13/11/2009, n° 1636-10 du 13/11/2009 et n° 3341-11 du 14/11/2011
 - < Aux avis de cession, avis de sinistre, commissions de réassurance et participations aux bénéfices afférents à la **réassurance légale concédée à la SCR** n° 367-61 du 25/7/1961 modifié par n° 2002-05 du 10/10/2005,
 - < Aux conditions d'établissement des **comptes de cessions légales** à la SCR n° 2001-05 du 10/10/2005
 - < Au **Comité Consultatif des Assurances** : Arrêté n° 492-04 du 5 Avril 2004

➤ *Les circulaires et instructions de l'ACAPS (ancienne DAPS) dont notamment :*

Circulaire DAPS/AO/05/03 du 13/5/2005 relative aux attestations d'assurance RC automobile.

Circulaire DAPS/AO/06/07 du 28/12/2006 relative à la taxe dite contribution des assurés au profit du comité de prévention des accidents de la circulation.

Circulaire DAPS/AO/08/10 du 23/1/2008 relative à la communication des données tarifaires afférentes à l'assurance Rc auto (et sinistres pendant 10 ans).

Circulaire DAPS/CA/05/01 du 1/2/2005 relative à la mise en oeuvre des dispositions de l'article 247 loi n° 17-99 (Doc à approuver par l'autorité)

= Circulaire DAPS/EA/06/04 du 13/2/2006 relative à la méthode d'étalement de l'effet des changements de bases techniques en assurance vie et AT (bases techniques)

= Circulaire DAPS/EA/06/05 du 9/6/2006 relative aux comptes semestriels des entreprises d'assurance et de réassurance.

= Circulaire DAPS/EA/07/08 du 18/7/2007 relative aux dépôts et aux investissements hors du Maroc ainsi qu'aux placements en valeurs étrangères.

= Circulaire DAPS/EA/07/09 du 23/8/2007 relative à l'admission des investissements touristiques en représentation des provisions techniques.

= Circulaire DAPS/EA/08/11 du 26/8/2008 relative au contrôle interne des entreprises d'assurance et de réassurance.

= Circulaire DAPS/EA/09/12 du 30/11/2009 relative à la couverture des risques maritimes.

= Circulaire DAPS/EA/10/14 du 17/2/2010 relative à l'admission des investissements entrant dans le cadre du pacte national pour l'émergence industrielle en représentation des provisions techniques.

= Circulaire DAPS/EA/11/16 du 4/7/2011 relative à l'application par le secteur des assurances des dispositions de la loi n° 43-05 sur la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.

= Circulaire DAPS/EA/11/18 du 31/10/2011 relative à la publication d'information par l'entreprise d'assurance et de réassurance (destinée au public)

= Circulaire DAPS/EA/12/19 du 9/3/2012 relative à la fourniture à distance d'opérations d'assurances.

= Circulaire DAPS/IA/05/02 du 2/3/2005 relative au stage de formation pour l'agrément d'intermédiaire d'assurance prévu par la loi n° 1è-99.

= Circulaire DAPS/IA/11/17 du 20/9/2011 relative à la présentation directe des opérations d'assurances.

= Circulaire DAPS/EA/09/13 du 30/11/2009 relative à la communication des données tarifaires afférentes à l'assurance AT & MP

= Instruction DAPS/EA/06/0 du 28/1/2006 relative au régime spécial de l'assurance en devises.

Sous Section Cinquième : Autres lois

On peut citer notamment :

1-Dahir n°1-14-10 du 6/3/2014 portant promulgation de la la loi n°64-12 portant création de l'Autorité de Contrôle des Assurances et de la Protection Sociale (ACAPS).

2-Différents textes portant code de couverture médicale de base, à savoir : la loi n° 65-00 tel qu'elle a été modifiée et complétée par la loi n° 120-13, le Décret n° 2-05-733 et les arrêtés d'application.

3- La loi n° 63-07 relative à l'assurance maladie obligatoire de base pour certaines catégories de professionnels du secteur privé, y compris les textes d'application.

4-La loi n° 116-12 relative au régime de l'assurance maladie obligatoire de base des étudiants

5-Le Dahir portant loi n° 1-84-177 du 2.10.1984 relatif à l'indemnisation des victimes d'accidents causés par des **véhicules terrestres à moteur** tel qu'il a été modifié par l'arrêté du ministre de l'économie et des finances n° 2070-98 du 11.11.1998.

6- Dahir n° 1-14-190 du 29/12/014 portant promulgation de la loi n° 18-12 relative à la réparation des accidents du travail laquelle a, en vertu de l'article 194, abrogé le Dahir No 1-60-223 du 6 février 1963 qui a modifié en la forme le Dahir du 25/6/1927 relatif à la réparation des accidents du travail tel qu'il a été modifié et complété. En revanche, les textes d'application pris pour l'application dudit Dahir, demeurent provisoirement en vigueur, tant qu'ils ne sont pas contraires aux dispositions de la loi 18-12, jusqu'à la publication des nouveaux textes d'application conformément aux dispositions de l'article 196 ; parmi ces textes d'application du Dahir 1927/1963, on peut citer notamment : Arrêté du ministre des finances et de la privatisation n° 2003-05 du 17 Octobre 2005 fixant les conditions générales-type du contrat d'assurance accidents du travail et maladies professionnelles – B.O. n° 5384 du 5.1.2006)

7-Le Dahir du 23.4.1974 réglementant l'assurance crédit à l'exportation complété par le Dahir portant loi n° 1-92-282 du 29.12.1992 tel qu'il a été modifié et complété par le Dahir n° 1-04-09 du 21/4/2004 portant promulgation de la loi n° 55-03 et le Décret n° 86-658 du 13.10.1987 fixant les conditions de gestion à la BMCE puis à la SMAEX par Arrêté n° 1379-88 du 28/12/1988.

8-L'assistance introduite par l'arrêté du ministre des finances No 1316-83 du 16 novembre 1983 modifiant et complétant l'arrêté No 179-68 du 5 avril 1968 relatif à l'agrément des entreprises d'assurances, de réassurances et de capitalisation.

SECTION DEUXIEME : UNIFICATION INTERNATIONALE.

Plusieurs instruments internationaux ou régionaux tendent à harmoniser et à moderniser certains aspects et institutions du droit des assurances voire même à libéraliser la profession. Cependant, celui-ci demeure exclusivement d'inspiration nationale – en matière de règles de solvabilité, d'agrément, des branches d'activités et d'assurances obligatoires -. On peut citer notamment :

- La carte internationale d'assurance automobile dite « **carte verte** » (vers l'Europe dont les modèles adoptés par le Conseil des bureaux du système de la carte verte placé sous l'égide de groupe de travail de transports routiers de la commission économique pour l'Europe) .
- La carte d'assurance inter-arabe dite « **carte orange** » (circulation des véhicules automobiles dans les pays arabes dont le modèle adopté par l'union générale arabe d'assurances conformément à l'accord entre les bureaux arabes unifiés du 19/6/1995, conclu en application de la convention de Tunis du 26/4/1975) en matière de R.C. Auto.
- Assistance touristique.
- Assurances transports/maritimes.
- Assurances crédit à l'exportation.

SECTION TROISIEME : USAGES & CONVENTIONS PROFESSIONNELLES.

Les conventions professionnelles sont l'émanation des professionnels du secteur dont :

- La **Convention d'Indemnisation Corporelle Auto** (CICA Mai 2012. (assurés auto et leurs passagers) EV le 1/1/2013.

- La Convention d'Indemnisation Directe (CID Juin 2006) (Règlement sinistres auto)
- La convention tiers payant FMSAR-CNOM 25 octobre 2003
- La convention tiers payant FMSAR-CNSS

Elles tendent à faciliter l'indemnisation directe des assurés – R.C. Auto....et règlement des sinistres, et à harmoniser les pratiques en la matière. Ces pratiques **anti-régulation** ne peuvent s'imposer aux assurés aux victimes et assureurs non adhérents que lorsqu'elles ont été consacrées ou **homologuées** par les pouvoirs publics/autorités de contrôle après avis du comité consultatif des assurances.

Aussi ces documents constituent –ils des **documents de référence**, sans caractère obligatoire pour les assureurs (tarifs de référence basés sur des statistiques) dans les limites du droit relatif à la liberté des prix et de la concurrence et de la protection des consommateurs.

CHAPITRE DEUXIEME : LA FORMATION DU CONTRAT D'ASSURANCES

Contrairement à l'état de droit sous l'empire de l'Arrêté Viziriel de 1934 et du D.O.C. (titre 8 du livre 2 de l'article 1092 à 1097 relatif aux contrats aléatoires), où l'absence de toute définition légale était tolérée, voire même bien accueillie, eu égard à la légitimité qui était de mise, on a pu définir le contrat d'assurances du point de vue juridique comme étant : « *une convention par laquelle l'assureur garantit, en contrepartie du paiement d'une rémunération (prime ou cotisation uniques ou périodiques – le versement des prestations préalablement déterminées - capital, rente - indépendamment de tout dommage soit à l'assuré soit au bénéficiaire convenu ou encore le paiement d'une indemnité pour dédommager l'assuré ou sa victime en cas de pertes subies ou de responsabilité civile de l'assuré.* »

Avec la promulgation de la loi n° 17-99 portant code des assurances qui a adopté la technique anglo-saxonne, elle a réservé son article 1^{er} à la définition des différentes expressions qui sont à la base du droit des assurances, alors même que le rôle du législateur n'est d'enseigner. Parmi ces définitions, on peut citer notamment celle relative au « contrat d'assurance » et « contrat d'assurance sur la vie » respectivement dans son alinéa 30 et 31 comme étant : l'article 1^{er}/30^o dispose : « **Convention passée entre l'assureur et le souscripteur pour la couverture d'un risque et constatant leurs engagements réciproques** ». l'article 1^{er}/31^o dispose : « **Contrat par lequel, en contrepartie de versements uniques ou périodiques, l'assureur garantit des personnes dont l'exécution dépend de la survie ou du décès de l'assuré** »

Cette loi a été modifiée et complétée par la loi n° 59-13 instituant l'assurance **TAKAFUL** et les assurances **CONSTRUCTION** notamment en ce qui concerne certaines définitions puisqu'elle a introduite la définition de l'assurance Takaful /réassurance Takaful,

l'avance Takaful le compte d'assurance Takaful/cvompte de réassurance Takaful et la contribution du participant ainsi que le souscripteur ou contractant. S'agissant des expressions « l'assurance Takaful/Réass Takaful », elles ont été définies comme étant : « **Opération d'assurance/réassurance réalisée en conformité avec les avis du Conseil Supérieur des Oulémas(.....), ayant pour objet la couverture des risques prévus au contrat d'assurance/traité de réassurance Takaful par un compte d'assurance/réassurance Takaful géré, moyennant une rémunération de gestion, par une entreprise d'assurance et de réassurance agréée pour pratiquer les opérations d'assurances takaful. Les opérations d'assurances/réassurance Takaful et l'activité de gestion du compte d'assurance/réassurance Takaful par une entreprise d'assurances et de réassurance ne peuvent, en aucun cas, donner lieu ni à la perception ni au versement d'intérêt »**

Cette définition -générale et spécifique- du contrat d'assurance, y compris **Takaful** fait apparaître quelques **particularités** à savoir :

- Les différentes personnes susceptibles d'être intéressées au contrat (caractère **souvent** quadruple de l'opération d'assurances, à savoir : l'assureur, le souscripteur, l'assuré et le bénéficiaire en tant que tiers).
- Un certain nombre de caractères du contrat d'assurances et qui sont essentiels pour bien comprendre le régime juridique et les spécificités de ce contrat.

Cette technique a été consacrée également par certains textes d'application dont essentiellement l'Arrêté n° 1053-06 du 26/5/2006 relatif aux **conditions générales-type** des contrats relatifs à l'assurance responsabilité civile automobile. D'autre part, par d'autres lois spécifiques dont le **Dahir n° 1-14-190 du 29/12/014**

portant promulgation de la loi n° 18-12 relative à la réparation des accidents du travail et l' Arrêté du ministre des finances et de la privatisation n° 2003-05 du 17 Octobre 2005 fixant les conditions générales-type du contrat d'assurance accidents du travail et maladies professionnelles ainsi que l'Arrêté n° 1194-99 du 4/8/1999 modifiant et complétant l'Arrêté n° 369-95 du 10/6/1996 relatif aux garanties financières et aux documents et comptes rendus exigibles des entreprises d'assurances, de réassurances et de capitalisation (notamment celles pratiquant les opérations d'assurances contre les AT).

Par ailleurs, l'existence du contrat d'assurance nécessite, outre l'accord des parties et les autres conditions de validité requises en vertu du droit commun, un objet correspondant à l'obligation de garantie, au nom de la mutualité.

SECTION PREMIERE : LES CARACTERES DU CONTRAT D'ASSURANCE

Les caractères du contrat d'assurance peuvent se résumer comme suit :

1) Contrat nommé.

Le contrat d'assurance est l'un des contrats nommés, c'est-à-dire ceux prévus et réglementés par la législation en vigueur tant civile, commerciale que particulière. De ce fait, il appartient au juge en cas de difficulté pour résoudre les litiges auxquels ils peuvent donner lieu d'adopter la solution prévue par la loi. Cette législation particulière – loi n° 17-99 portant code des assurances - prévoit les règles qui s'y appliquent nonobstant toute convention contraire, sauf en faveur des assurés –Article 3-. Le D.O.C. constitue le

complément naturel de la réglementation des assurances notamment en cas de manque ou d'absence de dispositions particulières. Toutefois, cette hypothèse est écartée du seul fait que la loi 17-99, en tant que loi spécifique, y compris les textes d'application ainsi que les autres textes d'application générale, à savoir : la loi sur la liberté des prix et de la concurrence et la loi instituant des mesures de protection des consommateurs, ont réglementé tous les aspects et questions découlant du contrat d'assurances ou s'y rattachant.

Il en découle que le code des assurances, en tant que droit spécial et non spécifique, n'est pas autonome dans la mesure où il se nourrit du droit des obligations et des contrats en adaptant ses dispositions aux différents actes juridiques tel est le cas notamment de l'idée d'avant contrat qui correspond à la note de couverture ou de celle de l'offre de contrat qui correspond à la proposition d'assurance ou encore de celle de la tacite reconduction. En revanche, ce droit spécial prévoit des dispositions qui dérogent au droit commun sans pour autant l'écartier totalement tel est le cas des sanctions/actions prévues en cas de non paiement de la prime/cotisation ou en cas de fausses déclarations reconnues à l'assureur (action en répétition de l'indû) indépendamment des causes ordinaires de nullité. Il prévoit également des dispositions dérogatoires du droit commun notamment la stipulation pour autrui en assurance vie et en assurance de groupe.

2) Contrat consensuel.

Le contrat d'assurance est consensuel dans la mesure où il se forme par le seul échange du consentement des deux parties – assureur et assuré ou souscripteur – manifesté d'une façon quelconque, soit en présentiel ou à distance, soit directement dans ses bureaux ou par le biais de son mandataire. Ce contrat peut être contracté en vertu d'un mandat général ou spécial ou même sans mandat pour le compte d'une personne déterminée ou pour le compte de qui il

appartiendra et profite à cette personne alors même que la ratification, n'aurait lieu qu'après le sinsitre –art 9 comp art 67 et 107 et 109- ou encore pour le compte d'une personne nominativement désignée dans les conditions particulières –art 7 Arrêté n° 2003-05 fixant les C. G. Type du contrat d'assurance AT & MP-. En revanche, lorsqu'il s'agit d'assurance en cas de décès, le souscripteur ne peut valablement la contracter qu'avec le consentement écrit de la tête assurée avec indication de la somme assurée sous peine de nullité –idem pour la cession ou la constitution de gage ou le transfert du bénéfice dudit contrat –art 68- ou encore d'assurance en cas de décès sur la tête d'un mineur âgé de 12 ans qu'avec l'autorisation de son représentant légal et du mineur lui-même sous peine de nullité à la demande de tout intéressé –art 70- sachant que l'assurance souscrite sur la tête d'un mineur âgé de moins de 12 ans et d'un interdit est frappée de nullité absolue –art 69-. Ce consentement suppose l'acceptation par chacune des parties, y compris le bénéficiaire. En effet, l'assuré en tant que souscripteur est tenu de payer la prime ou cotisation, de déclarer les risques et sinistre dans les délais et formes requises –art 20- et article 13-20 Annexe 1 et art 11-18 Annexe 2 de l'Arrêté n° 1053-06 fixant les C. G. Type des contrats relatifs à l'assurance RC Auto et art 1422 Arrêté n° 2003-05 fixant les C. G. Type du contrat d'assurance AT & MP - d'assumer ses engagements réciproques. S'agissant du bénéficiaire désigné, il est tenu d'accepter sa désignation de manière expresse ou tacite sinon le souscripteur retrouve son droit de désigner un bénéficiaire de second ordre et à défaut, le capital ou la rente assuré tombe dans la succession du souscripteur – art 74-80. Quant à l'assureur, son consentement consiste à garantir le risque, qui lui est proposé sous forme de proposition d'assurances transmise par son agent, confirmé par l'envoi d'une police, d'une note de couverture ou par une simple lettre dûment signée par

l'assureur conformément aux dispositions de l'article 11 du code des assurances ainsi libellé :

« Le contrat d'assurance doit être rédigé par écrit, en caractères apparents.

Toute addition ou modification au contrat d'assurance primitif doit être constaté par un avenant écrit et signé des parties.

Les présentes dispositions ne font pas obstacle à ce que, même avant la délivrance du contrat ou de l'avenant, l'assureur et l'assuré ne soient engagés, l'un à l'égard de l'autre, par la remise d'une note de couverture. »

Voy pour les mentions du contrat : article 12 – 14 ; et pour la forme : article 15. Et pour le contrat d'assurance sur la vie articles 71, 88, 98-99 - et articles 5 à 15 de l'Arrêté n° 2240-04 du 27/12/2004 relatif au contrat d'assurance. Et pour les assurances obligatoires art 125. Mieux encore, le législateur peut exiger l'établissement des attestations d'assurance conformément à certains modèles prédefinis ; ce qui suppose à la fois des mentions et une forme précises tel est le cas notamment des assurances obligatoires auto – Arrêté n° 213-05 du 26/12/2005- et le cas des assurances AT & MP -

Toutefois, la **proposition d'assurance** n'engage ni l'assuré, ni l'assureur, dès lors que le contrat d'assurance est le seul document en mesure de constater les engagements réciproques des parties sauf lorsqu'il s'agit de proposition faite par lettre recommandée ayant pour objet de prolonger ou de modifier un contrat d'assurance ou de remettre en vigueur un contrat suspendu, et qui n'a pas été refusé par l'assureur dans un délai de 10 jours conformément aux dispositions de l'article 10 du code.

Cela suppose que ledit risque rentre dans son activité, qu'il n'est pas trop élevé et que la tarification préétablie n'est pas contestée.

Ce caractère a été entériné par l'Arrêté du ministre des finances et de la privatisation n° 1053-06 du 26/5/2006 fixant les conditions

générales types des contrats relatifs à l'assurance responsabilité civile automobile art 9 de l'annexe 1 et art 8 de l'annexe 2 pour les CGT RC Garagiste qui dispose : **« Le présent contrat est parfait dès qu'il est signé par les parties** ; l'assureur peut en poursuivre, dès ce moment, l'exécution, mais l'assurance ne produit ses effets qu'à compter de la date indiquée aux conditions particulières. Les mêmes dispositions s'appliquent à tout avenant au contrat.

Ces dispositions ne font pas obstacle à ce que, même avant la délivrance du contrat ou de l'avenant, l'assureur et l'assuré ne soient engagés, l'un à l'égard de l'autre, par la remise d'une note de couverture. ». l'Arrêté n° 2003-05 fixant les C. G. Type du contrat d'assurance AT & MP -art 8- n'a consacré que le premier paragraphe ce qui laisse entendre que seul le contrat ou l'avenant dûment signé par les parties permet d'envisager l'exécution des obligations réciproques des parties.

Toutefois, le contrat d'assurances peut, en vertu d'une clause spéciale, être soumis à l'accomplissement de certaines formalités tel que la signature de la police par l'assuré, le renvoi à l'assureur et à l'agent de deux exemplaires dans un certain délai et, enfin, le versement de la première prime sous peine d'annulation. Cette dernière formalité bien qu'elle soit en réalité une condition de la prise d'effet du contrat, elle devient une condition de validité et tend à transformer le contrat d'assurances en un contrat réel. Ce n'est qu'à partir du paiement de cette prime que l'assureur sera obligé de garantir le risque.

3) Contrat synallagmatique.

Le contrat d'assurances est un contrat synallagmatique dans la mesure où il fait naître des obligations réciproques à la charge des deux parties – assureur : voy article 17-19- et assuré : voy article 20-35, l'obligation de chacune d'elles constitue la cause de l'obligation de l'autre. Le non-respect par l'assuré de l'une de ses obligations est

sanctionné soit par la nullité du contrat –article 30 - ou par la réduction de l'indemnité – article 31/2° et pour la définition : article 1^{er} / 17° – (cas de la fausse déclaration des risques- soit par la déchéance – art 59 et 125- voy définition : article 1^{er} / 26) – (cas de déclaration des sinistres – soit par la suspension de la garantie – article 33-34, 60, 62, 102) – (cas du non paiement de la prime -, soit encore par la résiliation du contrat – article 31 et 33 et 102 et pour la définition : article 1^{er} / 34 et art 7-20 Arrêté n° 2003-05 fixant les C. G. Type du contrat d'assurance AT & MP), soit la réduction du capital ou de la rente en cas de défaut de paiement des primes en assurances de personnes–art 86-90-, soit le droit de dénoncer le contrat –art 97- soit enfin par la nullité et des dommages-intérêts –art 41 assurance pour une somme supérieure à la valeur de la chose avec dol et art 42 cas de pluralité d'assurances avec intention de fraude-, soit par la nullité ou l'obligation de payer une somme double de la prime lorsqu'au moment de la souscription, la chose a péri ou n'est plus exposée au risque selon qu'il y a mauvaise foi ou non- art 50-. Bien mieux, les conditions générales du contrat peuvent prévoir des exclusions de garantie et des clauses de déchéance. Ces déchéances ne sont pas opposables aux victimes ou à leurs ayants droit, sauf suspension régulière de la garantie pour non paiement de prime ou de cotisation –art 125 et 116/2-.

Toutefois, certaines clauses frappant de déchéance l'assuré sont nulles et non avenues conformément aux dispositions de l'article 35 code des assurances, à savoir :

- En violation des textes législatifs ou réglementaires à moins que cette violation ne constitue un crime ou un délit intentionnel ;
- A raison d'un simple retard apporté par lui à la déclaration du sinistre aux autorités ou à des productions de pièces..... ;
- Toute clause d'arbitrage à laquelle l'assuré n'a pas donné son accord exprès à la souscription du contrat.

4) Contrat aléatoire.

Le contrat d'assurance est un contrat aléatoire dans la mesure où les avantages et les pertes soit pour toutes les parties soit pour l'une d'entre elles, dépendent d'un événement incertain – assurance dégâts des eaux, assurance natalité – et parfois même certain – assurance en cas de décès -. Dans ce dernier cas, l'aléa concerne plutôt la date de la survenance du décès. Le contrat d'assurance est le type de contrat aléatoire cité indirectement par le D.O.C. dans les contrats de jeux de hasard. Toutefois, le but de **l'opération d'assurance est anti-aléatoire** puisque la compensation des risques se fait grâce au calcul des probabilités de survenance aujourd'hui possible par le recours à la statistique.

5) Contrat à titre onéreux.

Le contrat d'assurance est un contrat à titre onéreux dans la mesure où chacune des deux parties – assureur et assuré - poursuit un avantage personnel en contre partie de celui qu'elle procure à l'autre. Il se traduit par l'encaissement des primes ou des cotisations par l'assureur en contre partie de la prestation de garantie en cas de réalisation du risque reçue par l'assuré ou le tiers bénéficiaire.

Toutefois, l'intention libérale n'est pas à écarter dans les relations entre assuré et tiers bénéficiaires notamment en matière d'assurances sur la vie, et, par conséquent, le tiers bénéficiaire n'aura aucune charge à supporter à l'égard de l'assureur, sauf circonstances exceptionnelles. Dans ce cas, en tant qu'intéressé, il peut se substituer au contractant pour payer les primes conformément aux dispositions de l'article 84-.

6) Contrat d'adhésion.

Bien que consensuel, le contrat d'assurance est considéré comme un véritable contrat d'adhésion pour la simple raison qu'il est élaboré,

rédigé et imprimé par l'assureur, et l'assuré ne fait qu'adhérer en remplissant les blancs de l'imprimé préétabli ou en répondant aux questionnaires de l'assureur. Cette situation avait donné lieu à certains abus notamment par l'insertion des clauses de déchéance inscrites en petits caractères peu lisibles ou non inscrites aux conditions générales du contrat en caractères clairs et apparents, ou des clauses d'exonération des engagements de l'assureur ou des clauses excluant l'action directe de la victime contre l'assureur de la R.C. de l'auteur du dommage, ou encore des clauses ambiguës ou obscures. Cependant, ce caractère de contrat d'adhésion s'estompe grâce d'une part, aux dispositions impératives de la réglementation des assurances et celle relative à la protection des consommateurs et d'autre part, à la concurrence entre les assureurs de la place.

Il est à noter, par ailleurs, qu'il est interdit à toute entreprise d'assurance et de réassurance de refuser de garantir la RC des chasseurs –art 118- ou de la RC automobile –art 120/2°- sous peine de retrait partiel ou total de l'agrément –art 265- D'autre part, l'entreprise d'assurance et de réassurance doit remettre à l'appui de la déclaration faite au fonds de garantie des accidents de la circulation une copie de la lettre de suspension de garantie ou de résiliation quand elle entend opposer l'un de ces motifs contre l'assuré –art 5 Arrêté n° 213-05 du 26/1/2005 relatif aux assurances obligatoires.

7) Contrat de bonne foi.

Selon l'article 231 D.O.C. tout engagement doit être exécuté de bonne foi. Celle-ci se présume toujours dans tous les actes juridiques, tant que le contraire n'est pas prouvé conformément aux dispositions de l'article 477 D.O.C. Toutefois, en matière d'assurance, la bonne foi revêt une importance particulière aussi bien pour l'assureur que pour l'assuré, dans la mesure où la mauvaise foi prouvée de l'une ou de l'autre partie est sanctionnée

conformément à la loi. En effet, lorsque la mauvaise foi de l'assuré est prouvée, il est sanctionnée par la nullité du contrat notamment en cas de mauvaise foi dans la déclaration des risques – article 30 (à l'exception de l'erreur sur l'âge de l'assuré –art 94-) et 55 et 95 code des assurances et art 14 Annexe 1 et art 12 Annexe 2 Arrêté n° 1053-06 fixant les C. G. type des contrats relatifs à l'assurance R.C. automobile– ou par la déchéance s'il y a mauvaise foi dans la déclaration du sinistre – article 31 code des assurances - sauf clause d'incontestabilité notamment en assurances sur la vie. Cette mauvaise foi, c'est-à-dire en cas de dol ou de fraude, peut également être envisagée dans le cas de la souscription pour une somme supérieure à la valeur de la chose assurée d'où nullité et dommages-intérêts –art 41- ou encore dans le cas où il pluralités d'assurances soit à la même date, soit à des dates différentes, pour une somme supérieure à la valeur de la chose assurée –art 42-. En revanche, il existe des situations où le cas de fraude ou dol est prouvé est sanctionné différemment. Il en est ainsi lorsque la chose assurée a déjà péri ou ne peut plus être exposée aux risques, le souscripteur est dans l'obligation de payer une somme double de la prime d'une année –art 50-, ou lorsque les primes payées sont manifestement exagérées, eu égard aux facultés du disposant, dans l'assurance faites au profit d'un bénéficiaire déterminé, les créanciers sont en droit de réclamer le remboursement de ces primes –art 80-

S'agissant de l'assureur, le paiement des sommes assurées à un ayant droit au mépris de désignation d'un bénéficiaire par testament n'est pas libératoire pour l'assureur de mauvaise foi –art 93-

8) Contrat successif.

Le contrat d'assurance est un contrat à durée successive – par opposition aux contrats instantanés – dans la mesure où il s'échelonne pendant toute la durée de la garantie. Cette durée qui

peut être brève, longue ou très longue influe sensiblement sur les modalités de paiement de la prime, y compris le principe de la divisibilité de la prime ainsi que sur les règles de résiliation du contrat. Voy article 6 et 7 du code et pour la définition article 1^{er} / 38. Cela suppose que la durée du contrat peut être supérieure à un an ou, à défaut de cette mention de durée, les parties conviennent de la prorogation du contrat par tacite reconduction, à condition que l'une ou l'autre mention soit mentionnée en caractères très apparents. A défaut de cette condition de forme, chacune des parties a le droit de se retirer à l'expiration d'un délai fixé par arrêté et résilier le contrat à compter de la date d'effet du contrat à condition d'en informer l'autre partie – art 9 Annexe 1 et art 8 de l'annexe 2 de l'Arrêté n° 1053-06 du 26/5/2006 fixent ce délai à 365 jours et le délai de préavis à 30 jours

9) Contrat individuel ou collectif.

Le contrat d'assurance peut être souscrit individuellement ou collectivement d'où l'appellation «**grande branche**» dans le premier cas et «**assurances collectives ou de groupe**» dans le second.

10) Contrat commercial ou civil.

Le contrat d'assurance peut être soit commercial, soit civil soit encore mixte. La qualité de commerçant s'acquiert par l'exercice habituel ou professionnel des opérations d'assurances à primes fixes conformément aux dispositions de l'article 6/8 du code de commerce – Loi n° 15-95 -. Partant de là, le contrat d'assurance est commercial à l'égard de l'assureur à primes fixes, et de l'assuré commerçant. En revanche, il est civil au regard de l'assureur – mutuelle – et de l'assuré non commerçant. Enfin, il est mixte lorsqu'il est conclu par un commerçant auprès d'une mutuelle ou par un non commerçant auprès d'une entreprise d'assurances à primes

fixes. Il en découle que les règles du droit commercial s'appliquent à la partie pour qui l'acte est commercial – principe de la liberté de la preuve, les règles de la compétence et de prescription – conformément aux dispositions des articles 4 et 5 du code de commerce.

Toutefois, les mesures de protection des consommateurs ne seront applicables que dans les relations entre professionnels et des non professionnels. Autrement, dit, les contrats d'assurances RC professionnelle des intermédiaires d'assurances dans la limite de l'article 303 code assurances ne rentrent pas dans le domaine d'application de la loi 31-08.

SECTION DEUXIEME : LES PARTIES AU CONTRAT.

Le contrat d'assurances met, en principe, en relation un assureur ou réassureur ou assimilé et un assuré, lequel est à la fois le souscripteur et le bénéficiaire. Toutefois, ce caractère double du contrat d'assurances est écarté aussi bien en assurances de personnes qu'en assurances de RC dans la mesure où le souscripteur n'est pas forcément l'assuré/tête assurée et/ou ni le bénéficiaire, en cas de réalisation du risque.

En effet, en matière de RC, le bénéficiaire est la victime du préjudice causé par la faute ou le fait de l'assuré, sans pour autant lui reconnaître une action directe contre l'assureur.

En matière d'assurances de personnes, le contrat d'assurances - sauf pour le risque de survie - met en présence quatre parties - d'où le caractère quadruple de l'opération - car le plus souvent, le souscripteur assuré ne stipule pas pour lui-même mais plutôt pour sa succession ou pour une tierce personne désignée par lui à cet effet.

Sous Section Première : L'Assureur.

L'assureur est la partie au contrat qui s'engage à garantir l'assuré contre un risque déterminé, et à payer la prestation d'assurance – forfaitaire ou indemnitaire selon les cas - en cas de sinistre. Cet assureur n'est pas toujours une entreprise d'assurances à primes fixes dite également assurance commerciale ou une assurance mutuelle, il peut être soit réassureur, soit un organisme particulier pratiquant l'assurance, y compris les organismes de prévention sociale ou lié à la gestion de certaines opérations d'assurances soit encore un réseau de distribution ou et de présentation des assurances.

I - Forme.

L'assureur est toujours une entreprise agréée par arrêté du ministre des finances pour effectuer des opérations d'assurances ou de réassurances ou assimilées peu importe qu'elle soit exclusivement une société anonyme - pour les entreprises à but lucratif - soit, une société d'assurances mutuelle ou leur unions. Voy **loi n° 17-99 telles qu'elle a été modifiée et complétée par la loi n° 39-05 du 14/2/2006 et la loi n° 12-09 du 29/6/2009 et la loi n° 59-13 du 25/8/2016** dans ses article 158 et 161 pour l'agrément, article 162 : risques assurés et responsabilité situés au Maroc qui s'y rattachent : article 164 : dépôts et investissements hors du Maroc et placement en valeurs étrangères ne peuvent être effectuées par ces entreprises que dans la limite de 5% du total de leur actif et après accord préalable de l'ACAPS ; article 165-170 : conditions de l'agrément, sachant toutefois, que l'agrément pour les opérations d'assurances et de réassurance Takaful ne peut être accordé à une entreprise agréée pour d'autres opérations d'assurances ou de réassurance –art 165/1° et 3° Loi 59-13. Il est à noter que les projets de circulaires de l'ACAPS relatifs à l'assurance Takaful sont soumis, au préalable, à l'avis conforme du Conseil Supérieur des

Oulémas –art 10/4° et 10/5° et 158/1° et 247/1° et 248/1° Loi 59-13 ; article 168 : Ces entreprises doivent être constituées sous forme de **sociétés anonymes ou de sociétés d'assurances mutuelles ou leurs unions** sous réserve des articles 169 et 170. Les règles de gestion – article 227-232- , les règles comptables et statistiques –article 233-237-, les garanties financières –article 238-241- et les règles de contrôle –article 242-268- etc. sont applicables aussi bien aux sociétés anonymes qu'aux sociétés mutuelles et à leurs unions. Voy les applications de ces règles le **Décret n° 2-0'-355 du 2/11/2004 tel qu'il a été modifié et complété** ainsi que l'Arrêté du ministre des finances et de la privatisation n° 1548-05 du 10/10/2005 relatif aux entreprises d'assurances et de réassurance BO. n° 538 du 5/1/2006 tel qu'il a été modifié et complété par l'Arrêté n° 2173-08 du 8/12/2008 et l'Arrêté n° 3120-10 du 16/11/2010.

Il est à noter, par ailleurs, que l'agrément seul ne suffit pas pour pratiquer la couverture des conséquences d'événements catastrophiques, la loi n° 110-14 instituant un régime de couverture des conséquences d'événements catastrophiques et modifiant et complétant la loi n° 17-99 exige la **signature d'une convention** avec l'Etat et le Fonds de solidarité. Cette convention fixe les conditions et modalités de la mise en jeu de cette garantie dont la tarification, le taux de rétention du risque, la cession en réassurance et l'intervention préalable du Fonds –art 229/1° Loi n° 110-14- a cela, il faut ajouter que la gestion comptable et financière de la garantie contre les conséquences d'événements catastrophiques est assurée dans un de ceux afférents aux autres opérations d'assurance, dont les modalités sont fixées par circulaire de l'ACAPS –art 237 loi 110-14-

1 - Les sociétés d'assurances.

Les sociétés constituées sous forme de S.A.R.L. ne sont pas autorisées à pratiquer ni l'assurance, ni la banque, ni les sociétés d'investissement - Dahir du 1.9.1926 art.1^{er} -

En revanche, les sociétés en commandite par actions, autrefois autorisées sous l'empire de l'AV 1934 alors même qu'aucune autorisation administrative n'en a été délivrée par le ministère de tutelle, en sont exclues du domaine d'action du code des assurances par à contrario de l'article 168 code des assurances. Autrement dit, seules les entreprises constituées sous forme de sociétés anonymes peuvent être agréés pour réaliser une opération d'assurance ou de réassurance ou assimilée.

Pour ce faire, et, par dérogation aux dispositions de l'article 6 de la loi n° 17-95 relative aux sociétés anonymes, elles doivent justifier d'un **capital social** d'au moins **50.000.000 dirhams** entièrement libéré en numéraire à sa souscription. Toutefois, ce montant peut être augmenté en fonction des opérations que l'entreprise entend pratiquer : article 171 Loi et art 15 du Décret n° 2-04-355 du 2/11/2004 -. Il est à noter, par ailleurs, que tout changement de majorité, toute cession de plus de 10% des actions et toute prise de contrôle direct ou indirect supérieur à 30% du capital social doivent recueillir l'accord préalable de l'administration -art 172- ce qui suppose que ces acquisitions et prises de contrôle qu'elles ne sont pas contraires à l'intérêt général et que l'accord du ministre requiert l'envoi d'une demande pour l'accord préalable accompagnée de certains documents et informations – article 16 et 28 Décret n° 2-04-355 du 2/11/2004 pris en application de la loi 17-99 et art 6 - 7 et 9 de l'Arrêté n° 1548-05 du 10/10/2005.- ainsi que le dépôt d'un cautionnement en espèces ou en valeurs dont le montant est fixé par le ministre chargé des finances –art 166 Loi et art 10-13 Décret n° 2-04-355 du 2/11/2004.

2 - Les sociétés d'assurances mutuelles et leurs unions.

Pour les sociétés mutuelles, c'est-à-dire celles qui ne poursuivent pas un but lucratif, elles cherchent au contraire à réaliser au prix coûtant la réparation des risques entre leurs adhérents / sociétaires. Ces sociétés mutuelles qui étaient soumises au code de la mutualité institué par Dahir du 12 novembre 1963 dont les dispositions concernant le fonctionnement et la gestion technique ne sont pas conformes à celles prévues par la réglementation des assurances terrestres –loi 17-99-, sont actuellement régies par la même réglementation des assurances - fonctionnement et gestion- dès lors qu'elles réalisent de véritables opérations d'assurances.

Partant de là, le code des assurances a soumis les sociétés d'assurances mutuelles et leurs unions aux conditions d'exercice – agrément : article 165-170 et 205-223 pour les unions, aux règles de gestion – article 227-232-, aux règles comptables et statistiques – article 233-237- et aux garanties financières –articles 238-241- ainsi qu'aux règles de contrôle –article 242-288- au même titre que pour les sociétés anonymes. Il a, par ailleurs, consacré un dispositif spécifique aux sociétés d'assurances mutuelles et leurs unions de l'article 173 à 227 ; ce qui constitue une dérogation par rapport au code de la mutualité tant au niveau de la constitution qu'au niveau du fonctionnement. Il a, par ailleurs, abrogé les dispositions du Dahir du 30 Octobre 1920 sur les sociétés ou caisses d'assurances mutuelles agricoles en vertu de l'article 333/1^{er} alinéa.

Ces sociétés d'assurance mutuelles qui garantissent au profit de leurs membres, moyennant le versement d'une **cotisation fixe** ou variable le règlement intégral de leurs engagements en cas de réalisation des risques dont elles ont pris la charge et répartissent les excédents de recettes entre leurs membres, ne peuvent être à **cotisations variables** que si elle ont un caractère régional ou professionnel – article 173-. Toutefois, ces sociétés d'assurances mutuelles ne peuvent pratiquer les opérations d'assurances crédit et de caution –

art 169/1^{er}. En revanche, les sociétés d'assurances mutuelles à cotisations variables ne peuvent pas pratiquer les opérations d'assurances sur la vie –art 169/2^{ème} et, d'autre part, seules les sociétés d'assurances mutuelles à cotisations fixes, au même titre que les sociétés anonymes peuvent pratiquer les opérations assimilées prévues à l'article 160 – conformément à l'article 170. Autrement dit, les sociétés d'assurances mutuelles à cotisations variables sont expressément exclues des opérations assimilées.

Elles doivent justifier d'un nombre minimum de **sociétaires** fixé par voie réglementaire et qui ne peut être inférieur à **10.000 personnes**, à l'exception des sociétés d'assurances mutuelles qui s'engagent à adhérer à une union de mutuelles : -article 174-

Elles doivent justifier d'un **fonds d'investissement** minimum de **50.000.000 dirhams** entièrement libéré en numéraire à sa souscription. Toutefois, ce montant peut être augmenté en fonction des opérations que l'entreprise entend pratiquer : article 176 Loi et art 26 du Décret n° 2-04-355 du 2/11/2004 qui a exigé ce fonds d'établissement supérieur en cas de constitution par une union de sociétés d'assurances mutuelles.

Les **fondateurs** ou leurs **fondés de pouvoirs** doivent constater les projets des statuts par déclaration devant le greffe du tribunal de commerce territorialement compétent, qui en délivre acte : article 179.

L'inobservation des **formalités de dépôt et de publicité** entraîne la nullité de la société ou des actes, délibérations ou décisions : article 186.

Elles sont, en ce qui concerne les **conseils d'administration**, les fonctions de direction et les commissaires au compte, soumises à la loi n° 17-95 relatives aux sociétés anonymes : article 197-199. (le Dahir n° 1-95-4 du 26 Janvier 1995 portant promulgation de la loi n° 43-94 relative aux obligations comptables des entreprises

d'assurances, de réassurance et de capitalisation étant abrogé en vertu de l'article 333/10 alinéa).

De ce fait, on peut dire que le code a, pour la première fois, règlementé les sociétés d'assurances mutuelles et leurs unions en les soumettant aux mêmes règles que les sociétés anonymes (règles de gestion, comptables et statistiques, et aux garanties financières ainsi qu'aux règles de contrôle) afin de préserver les intérêts des sociétaires/adhérents –assurés et ayants droit- et de l'économie nationale.

3 - Organismes de prévoyance sociale.

Outre ces sociétés d'assurances - commerciales et mutuelles -, il faut citer les organismes publics soumis à un statut particulier et dont le fonctionnement ne relève pas de la réglementation des assurances. Toutefois, ces organismes sont soumis au contrôle de l'ACAPS dès lors qu'ils sont des organismes de prévoyance sociale. Ces organismes de prévoyance sociale qui se répartissent comme suit :

D'abord, **des mutuelles** qui servent des prestations à court terme et des allocations familiales.

Ensuite, **des régimes de retraite** qui se spécialisent dans les prestations à long terme.

Enfin, de la **C.N.S.S.** qui assure à la fois des allocations familiales soit 53,71 % et des prestations à court soit 3,18 % et à long terme soit 43,11 %, la charge des risques AT ne lui incombe pas.

4) Société Centrale de Réassurances – S.C.R. -

La création en 1960 de la S.C.R (Dahir n° 1-60-085 du 20 Avril 1960 approuvant la convention passée le 9 Mars 1960 en vue de la création de la SCR et portant obligation de cession à cette société d'une part des primes perçues par les organismes d'assurances et le Décret n° 2-60-261 du 20 Avril 1960 fixant les conditions

d'application dudit Dahir) avec la participation de l'Etat par l'intermédiaire de la C.D.G. en tant qu'établissement public de droit commercial doté de l'autonomie financière, figure parmi les entreprises privatisables en vertu de la loi du 11.4.1990.

Elle reçoit à titre de **cession obligatoire** 10 % des primes reçues par les compagnies d'assurances de la place. Elle peut aussi conclure des traités de réassurances en tant que société privée.

Voy. (Arrêté du ministre des finances et de privatisation n° 2000-05 du 10 Octobre 2005 fixant les conditions de réassurance légale obligatoire auprès de la SCR – B.O. n° 5384 du 5.1.2006), (Arrêté du ministre des finances et de privatisation n° 2001-05 du 10 Octobre 2005 relatif aux conditions d'établissement des comptes de cessions légales à la SCR – B.O. n° 5384 du 5.1.2006), (Arrêté du ministre des finances et de privatisation n° 2002-05 du 10 Octobre 2005 modifiant l'arrêté du ministre de l'économie nationale et des finances n° 367-61 du 25 Juillet 1961 relatif aux avis de cession, avis de sinistre, commissions de réassurance et participations aux bénéfices afférents à la réassurance légale concédée à la SCR – B.O. n° 5384 du 5.1.2006

A côté de ce réassureur professionnel national, 12 compagnies d'assurances sont autorisées à pratiquer la réassurance à titre accessoire.

Au delà de cette limite, les entreprises d'assurances retrouvent l'entièrre liberté pour se réassurer à l'étranger selon l'une des deux grandes formules à savoir :

- Le partage proportionnel des primes et sinistres.
- Le partage non proportionnel.

5) La Société Africaine d'assurances – AFRICA RE -

Dahir n° 1-05-05 du 23 Novembre 2005 portant promulgation de la loi n° 19-04 portant approbation, quant au principe, de la ratification

du Royaume du Maroc de l'Accord fait à Rabat le 23 Juin 1980 entre le gouvernement du Maroc et la société africaine de réassurance établissant un bureau sous régional à Casablanca, au Maroc – B.O. n° 5378 du 15.12.2005

6) Autres Assureurs :

Cas de la **S.M.A.E.X.** pour l'assurance à l'export

Cas de la COFACE pour l'assurance caution

7) L'assistance.

8) Organismes participant à la gestion de certaines opérations :

- **Fonds de garantie** dont : **D'abord**, le Fonds de garantie des accidents de la circulation –articles 133-157 Loi n° 17-99. **Ensuite**, le Fonds de garantie des AT –Décret du 13.5.1958 ainsi que le Fonds de majoration des rentes -Dahir du 9.12.1943 modifié par Décision du ministre de l'emploi en date du 4.10.1985. **Enfin**, le Fonds de solidarité contre les événements catastrophiques –article 15-67 Loi n°110-14-
- **Bureau central de tarification.**

9) Organismes liés à la profession :

- **F.M.S.A.R.**
- Comité Consultatif des Assurances (C.C.A.) article 285-288 code des assurances.

10) Les intermédiaires d'assurances.

Le code des assurances a réservé le Livre Quatre à la présentation des opérations d'assurances de l'article 289 à 330 modifié et complété, au même titre que le Décret n° 2-04-355 du 2/11/2004 et

l'Arrêté n° 2241-04 du 27/12/2004 tel qu'il a été modifié et complété par l'Arrêté n° 1119-0- du 8/6/2006 et l'Arrêté n° 2363-09 du 4/9/2009 et l'Arrêté n° 3342-11 du 14/11/2011 .

La présentation des opérations d'assurances au public peut être faite **directement** par les entreprises d'assurances (art 47 Décret n° 2-0-355 du 2/11/2004 Voy Circulaire DAPS/IA/11/17 du 20/9/2011 relative à la présentation directe des opérations d'assurances), soit **par l'entremise des intermédiaires** d'assurances dûment autorisés ou agréés (art 48-49,55 et 57 Décret Voy Circulaire DAPS/IA/05/02 du 21/3/2005 relative au stage de formation pour l'agrément d'intermédiaire d'assurances prévu par la loi n° 17-99).

Toutefois, **Barid Al Maghrib et les banques agréés** (selon l'Arrêté n° 2241-04 du 27/12/2004) ainsi que les **associations de micro-crédit** (selon Arrêté n° 2363-09 du 4/9/2009) ne peuvent présenter au public que des produits relatifs aux assurances de personnes, à l'assistance et à l'assurance crédit lorsqu'ils agissent en tant que souscripteurs de contrats pour le compte de leurs clients : articles 289-306 code des assurances.

D'autre part, et **à titre exceptionnel et, obligatoirement après avis du comité consultatif des assurances**, d'autres personnes peuvent être autorisées à présenter au public des opérations d'assurances –art 306/5° Loi 17-99 et art 1^{er}/18° Décret- tel est le cas notamment des **sociétés de financement agréées** en application de la loi n° 103-12 du 24/12/2014 –art 7/4°-. En effet, l'Arrêté du Ministre de l'économie et des finances n° 2179-11 du 21/7/2011 relatif à la présentation des opérations d'assurances par les sociétés de financement a autorisé ces sociétés agréées à présenter les opérations d'assurances « **décès** » et « **invalidité** » **adossés aux opérations de crédit et/de crédit bail** –art 1-. A cet effet, les agences proposées et les salariés responsables doivent être désignés au sein de chaque agence et agréés pour prendre en charge ces clients –art 2/2°-. De ce

fait ces sociétés sont soumises, pour l'exercice de ces activités, aux dispositions de la loi –art 297, 298, 302, 304(1 §du 2), 309, 311, 313 , 315, 316, 318 et 320) et des textes d'application.

Pour pouvoir présenter des opérations d'assurances, l'intermédiaire – personne physique ou morale, ou en qualité de société de courtage, ou encore toute autre personne autorisée à présenter les opérations d'assurances (**Barid Al Maghrib et les banques agréés, les associations de micro-crédit et les sociétés de financement agréées** en application de la loi relative aux établissements de crédit et organismes assimilés) doit être agréée par l'autorité de tutelle après avis du comité consultatif des assurances : article 304 code des assurances modifié et complété et art 47-57 du Décret n° 2-04-355 du 2/11/2004 tel que modifié et complété par le Décret n° 2-0-457 du 28/5/2009 ainsi que l'Arrêté n° 2241-04 modifié et complété.

Ces intermédiaires **conventionnels** ou **stricto sensu** sont tenus de garantir la R.C. qu'ils peuvent en courir en raison de leurs activités pour un montant au moins égal à 500.000 dirhams pour les agents et 1.000.000 dirhams pour les sociétés de courtage : article 303 code des assurances et Arrêté n° 587-11 du 9/3/2011 fixant les conditions générales type du contrat d'assurance « responsabilité civile professionnelle des intermédiaires d'assurances » .

On distingue généralement les agents et les agents généraux d'assurances – I.A.R.D ou vie, et les sociétés de courtage selon qu'ils sont liés à la compagnie –par un traité de nomination – agents – ou qu'ils agissent pour le compte de toutes les compagnies - courtiers - et en fonction de leur rémunération.

En principe, cet **intermédiaire –agent- représente une seule entreprise d'assurances et de réassurance**, mais il peut représenter, au maximum 2 compagnies d'assurances et de réassurance à condition d'obtenir l'accord de l'entreprise avec laquelle il a souscrit le premier traité de nomination : article 292-.

Lorsque l'agent d'assurances est une personne morale, celle-ci doit être constituée sous forme de S.A ou de S.A.R.L. conformément aux dispositions de l'article 295 code des assurances.

En revanche, le **courtier représente les intérêts des clients** auprès des entreprises d'assurances et de réassurance en ce qui concerne le placement des risques et, exceptionnellement, pour le compte de l'entreprise d'assurances et de réassurance lorsqu'il est autorisé à encaisser les primes à son profit. Dans ce cas, l'encaissement est libératoire pour le client que le courtier représente : article 297 code des assurances. Cependant, le courtier ne peut régler le sinistre pour le compte de l'entreprise d'assurances que sur mandat spécial : article 298 code des assurances. Ce courtier ne peut exercer l'intermédiation que sous forme de S.A ou de S.A.R.L. : article 299 code des assurances, contrairement à l'agent d'assurances qui peut exercer cette intermédiation soit en sa qualité de personne physique, soit en qualité de personne morale.

L'article 309 code des assurances parle de « **commission** » sans distinction aucune entre agent d'assurance et société de courtage ; d'où la question relative au pourcentage et au débiteur de cette commission.

11) Les démarcheurs.

Selon l'article 290 code des assurances, les entreprises d'assurances ou de réassurance ainsi que leurs intermédiaires peuvent autoriser des personnes physiques dénommés « démarcheurs » à présenter pour leur propre compte et sous leur responsabilité, les opérations d'assurances (de personnes, de biens et de responsabilité et leur réassurance ainsi que les opérations assimilées). Leur mission étant limitée à la présentation orale ou par écrit desdites opérations au domicile ou à la résidence des souscripteurs éventuels ou sur leur lieu de travail ou dans les lieux publics de manière habituelle ou

encore au conseil en vue de la souscription éventuelle à des conditions déterminées.

II - Conditions d'exercice.

On peut distinguer entre les conditions générales résultant du droit commun et les conditions particulières.

1) Formalités de constitution.

Quelle que soit la forme de ces entreprises d'assurances, elles doivent être au préalable régulièrement et valablement constituées conformément au **D.O.C.** et / ou du **Code de Commerce**, à la **loi n° 17-95 relative aux sociétés anonymes** avec des exigences particulières notamment pour le capital social ou le fonds d'investissement minimum non compris les apports en nature, selon qu'il s'agit d'une société anonyme ou d'une société d'assurances mutuelle.

S'agissant des **sociétés d'intermédiation** d'assurances, elles doivent être conformes, en outre, à la **loi n° 5-96** sur la société en nom collectif, la société en commandite simple, la société en commandite par actions, la **société à responsabilité limitée** et la société en participation, lorsqu'elle opte pour la forme de S.A.R.L.

Quant aux **entreprises autorisées à présenter** les opérations d'assurances dont Barid Al Maghrib, les banques, les associations de micro-crédit et les sociétés de financement, elles doivent être agréées en application des textes spécifiques, à savoir : la loi n° 24-96 relative à la poste et aux télécommunications pour la BAM et, la loi n° 103-12 du 24/12/2014 relative aux établissements de crédit et organismes assimilés pour les Banques, y compris les banques participatives, les associations de micro-crédit et les sociétés de financement.

2) Formalités particulières.

Ces formalités concernent d'une part, **l'agrément** – octroi ou extension, modification ou retrait – autorisant l'entreprise d'assurances, de réassurances et de capitalisation ayant satisfait à toutes les conditions requises à pratiquer à titre habituel une ou plusieurs opérations d'assurances : article 165-227 code des assurances modifié et complété par la loi n° 39-05 et n°59-13. Il s'agit du contrôle à priori et du contrôle formel ou sur pièces – **visa** – des documents et contrats destinés au public, des clauses types et des tarifs - Arrêté du ministre de l'économie, des finances, de la privatisation et du tourisme n° 1578-00 du 3.11.2000 relatif à l'agrément des entreprises d'assurances, de réassurances et de capitalisation.

Il est à préciser à cet effet, que les risques situés au Maroc, les personnes qui y sont domiciliées ainsi que les responsabilités qui s'y rattachent doivent être assurés par des contrats souscrits et gérés par des entreprises d'assurances et de réassurance agréées au Maroc, sous peine de nullité –art 162 Loi n° 17-99-. Toutefois, cette exigence a été tempérée par la loi n° 39-05 qui a apporté certaines exceptions à cette règle (qui consiste à ce que les risques/personne/responsabilités couvertes soient assurées par des contrats souscrits et gérés par des entreprises agréées au Maroc) découlant des accords de libre échange ou plutôt des **engagements souscrits dans le cadre des conventions internationales** dûment ratifiés et publiés au B.O. ou après accord préalable de l'administration lorsque la couverture d'un risque maritime/aérien ou un risque dont la souscription est obligatoire ne peut être trouvée auprès des entreprises d'assurances agréées au Maroc –art 162-168 et 170 Loi n° 39-05 et Loi n° 59-13 et art 247-2 Loi 17-99 modifiée et complétée par la loi n° 59-13.

D'autre part, du **contrôle de leur fonctionnement**, solvabilité et gestion financière ainsi que la bonne application des règles : article

227-233 Loi et art 27-28 Décret n° 2-0'-355 en ce qui concerne les **règles de gestion** ; article 233-237 Loi et art 29 Décret en ce qui concerne les **règles comptables et statistiques** ; article 238-241 Loi et art 10-53 Arrêté n° 1548-05 modifié et complété les **garanties financières** et articles 242-288 Loi et art 30-42 Décret et art 54-78 Arrêté n° 1548-05 modifié et complété pour les **règles de contrôle**. En cas de déséquilibre, le ministre peut ordonner des mesures destinées à rétablir l'équilibre de l'entreprise et en dernier ressort décider le retrait de l'agrément, le tout après avis du comité consultatif des assurances. Ces formalités sont fixées par la réglementation des assurances (art 265-275 Loi et art 43-44 Décret), y compris les textes unifiant le contrôle de l'Etat et ceux relatifs aux règles comptables des commerçants Loi No 9-88, financières et techniques.

Il est à noter, à cet effet, de préciser que le contrôle et la régulation du secteur des assurances et de la prévoyance sociale au Maroc a connu un événement majeur courant de l'année 2016, notamment par l'entrée en vigueur des dispositions de la loi n° 64-12 portant création de l'ACAPS promulguée par Dahir ° 1-14-10 du 6/3/2014 dont les missions et les attributions sont de nature à renforcer les fondamentaux du droit de l'assurance et assurer la protection des différents intérêts liés à l'industrie de l'assurance.

Sous Section Deuxième : Le souscripteur.

« Le souscripteur ou contractant est la personne physique ou morale qui **conclut le contrat** d'assurances avec l'assureur pour le compte d'une personne déterminée ou pour son propre compte et qui, de ce fait s'engage envers l'assureur pour le paiement de la prime » : article 1^{er}/41. Pour le contrat d'assurance Takaful instituée par la loi n° 59-13 modifiant et complétant la loi n° 17-99, on entend par souscripteur ou contractant, **le participant**

l'arrêté n° 1053-06 du 26/5/2006 « la personne morale ou physique, ainsi dénommée aux conditions particulières du contrat » -art 1/1° de l'annexe 1 et art 1 /2° de l'annexe 2 – et l'article 1/1° de l'arrêté n° 2003-05 du 17/10/2005 fixant les conditions générales-type du contrat d'assurance accidents du travail et maladies professionnelles. L'assurance profite à celle-ci alors même que la ratification n'aurait lieu qu'après le sinistre – article 9 code des assurances- ou encore pour le compte de qui il appartiendra. C'est **la stipulation pour autrui**. - article 9/2° et 3° code des assurances correspondant à l'article 6 de l'arrêté viziriel de 1934.

A ce titre, le souscripteur a la charge du paiement des primes conformément aux dispositions des articles 84-86 code des assurances- dans les assurances de personnes, sauf à observer que le paiement des primes dans les contrats d'assurances sur la vie est facultatif, le droit de modifier les clauses du contrat ou d'annuler l'assurance et la déclaration des risques –article 87 code des assurances. En revanche, la déclaration des aggravations du risque ainsi que celle du sinistre incombe plutôt à l'assuré lui-même.

Avant la promulgation de l'Arrêté Viziriel de 1934, la stipulation pour autrui en matière d'assurances vie trouvait son fondement dans l'article 34 et suivants du DOC. Il a donc fallu attendre l'arrêté Viziriel de 1934 pour voir banaliser ce fondement de la stipulation. L'article 6 / 2° dudit Arrêté dispose : « ... l'assurance peut aussi être contractée pour le compte de qui il appartiendra » et selon l'article 6 / 3° cette déclaration vaudra tant comme assurance au profit du souscripteur de la police que comme stipulation pour autrui au profit du bénéficiaire connu ou éventuel de ladite clause sachant que cette disposition est d'application générale et concerne aussi bien les assurances de personnes que les assurances de dommages- assurances de choses et assurances de responsabilité-

Toutefois, la notion de stipulation pour autrui est étrangère au contrat d'assurances de responsabilité dans la mesure où la victime d'un dommage ne peut avoir un droit direct à l'encontre de l'assureur puisque l'auteur responsable de dommage stipule à son profit et non au profit des victimes - tiers – et que l'assureur est tenu d'assumer les conséquences pécuniaires du fait dommageable ayant entraîné la responsabilité de l'assuré. De ce fait, l'assureur de la RC n'est tenu que si une réclamation amiable ou judiciaire est faite par le tiers lésé à l'assuré ou à l'assureur –art 61- n'est pas en droit d'opposer les déchéances lorsque les manquements de l'assuré à ses obligations sont postérieures au sinistre, à la victime et, exceptionnellement en matière des AT alors même que ces manquements sont antérieurs au sinistre- article 62/2° code des assurances - correspondant à l'article 53 AV de 1934 - contra les assurances de personnes article 9/3° code des assurances correspondant à l'art. 6 / 4° arrêté 1934-. Celle-ci tient son action directe et son droit à l'indemnisation de la loi et non du contrat d'assurances (l'assurance de responsabilité ayant pour but non l'avantage d'un tiers, mais la seule garantie de l'assuré ; la victime ne peut être considérée comme bénéficiaire d'une stipulation pour autrui et ne peut être admise à agir directement contre le promettant).

Sous Section Troisième : L'assuré.

L'assuré est une personne physique ou morale **sur laquelle ou sur l'intérêt de laquelle repose l'assurance** – article 1^{er}/44° code des assurances. Dans cette hypothèse- la plus fréquente- l'assuré souscrit en son nom et pour son compte. Il peut également être une tierce personne dans l'assurance souscrite sur la tête d'un tiers.

Par conséquent, l'assuré varie des assurances de personnes aux assurances de dommages et de RC. Ainsi en assurance RC

automobile, plusieurs personnes revêtent cette qualité, à savoir : « le souscripteur du contrat, le propriétaire du véhicule assuré et toute personne ayant, avec l'autorisation de l'un ou de l'autre, la garde ou la conduite dudit véhicule,... » art 1/2° de l'annexe 1- ou selon l'article 1/3° de l'annexe 2 CG Type contrat relatif à l'assurance RC automobile garagiste : « Le garagistes ainsi que toutes personnes pratiquant dans son exploitation et les personnes ayant la garde ou la conduite du véhicule... », y compris le garagiste qui pratique habituellement le courtage et la vente des véhicules automobiles – art 1/4-2° annexe 2-

Dans les assurances de personnes, l'assuré n'est autre que la tête assurée si elle est à la fois le souscripteur. Elle peut être assurée par un tiers, à condition, dans l'assurance en cas de décès, qu'elle ait donné son consentement par écrit avec indication de la somme assurée –idem en cas de cession ou constitution de gage ou de transfert du bénéfice du contrat souscrit sur sa tête –art 68 Loi- et que l'assuré ne soit pas mineur âgé de moins de 12 ans sous peine de nullité –art 69 Loi-. Si le mineur est âgé de 12, l'assurance ne peut être ciontractée qu'avec l'autorisation du représentant légal et le consentement dudit mineur sous peine de nullité à la demande de tout intéressé –art 70 Loi-

L'assuré, en tant que client, se répartit selon les entreprises d'assurances et de réassurance en deux grandes catégories, à savoir d'une part, les **Particuliers** (risques multirisques habitation :accidents maladie grande branche) et, d'autre part, les **Entreprises** (assurance responsabilité professionnelle/ AT et MP etc)

Sous Section Quatrième : Les tiers bénéficiaires.

Contrairement au principe de l'effet relatif des contrats consacré par l'article 228 DOC ainsi libellé : « **Les obligations n'engagent**

que ceux qui ont été parties à l'acte », les tiers ne peuvent devenir ni créanciers ni débiteurs en conséquence du contrat.

Cependant cet **effet relatif n'est pas absolu** et le contrat d'assurances en est l'illustration par excellence grâce au mécanisme de la **stipulation pour autrui**.

Par conséquent, le bénéficiaire est la ou les personnes physiques ou morales désignées par le souscripteur ou lésées pour recevoir la somme promise ou l'indemnité due par l'assureur si l'événement envisagé survient – article 1^{er}/ 39^o code des assurances- à condition toutefois de faire une déclaration de réalisation du risque dans les délais impartis et de fournir les pièces justificatives requises à l'assureur.

Cette assurance est faite au profit d'un tiers déterminé lorsque celui-ci est désigné individuellement - nominativement - et qu'aucun doute ne peut s'élever sur sa personne. Cette assurance profite donc à cette personne pour laquelle elle a été conclue alors même que l'assurance a été contractée sans mandat et que la ratification n'aurait lieu qu'après le sinistre –article 9/1^o code des assurances.

Il reste à concilier cette théorie avec le fait que le tiers n'a pas été partie au contrat, sa présence n'est d'ailleurs pas nécessaire à la validité du contrat, sa désignation non plus. La jurisprudence admet que la stipulation pour autrui **produit par elle-même tous ses effets sans que le tiers ait aucunement besoin d'intervenir** d'où les principes suivants. Ceux-ci constituent les conditions de la stipulation pour autrui en raison de l'hostilité du droit positif à l'égard de cette institution :

Premier principe : Le droit né de l'assurance sur la vie - stipulation pour autrui - au profit d'un bénéficiaire déterminé, naît en la personne du bénéficiaire dès la souscription avant toute acceptation d'où son droit de disposer du bénéfice du contrat et de le céder à un tiers si le contrat ou le stipulant le permet .

Deuxième principe : Il est censé n'avoir jamais appartenu au stipulant ou preneur d'assurance et ne fait pas partie de sa succession et le stipulant n'a plus le droit de disposer du contrat sans son consentement - réduction, rachat et avance sur contrat -

Troisième principe : Il ne peut être contesté par personne, ni par les héritiers du preneur d'assurances, ni par ses créanciers, ni par le syndic de sa faillite.

Quatrième principe : Aucun de ceux qui peuvent prétendre à un droit sur le patrimoine du preneur d'assurances n'a d'action sur le capital ou la rente de l'assurance contractée au profit d'un bénéficiaire déterminé.

Touitefois, en matière d'assurances RC, y compris de la RC professionnelle des professions libérales, la victime, en tant que tiers bénéficiaire ne dispose pas d'action directe contre l'assureur de la RC de l'auteur du dommage.

Cette information préalable s'impose également en droit étranger, en tant qu'obligation préalable à la conclusion du contrat. Toutefois, certains droits étrangers imposent en sus de cette information préalable, aux assureurs ou leurs intermédiaires d'assurances vie un devoir de conseil et de mise en garde à l'égard du client tel est le cas du code français –art L 112-2 et L 132-5.

Il est à noter que le législateur a imposé également cette obligation d'information à la souscription du contrat d'assurances et à l'occasion de chaque modification par avenant du contrat d'assurance (art 8/1° Annexe 1 et art 9/2° Annexe 2 Arrêté 1053-06 et art 8/1° Arrêté n°2003-05) ; il s'agit des mentions figurant impérativement au contrat d'assurance –art 12,13 et 14 Loi et pour les assurances vie art 71 et 88 Loi comparer pour les assurances de groupe –art 106 Loi- et les assurances en unités de compte –Arrêté n° 2240-04 relatif au contrat d'assurance- et les art 3-4 Arrêté n° 213-05 du 26/1/2005 relatif aux assurances obligatoires.

Il a enfin imposé cette information après la souscription, c'est-à-dire à l'échéance du contrat soit à la demande du souscripteur ou lors de la résiliation du contrat (Voy pour les assurances obligatoires art 4 Arrêté n° 213-05) soit lorsque cette obligatiion d'information a fait l'objet d'une clause spéciale dans le contrat (Voy pour les contrats d'assurance vie –art 72 Loi-). Dans ce cas, cette information doit avoir lieu par lettre recommandée.

Bien mieux, la loi n° 59-13 modifiant et complétant la loi n° 17-99 a, en vertu de son article 2, complété l'article 278. En effet, l'article 278-1 a prévu une sanction administrative de 5.000 dhs à 50.000 dhs à l'encontre de l'entreprise d'assurances et de réassurance qui manque de communiquer annuellement au souscripteur les informations permettant d'apprécier leurs engagement réciproques. Cette amende est de 10.000 dhs à 100.000 dhs lorsque le nombre de

souscripteurs concernés par ce défaut d'information dépasse celui fixé par l'ACAPS. Toutefois, ces sanctions ne sont prononcées par l'ACAPS que si l'entreprise contrevenante n'a pas présenté d'explications écrites dans les 15 jours de sa mise en demeure par lettre recommandée adressée par l'ACAPS.

Il est à noter, par ailleurs, que cette obligation d'information s'impose pour les **besoins de contrôle** d'où exigence de forme et des mentions obligatoires des états, des comptes-rendus, des tableaux et des documents – Loi n° 17-99 modifiée et complétée par la loi n° 39-05 du 14/2/2006 et la loi 12-09 du 29/6/2009 et loi n° 59-13 du 25/8/2016 et Décret n° 2-04-355 du 2/11/2004 modifié et complété par Décret n° 2-06-508 du 25/12/2004 modifié et complété et Arrêté du ministre des finances et de la privatisation n° 1548-05 du 10/10/2005 relatif aux entreprises d'assurances et de réassurance modifié et complété par Arrêté n° 2173-08 du 8/12/2008 et Arrêté n° 2001-05 du 10/10/2005 relatif aux conditions d'établissement des comptes de cessions légales à la société centrale de réassurance (Compte trimestriel- Relevé annuel et Compte annuel) ainsi que l'Arrêté n° 2241-04 du 27/12/2004 relatif à la présentation des opérations d'assurances qui impose aux intermédiaires la tenue de registres (des actes de production / des sinistres, réglements et sinistres), des états à adresser avant le 30 Avril (de production / des réglements) et des listes du personnel / démarcheurs ainsi que des agences de banques/Barid Al Maghrib) Voy également les différentes circulaires de l'ACAPS (ancienne DAPS)

Cet accord de volontés conduit à la **perfection du contrat** si toutefois, le client n'a pas usé de la faculté de renonciation/rétractation dans les délais de 30 jours et, obtenir la restitution de l'intégralité des sommes versées sur le contrat. Cette obligation d'information s'inscrit parfaitement dans le même ordre

d'idées que la loi n° 31-08 –Chapitre 2 Titre IV- édictant des mesures de protection du consommateur à travers l'obligation d'information et le droit de rétractation.

Cette obligation d'information et, par conséquent, cette protection de l'assuré qui souscrit une assurance pour ses besoins non professionnels s'impose également à l'assureur, aux intermédiaires d'assurance et aux autres entités autorisées à présenter les produits d'assurances à l'occasion de la **fourniture à distance d'opérations d'assurance** conformément aux dispositions de la loi 53-05 relative à l'échange électronique des données juridiques. Aux termes de l'article 5 de la circulaire DAPS les opérateurs doivent permettre aux souscripteurs d'accéder facilement aux conditions contractuelles de l'offre d'assurances et d'en prendre connaissance sur la page d'accueil de leur site électronique ou sur tout autre support de communication comportant cette offre. Ces conditions doivent être mises à la disposition des souscripteurs d'une manière permettant leur conservation et leur reproduction. L'article 6 dispose que la page d'accueil doit indiquer un certain nombre de mentions en caractères uniformes et apparents selon le type de fournisseurs dont la dénomination sociale, l'adresse, le numéro d'inscription au RC ou le numéro et la date de l'agrément selon les cas –art 6-. Lorsque la fourniture de l'opération d'assurance utilise le téléphone, l'opérateur en contact avec le souscripteur doit indiquer dès le début de la conversation sa qualité, la dénomination de l'entreprise, l'objet commercial de la communication et qu'elle a été faite à l'initiative de l'opérateur et d'autre part une procédure écrite des différents points objet de la communication doit être mise à la disposition du souscripteur –art 7-. Cette offre doit comporter un certain nombre d'indications dont le droit de rétractation et que ces informations doivent être communiquées au souscripteur de manière claire et compréhensible et adapté au support électronique utilisé.

Cette offre doit également indiquer les différentes étapes pour la souscription du contrat à distance, les langues utilisées, les modalités d'archivage du contrat électronique et les conditions d'accès, les différents choix offerts au souscripteur, son droit de confirmation ou de modification –art 8-. Préalablement à la souscription, l'opérateur doit remettre au souscripteur un exemplaire du contrat d'assurance ou de la notice d'information tel que exigé par l'article 10 Loi 17-99 modifié et complété par la loi n° 59-13. Il doit également faire parvenir au souscripteur par écrit ou sur support durable la confirmation des informations prévues à l'article 8, les modalités d'examen des réclamations et les conditions et modalités d'exercice du droit de rétractation ainsi que les conditions de résiliation –art 10. Les informations nécessaires à la conclusion du contrat sont transmises par l'opérateur par la voie électronique conformément aux dispositions de la loi 53-05, soit recueillies au moyen d'un formulaire transmis par voie électronique.

Au terme de cette formalité, il y a rencontre des deux volontés donc de l'offre –sous forme de proposition d'assurance- et de l'acceptation de l'assureur –sous forme de police ou le cas échéant de note de couverture- ; donc souscription du contrat d'assurance d'où accord des parties. Cet accord se distingue de **la prise d'effet du contrat** puisque cette prise d'effet n'est pas forcément concomitante à la formation définitive du contrat.

Nous allons mettre l'accent sur l'information préalable sachant que les autres dimensions de cette obligation d'information seront examinées à l'occasion de la preuve du contrat d'assurance et de son déroulement.

Sous Section Première : L'information préalable.

L'information préalable prend la forme d'une notice d'information que l'assureur s'oblige à remettre à l'assuré avant la souscription du contrat d'assurance. Il y décrit notamment les garanties assorties des exclusions, la prime y afférente et les obligations de l'assuré : article 10/1° code des assureurs. Cette disposition a été modifiée par la loi n° 59-13 dans son article 1^{er} ainsi libellé : « Préalablement à la souscription du contrat, l'assureur remet à l'assuré **un exemplaire du projet de contrat** comportant le prix ou **une notice d'information** qui décrit notamment les garanties assorties des exclusions, le prix y afférent et les obligations de l'assuré »

L'article 10/2° du code des assurances dispose : « La proposition d'assurance n'engage ni l'assuré, ni l'assureur ; seul le contrat constate leurs engagements réciproques.

Est considéré comme acceptée la proposition faite par lettre recommandée de prolonger ou de modifier un contrat ou de remettre en vigueur un contrat suspendu, si l'assureur ne refuse pas cette proposition dans les dix jours.....

Les dispositions du 3^{ème} alinéa ne sont pas applicables aux assurances sur la vie. »

Il ressort de cet article dûment modifié que le législateur marocain impose à l'assureur l'obligation d'information préalable soit en remettant un exemplaire du projet de contrat comportant le prix soit, tout simplement une notice d'information indiquant les exclusions et les garanties, y compris le prix y afférent et les obligations de l'assuré d'où les observations suivantes à la lumière du droit français.

En effet, les dispositions du droit marocain se distinguent de celles de son homologue français à plusieurs niveaux.

D'abord, parce que le législateur français a exigé de l'assureur de remettre un exemplaire du projet de contrat **et de ses pièces annexes** ou une notice d'information alors que le code marocain n'exige pas la remise des **pièces annexes** du contrat d'assurance.

Ensuite, parce que le législateur français - art L112-2 code assurances français -a précisé la loi applicable si celle-ci n'est pas la loi française –art L112-2 code assurances français -, les modalités d'examen des réclamations au sujet du contrat et de recours à un processus de médiation (dans les conditions prévues au Titre V du Livre 1^{er} du code de la consommation) ainsi que l'adresse du siège social ou succursal. En revanche, le code marocain n'a pas précisé ces différents éléments (la loi applicable si celle-ci n'est pas la loi marocaine) sachant que certaines indications prévues par l'article 12 et 35/3^o de la loi peuvent être interprétées dans le même sens. Il n'a pas, non plus fixé de **note type** ou **modèle** à respecter.

Enfin, si code marocain a exigé cette notice d'information sans distinction aucune entre assurances de dommages/choses et assurances RC et assurances vie ; ce qui permet de dire que les indications prévues par l'article 10 Loi sont communes à toutes les assurances préalablement à la conclusion du contrat, le code français opère expressément cette distinction. Toutefois, et par mesures de vigilance contre certaines mauvaises pratiques et/ou pratiques abusives qui sévissaient le marché français, l'Arrêté n° 2240-04 du 27.12.2004 relatif au contrat d'assurance dispose dans son article 13 que la notice d'information doit comporter au moins les indications suivantes : (le ou les garanties objet du contrat),(les exclusions et les restrictions de garantie et les déchéances),(les conditions d'octroi du rachat et de l'avance, si le contrat en prévoit),(les conditions de ravalorisation et de participation aux bénéfices),(les unités de compte servant de base au contrat),(les

modalités de calcul de la prime :cotisation),(les conséquences des fausses déclarations des risques/sinistres),(les conséquences du non paiement de la prime/cotisation),(les clauses d'arbitrage si le contrat en prévoit),(les formalités de déclaration des sinistres).

En effet, et malgré ces précisions du droit français, cette obligation légale a été interprétée avec légèreté puisque les assureurs se sont limités à lui substituer le système/procédé des **conditions générales valant note d'information**. Cette pratique a donné lieu à des demandes massives de rétractation de la part des clients et, surtout aux arrêts sanction de la cour de cassation en date du 7/3/2006 qui ont refusé d'admettre la validité de ce système étant donné le caractère d'ordre public de l'article L 132-5-I . cet article ne permet pas de renoncer à la protection légale de l'assuré/épargnant qui n'avait jamais reçu la notice d'information préalablement à la conclusion du contrat et qu'il pouvait récupérer son épargne, que la baisse des marchés financiers avait largement entamée et d'exercer son droit de rétractation quand bien même sa bonne foi n'était pas établie dès lors qu'elle n'était pas une condition de l'exercice du droit de rétractation.

Suite à cette divergence d'interprétation, le législateur français est intervenu en validant **les conditions générales valant note d'information** à condition qu'elles soient précédées d'un **encadré** inséré en début de proposition d'assurance ou de projet de contrat, indique en caractères très apparents la nature du contrat –art L 132-5-2- et qui renvoie à un arrêté du ministre chargé de l'économie, pris après avis de **l'autorité de contrôle prudentiel et de résolution - ACPR** (la forme de cet encadré ainsi que de façon limitative son contenu dont les valeurs minimales, les mécanismes de calcul des valeurs de rachat ou de transfert au terme de chacune des huit premières années ainsi que la somme des primes ou cotisations versées au terme de chacune des mêmes années).

Ainsi l'Arrêté du 21/6/1994 a introduit dans le code l'article A 132-4 qui constitue une notice type ou modèle annexé dont la forme et le contenu doivent être observés aussi bien dans la proposition d'assurance ou le projet de contrat que dans les **conditions générales valant note d'information**. Il est à préciser que les informations figurant dans cet encadré intéressent les contrats d'assurance sur la vie et les contrats de capitalisation souscrits individuellement.

Il reste à préciser si cette obligation d'information revêt-t-elle un caractère facultatif ou obligatoire sous peine de **sanction** en cas de **défaut d'information** et, par conséquent de non remise de cette notice d'information ?.

Aucune disposition expresse n'a été prévue comme c'est le cas pour le non respect de l'obligation de communiquer annuellement au souscripteur certaines informations prévue à l'article 72 puisque la loi n° 59-13 modifiant et complétant la loi n° 17-99 a prévu à cet effet une amende administrative prononcée par l'ACAPS. Toutefois, on pourrait valablement penser que le législateur –Loi n° 17-99- a sanctionné le défaut d'information dès lors qu'il a réservé le Titre IX aux sanctions –art 278-284- et art 32/8° et 9° Décret n° 2-04-355 modifié et complété par Décret n° 2-06-508 du 25/12/2007- et que les entreprises d'assurances et de réassurance qui n'ont pas procédé dans les délais impartis aux productions des pièces ou publications prescrites par la loi et textes d'application sont passibles d'une amende administrative –art 278- des sanctions disciplinaires et des sanctions pénales –art 279- ainsi que des peines de banqueroute –art 280-283-

Toutefois, le législateur n'a pas prévu de sanction dans l'intérêt du souscripteur en tant que cocontractant. En effet, la sanction la plus efficace consiste dans la faculté de rétractation avec restitution de la prime. Or cette sanction n'a été prévue que par une circulaire de

l'ACAPS, à sa&voir la Cir DAPS/EA/12/19 du 1/3/2012 relative à la **fourniture à distance** d'opérations d'assurance.

1- La proposition d'assurance.

L'offre de contracter émane du futur assuré au moyen de la proposition d'assurance, laquelle peut être retirée tant que l'assureur ne l'a pas acceptée ou lorsqu'elle n'a pas été acceptée dans le délai imparti assorti. C'est un document établi sur un imprimé mis à sa disposition par l'assureur, il comporte un **questionnaire** qui permet à l'assureur de recueillir tous les éléments d'appréciation utiles et nécessaires.

2- La note de couverture.

L'article 1^{er} /39 code des assurances définit la note de couverture comme étant le:

« Document concrétisant l'engagement de l'assureur et de l'assuré et prouvant l'existence d'un accord en attendant l'établissement de la police d'assurance. »

L'acceptation de l'assureur doit parvenir à l'assuré, soit sous forme de note de couverture, soit sous forme de lettre affirmative ou de l'envoi d'une police. Cette note de couverture constitue une **constatation provisoire d'un accord définitif** en attendant l'établissement de la police détaillée et définitive, lorsqu'il y a une proposition d'assurance dûment signée. Toutefois, la nécessité d'un contrat d'assurance ou d'un avenant n'empêche pas les parties de s'engager l'un à l'égard de l'autre par la seule remise de cette note de couverture : article 11/3° code des assurances et article 9/2° Annexe 1 et art 8/2° Annexe 2 Arrêté n° 1053-06 fixant les C.G. type des contrats relatifs à l'assurance RC Auto, d'où l'importance de la note de couverture, à condition qu'elle soit émuise au nom de l'assureur et non de son intermédiaire –art 302/1° Loi 17-99-.

En revanche, elle constitue **un simple accord provisoire** au regard de l'assureur lorsqu'il n'y a pas de proposition d'assurance dûment signée. Dans ce cas, l'acceptation du souscripteur est nécessaire peu importe qu'elle soit expresse ou implicite – paiement de prime –

Sous Section Deuxième : La prise d'effet du contrat.

En principe, le contrat d'assurance prend effet dès sa **formation définitive** et sa perfection, c'est-à-dire la prise d'effet immédiate à la remise de la proposition d'assurance. Néanmoins, et dans la perspective de parer contre toute contestation éventuelle, les polices d'assurance prévoient des aménagements ou dérogations.

L'article 12 du code des assurances dispose : « **Le contrat d'assurance, qui indique les conditions générales et particulières, est daté du jour où il est souscrit. Il prévoit notamment : le moment à partir duquel le risque est garanti et la durée de cette garantie** »

Par conséquent, l'assuré est couvert du risque garanti dès l'instant de la formation du contrat sauf clauses expresses de report de la prise d'effet. De ce fait le contrat d'assurance produit ses effets à compter de la date indiquée aux conditions particulières ou dans l'avenant – art 9/1° de l'annexe 1 et article 8/1° de l'Annexe 2 de l'Arrêté n° 1053-06 fixant les C.G. Type des contrats relatifs à l'assurance RC Auto et art 8/1° de l'Arrêté n° 2003-05 fixant les C.G.type du contrat d'assurance AT & MP

Parmi ces **clauses de report** de la prise d'effet, on citera notamment :

- Le report de la prise d'effet le lendemain à midi du jour du paiement de la première prime/cotisation/participation. Cette

éventualité est une règle impérative pour le contrat d'assurance de groupe en cas de décès et de celui couvrant des risques liés à la maladie ou à la maternité – art 14 Arrêt n°2240-04 du 27/12/2004.

- Le report de la prise d'effet le lendemain à midi du jour de la conclusion du contrat.
- La prise d'effet à une date fixe souvent pour satisfaire aux desiderata de l'assuré.

Sous Section Troisième : La preuve du contrat.

D'après l'article 10 du code des assurances, « ; seul «**le contrat**» constate les engagements réciproques » de l'assureur et de l'assuré. L'article 11 prévoit une précision notable en vertu de laquelle le document souscrit par les parties en vue d'établir le contrat d'assurance est soit «**le contrat d'assurance**» – qui comporte en outre, les clauses communes à tous les contrats dites conditions générales, les conditions particulières ainsi que les mentions essentielles exigées par la réglementation des assurances –, soit par «**l'avenant écrit**» qui constate toute addition ou modification au contrat d'assurance initial dont il fait partie intégrante, et qui ne comporte que les conditions particulières et certaines mentions essentielles.

Toutefois, lorsque certaines branches d'assurances (opération ou sous opération) sont régies par des conditions générales type (C. G. Type) dont notamment la RC Automobile (Arrêté du ministre des finances et de la privatisation n° 1053-06 du 26/5/2006 fixant les conditions générales-type des contrats relatifs à l'assurance RC automobile) et l'assurance AT & MP (Arrêté du ministre des finances et de la privatisation n° 2003-05 du 17/10/2005 fixant les

conditions générales-type du contrat d'assurance accidents du travail et maladies professionnelles), le contrat d'assurance ne peut se limiter aux seules C. G. Type ; les conditions particulières subsistent en tant que composante fondamentale de la forme dudit contrat.

L'essentiel, c'est que le contrat d'assurance doit être rédigé par écrit, en caractères apparents : article 11/1 code des assurances. Aucune forme n'est requise puisqu'il est admis d'établir la preuve, soit par acte authentique, soit par acte sous seing privé.

En revanche, « toute addition ou modification au contrat d'assurance primitif doit être constaté par un avenant écrit et signé des parties » : article 11/2° code des assurances. Toutefois, ces dispositions n'empêchent pas les parties, même avant la délivrance du contrat ou de l'avenant, de s'engager en vertu d'une **note de couverture** conformément aux dispositions de l'article 11/3°, à condition toutefois, que cette note de couverture –au même titre que les attestations d'assurance- ne soit pas établie au nom de l'intermédiaire d'assurances conformément aux dispositions de l'article 302/1-.

Ce caractère a été entériné par certains textes d'application dont essentiellement l'Arrêté du ministre des finances et de la privatisation n° 1053-06 du 26/5/2006 fixant les conditions générales types des contrats relatifs à l'assurance responsabilité civile automobile art 9 de l'annexe 1 et art 8 de l'annexe 2 pour les CGT RC Garagiste qui dispose : « **Le présent contrat est parfait dès qu'il est signé par les parties** ; l'assureur peut en poursuivre, dès ce moment, l'exécution, mais l'assurance ne produit ses effets qu'à compter de la date indiquée aux conditions particulières. Les mêmes dispositions s'appliquent à tout avenant au contrat.

Ces dispositions ne font pas obstacle à ce que, même avant la délivrance du contrat ou de l'avenant, l'assureur et l'assuré ne

soient engagés, l'un à l'égard de l'autre, par la remise d'une note de couverture. ». En revanche, l'Arrêté n° 2003-05 fixant les C. G. Type du contrat d'assurance AT & MP -art 8- n'a consacré que le premier paragraphe ce qui laisse entendre que seul le contrat ou l'avenant dûment signé par les parties permet d'envisager l'exécution des obligations réciproques des parties.

1– La police.

La police est le document qui constate **l'existence et le contenu du contrat d'assurance**, ou selon l'article 1^{er}/11[°] code des assurances : « Document matérialisant le contrat d'assurance. Il indique les conditions générales et particulières. » Cela suppose qu'il doit être signé par les parties nonobstant le silence de la loi ; l'article 10/1[°] exige qu'il soit « **rédigé par écrit** » contrairement à toute addition ou modification au contrat d'assurance qu, selon l'article 10/2[°] « **doit être constatée par un avenant écrit et signé des parties** ». Cette précision a été apportée par certains textes d'application dont essentiellement l'Arrêté n° 1053-06 du 26/5/2006 fixant les conditions générales types des contrats relatifs à l'assurance responsabilité civile automobile –art 9/1[°]- de l'annexe 1 et art 8/1[°] de l'annexe 2 pour les CGT RC Garagiste qui disposent : « **Le présent contrat est parfait dès qu'il est signé par les parties...** » Elle se présente sous la forme d'un imprimé établi par les sociétés d'assurances et de réassurance conformément aux conditions et forme exigées par le Titre VI du Livre Quatre du code des assurances et notamment, l'article 247 qui exige que les spécimens des contrats d'assurance et, le cas échéant, tous les documents à caractère contractuel ou publicitaire ayant pour objet une opération d'assurance ou de réassurance doivent être communiqués à l'autorité de contrôle pour homologation. En outre, l'article 248 investit l'autorité de contrôle de certaines prérogatives, ainsi libellé :

« L'administration peut, après avis du Comité consultatif des assurances prévu à l'article 285 ci-dessous :

- Déterminer les conditions générales-type des contrats et/ou l'usage de clauses-type de contrats relatives aux opérations visées aux articles 159 et 160 de la présente loi ;
- Fixer les clauses dont l'insertion est interdite ou obligatoire ;
- Fixer les règles de calcul actuariel applicables aux contrats d'assurances sur la vie ou de capitalisation..... »

Ces prérogatives ont été confirmées par le Décret n° 2-04-355 du 2 Novembre 2004 modifié et compété par Décret n° 2-06-508 du 25 Décembre 2007 –art 1^{er} et 4

A cet effet, plusieurs textes d'application dont notamment l'Arrêté du ministre des finances et de la privatisation n° 1053-06 du 26/5/2006 fixant les **conditions générales-type des contrats relatifs à l'assurance RC automobile** et l'Arrêté du ministre des finances et de la privatisation n° 2003-05 du 17/10/2005 fixant les **conditions générales-type du contrat d'assurance accidents du travail et maladies professionnelles** ont déterminé les exclusions d'assurance et les limitations de garantie –art 6-8 Annexe 1 et art 4-7 Annexe 2 Arrêté n° 1053-06 et art 4-6 Arrêté n° 2003-05 –, certaines indications dont la durée du contrat et la reconduction tacite –art 9 et 15 Annexe 1 et art 8 et 13 Annexe 2 et art 8 et 17 Arrêté n° 2003-05 - et les bases de calcul de la réduction ou majoration de la prime –art 19 Annexe 1 et art 17 Annexe 2 et art 15-16 et 20 Arrêté n° 2003-05-.

En revanche, l'Arrêté n° 2240-04 du 27/12/2004 relatif au contrat d'assurance s'est limité à déterminer les unités de compte servant de base aux contrats d'assurances à capital variable –art 1-2- et plus particulièrement certaines indications dont celles déjà prévues par la loi, à savoir celles prévues aux articles 12 et 13 et plus particulièrement les articles 65, 68,71,88, 89 et 99 –art 5 et- ou la

tacite reconduction –art 6-, la ventilation de la prime par risque –art 7-, la valeur de rachat jugée isuffisante et l'obligation de restituer la provision mathématique en cas de résiliation –art 9-, l'obligation d'informer l'assuré en cas de chute brutale de la valeur d'une ou de plusieurs unités de compte –art 10-, le montant des chargement et le mode de financement –art 11-, la répartition des bénéfices entre contrats et le taux de participation aux bénéfices –art 12-, ,es indications de la notice d'information –art 13- et la date de prise d'effet –art 14-

A) Règles de rédaction.

Ces règles sont les suivantes :

- La police doit être rédigée en **caractères apparents** –article 11 code des assurances.
- Les clauses relatives aux nullités, aux déchéances et à la durée du contrat doivent être rédigées en **caractères très apparents** – article 14 code des assurances. Ces déchéances ne sont pas opposables aux victimes ou à leurs ayants droit, **sauf si** la déchéance résulte de la suspension de la garantie pour non paiement de prime ou de cotisation –art 125 en matière d'assurance automobile et art 116 en matière d'assurance chasse- ou si les dommages ont été causés intentionnellement par les personnes dont l'assuré est civilement responsable alors même qu'il y a exclusion générale de la garantie –art 4/d Annexe 1 et Annexe de l'Arrêté n° 1053-06 du 26/5/2006 fixant les conditions générales types des contrats relatifs à l'assurance responsabilité civile automobile.
- Certaines mentions doivent être rédigées à la **première page** dont notamment : 1) la dénomination sociale, adresse du siège de l'entreprise d'assurances et de réassurance et son numéro d'inscription au RC –art 12 Loi 17-99- ainsi que le nom et

adresse de l'agent d'assurances et l'entreprise d'assurance apéritrice du contrat et la quote part de chaque coassureur etc. - article 5 Arrêté n° 2240-04 du 27.12.2004 relatif au contrat d'assurance. 2) le numéro et la date du BO dans lequel a été publié l'arrêté fixant les conditions générales type lorsqu'une opération ou catégorie d'opération d'assurances a donné lieu à l'élaboration de conditions générales types –art 6 arrêté 2240 du 27.12.2004- 3) l'avis de paiement des primes/cotisations comportant la date d'échéance et le montant à acquitter lorsque le contrat comporte une clause de tacite reconduction –art 7 arrêté 2240-04 et art 9 et 10 de l'Arrêté n° 2003-05 du 17/10/2005 fixant les conditions générales type du contrat d'assurance accidents du travail et maladies professionnelles- 4) la ventilation des primes par risque ou groupe de risques de manière à permettre d'appliquer les dispositions de la loi 17-99 , à savoir 21 (défaut de paiement de la prime), 86 (formalités et sanctions en cas de défaut de paiement de la prime dans les assurances sur la vie et capitalisation), 89 (le rachat du capital ou de la rente), 120 (refus d'assurer une personne assujettie à l'obligation d'assurance RC auto) et 267 (retrait d'agrément et survie de certains contrats d'assurances qui restent régis par les conditions générales et particulières jusqu'à publication au BO de l'acte administratif décistant de la suite à donner à ces contrats) – art 8 Arrêté 2240-04 et art 9/7 et sts Arrêté n° 1053-06 du 26/5/2006 fixant les conditions générales types des contrats relatifs à l'assurance responsabilité civile automobile et art 8/7 et sts pour les CGT RC Garagiste qui renvoient à l'Arrêté 2240-04-, la durée du contrat et lorsque celle-ci est supérieure à un an, elle doit être rédigée en caractères très apparents (A défaut, le contrat est réputé souscrit pour une année) et rappelée également en caractères très apparents par une mention figurant au dessus de la signature du souscripteur (a défaut de cette

mention, le souscripteur peut résilier le contratsans indemnité, chaque année, moyennant un préavis de trente jours) –art 9 Arrêté 1053-06- 6) – plusieurs mentions spécifiques au contrat d'assurance sur la vie ou de capitalisation dont les cionditions de réduction du capital ou de la rente –art 88 code-, le montant à partir duquel la valeur de rachat est suffisante/insuffisante pour la réduction du capital ou de la rente en cas cessation du paiement des primes –art 9/1 Arrêté 2240-04- et la provision mathématique en cas de résiliation du contrat –Art 9/2 Arrêté 2240-04-, le mode de financement des chargemens de gestion et doivent être libellésen montant ou calculés en pourcentage des primes ou cotisations, des provisions mathématiques, du capital ou rente garantie ou de valeur de rachat –art 10 Arrêté 2240-04-, la répartition entre les contrats des bénéfices techniques et financiers réalisés au titre de ces contrats et le taux de participation qui ne peut être inférieur à 70% ainsi que le mode d'attribution de cette participation –art 11 et 12 Arrêté 2240-04- 6) la date de la valeur liquidative des unités de compte servant de base aux contrats d'assurances à capital variable –art 2 Arrêté 2240-0- 7) pour le contrat d'assurance de groupe doit prévoir qu'il ne peut entrer en vigueur que le lendemain à midi du versement de la première prime ou cotisation, le mode de calcul de la prime ou cotisation –art 14 arrêté 2240-04- et les mécanismes régissant les droits de l'adhérent en cas de cessation de son adhésion –art 15 Arrêté 2240-04-

- Il est à noter, par ailleurs que que l'arrêté n° 213-05 du 26/1/2005 relatif aux assurances obligatoires a précisé la couleur des attestatioons d'assurances en fonction de leur usage, à savoir : tourisme/**jaune** – transport public vopyageurs/**gris clair** – transport marchandises/**bleu clair** –véhicules à 2 ou 3 roues/**vert clair** – divers/**blanc** – garagiste/**marron clair** –

attestation provisoire/**rose** –assurance aux frontières/**violet clair** –art 2-

- En revanche, aucune disposition du code, de son décret d’application et de ses arrêtés n’a expressément exigé l’utilisation de la langue arabe. Toutefois, on pourrait déduire cette exigence à partir de la formule adoptée par l’article 2/1° de l’arrêté du ministre des finances et de la privatisation n°213-05 du 26.1.2005 relatif aux assurances de dommages B.O. n° 5292 ainsi libellé :

« Les attestations d’assurances doivent être établies conformément aux modèles annexés au présent arrêté (annexes 1 à 8) et selon les couleurs suivantes.... »

En effet, tous ces modèles –dont : **D’abord**, les attestations d’assurance obligatoire des véhicules terrestres à moteur quel qu’en soit l’usage au nombre de 8 et, **Ensuite**, les états des charges techniques d’exploitation/des sinistres payés et provisions pour sinistres à payer/des provisions techniques /des détails des placements et, **Enfin**, des tableaux statistiques par exercice/éléments d’actifs- sont rédigés en langue arabe et comporte une traduction en langue française.

Il est vrai que cette solution ne concerne que les assurances de dommages et, particulièrement les assurances automobiles –Arrêté n° 213-05 du 26/1/2005 relatif aux assurances obligatoires. Cette technique des modèles annexes rédigés en langue arabe et comportant une traduction en langue française a été adoptée par l’Arrêté du ministre des finances et de la privatisation n° 2001-05 du 10/10/2005 relatif aux conditions d’établissement des comptes de cessions légales à la Société centrale de réassurances. Elle a été également adoptée par l’Arrêté n° 1548-05 du 10/10/2005 relatif aux entreprises d’assurances et de réassurance (attestation Titres et Espèces) ; ce qui correspond à la situation sous l’empire de

l’ancienne réglementation, ces mentions étaient rédigées en « **arabe** » et « **au recto** » de la première page.

En revanche, certains modèles et documents sont rédigés soit en Français (ca de l’Arrêté n° 2241-04 du 27/12/2004 relatif à la présentation des opérations d’assurances), soit en Arabe (Cas des textes d’application de la loi 18-12) sans aucune traduction.

- S’agissant du nombre d’exemplaires du contrat d’assurance ou avenant, aucune disposition du code, de son décret d’application et des arrêtés relatifs au contrat d’assurance dont notamment l’Arrêté n° 2240-04 du 27/12/2004 n’a tranché cette question. Cette précision a été donnée par l’Arrêté n° 2017-10 du 12/7/2010 modifiant et complétant l’Arrêté n° 2240-04 puisqu’il qu’il a exigé que « tout contrat d’assurance ou avenant est établi en 2 exemplaires au moins, signés par les parties dont un est remis au souscripteur ». Cette exigence rejoint le principe selon lequel le contrat doit être fait en autant d’exemplaires qu’il y a de parties, y compris l’agent intermédiaire.

B) Mentions obligatoires de la police.

Ces mentions sont exigées, aussi bien par le code des assurances – article 12-14 tel qu’il a été modifié et complété par la loi n° 59-13- que par le Décret n° 2-04-355 du 2 Novembre 2004 -article 4 sachant, par ailleurs, que l’article 1^{er}/15^o dispose que le ministre chargé des finances est habilité à (déterminer les conditions générales type des contrats et/ou l’usage des clauses-type des contrats relatives aux opérations d’assurances, y compris les opérations assimilées) et (fixer les clauses dont l’insertion aux contrats d’assurance est interdite ou obligatoire)- et par l’Arrêté n°

2240-04 du 27.12.2004 relatif au contrat d'assurance B.O. n° 5292 – article 5 et 6 tel qu'il a été modifié et complété.

L'article 12 du code des assurances **énumère les indications** suivantes :

- Les noms et domiciles des parties contractantes ;
- La date de la souscription du contrat ;
- La nature des risques garantis ;
- La chose ou la personne assurée ;
- Le point de départ et la durée de la garantie ;
- Le montant de la prime ou de la cotisation ;
- Le montant de la garantie ;
- La condition d'acquisition tacite reconduction si elle est prévue.
- Les cas et conditions de prorogation ou de résiliation du contrat ou de cessation de ses effets.
- La déclaration des risques et des autres assurances lors de la souscription.
- Les conditions et modalités de la déclaration des sinistres.
- Les délais de paiement de l'indemnité, du capital ou de la rente.
- La procédure et les règles relatives à l'estimation des dommages pour la détermination de l'indemnité pour les assurances autres que la RC.
- Les modes de rémunérations de l'entreprise d'assurances et de réassurance au titre de la gestion du compte Takaful et le montant de cette rémunération.
- Les modalités de répartition des excédents techniques et financiers entre les participants.
- Les conditions relatives aux placements de l'entreprise en ce qui concerne le compte Takaful.

L'article 13 prévoit, quant à lui, 2 mentions essentielles, à savoir :

- Le rappel de la règle proportionnelle lorsqu'elle **n'est pas applicable** de plein droit ou écartée par une stipulation expresse ainsi que les dispositions portant sur la prescription des actions dérivant du contrat d'assurance –article 13/1° modifié par la loi n° 39-05-
- Les conditions de **résiliation à la suite du retrait de l'agrément**. Cette résiliation devient effective le 20^{ème} jour, à midi, à compter de la publication **de la décision de l'Autorité portant retrait d'agrément au B.O conformément à l'article 267 de la présente loi** – article 13/2° code assurances modifié par la loi n° 59-13.

Enfin, l'article 14 prévoit d'indiquer en caractères très apparents, sauf dispositions spéciales pour les assurances de responsabilité

- Les clauses édictant des nullités, des déchéances, des exclusions ou de non-assurance – dans les conditions générales – . Ces exclusions doivent, selon l'article 125 Loi en matière d'assurance obligatoire automobile, lorsqu'elles sont prévues, figurer dans les conditions générales du contrat.

Il est à noter, par ailleurs, que le contrat d'assurance sur la vie doit, aux termes de l'article 71 loi, indiquer, outre les indications mentionnées aux articles 12 et 13, les énonciations suivantes : le nom et date de naissance de la tête assurée, du bénéficiaire s'il est désigné, l'événement ou le terme duquel les sommes assurées sont exigibles, les conditions de rachat et des avances et les conditions de réduction du capital ou de la rente garanti conformément aux articles 86 à 88 Loi n° 17-99 telle qu'elle a été modifiée et complétée par la loi n° 59-13.

D'autres énonciations s'imposent lorsque les contrats d'assurance sur la vie sont à capital variable dont notamment la précision des

unités de compte qui servent de valeur de référence pour la détermination du capital/rente, de la prime et la provision mathématique exprimés totalement ou partiellement en unités de compte approuvées par l'assuré ou en plusieurs unités de compte dans les mêmes proportions—art 98-99 Loi 17-99 telle qu'elle a été modifiée et complétée par la loi n° 59-13-, sachant que le Décret n° n° 2-04-355 du 2 Novembre 2004 tel qu'il a été modifié et complété par le Décret n° 2-06-508 -article 1^{er}/1^o et 2^o: dispose que le ministre chargé des finances est habilité à : (Fixer la liste des valeurs mobilières et des titres prévue à l'article 98 de la loi n° 17-99 précitée) et (Fixer les conditions d'évaluation des unités de compte , arrêter les dates de leurs valeurs liquidatives et à fixer la valeur liquidative pour les valeurs et titres non cotés en bourse) et article 1^{er}/15^o-3 et 4 : (Fixer les règles de calcul actuariel applicables aux contrats d'assurance sur la vie et de capitalisation) et (Fixer les critères de détermination des primes pures des opérations d'assurances autres que l'assurance vie et la capitalisation) -. L'Arrêté n° 2240-04 du 27.12.2004 relatif au contrat d'assurance B.O. n° 5292 exige également d'indiquer dans ce contrat les frais de prélèvement de chargements de gestion et/ou d'acquisition en montant ou en pourcentage et le mode de financement de ces chargements, la répartition entre les contrats des bénéfices techniques et financiers, le taux de participation des assurés aux bénéfices et le mode d'attribution de cette participation – article 11 et 12.

- L'interdiction de toute clause interdisant à l'assuré de mettre en cause son assureur ou de l'appeler en garantie à l'occasion de règlement de sinistre –article 19/2 Loi-;

L'arrêté du ministre des finances et de la privatisation n° 2240-04 du 27.12.2004 relatif au contrat d'assurance B.O. n° 5292 du 17.2.2005 énumère quant à lui les indications suivantes :

- La dénomination sociale, adresse du siège de l'entreprise d'assurances et de réassurance et son numéro d'inscription au RC –art 5/1^o Arrêté n° 2240-04 du 27.12.2004 relatif au contrat d'assurance- ainsi que le nom et adresse de l'agent d'assurances- art 5/2^o Arrêté n° 2240-04 du 27.12.2004 relatif au contrat d'assurance- et l'entreprise d'assurance apéritrice du contrat et la quote part de chaque coassureur -article 5/3^o Arrêté n° 2240-04 du 27.12.2004 relatif au contrat d'assurance.
- Le numéro et la date du BO dans lequel a été publié l'arrêté fixant les conditions générales type lorsqu'une opération ou catégorie d'opération d'assurances a donné lieu à l'élaboration de conditions générales types –art 6 arrêté 2240 du 27.12.2004-
- L'avis de paiement des primes/cotisations comportant la date d'échéance et le montant à acquitter lorsque le contrat comporte une clause de tacite reconduction –art 7 arrêté 2240-04 et art 9 et 10 de l'Arrêté n° 2003-05 du 17/10/2005 fixant les conditions générales type du contrat d'assurance accidents du travail et maladies professionnelles-.
- Les conditions et modes de déclaration de sinistre, au mode d'estimation de sinistre ainsi qu'aux conditions de résiliation du contrat en cas de sinistre.
- En cas de garantie de plusieurs risques, la ventilation de la prime par risque ou groupe de risques : article 8 Arrêté.
- La valeur de rachat et la valeur mathématique : article 9 Arrêté.
- Le contrat d'assurance sur la vie ou de capitalisation à capital variable – cas de la chute brutale de la valeur de l'unité de compte : article 10 Arrêté.-, -cas du prélèvement des frais de

chargement de gestion et/ou d'acquisition par l'assureur et le mode de financement de ces chargements : article 11 Arrêté-, -cas de la répartition entre les contrats des bénéfices techniques, le taux de participation des assurés aux bénéfices et le mode d'attribution de cette participation : article 12 Arrêté-, -cas des mentions essentielles de la notice d'information : article 13 Arrêté-, -cas de la date d'entrée en force du contrat d'assurance de groupe et le mode de calcul de la prime ou cotisation : article 14 Arrêté- et –cas des droits des adhérents ne faisant plus partie du contrat de groupe : article 15 Arrêté-.

C) Forme de la police.

D'après l'article 15 du code des assurances, la police d'assurance peut être :

- A personne dénommée ;
- A ordre ;
- Au porteur (sauf en matière d'assurance sur la vie – article 73 code des assurances- où il doit, à peine de nullité, être daté, indiquer le nom du bénéficiaire de l'endossement et être signé de l'endosseur. Autrement dit, il doit être à ordre)

Si la police à ordre est transmise par la **voie de l'endossement** même en blanc conformément aux articles 167 à 173 relatives à la lettre de change du code de commerce – loi n° 15-95-, la police au porteur se transmet par **tradition**.

Il est à noter, par ailleurs, que le contrat d'assurance peut être donné en gage soit par avenant, soit par endossement à titre de garantie s'il est à ordre, soit par acte soumis aux formalités de l'article 1195 DOC conformément aux dispositions de l'article 78 Loi 17-99-.

2- L'avenant.

Aux termes de l'article Premier/42° code assurances, l'avenant est : l' «**accord additionnel entre l'assureur et l'assuré modifiant ou complétant une police d'assurance dont il fait partie intégrante** »

Il en découle que l'avenant est le mode de **preuve normal des modifications** apportées au contrat d'assurance en cours pour mieux l'adapter aux circonstances nouvelles conformément aux dispositions de l'article 11 codes des Assurances. Pour ce faire, et selon l'article 11/2° : « Toute addition ou modification au contrat d'assurance primitif **doit être constaté par un avenant écrit et signé des parties** »

Il prend souvent la forme d'un **intercalaire**, qui prend corps avec la police et est soumis aux mêmes règles de forme que la police –art 9/1 Annexe 1 et(art 8/ Annexe 2 Arrêté 1053-06- et art 8/1 Arrêté n° 2003- 05. La police reste applicable sur tous les points non modifiés.

Cependant, rien n'empêche les parties de constater ces modifications par une simple lettre recommandée– à l'exception des modifications portant sur l'objet du contrat initial qui nécessitent l'accord exprès de l'assureur au même titre que la proposition d'assurance – tel est le cas de l'accord par avenant, avant la vente du véhicule, du transfert de la garantie sur un autre véhicule de l'assuré : art 12/3° Annexe 1 Arrêté n° 1053-06- contrairement à la position adoptée par l'article 10/3° code des Assurances. **Le silence de l'assureur pendant le délai de dix jours de la date de réception de la proposition de modification** faite par lettre recommandée entraîne l'entrée en vigueur de la **modification** ou la remise en vigueur d'un contrat suspendu et **son opposabilité à l'assureur**. En revanche, l'opposabilité de l'avenant aux tiers est subordonnée à son enregistrement. Ces modifications peuvent être l'œuvre de l'assuré ou de l'assureur.

Les modifications proposées par l'assuré peuvent s'inscrire dans le cadre de l'accord préexistant – la reconduction expresse du contrat, la remise en vigueur du contrat suspendu conventionnellement (non compris la suspension de la garantie pour non-paiement de la prime)- ou concerner l'objet même du contrat initial - adjonction d'une garantie nouvelle, modification du risque ou risque précédemment refusé –

Les modifications proposées par l'assureur répondent le plus souvent à un **souci de normalisation**, d'où changement de la police – augmentation de garanties (nouvelles garanties) contre paiement d'une prime conséquente, la diminution de la garantie (nouvelle clause d'exclusion)

Enfin, cette modification s'impose de plein droit et doit être sanctionnée par un nouvel accord des parties –art 4 Arrêté Arrêté n° 2003- 05- si les modifications apportées aux dispositions légales ou réglementaires entraînent pour l'assuré une aggravation de charges garanties

SECTION QUATRIEME : EXTINCTION DU CONTRAT

Le contrat d'assurance est un contrat qui s'inscrit dans la durée. Dès lors se pose la question de déterminer la durée pendant laquelle les parties seront liées, les possibilités de sa reconduction tacite ou expresse et, enfin les modes et modalités de son extinction.

Ces différentes questions relèvent de la volonté des parties dans les limites prévues par la réglementation des assurances.

Sous Section Première : Durée du contrat.

L'article 1^{er}/38^o du code des assurances définit « la durée du contrat » comme étant la : « **durée des engagements réciproques de l'assureur et de l'assuré dans le cadre du contrat d'assurance.** »

Les dispositions relatives à la durée du contrat d'assurance sont fixées par le code des assurances – article 6-8 et 12 et par l'arrêté n° 2240-04 du 27.12.2004 relatif au contrat d'assurances tel qu'il a été modifié et complété ainsi que par l'arrêté du ministre des finances et de la privatisation n° 1053-06 du 26.5.2006 fixant les conditions générales types des contrats relatifs à l'assurance responsabilité civile automobile B.O. n° 5436 du 6.7.2006 et par l'Arrêté n° 2003-05 du 17/10/2005 fixant les C.G. Type du contrat d'assurance AT & MP dans son article 8

On citera notamment les points suivants :

1-- La durée du contrat doit être fixée dans la police (article 6-8 et 12/4^o code assurances) au moins une fois peu importe qu'elle figure dans les conditions générales ou dans les conditions particulières dans les limites prévues à l'article 6 de l'arrêté n° 2240-04 et l'article 9 Annexe I et article 8 Annexe II de l'arrêté n° 1053-06, c'est-à-dire que chacune des parties a le droit de se retirer à l'expiration d'une période de 365 jours à compter de la date d'effet du contrat sous

réserve d'en informer l'autre partie, dans les formes prévues à l'article 10, avec un préavis de 30 jours.

Toutefois, la durée du contrat peut être supérieure à un an. Dans ce cas, elle doit être rédigée en caractères très apparents et rappelée en caractères très apparents par une mention figurant au dessus de la signature du souscripteur : article 6/2^o code assurances et article 9/4^o Annexe I et article 8/4^o Annexe II arrêté n° 1053-06. A défaut de

mention de durée ou de sa mention en caractères très apparents, le contrat est réputé souscrit pour une année : article 6/4° code assurances et article 9/6° Annexe I et article 8/6° Annexe II arrêté n° 1053-06.

La sanction de l'inobservation de cette indication obligatoire n'est pas la nullité du contrat, mais **l'inopposabilité de cette clause à l'assuré**. Celui-ci peut résilier le contrat, sous réserve de certaines conditions dont le préavis, et sans indemnité –article 6/3° et 4° code des assurances. L'article 6/3° au même titre que l'article 9/5° Annexe I et article 8/3° Annexe II arrêté n° 1053-06 et art 8/3° Arrêté n° 2003-05 dispose : « **A défaut de cette mention, le souscripteur peut, nonobstant toute clause contraire, résilier le contrat sans indemnité chaque année, à la date anniversaire de sa prise d'effet, moyennant un préavis de trente (30) jours.** »

Par conséquent, la durée du contrat peut être **déterminée** – règle générale – ou **indéterminé**. L'intérêt de cette distinction réside d'abord, dans la **faculté de résilier** le contrat qu'accorde le législateur aux parties. Ensuite, dans la possibilité de considérer le contrat comme valablement souscrit pour une année seulement conformément aux dispositions de l'article 6/4° code des assurances au même titre que l'article 9/6° Annexe I et article 8/6° Annexe II arrêté n° 1053-06 et article 8/4° Annexe II arrêté n° 1053-06 et art 8/4° Arrêté n° 2003-05 ainsi libellé : « **A défaut de mention de durée ou lorsque celle-ci n'est pas mentionnée en caractères très apparents, le contrat est réputé souscrit pour une année.** »

2) La durée mentionnée en caractères très apparents.

L'article 6/2° - prescrit que : « **Lorsque la durée du contrat est supérieure à un an, elle doit être rappelée en caractères très apparents par une mention figurant au dessus de la signature du souscripteur. Cette clause doit être rappelé dans chaque contrat.** » de manière à attirer rigoureusement l'attention de

l'assuré et, par conséquent, d'éviter toute contestation. Bien mieux, l'article 9/6° Annexe I et article 8/6° Annexe II arrêté n° 1053-06 et art 8/4° Arrêté n° 2003-05 n'a pas seulement exigé de rappeler la mention de cette durée en caractères très apparents comme l'a fait l'article 6/4° du code, mais il a également exigé de rédiger cette mention –durée- en caractères très apparents.

De ce fait, aucune formule ambiguë et imprécise ne peut remplacer cette indication obligatoire (telle que la formule de «**durée statuaire** ») d'où son inopposabilité à l'assuré.

Par ailleurs, le législateur a comblé la lacune de l'AV de 1934 relative à l'endroit où doit figurer cette mention, puisque l'article 6/2° code des assurances article 9/4° Annexe I et article 8/4° Annexe II arrêté n° 1053-06 précise qu'elle doit figurer au-dessus de la signature du souscripteur.

3) La tacite reconduction.

L'expiration normale de la durée du contrat d'assurance présente des inconvénients aussi bien pour l'assureur – perte de la gestion d'un contrat – que de l'assuré – se trouver sans garantie à son insu ou par négligence – d'où la technique de la clause dite «**tacite reconduction** ». Cette clause est prévue par la réglementation des assurances – article 7 et 12/7° code des Assurances et article 7 arrêté n° 2240-04 et art 8/5°-7° Arrêté n° 2003-05 et article 9/7° à 9° Annexe I et article 8/7° à 9° Annexe II arrêté n° 1053-06 (sachant que l'article 9/9° Annexe 1 et art 8/9° Annexe 2 renvoie à l'application de l'article 7 Arrêté n° 2240-0 qui exige de stipuler dans les conditions particulières que l'assureur doit aviser l'assuré ou la personne chargée du paiement de la prime ou cotisation, de la date d'échéance et du montant dont il est redevable, dans le délai convenu au contrat et ce, avant chaque échéance) et. L'article 7 code des Assurances dispose : « Lorsque les parties conviennent de la prorogation du contrat par tacite reconduction, elle doit être

spécifiée dans le contrat. Le contrat doit également mentionner que la durée de chacune des prorogations successives du contrat par tacite reconduction ne peut, en aucun cas, être supérieure à une année. » d'où les éléments suivants :

A- Conditions.

- L'existence d'un contrat à durée déterminée ;
- L'expiration normale du contrat ;
- L'insertion, dans les conditions particulières, d'une clause expresse prévoyant la tacite reconduction. En revanche, l'accord tacite des parties rend la reconduction facultative puisque l'une des parties peut s'y opposer expressément.
- L'assureur doit aviser l'assuré ou la personne chargée du paiement des primes ou cotisations de date d'échéance et du montant, dans le délai convenu au contrat et ce, avant chaque échéance : article 7 arrêté n° 2240-04.

B- Effets.

- Le renouvellement du contrat pour une période d'un an au maximum –renouvelable indéfiniment par le jeu de la clause.
- La formation d'un nouveau contrat, la date du contrat devient celle de la reconduction.

Sous Section Deuxième : L'extinction du contrat.

Les parties au contrat d'assurance peuvent **mettre fin au contrat avant la date de son expiration normale** par application des dispositions de droit commun – article 230 et 393 D.O.C. Cependant, cette extinction par la volonté unilatérale – **résiliation** – produit automatiquement ses effets dès lors que les conditions de

forme imposées par la réglementation des assurances ont été respectées.

Par ailleurs, la réglementation des assurances, régissant tant le contrat d'assurance lui-même que les entreprises d'assurances, de réassurances et de capitalisation, prévoit un certain nombre de cas d'extinction. Elle en donne la définition suivante dans son article 1^{er} / 34^o : « **Cessation anticipée d'un contrat d'assurance à la demande de l'une ou l'autre des parties, ou de plein droit lorsqu'elle est prévue par la loi.** »

En effet, les cas de résiliation peuvent avoir lieu soit de plein droit soit laissés à l'entière appréciation des parties ou de l'une d'entre elles sont ordonnés ou prévus par l'effet de la réglementation des assurances.

1) Extinction de plein droit.

Les cas d'extinction de plein droit selon le code des assurances sont les suivants :

A-- Le retrait total de l'agrément accordé à une entreprise d'assurances – article 265 et 279/6^o code des assurances. Dans ce cas, et aux termes de l'article 267, tous les contrats souscrits cessent de plein droit d'avoir effet et les primes afférentes à la période allant du jour de la résiliation (20^{ème} jour à midi de la date de la publication au B.O. de l'arrêté prononçant le retrait) à l'échéance du contrat sont remboursées à l'assuré. Autrement dit, il y a application du principe de **divisibilité de la prime**. Toutefois, certaines assurances – vie et capitalisation, acquisition d'immeubles par constitution de rentes viagères, assurances maritimes et assurances crédit ou caution – demeurent régies par leurs conditions générales et particulières jusqu'à publication dudit acte au B.O.

B-- Liquidation des biens ou règlement judiciaire de l'entreprise d'assurances – article 27/3° puisque « le contrat prend fin trente (30) jours après la déclaration de la liquidation judiciaire, sous réserve de l'article 96 ci-dessous. L'assuré peut réclamer le remboursement de la prime payée pour le temps où l'assurance ne court plus » et article 268 code des assurances. Toutefois, « la liquidation d'une entreprise d'assurance et de réassurance ne peut entraîner aucune réduction des engagements contractés par les réassureurs préalablement à cette liquidation. » : article 275 code des assurances, sauf à observer les dispositions relatives à la banqueroute : articles 280-284 code des assurances.

C-- La réquisition de la propriété de la chose assurée. Toutefois, l'assuré a le droit de demander à l'assureur que la suspension du contrat soit substituée à la résiliation ou à la réduction de l'étendue du contrat d'assurance relatif à cette chose : article 33 code des assurances.

D-- La perte totale de la chose assurée résultant d'un événement non prévu par le contrat d'assurance – article 46 code des assurances– d'où application du principe de la divisibilité de la prime.

2- Extinction invoquée par les parties.

La faculté de résilier le contrat en général – article 230 et 393 D.O.C.- ou du contrat d'assurance en particulier – article 6 code des assurances– accordée à l'assuré et à l'assureur est ouverte dans les cas suivants :

A- Cas invoqués par l'un ou l'autre.

On peut identifier **quatre cas**, à savoir :

a) L'aliénation de la chose assurée. Dans ce cas, la faculté de résilier est accordée aussi bien à l'assureur – ne désire pas garantir le nouveau propriétaire – qu'à l'assuré – désire s'adresser à un autre assureur – – article 28 code des assurances– Cette résiliation s'impose à l'assureur alors même que l'acquéreur ne lui a pas notifié le transfert. Un délai de quatre vingt-dix (90) jours à dater du jour où l'attributaire définitif des objets assurés aura demandé le transfert du contrat en son nom. Toutefois, en cas d'aliénation d'un véhicule terrestre à moteur non lié à une voie ferrée ou de ses remorques ou semi-remorques, peu importe qu'il soit immatriculé ou non, la résiliation prend effet respectivement à la date de l'immatriculation au nom du nouveau propriétaire ou huit jours après le jour de la cession conformément aux dispositions de l'article 29/1°.

b) Cas du décès de l'assuré – cette faculté est accordée à l'assureur et aux héritiers : article 28 code des assurances.

c) Cas de changement de la situation de l'assuré –de domicile, de situation matrimoniale, de profession, de liquidation des biens ou règlement judiciaire de l'assuré : article 27 code des assurances

d) Cas de résiliation périodique du contrat tous les dix ans dans les assurances sur la vie et tous les deux ans dans les assurances de responsabilité – article 6 code des assurances.

B- Cas invoqués par l'assureur.

On peut identifier **quatre cas**, à savoir :

a) Cas de non-paiement des primes – article 21- 23 code des assurances.

b) Cas d'aggravation du risque non déclarée par l'assuré – article 24-25 code des assurances.

c) Cas d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration du risque à la souscription ou en cours du contrat, mais avant tout sinistre, dont la mauvaise foi n'est pas établie – article 30 et 31 code des assurances.

d) Cas de sinistre, si une clause du contrat le prévoit expressément – article 26 code des assurances. Cependant, cette résiliation ne peut prendre effet que dans le délai de trente (30) jours à compter de la réception de la notification du sinistre par l'assuré. Toutefois, l'assureur qui, malgré la connaissance du sinistre, a accepté la prime ou cotisation ou une fraction venue à échéance, ne peut plus se prévaloir de ce sinistre pour résilier le contrat. Il ne peut pas, non plus se prévaloir de ce sinistre, en matière d'assurance R.C. automobile visée à l'article 120 code.

C- Cas invoqués par l'assuré.

Ces cas sont au nombre de **deux**, à savoir :

a) Cas de diminution du risque pendant le contrat, si l'assureur refuse de réduire la prime en conséquence : article 25 code des assurances.

b) Cas de résiliation par l'assuré d'un autre contrat après sinistre. Le droit à cette riposte est reconnu par l'article 26/3° code des assurances. Celle-ci doit figurer dans la police et être invoquée par l'assuré dans un délai de trente (30) jours à dater de la réception de la notification par la société, d'où le principe de la divisibilité de la prime : article 26/4° code des assurances.

3- Conditions de validité.

L'exercice de la faculté de résiliation est subordonné au respect de certaines conditions de forme exigées par la réglementation des assurances. Il s'agit principalement de :

A- Forme de la résiliation.

Outre les cas de résiliation périodique où la résiliation doit être faite par lettre recommandée quelle que soit la partie qui l'invoque, l'article 8/1° code des assurances a prévu **quatre procédés au choix de l'assuré**, nonobstant toute clause contraire, à savoir :

La déclaration faite contre récépissé au siège social de l'assureur ;

- a) L'acte extrajudiciaire.
- b) Lettre recommandée.
- c) Tout autre moyen prévu par la police.

En revanche, l'assureur qui a la faculté de demander la résiliation, doit le faire, par lettre recommandée, au dernier domicile du souscripteur connu de lui : article 8/2° code des assurances

B- Délai de préavis.

Il y a lieu de distinguer entre le délai imparti pour intenter l'action en justice ainsi que le point de départ dudit délai.

a) Le minimum de préavis fixé par l'article 6 code des assurances varie selon les cas entre **Trois cent soixante-cinq (365) jours, ou entre trente (30) jours et quatre vingt dix (90) jours** selon qu'il s'agit de contrat d'assurances sur la vie ou des autres opérations d'assurances et selon que la durée du contrat est supérieure ou non à un an. Cependant, une exception est prévue pour les contrats se rapportant aux risques de guerres étrangères, à la guerre civile, aux émeutes et mouvements populaires prévus à l'article 45 code des assurances où le préavis est fixé à moins de trente (30) jours.

b) Ce délai de préavis commence à courir **à compter de la date d'envoi de la lettre de mise en demeure**, la date d'expédition de la lettre recommandée figurant sur le cachet de la poste fait foi. Toutefois, lorsque la lettre de mise en demeure est adressée en dehors du Maroc, la résiliation ne prend effet qu'à l'expiration du cinquantième (50^{ème}) jour de la date d'envoi de ladite lettre : article 23 code des assurances.

4 – Effets de la résiliation.

La résiliation régulière met fin au contrat d'une manière définitive et, par conséquent, les obligations corrélatives réciproques n'ont aucune raison d'exister. Cependant, **deux exceptions** viennent s'y greffer dès lors que l'extinction ne coïncide pas avec l'échéance du contrat. Il s'agit de :

- a) L'application du **principe de la divisibilité de la prime**, c'est-à-dire l'obligation pour l'assureur de restituer la fraction de la prime correspondant à la période postérieure à l'extinction, c'est-à-dire la fraction reçue pour la période non garantie.
- b) La résiliation périodique régulière ne donne lieu à une **aucune indemnité nonobstant toute clause contraire**.

SECTION CINQUIEME : LE CONTENTIEUX DU CONTRAT.

Les litiges en matière d'assurance se présentent de la même manière que dans les autres matières d'où l'intérêt de déterminer les différents types de litiges, les règles de compétence territoriale et la prescription biennale.

Sous Section Première : Les types de litiges.

Ces litiges peuvent être de **trois types** à savoir :

1– Litiges relatifs à la preuve.

Etant donné l'obligation légale de rédiger le contrat d'assurance ou l'avenant par écrit, en caractères apparents, ou à tout le moins de se contenter d'une note de couverture dûment signée, rares sont les litiges qui naissent par suite de l'inexistence du contrat d'assurance. Toutefois, rien n'empêche que l'écrit couramment utilisé – police, note de couverture, avenant - n'émane de celui auquel on veut l'opposer y compris le tiers et celui qui en invoque le bénéfice.

On citera les litiges relatifs à la preuve :

- a) Du contrat et de son contenu
- b) Du respect ou du non-respect des formalités exigées en cas de sinistre ou en cas d'aggravation de risque ou de paiement ou de non-paiement de la prime.
- c) De l'exactitude ou à l'inexactitude des déclarations de l'assuré.
- d) Des circonstances du sinistre et l'importance des dommages ou du préjudice subi.

2– Litiges relatifs à l'interprétation.

Le caractère **imprécis ou ambigu** des dispositions légales et/ou conventionnelles nécessite l'intervention des tribunaux grâce à leur pouvoir d'appréciation conformément aux dispositions du droit commun – articles 461 à 473 D.O.C. -

- a) L'interprétation des textes de loi.
- b) L'interprétation du contrat en cas de clauses contradictoires de même nature, ou de contradiction entre une clause des conditions générales et une clause des conditions particulières.

3– Litiges relatifs à la qualification.

Cette tâche de la qualification relève du **pouvoir souverain des juges du fond** tel est le cas de la qualification d'une circonstance nouvelle de circonstance aggravante ou d'un décès d'accident corporel pour faire valoir la garantie.

Sous Section Deuxième : Les règles de compétence.

L'application des règles de compétence au contrat d'assurance nécessite quelques précisions sur la compétence d'attribution et sur la compétence territoriale.

1– Compétence d'attribution.

La réglementation des assurances n'ayant prévu aucune disposition particulière en la matière, il convient d'appliquer le droit commun. A cet effet, la détermination de la juridiction compétente – tribunaux de commerce ou tribunaux civils – dépend de la qualité du défendeur. Le contrat d'assurance peut être **civil** ou **commercial** ou **mixte** selon la qualité des parties en cause – assuré et assureur -. Néanmoins, la partie pour laquelle le contrat a une nature civile dispose d'un choix entre le tribunal civil et le tribunal commercial alors même que le défendeur est un commerçant.

Par ailleurs, si les tribunaux administratifs – pour les véhicules de l'administration – et les tribunaux d'exception sont incomptents

pour connaître de l'exécution d'un contrat d'assurance, les tribunaux répressifs peuvent statuer sur les exceptions de non garantie soulevées à l'occasion de l'intervention de l'assureur lors des poursuites engagées contre l'assuré en cas de dommages corporels.

En revanche, en matière de **couverture des conséquences d'événements catastrophiques**, les tribunaux administratifs des lieux de la survenance des événements catastrophiques sont **exceptionnellement compétents** lorsque à l'expiration d'un délai de six (6) mois à compter de sa saisine, la commission de règlement des différends **n'a pas pris de décision** –art 61/2°- ou la cour d'appel administrative de Rabat lorsque la commission de règlement a violé la loi –art 63-, ou encore le Président du tribunal administratif compétent qui, à la demande du Président de la commission de règlement, accorde à la commission un délai supplémentaire de six (6) mois pour rendre sa décision définitive –art 61/1°-

Jusqu'à l'institution des tribunaux de commerce en vertu du Dahir n° 1-97-65 du 12.2.1997 portant promulgation de la loi n° 53-95, le contentieux du contrat d'assurance était du seul ressort des tribunaux de première instance – article 5 du Dahir du 28.9.1974 – Actuellement, les juridictions civiles et commerciales peuvent être appelées à statuer selon la qualité des parties en cause.

Le taux de la compétence en dernier ressort est déterminé uniquement par le montant de la demande, non compris les frais de justice, des intérêts moratoires, des astreintes et des amendes – article 11 C.P.C. Ce taux **varie selon la nature de la juridiction compétente** (jusqu'à 20.000,00 dirhams pour les Tribunaux d'instance, 20.000,00 dirhams pour les tribunaux de commerce et 5000,00 dirhams pour les juridictions de proximité,)

2- Compétence territoriale.

Contrairement à la position adoptée par l'arrêté Viziriel en matière de compétence territoriale, le code des assurances a passé sous silence la question relative à la compétence territoriale et d'attribution ce qui suppose le renvoi au code de la procédure civile du 28.9.1974, tel qu'il a été modifié et complété, dans son article 28. Les articles 36-38 et 195, 217, 223 et 224 code des Assurances ne concernent que la prescription des actions dérivant du contrat d'assurance.

Toutefois, le code des Assurances a, exceptionnellement, déterminé la juridiction compétente pour ordonner la fermeture immédiate des locaux réputés ou non professionnels où le condamné exerçait ses activités et la confiscation du matériel objet de l'infraction. En effet, l'article 329 a investi les juridictions qui ont prononcé les peines d'emprisonnement prévues aux articles 327-328 code des Assurances d'ordonner cette sanction. Il en est de même pour les entreprises d'assurances et de réassurance, l'article 284 désigne le tribunal statuant sur les infractions prévues aux articles 280-283 pour, sur requête de l'administration ou d'office et en cas de condamnation, mettre à la charge des personnes visées aux articles précités, tout ou partie avec ou sans solidarité, les dettes de l'entreprise (cas de banqueroute).

3) La prescription biennale.

Aux termes de l'article 36 du code des Assurances modifié et complété par la Loi n° 39-05: « Toutes les actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par **deux(2) ans** à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- 1) En cas d'omission ou de fausse déclaration sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;

- 2) En cas de non paiement de primes ou d'une fraction de primes, que du 10^{ème} jour de l'échéance de celle-ci ;
- 3) En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque là.

Par dérogation aux dispositions du premier alinéa ci-dessus, les actions dérivant d'un contrat d'assurance de personnes sont prescrites par cinq ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

La prescription est portée à dix (10) ans dans les contrats d'assurance en cas de vie et de capitalisation lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur.

Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.»

L'article 37 code des assurances dispose, par ailleurs, que: « La durée de la prescription **ne peut être abrégée** par une clause du contrat. »

Cette prescription court même contre les mineurs, les interdits et tous les incapables lorsque ceux-ci sont pourvus d'un tuteur conformément à leur statut personnel. Elle est interrompue par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre ou par toutes causes ordinaires d'interruption de la prescription conformément aux règles de droit commun, et notamment par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité: article 38 code des assurances.

Cette prescription biennale a consacrée par la loi n° 110-14 instituant un régime de **couverture des conséquences d'événements catastrophiques** et modifiant et complétant la loi n° 17-99. En effet, l'article 53 dispose que : « Toute demande en paiement des

indemnités allouées par le Fonds de solidarité se prescrit par deux (2) ans à compter de la date de publication de l'acte administratif prévu à l'article 6 ci-dessus.

A – Domaine de la prescription biennale.

La prescription biennale s'applique aux actions dérivant d'un contrat d'assurance et qui visent sa validité ou son exécution à savoir :

a) Actions de l'assureur.

Ces actions sont au nombre de **trois**, à savoir :

D'abord, **l'Action en paiement** de la prime.

Ensuite, **l'Action en nullité** du contrat et **l'action en répétition** des indemnités de sinistre consécutive à l'annulation ou payée par erreur.

Enfin, **l'Action récursoire** contre l'assuré, lorsque l'assureur a dû payer l'indemnité à la victime, par suite de l'inopposabilité d'une déchéance.

b) Actions de l'assuré.

Ces actions sont au nombre de trois, à savoir :

D'abord, **l'Action en règlement de l'indemnité** de sinistre intentée par l'assuré ou le tiers bénéficiaire d'une stipulation pour autrui.

En matière de **couverture des conséquences d'événements catastrophiques**, la victime et/ou ses ayants droit ne peuvent prétendre à aucune indemnisation qu'en introduisant auprès du Fonds de solidarité, une **demande en paiement de indemnités** dûment motivée accompagnée de certains documents – dossier d'indemnisation- art 43 et sts Loi n° 110-14

Ensuite, **l'Action en responsabilité** intentée par l'assuré contre l'assureur, en cas de mauvaise exécution de son mandat en direction du procès en assurance responsabilité.

Enfin, **l'Action en nullité ou en résiliation.**

c) Actions soumises à la prescription de droit commun.

Ces actions sont au nombre de **Cinq**, à savoir :

==**L'Action en responsabilité** du tiers victime contre l'assuré.

==**L'Action directe** de la victime contre l'assureur de responsabilité.

==**L'Action subrogatoire** de l'assureur contre le tiers responsable du sinistre.

==**L'Action récursoire** entre assureurs, en matière d'assurances cumulatives.

==**L'action dérivant d'un contrat d'assurance de personnes.**

==**L'Action dérivant des rapports du souscripteur** d'une assurance de groupe et d'un adhérent.

Selon le droit commun, «l'action en indemnité du chef d'un délit ou quasi-délit se prescrit par **cinq ans** à partir du moment où la partie lésée a eu connaissance du dommage et de celui qui est tenu d'en répondre. Elle se prescrit en tous cas par **vingt ans**, à partir du moment où le dommage a eu lieu. » - article 106 D.O.C. Elle se prescrit par **quinze ans** pour toute autre action – article 375 D.O.C.

d) Autres délais de prescription.

Le code des assurances a prévu d'autres délais de prescription, à savoir :

* **L'Action en responsabilité sociale et individuelle** contre les administrateurs des entreprises d'assurances, elle se prescrit par **cinq (5) ans** à compter du fait dommageable, ou s'il a été dissimulé, de sa révélation : article 195/3 code des assurances

* **L'Action en responsabilité contre les administrateurs**, lorsque le fait est qualifié crime, l'action se prescrit par **vingt (20) ans** : article 195/3 code des assurances.

* **L'Actions en nullité** de la société d'assurances mutuelle ou d'actes ou délibérations postérieures à sa constitution, se prescrivent par **trois (3) ans** à compter du jour où la nullité est encourue : article 220 code des assurances.

* **L'Action en responsabilité des fondateurs** et premiers administrateurs en raison du préjudice causé par le défaut d'une mention obligatoire dans les statuts ainsi que par l'omission ou l'accomplissement irrégulier d'une formalité requise par la loi, se prescrit par **cinq (5) ans** à compter de la date de constitution de la société ou de la modification des statuts : article 223 code des assurances.

***L'Action en responsabilité fondée sur l'annulation** de la société d'assurance mutuelle ou des actes de délibérations postérieurs à sa constitution se prescrit par **cinq (5) ans** à compter du jour où la décision d'annulation est devenue irrévocabile : article 224/1 code des assurances.

* **L'action en dommages et intérêts** tendant à réparer le préjudice causé par le vice dont la société, l'acte ou la délibération était entachée et qui était à l'origine de la décision d'annulation de la société, se prescrit par **cinq (5) ans** à compter du jour où la nullité a été couverte : article 224/3 code des assurances.

***L'action dérivant du contrat d'assurance en cas de vie et de capitalisation** lorsque le **bénéficiaire** est une personne **distincte du souscripteur**. Dans ce cas, la loi n° 39-05 modifiant et complétant la loi n° 17-99 a porté le délai de prescription à **dix (10) ans**.

B – Calcul de la prescription.

Le délai de la prescription se calcule par jours entiers. On ne compte pas le jour de l'événement donnant naissance à l'action. Néanmoins, l'article 36 susvisé prévoit **trois exceptions** à savoir :

a) Cas de **réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte** : le délai ne commence à courir que du jour où l'assureur a eu connaissance du caractère irrégulier de la déclaration.

b) Cas de **non paiement de primes** ou d'une fraction de primes, ce délai court à partir du 10^{ème} jour de l'échéance de celles-ci.

c) **Cas de sinistre** : le délai de prescription ne commence à courir que du jour où l'intéressé (assuré ou tiers bénéficiaire) a eu connaissance du sinistre, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque là. Cette règle est valable aussi bien en cas d'ignorance de l'existence de l'assurance qu'en cas de l'ignorance du fait que l'événement garanti était de nature à entraîner le jeu de l'assurance.

d) **Action en garantie** de l'assuré contre l'assureur dans l'assurance de responsabilité : le délai de prescription ne commence à courir qu'à compter du jour du paiement à la victime **ou** du jour de l'assignation en justice contre l'assuré et non de la décision définitive de condamnation.

e) Les **actions dérivant d'un contrat d'assurance de personnes** sont prescrites par cinq ans à compter de **l'événement qui y donne naissance**.

f)) **L'action récursoire** de l'assuré contre l'assureur, le délai de la prescription ne court que du jour où le tiers a exercé une action contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier

C – Suspension et interruption de la prescription.

a) La suspension.

Les règles relatives à la suspension de la prescription en droit commun – article 379 D.O.C.- sont applicables en droit des assurances. Ainsi, la prescription court même à l'égard des mineurs, des interdits et tous incapables lorsque ceux-ci sont pourvus d'un tuteur- article 38/1°code des assurances – En revanche, lorsqu'ils se trouvent dans l'impossibilité d'agir, en raison, soit d'un cas de force majeure, soit de l'ignorance du contrat d'assurance, le délai est suspendu pendant toute la période de l'obstacle.

Cette suspension a été consacrée également par l'article 53/2° de la loi n° 110-14 instituant un régime de **couverture des conséquences d'événements catastrophiques** et modifiant et complétant la loi n° 17-99. Bien mieux cet article a renvoyé **à la fois** aux causes ordinaires de suspension ou d'interruption du droit commun ainsi

libellé : « Elle est également suspendue ou interrompue par toute cause ordinaire de suspension ou d'interruption de la prescription conformément aux règles de droit commun »

b) L'interruption.

L'article 38/2° code des assurances renvoie expressément aux **causes d'interruption** du droit commun et notamment par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressé par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité, alors que la loi n° 110-14 renvoie à la fois aux causes ordinaires de **suspension ou d'interruption** du droit commun sans aucune précision.

Ces causes ordinaires d'interruption de la prescription sont celles énumérées par les articles 381 et 382 D.O.C., à savoir :

a)Toute **demande judiciaire ou extrajudiciaire** ayant une date certaine qui met le débiteur en demeure d'exécuter son obligation, même lorsqu'elle est faite devant un juge incompétent ou que l'acte est déclaré nul pour vice de forme.

b) La demande **d'admission de la créance à la faillite** du débiteur.

c) Un **acte conservatoire ou d'exécution** entrepris sur les biens du débiteur.

d) Tout **acte** par lequel le débiteur reconnaît le droit de celui contre lequel il avait **commencé à prescrire**.

Cependant, l'article 38 prévoit des causes d'interruption propres au contrat d'assurance dès lors qu'un nouveau délai de prescription recommence à courir à compter de cette date à savoir celle de :

- a) **La désignation d'expert** à la suite d'un sinistre.
- b) **L'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception** adressée à l'assureur ou à l'assuré, selon qu'il s'agisse de l'action en paiement de la prime ou de l'action en règlement de l'indemnité, interrompt la prescription : Voy articles 195,217, 220, 223 et 224 code des Assurances.

CHAPITRE TROISIEME : LE DÉROULEMENT DU CONTRAT.

Il ressort des définitions qu'on donne du contrat d'assurances que l'opération d'assurances repose sur trois éléments essentiels. Le déroulement du contrat d'assurance dépend impérativement de ces trois éléments à savoir un risque à garantir, une prime/cotisation./participation à payer et une prestation d'assurances en cas de sinistre.

SECTION PREMIERE : LE RISQUE.

L'assureur a besoin de se faire une idée exacte du risque ou de la personne même de l'assuré menacée par ce risque. A cette fin, l'assureur doit se renseigner par les déclarations qui lui sont faites par le souscripteur peu importe qu'il y ait ou non un questionnaire préétabli et/ou un examen médical et par le biais de la sélection des risques. Le risque est un élément indépendant de la volonté de l'assuré, il est un **danger probable** auquel on est exposé.

Sous Section Première : Notions de risque.

Etymologiquement, le mot vient du latin **RESCARE** qui évoque la notion de rupture dans un équilibre par rapport à une situation attendue or le métier d'assureur consiste précisément à garantir les risques tout en fixant au préalable les limites à l'acceptation des risques assurables et en **les diluant** sur les membres d'une même mutualité. Il peut être défini comme étant un **événement futur et incertain** donc imprévisible et aléatoire, mais réel et licite indépendamment de ses conséquences heureuses ou malheureuses/redoutées.

Il est, de ce fait, d'une part, un **événement inconnu** ce qui suppose qu'il ne concerne que le futur, mais exceptionnellement le passé – l'assurance des vices cachés de la chose- et d'autre part, un événement heureux ou malheureux. Cette approche a été consacrée par la loi n° 17-99 dans son article 1^{er}/46 qui définit **l'événement** comme étant : « **toute circonstance susceptible de provoquer ou ayant provoqué un sinistre** » et la loi n° 110-14 instituant un régime de couverture des conséquences d'événements catastrophiques et modifiant et complétant la loi n° 17-99 qui a défini l'événement catastrophique dans son article 3 comme étant : « **tout fait générateur de dommages directs survenus au Maroc**, ayant pour origine déterminante l'action d'intensité anormale d'un agent naturel ou l'action violente de l'homme.

L'action d'intensité anormale d'un agent naturel constitue un événement catastrophique dès lors que les caractéristiques suivantes lui sont reconnues :

--le fait générateur présente par sa survenance, la condition de **soudaineté ou d'imprévisibilité** et lorsque le fait est prévisible, il faut que les mesures habituelles prises n'ont pas empêché sa survenance ou n'ont pu être prises ;

--ses **effets dévastateurs** sont d'une intensité grave pour la collectivité.

L'action violente de l'homme est considérée comme un événement catastrophique dès lors qu'elle :

--constitue un **acte de terrorisme** ; ou

--est la **conséquence directe** de la survenance d'émeutes ou de mouvements populaires, lorsque les effets sont d'une intensité grave pour la collectivité.

Les dommages provoqués directement par les **actions et mesures** de secours, de sauvetage et de sécurisation sont **assimilés à ceux résultant** de l'événement catastrophique lorsque lesdites actions et mesures sont liées à cet événement. »

Il est à noter que la **qualification d'événement catastrophique** est du ressort de l'administration sur proposition de l'ACAPS –art 4 loi n° 110-14- et que la **déclaration de la survenance** dudit événement est établie, après avis de la commission du suivi des événements catastrophiques, par un acte administratif publié au B.O. dans les **trois mois**, ou du **délai réduit** par voie réglementaire, de la survenance de l'événement –art 6 et sts Loi n° 110-14-

D'autre part, le phénomène d'anti-sélection des risques par l'assuré justifie à plus d'un titre l'inassurabilité dudit risque dès lors qu'il fausse l'équilibre technique de l'opération d'assurance. Cependant, le recours à la statistique permet de déterminer à priori les chances de réalisation d'un risque.

Ce risque revêt un caractère particulier dans la mesure où il est qualifié de « **composite** ». Autrement dit, il est à la fois :

➤ L'événement **générateur du sinistre**, tel est le cas de l'accident de circulation/incendie ou le décès/vie/maladie qui entraîne des dégâts matériels ou corporels ou arrêt du travail et perte financière. Cet événement générateur peut revêtir la

forme d'un événement catastrophique d'aux effets dévastateurs et d'une intensité grave pour la collectivité, y compris les dommages provoqués directement par les actions et mesures de secours, de sauvetage et de sécurisation. Il en découle l'exclusion de certains risques-événements, dans le premier type d'événements, telle la pratique de certains sports jugés dangereux dans l'assurance accidents corporels. En revanche, les dommages et préjudices occasionnés par les événements suivants sont exclus de la couverture des conséquences d'événements catastrophiques : l'utilisation d'agents ou d'armes chimiques, biologiques, bactériologiques, radioactifs ou nucléaires ; les actes de cybercriminalité et la guerre civile ou la guerre étrangère et les actes assimilés déclarés ou non –art 5 loi n° 110-14

➤ l'objet de la garantie ou de l'assurance (risque-automobile ou risque-habitation ou risque-industriel ou les conséquences d'événements catastrophiques, dans ces assurances le risque désigne les différents risques couverts et afférents à ces objets d'où l'importance de la visite des lieux où se situe l'objet de l'assurance pour apprécier le risque auquel il est exposé d'où la formule « **Bon ou mauvais risque** »). Il en découle également l'exclusion de certains risques-objets tel les objets précieux dans l'assurance multirisque habitation ou transport de passagers ou d'assurance facultés ou encore en matière d'événements catastrophiques, il y a lieu d'exclure l'utilisation d'agents ou d'armes chimiques, biologiques, bactériologiques, radioactifs ou nucléaires ; les actes de cybercriminalité et la guerre civile ou la guerre étrangère et les actes assimilés déclarés ou non –art 5 loi n° 110-14- et

➤ le dommage lui-même causé par le sinistre, c'est-à-dire les dégâts/conséquences de l'événement qui sont couverts. Il en

découle aussi l'exclusion de certains risques-dommages dont notamment l'exclusion des dommages immatériels qui peuvent affecter l'objet de la garantie.

Sous Section Deuxième : Détermination conventionnelle du risque.

Les parties au contrat déterminent elles-mêmes le risque assuré, les circonstances et les conséquences sélectionnées pour déclencher le jeu de la garantie. A cet effet, il incombe au souscripteur du contrat ou à l'assuré selon les cas d'en faire la **déclaration initiale** ainsi que celle en cas **d'aggravation des risques** en cours du contrat afin de permettre à l'assureur de former son opinion sur le risque à garantir. Cette déclaration n'est en réalité qu'une application du **principe de l'exécution de bonne foi**, consacré par l'article 231 D.O.C. Cette déclaration doit être faite dans les formes exigées par la réglementation des assurances - articles 20 et 24 code des assurances.

1) Déclaration initiale.

L'article 20/2° code des assurances édicte que : « L'assuré est obligé :

1)
2) de déclarer exactement, lors de la conclusion du contrat, toutes les circonstances connues de lui qui sont de nature à faire apprécier par l'assureur les risques qu'il prend à sa charge. »

Il a de ce fait, reconduit la même obligation consacrée aussi bien par la loi du 13.7.1930 française (C. Assur , article L. 113-2 anc) que par l'article 15/2° de l'Arrêté Viziriel de 1934

A – Objet de la déclaration.

L'obligation de déclaration est limitée en droit marocain aux «**circonstances connues de l'assuré** » *par opposition* au système du **questionnaire fermé ou de la déclaration provoquée** retenu par la loi française n° 89-1014 du 31.12.1989.

Par conséquent, si une circonstance est inconnue de l'assuré, l'assureur, dans les deux systèmes, doit couvrir les conséquences de ce risque pourtant différent de celui qu'il a accepté. Dans ce cas, il n'y a ni déclaration mensongère, ni omission susceptibles de sanctions. Cependant, cette déclaration spontanée a été considérée comme abusive à l'étranger notamment en assurances multirisque habitation –Recommandation n° 85-04 du 20.9.1985 de la commission des clauses abusives en France. En effet, cette déclaration spontanée est particulièrement lourde de conséquence pour l'assuré dès lors qu'il est, en quelques sortes, substitué à l'assureur, non seulement pour vérifier quelles circonstances étaient de nature à influer l'opinion de celui-ci sur le risque à couvrir, mais également d'apprécier le contenu de son obligation et, par conséquent, décharge l'assureur de la charge de la preuve de l'inexécution de la déclaration spontanée. Toutefois, l'assuré ne peut satisfaire à cette obligation pour la simple raison qu'il est dépourvu des compétences techniques requises.

Ces circonstances peuvent être objectives ou subjectives

a) Circonstances objectives.

Elles portent essentiellement sur certains éléments d'appréciation qui tiennent à l'objet même du contrat d'assurance – modèle du véhicule, usage familial ou professionnel, l'âge et le sexe en assurance de personnes, situation et destination de l'immeuble en assurance incendie etc.

b) Circonstances subjectives.

Elles concernent la personne même de l'assuré, et permettent à l'assureur de vérifier l'honorabilité et le sérieux de l'assuré – son passé judiciaire, antécédents du risque, autres assurances du même risque notamment dans les assurances de dommages, retrait de permis etc.

B – Modalités de déclaration.

En l'absence de toute disposition légale, la déclaration du risque peut se faire de différentes manières :

a) Questionnaire limitatif et précis élaboré par l'assureur, rempli et dûment signé par l'assuré. Ce système –Loi française n° 89-1014 du 31.12.1989 - est favorable aux assurés qui sont seulement obligés de « répondre très exactement aux questions posées par l'assureur, notamment dans le formulaire de déclaration du risque par lequel l'assureur l'interroge lors de la conclusion du contrat, sur les circonstances qui sont de nature à faire apprécier par l'assureur les risques qu'il prend en charge ». Pour ce faire, le questionnaire ou la déclaration ne doit pas être prérédigée et que l'assuré y appose sa signature précédée de la mention manuscrite « **lu et approuvé** ». Au contraire, les questions doivent être suffisamment précises et intelligibles ne soulevant aucune ambiguïté quant à la réponse à lui donner. Pour parer au risque des questions imprécises ou du questionnaire exprimé en termes généraux, l'assureur n'hésite pas à poser des questions, y compris verbales, à l'assuré dès lors que la loi impose à l'assuré de répondre aux questions figurant « notamment », mais pas exclusivement, dans le formulaire de déclaration des risques, sauf à craindre des difficultés de preuve.

b) Lettre ou tout autre document écrit.

c) Déclaration verbale, sauf à craindre des difficultés de preuve, notamment en cas d'absence de signature de l'assuré.

2) Déclaration en cours de contrat.

Comme à la souscription, le souscripteur ou l'assuré est tenu de faire la déclaration, à l'assureur, de toutes les **circonstances nouvelles aggravant ou diminuant le risque connu de lui**, en vue de rétablir l'équilibre du contrat initial. Cette déclaration s'impose non seulement pendant la période allant de l'envoi de la proposition d'assurance à la conclusion du contrat, mais également pendant la période de déroulement du contrat. Cette obligation concerne, dans le système du questionnaire fermé,- article L. 113-2° code assurance- « les circonstances nouvelles qui ont pour conséquence, soit d'aggraver les risques, soit **d'en créer de nouveaux risques et qui rendent, de ce fait, inexactes ou caduques les déclarations** faites à l'assureur, notamment dans le formulaire lors de la souscription. Dans ce cas, une circonstance aggravante, n'a pas à être déclarée si elle n'a pas été envisagée dans le questionnaire sinon l'assuré serait tenu de faire une lecture attentive et permanente des réponses initiales. Toutefois, l'adjonction des « risques nouveaux » et son assimilation aux circonstances aggravantes ne sont pas sans incident sur l'équilibre technique de l'opération dès lors que l'assureur se trouve contraint de couvrir ces risques nouveaux par simple effet d'une déclaration sans modifier le contrat initial, ni exercer la résiliation conférée par l'article L. 113-4 code des assurances

Cependant, l'article 20/1^{er} alinéa - 4° code des assurances limite cette obligation aux «circonstances spécifiques dans la police qui ont pour conséquence d'aggraver les risques », les circonstances nouvelles pouvant diminuer les risques n'ont pas été prévues ce qui

nous paraît injustifié. Toutefois, cette obligation n'est pas applicable aux assurances sur la vie dès lors que cette aggravation est prévisible dès la souscription du contrat et prise en compte dans la tarification conformément aux dispositions de l'article 20/4^{ème} alinéa. Ces circonstances nouvelles, les modalités et les conséquences de la déclaration ont fait l'objet de précision dans l'article 24 code des assurances

A – Circonstances spécifiques d'aggravation.

Il y a lieu de distinguer entre l'obligation de déclarer – la règle – et l'exception prévue par la réglementation des assurances.

a) La règle.

La définition de ces circonstances n'est pas aisée, dès lors que la ligne de démarcation entre ces circonstances d'un côté et la notion d'exclusion de risque et celle de l'augmentation des valeurs assurées de l'autre est difficile à tracer. En effet, certaines circonstances peuvent être **qualifiées tantôt d'aggravation de risque, tantôt d'exclusion de risque** ou de non-assurance selon que l'assureur n'aurait pas contracté s'il avait connu ces circonstances nouvelles ou qu'il aurait contracté moyennant une prime plus élevée conformément aux dispositions de l'article 24 code des assurances.

Une circonstance est aggravante d'un risque garanti lorsqu'elle **influe sensiblement sur le coût de l'assurance** peu importe qu'elle soit objective ou subjective et peu importe qu'elle modifie la probabilité de survenance du risque ou son intensité -augmentation du nombre de salariés de l'entreprise, utilisation d'un véhicule à des fins professionnelles alors qu'il était assuré pour des déplacements privés.

b) L'exception.

Aux termes de l'article 20/dernier alinéa code des assurances, la déclaration des aggravations de risque n'est pas applicable aux **assurances sur la vie**. Il s'ensuit que l'assureur s'oblige de prendre en charge toutes les aggravations des risques initialement garantis notamment celles résultant du vieillissement, de maladie, de situations ou habitudes de l'assuré.

B – Modalités de la déclaration.

Ces modalités sont fixées par l'article 24 code des assurances comme suit :

a) Forme de la déclaration.

La déclaration spécifique des aggravations doit se faire par **lettre recommandée** et ce pour parer contre toute difficulté de preuve que l'assureur a été informé par un autre procédé –lettre simple ou déclaration verbale-, et ce au profit de l'assuré. Toutefois, aucun accusé de réception n'est requis alors même qu'il présente un intérêt probatoire inégalé.

b) Délai de la déclaration.

L'article 24 distingue entre **deux situations** différentes :

Première situation : Cas d'aggravation par le fait de l'assuré.

Dans ce cas, la déclaration d'aggravation doit se faire préalablement à l'aggravation : article 24/1^o code, c'est-à-dire qu'elle devrait être immédiate.

Deuxième situation : Cas d'aggravation sans le fait de l'assuré.

Dans ce cas, la déclaration doit avoir lieu dans un délai maximum de huit jours à partir du moment où il a eu connaissance du fait de l'aggravation : article 24/2^o code

Ce délai est relativement court par rapport à la loi française de 1989 qui fixe un délai de Quinze jours à partir du moment où il a eu connaissance

C – Les conséquences de la déclaration.

Dès que la déclaration est effectuée dans les formes et délais requis, **trois options sont accordées à l'assureur**, peu importe que l'aggravation soit par la faute ou sans le fait de l'assuré Cependant, le contrat initial continue à produire ses effets sans surprime jusqu'à la notification de sa décision à l'assuré ou jusqu'au nouvel accord. Ces options sont :

- a) Maintenir le contrat sans surprime : article 24/5° code assurances.
- b) Maintenir le contrat en proposant un nouveau taux de prime. Dans ce cas, la décision revient à l'assuré qui peut accepter ou refuser le nouveau tarif dès lors qu'il s'agit d'une modification du contrat. En cas de refus, la résiliation du contrat s'impose si toutefois l'assureur le décide sinon le contrat initial continuerait avec la prime antérieure : article 24/3° code assurances.
- c) Résilier le contrat avec réclamation de dommages et intérêts lorsque l'aggravation est par le fait de l'assuré : article 24/3° et 4° code des assurances.

L'assureur ne peut plus se prévaloir de l'aggravation des risques, dûment déclarée, dès lors qu'il manifeste son consentement au maintien d'une manière expresse ou tacite – encaissement des primes ou versement de l'indemnité en cas de sinistre.

3) Les sanctions aux manquements de l'assuré.

Cette déclaration revêt un intérêt particulier notamment en **cas d'irrégularité** commise lors de la déclaration **à la souscription** qu'aux irrégularités commises **en cours de contrat**, peu importe qu'il s'agisse de fausse déclaration intentionnelle ou non intentionnelle. A cet effet, certaines sanctions sont prévues aux

articles 30 et 31 code des assurances et qui entraîneraient la **nullité du contrat sauf** en ce qui concerne **l'âge** : article 30/3° code des assurances. En effet, l'article 94 code des assurances ne prévoit la nullité du contrat que lorsque l'âge véritable de l'assuré se trouve en dehors des limites pour la conclusion des contrats par les tarifs de l'assureur alors même que le souscripteur est de bonne foi. En dehors de ce cas précis, si par erreur la **prime payée est inférieure** à celle qui aurait dû être acquittée, le capital ou la rente assurée est réduite en proportion de la prime perçue et de celle qui correspondait à l'âge véritable de l'assuré. Si au contraire, par suite d'une erreur sur l'âge de l'assuré une **prime trop forte** a été payée, l'assureur est tenu de restituer la portion de prime qu'il a perçue en trop sans intérêts alors même que l'assuré est de mauvaise foi. Autrement dit, il y a dans ces deux derniers cas une simple modification des prestations de l'assureur.

A – Cas de mauvaise foi.

Lorsque la réticence ou la fausse déclaration a été faite dans l'intention de tromper l'assureur, deux sanctions sont prévues. Il s'agit de la nullité du contrat et la non restitution des primes par l'assureur.

a) Nullité du contrat.

Aux termes de l'article 30 code des assurances, le contrat d'assurances est nul en cas de **réticence ou de fausse déclaration intentionnelle** de la part de l'assuré, quand cette réticence change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur.

Cette nullité particulière suppose que certaines conditions sont remplies, à savoir :

Première condition : le caractère intentionnel de la réticence ou de la fausse déclaration, c'est-à-dire qu'elle a été commise dans le but de tromper l'assureur ou la mauvaise foi alors même que l'assureur

connaissait la circonstance occultée par l'assuré. Les juges du fond auront à apprécier cette mauvaise foi de manière **souveraine** et **in concreto**, c'est-à-dire au cas par cas en tenant compte des circonstances de fait.

Deuxième condition : La fausse déclaration intentionnelle a changé l'objet du risque ou en a diminué l'opinion pour l'assureur –la non déclaration d'activités dangereuses de l'assuré – contrebande/banditisme- influe sensiblement sur le risque décès ou encore la non déclaration du véritable propriétaire de l'engin de transport influe sensiblement sur le risque auto/transport ou marchandises transportées/facultés.

La preuve de la mauvaise foi de l'omission ou de la fausse déclaration de l'assuré **incombe à l'assureur** qui l'invoque et son appréciation relève des juges du fond. Cette preuve peut être administrée grâce aux réponses faites au moment de la souscription ou par le biais de la mauvaise foi de l'assuré ou encore à travers des révélations faites à un tiers ou une décision de la justice pénale. Toutefois, la charge de la preuve se heurte à des difficultés, notamment dans les assurances de personnes en raison du principe du secret médical d'où le recours à certaines clauses expresses autorisant la levée dudit secret ou encore à une ordonnance du juge en matière probatoire. A défaut de cette preuve, la nullité particulière de l'assurance est écartée –article 31/1° code des assurances.

Cette nullité est une sanction assez particulière puisqu'elle implique soit la **disparition rétroactive de la garantie** due par l'assureur à compter de la déclaration initiale qui coïncide avec la date du contrat avec toutes les conséquences qui en découlent notamment la restitution des indemnités versées pour sinistres antérieurs. Le choix du terme « nullité » est judicieux dès lors que la fausse déclaration ou la réticence intentionnelle ne peuvent intervenir qu'à l'occasion de la déclaration initiale des risques, c'est-à-dire au

moment de la formation du contrat. Soit une nullité qui ressemble à la résolution plutôt qu'à une résiliation dès lors qu'elle **rétroagit à la date à laquelle l'aggravation a été connue de l'assuré** d'où la restitution par l'assuré des sommes versées pour des sinistres postérieurs à l'aggravation. Dans les deux cas, la nullité est opposable à tous, y compris les tiers agissant par l'action directe contre l'assureur du responsable. Toutefois, cette sanction peut être écartée par une **renonciation postérieure** à la fausse déclaration émanant de l'assureur peu importe qu'elle soit expresse ou tacite. Dans ce cas, la renonciation de l'assureur est valable chaque fois que l'une des présomptions légales est apportées, à savoir : en cas de la prise de la direction du procès par l'assureur malgré la preuve de la fausse déclaration ou la réticence, soit en cas de réclamation et d'encaissement des primes ou de règlement de sinistres –article 24/dernier alinéa code des assurances. Autrement dit, la clause dite « d'incontestabilité », n'est autorisée que exceptionnellement comme c'est le cas dans les assurances des risques d'entreprises où l'assureur effectue des visites de risques ou fait procéder à des audits en vue de se faire une opinion du risque à garantir, ou encore dans les assurances sur la vie.

b) non-restitution des primes.

Par dérogation aux dispositions de droit commun, en matière de nullité du contrat, l'article 30/2° code des assurances autorise l'assureur à conserver toutes les primes payées et même à percevoir les primes échues à titre de dommages et intérêts. Cette mesure est considérée comme étant une sanction privée.

Cette indemnité peut valablement faire l'objet de stipulation des parties dans le contrat prévoyant les sanctions spécifiques de l'article L. 113-10 code des assurances. En effet, en cas d'assurance à primes variables –cas des risques évoluant dans le temps : importance de la flotte dans l'assurance RC auto, augmentation des effectifs des

salariés dans l'assurance AT ou assurance groupe ou membres d'un club ou d'un établissement dans l'assurance sportive ou scolaire- où l'assuré paie une provision, qui est régularisée en fin de période à la suite des déclarations qu'il est tenu de faire régulièrement, la fausse déclaration donne lieu au paiement outre de la prime omise/échue, d'une indemnité au plus égale à 50 % de celle-ci, auxquels s'ajoute le droit à la répétition des sinistres déjà réglés. A défaut de stipulation dans le contrat, le recours aux sanctions de l'article de l'article L. 113-8 et L. 113-9 s'applique, à savoir la nullité particulière ce qui est moins favorable à l'assuré dès lors que la fausse déclaration ou la réticence est susceptible de sanction abstraction faite de tout sinistre ou de tout lien de causalité en cas de survenance d'un sinistre –cas d'une hospitalisation non déclarée relative à la maladie pour laquelle la garantie est demandée, cas de la non déclaration du nombre réel de salariés sans rapport causal avec l'incendie imputable à un salarié

Pour l'article 32 code des assurances – Loi n° 16-99- il s'agit d'assurances où la **prime est décomptée** soit en raison des salaires ou du chiffre d'affaires, soit d'après le nombre des personnes ou des choses faisant l'objet du contrat. Dans ce genre d'assurances, il peut être stipulé que, pour erreur ou omission dans les déclarations servant de base à la fixation de la prime, l'assuré doit payer outre le montant de la prime, une indemnité qui ne peut en aucun cas excéder **20 % de la prime omise**. Il peut également être stipulé que lorsque les erreurs ou omissions auront, par leur nature, leur importance ou leur répétition, un caractère frauduleux, l'assureur sera en droit de **répéter les sinistres payés**, et ce, indépendamment du paiement de l'indemnité ci-dessus prévue.

B – Cas de bonne foi.

Aux termes de l'article 31 code des assurances, l'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'assuré dont la mauvaise foi n'a pas été établie n'entraîne pas la nullité de l'assurance

Il est fréquent dans la pratique que l'assureur ne réussit pas à apporter la preuve de la mauvaise foi, c'est pourquoi cet article prévoit deux situations distinctes selon que la constatation de la l'omission ou de la déclaration inexacte a été faite avant ou après sinistre, à savoir :

a) Irrégularité découverte avant sinistre.

L'article 31/2° accorde à l'assureur une option entre :

- a) Maintenir le contrat moyennant une augmentation de prime acceptée par l'assuré si non l'assureur peut résilier le contrat avec dommages et intérêts. Cependant, rien n'empêche l'assureur de maintenir le contrat initial.
- b) Résilier le contrat. Cette résiliation produit ses effets dix jours après la notification adressée à l'assuré par lettre recommandée et restitution de la fraction de prime afférente à la période pendant laquelle le risque ne court plus. Cette procédure est analogue à celle prévue par l'article 24/3° code des assurances pour le cas d'aggravation de risque déclaré par l'assuré.

b) Irrégularité découverte après sinistre.

L'article 31/3° prévoit comme sanction la réduction de l'indemnité en proportion du taux des primes payées par rapport aux taux des primes qui auraient été due, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés. Cette réduction proportionnelle est dite « **du taux de primes** », par opposition à la règle « **proportionnelle de capitaux** » spécifique au cas de la sous assurance, dont

l'appréciation est laissée au pouvoir souverain des juges du fond sauf si un montant de réduction est proposé par l'assureur sur la base d'un tarif spécial et non contesté par l'assuré. En cas de contestation, il appartient à l'assureur d'apporter la preuve de la réduction proportionnelle conformément à l'article 31/3^o code des assurances. Ce pouvoir d'appréciation souverain des juges s'impose également dans le cas d'absence de tarif spécial sans pour autant décider d'une réduction forfaitaire, ni de refuser toute réduction.

Cette sanction est opposable aux bénéficiaires du contrat et aux victimes sauf en cas de renonciation de la part de l'assureur :

- a) Clause d'incontestabilité.
- b) Renonciation tacite.

Sous Section Troisième : Les exclusions de risques.

L'assureur accepte d'assurer certains risques correspondant à la moyenne définie par les statistiques. De ce fait l'assurabilité du risque est justifiée par des considérations techniques, à savoir l'existence ou non de l'aléa. Toutefois, ces considérations supposent le respect des motifs d'ordre public et de bonnes mœurs –**ordre public traditionnel**– ainsi que les motifs d'ordre public spécifique au droit des assurances. Il en découle que certaines garanties ne peuvent être accordées en cas d'assurance d'un objet/chose illicite – contrebande- ou l'assurance RC professionnelle – une activité non autorisée ou agréée- ou l'assurance multirisque habitation ou incendie d'un local –maison close ou de tolérance- ou l'assurance décès au profit d'une personne ayant des relations extra conjugales- immoralité de la cause- s'agissant de la dimension **d'ordre public spécifique** au droit des assurances -raisons morales et principe de bonne foi ainsi que la non application de l'enrichissement sans cause- , on peut la résumer dans les fautes intentionnelles ou dolosives de l'assuré lesquelles ne peuvent être assurées sinon comment s'assurer du caractère incertain de l'événement en cas

d'atteinte volontaire et consciente à l'intégrité physique des personnes ou à la chose assurée et les biens d'autrui.

En effet, plusieurs risques sont exclus de plein droit – exclusions légales – sauf conventions contraires ou par suite de faute **intentionnelle** ou **dolosive** de l'assuré ou encore par application d'une clause expresse de la police. Cependant, il existe des cas où il est interdit d'exclure la garantie de l'assureur ou encore des cas où il est interdit de garantir certains risques du moins pendant une période déterminée.

Ces exclusions, à l'exception des exclusions indirectes ou par déduction, sont soumis à un régime spécifique tant au niveau de la preuve – existence de la clause et la réunion des conditions de fait de l'exclusion à la charge de l'assureur- qu'au niveau de la forme – leur rédaction en caractères très apparents – qu'au niveau du fond – exclusion formelle et limitée contenue dans la police conformément à l'article 17/1^o code des assurances. Toutefois, certaines difficultés d'interprétation sont à craindre en cas d'exclusion ou de critère ambiguë ou encore lorsque la liste des exclusions est imprécise ou non limitative –cas des phénomènes naturels à caractère catastrophique

1) Exclusions légales.

Le code des assurances prévoit certains risques que l'assurance ne saurait prendre en charge sauf convention contraire, c'est-à-dire des **exclusions légales non impératives** ainsi que certains cas où il admet la **présomption d'assurances** sauf convention contraire.

A – Risque exclus sauf convention contraire.

Plusieurs hypothèses sont à retenir, à savoir :

a) Risques de guerre.

L'article 45 code des assurances dispose : « L'assureur ne répond pas, sauf convention contraire des pertes et dommages occasionnés soit par la guerre étrangère, soit par la guerre civile, soit par les émeutes ou les mouvements populaires. ». Cette exclusion est double selon la nature de la guerre :

- a) Cas de la guerre étrangère.
- b) Cas de la guerre civile, émeutes et mouvements populaires.

Cependant, rien n'est dit des actes de terrorisme et des attentats. Ces risques étaient réparés par l'Etat dans le cadre du Dahir du 30.9.1953 et par le fonds d'indemnisation et de garantie créée par Dahir du 30.9.1955, aujourd'hui abrogé –Décret Royal portant loi n° 547-66 du 24.10.1966 et réglementé actuellement par les articles 133-157 code des assurances.

La charge de la preuve est réglementée impérativement par l'article 45/2° code des assurances et incombe à l'assuré ou à l'assureur selon la nature de la guerre. Cet article dispose : « Lorsque ces risques ne sont pas couverts par le contrat, l'assuré doit prouver que le sinistre résulte d'un fait autre que le fait de la guerre étrangère ; il appartient à l'assureur de prouver que le sinistre résulte de la guerre civile, d'émeutes ou de mouvements populaires. »

b) Vice propre de la chose assurée.

Aux termes des articles 44 et 55 code des assurances, l'assureur ne répond pas, sauf convention contraire des pertes et détériorations de la chose assurée provenant du vice propre.

c) Action de la chaleur ou le contact direct du feu.

Aux termes de l'article 51 code des assurances, l'assureur ne répond pas, sauf convention contraire, des dommages occasionnés par la seule action de la chaleur ou par le contact direct et immédiat du feu ou d'une substance incandescente, s'il n'y a eu ni incendie, ni

commencement d'incendie susceptible de dégénérer en incendie véritable.

d) Dommages autre que matériels résultant de l'incendie.

Aux termes de l'article 52 code des assurances, l'assureur ne répond pas, sauf convention contraire, des dommages autres que matériels résultant directement de l'incendie ou du commencement d'incendie, même si les dommages sont provoqués par la foudre.

e) Effets des éruptions volcaniques.

Aux termes de l'article 56 code des assurances, l'assureur ne répond pas, sauf convention contraire, des dommages résultant d'incendie occasionnés directement par des éruptions volcaniques, tremblements de terre et autres cataclysmes.

B – Risques garantis sauf exclusion formelle.

Malgré l'existence des exclusions légales prévues par le code des assurances, les parties au contrat d'assurance ont toute la latitude de délimiter l'étendue du risque garanti en stipulant certaines exclusions. Celles-ci peuvent porter soit **à l'objet de la garantie** – objets précieux dans l'assurance multirisque habitation-, soit sur la **nature du dommage** – dommages immatériels, risques de guerre et risques assimilés, dommages causés au véhicule par les matières inflammables, explosives, corrosives ou comburantes transportées, dommages subis par les marchandises transportées, y compris le vol, effets directs ou indirects d'explosions, de dégagement de chaleur, d'irradiation, dommages résultant du fonctionnement de bennes basculantes, grues et autres appareils du véhicule, lorsqu'il immobilisé pour effectuer des travaux ainsi que les dommages matériels causés par le véhicule ou résultant d'incendie ou d'explosions causés par le véhicule-, soit sur **les personnes**

bénéficiaires de la garantie, - souscripteur du contrat, conducteur du véhicule assuré, les représentants légaux de la personne morale propriétaire du véhicule lorsqu'ils sont transportés, les salariés, préposés et conducteur dont la responsabilité est engagée du fait de l'accident-, soit encore sur les risques couverts – dommages survenus au cours de rallyes, épreuves, courses ou compétitions lorsque l'assuré y participe en qualité de concurrent, d'organisateur dans l'assurance RC auto, la pratique de certains sports dangereux dans l'assurance accidents maladie-

Par conséquent, les parties déterminent avec précision, par le biais des exclusions, l'étendue des risques couverts/garantis ou inversement, c'est-à-dire que en limitant la garantie aux seuls dommages accidentels signifie que les dommages résultant d'une faute volontaire sont exclus de la garantie ou encore lorsque la garantie ne concerne que la RC délictuelle cela veut dire que la garantie de la responsabilité contractuelle est écartée. Ces exclusions peuvent également être déduites par suite de la détermination de l'étendue de la garantie dans le temps – délai d'attente ou de carence-, ou dans l'espace – exclusions géographiques-. Toutefois, il importe de distinguer ces clauses d'exclusion des clauses instaurant des conditions de la garantie – l'installation d'un système d'alarme ou de coupe feu, l'utilisation de matériaux de fabrication ou d'emballage déterminés conformes aux normes marocaines/UE- et les clauses de prise d'effet du contrat – paiement de la prime, signature de la police, réclamation de la victime dans les délais-.

Plusieurs hypothèses sont à retenir à savoir :

a) Cas fortuits et la faute de l'assuré.

Aux termes de l'article 17 code des assurances, l'assureur répond, sauf exclusion formelle et limitée dans la police, des pertes et dommages occasionnés directement par des cas fortuits ou causés par la faute de l'assuré. Cependant, cette exclusion formelle ne peut

être insérée dans les polices de responsabilité en matière d'accidents de véhicules automobiles.

b) Dommages causés par vice propre à une chose

Le vice propre de la chose assuré peut occasionner des dommages à d'autres choses d'où présomption implicite de garantie sauf exclusion formelle dans la police – article 44 et 55 code des assurances

c) Perte ou disparition provenant d'un vol.

Aux termes de l'article 54 code des assurances, l'assureur ne répond pas des pertes et disparitions des objets assurés survenus pendant l'incendie dès lors qu'il établit la preuve du vol.

2) La faute intentionnelle ou dolosive.

Etant donné que le risque assuré est un événement aléatoire et incertain, sa réalisation ne peut dépendre de la volonté de l'assuré ou du bénéficiaire du contrat. Par conséquent, et dans le but de préserver l'équilibre technique de l'opération, le législateur a interdit l'assurance de la faute intentionnelle ou dolosive nonobstant toute convention contraire. Ce principe consacré par l'article 17/2° code des assurances s'applique aussi bien aux assurances de dommages qu'aux assurances de personnes.

A - Détermination de l'assuré.

L'assuré, en tant que auteur de la faute, est la personne sur la tête de qui ou sur les intérêts de laquelle pèse le risque et repose une assurance. Cette personne peut être soit une personne physique, soit une personne morale en la personne de ses dirigeants. Cette personne peut être à la fois l'assuré et le souscripteur comme elle peut ne pas être le souscripteur comme c'est le cas de l'assurance pour compte ou pour compte il appartiendra. Ainsi dans les assurances de choses,

l'assuré est la personne qui bénéficie de la garantie ou encore qui a intérêt à la conservation de la chose, et dans les assurances de responsabilité, est la personne dont la responsabilité est garantie, et dans les assurances de personnes, celle qui a droit à l'indemnité. En revanche, si cette faute intentionnelle ou dolosive résulte du fait de **personnes dont l'assuré est civilement responsable** en vertu de l'article 85 DOC, l'article 17/2° est inapplicable conformément aux dispositions de l'article 18 et article 4/d-2° Arrêté du ministre des finances et de la privatisation n° 857-05 du 11.4.2005 fixant les conditions générales-types des contrats relatifs à l'assurance responsabilité civile automobile. Ce texte a été abrogé par article 4/d-2° Annexe 1 de l'Arrêté du ministre des finances et de la privatisation n° 1053-06 du 26.5.2006 fixant les conditions générales-types des contrats relatifs à l'assurance responsabilité civile automobile. Bien mieux, aucune clause d'exclusion des fautes de ces personnes n'est admise dès lors qu'il s'agit d'une disposition d'ordre public. Toutefois, l'assureur qui a payé l'indemnité d'assurance est **subrogé** jusqu'à concurrence de cette somme, dans les droits et actions de l'assuré contre les conjoints, ascendants, descendants, alliés en ligne directe, **préposés, employés, ouvriers ou domestiques**, et généralement toute personne vivant habituellement au foyer de l'assuré, **en cas de malveillance** commise par une de ces personnes conformément aux dispositions de l'article 47/3° code des assurances.

B - Détermination de la faute

La faute intentionnelle est de prime abord une faute ce qui suppose à la fois un état de conscience et le caractère volontaire de la faute. Lorsque l'agent, auteur de la faute, est atteint de troubles mentaux sa responsabilité est couverte. Dans ce cas, la faute n'est pas consciente. Il est à noter, par ailleurs, que l'erreur sur la personne—cas du meurtre d'une personne au lieu de l'épouse soupçonnée

d'infidélité- ou de l'erreur sur le bien – le fait de mettre le feu dans son appartement/maison qui s'est propagé à la copropriété/voisinage- exclut la qualification de faute intentionnelle. Il n'y a pas de **faute intentionnelle** en cas de dommages collatéraux causés à des tiers dès lors que ces dommages n'ont pas été recherchés –incendie d'une copropriété par suite d'une tentative de suicide au gaz, dans le but d'attirer l'attention sur l'état de surendettement de l'assuré.

La faute est qualifiée de **volontaire** lorsque l'auteur a au moins connaissance du fait qu'il commet une faute –cas du fabriquant/constructeur qui ignore les vices cachés de la chose/produit qu'il met en circulation.

Quid du cas où l'assuré responsable a voulu le dommage causé à autrui, c'est-à-dire qu'il veut réaliser le dommage garanti et provoquer sciemment et volontairement le sinistre ? Dans ce cas, faut-il assimiler la faute intentionnelle à la **faute dolosive** comme on pourrait le déduire de la formulation de l'article 17 code des assurances ? Faut-il exiger un simple geste commis de propos délibéré sans intention de nuire ? et dans ce cas, la certitude d'une intention doit-elle concerner celle de causer un dommage à autrui ou bien la certitude d'un résultat dommageable ? Ou bien faut-il à la fois cette volonté tendue vers le résultat dommageable et une intention de nuire ? La jurisprudence exige tantôt l'une et l'autre condition, tantôt la seule conscience de causer le dommage pour exclure la garantie et déclarer la non assurance opposable à tous ou à certains biens ou personnes. En revanche, la seule **imprudence caractérisée** de l'assuré n'est pas exclusive de garantie –le non remplacement d'une serrure dans l'assurance vol lorsque le cambrioleur avait allumé un incendie par maladresse.

Par conséquent, la faute lourde, la faute inexcusable et la faute volontaire non intentionnelle demeurent garanties.

Parmi les fautes intentionnelles, on citera notamment :

a) Cas du suicide de l'assuré.

Le code des Assurances n'a pas réglementé le suicide de l'assuré ce qui nous amène à dire qu'il s'agit d'un risque inassurable. Toutefois, la convention des parties peut valablement l'exclure de la garantie ou encore le considérer comme étant un risque garanti sauf convention contraire.

En revanche, sous l'empire de l'ancienne réglementation, au même titre d'ailleurs qu'en droit comparé, on distinguait/distinguait selon que le suicide est conscient ou inconscient. Dans les assurances en cas de décès, le **suicide conscient** survenu dans les deux ans de la conclusion du contrat est exclu de la garantie nonobstant toute convention contraire. En revanche, le **suicide inconscient** est légalement garanti quelle que soit sa date de survenance

Cependant, le code des assurances a passé sous silence cette éventualité

b) Cas du meurtre de l'assuré.

Le meurtre de l'assuré par le bénéficiaire, en tant que auteur ou complice du meurtre, est exclu de toute garantie: article 92/1° code des assurances ; sans toutefois, préciser si la convention contraire permet ou non de déjouer cette cessation d'effet à l'égard du bénéficiaire auteur ou complice du meurtre. En revanche, lorsque le décès a lieu par suite d'un **homicide involontaire**, ou coups et blessures par imprudence ayant entraîné la mort sans intention de la donner, ou encore lorsqu'il invoque un fait justificatif, le contrat sera normalement exécuté.

En cas de **tentative de meurtre**, le contrat sera également exécuté à moins que l'assuré survivant ne révoque le bénéficiaire alors même

qu'il l'a acceptée. Cette révocation est obligatoire si l'assuré en fait la demande par écrit : article 92/3° code des assurances.

c) Cas du heurt volontaire d'un piéton.

Le heurt volontaire d'un piéton ou d'un autre véhicule après altercation suppose que l'assuré responsable a voulu le dommage. Dans ce cas, cette faute est exclusive de garantie – article 4/d-1° Annexe 1 de l'Arrêté du ministre des finances et de la privatisation n° 857-05 du 11.4.2005 fixant les conditions générales-types des contrats relatifs à l'assurance responsabilité civile automobile abrogé par article 4/d-1° Annexe 1 de l'Arrêté du ministre des finances et de la privatisation n° 1053-06 du 26.5.2006 fixant les conditions générales-types des contrats relatifs à l'assurance responsabilité civile automobile.

d) Cas de coups et blessure par un joueur d'une équipe sportive.

Elle est non seulement **le prix du risque** pris par l'assureur de payer certaines sommes en cas de sinistre, mais également **le prix de l'assurance**. En effet, la prime payée par le souscripteur aux dates et échéances convenues –article 20/1° code des assurances- est composée d'une **prime pure** et d'une **prime brute** ou commerciale.

SECTION DEUXIEME : LA PRIME.

La prime ou la cotisation est considérée comme l'élément fondamental dans un contrat d'assurances en vertu duquel l'assureur accepte de garantir un risque déterminé. Cette double appellation a été consacrée aussi bien par l'arrêté viziriel de 1934 – article 15- que par la loi n° 17-99 portant code des assurances – article 20/1°- sans toutefois, en préciser la différence. Il est vrai que la loi n° 17-99 –article Premier/25°, 36° et 37° a précisé ce qu'on entend respectivement par « surprime », « prime » et « prime pure ». C'est pourquoi, il y a lieu de préciser que le terme « prime » est utilisé par les sociétés anonymes pratiquant les opérations d'assurances dites « commerciales » alors que le terme « cotisation » est l'apanage des sociétés d'assurances mutuelles. Toutefois, le terme « cotisations fixes », « cotisations variables », « cotisation normale », « cotisation maximum » et « le rappel des cotisations » a été expressément utilisé par l'article 202 et 03 code des assurances à propos des entreprises d'assurances et de réassurance –Livre troisième-, les conditions d'exercice des entreprises d'assurances et de réassurance –Titre II- les sociétés d'assurances mutuelles –Chapitre 3-. Il en résulte que cette « **prime** » ou « **cotisation** » peut être définie comme étant la **somme payée par le souscripteur à l'assureur en contre partie de la garantie promise** par ce dernier.

Sous Section Première : Détermination de la prime.

Pour avoir une couverture déterminée l'assuré doit payer une prime à l'assureur dont le montant et la périodicité varient en fonction selon le type d'assurances :

* En assurance de personnes, la prime est fonction de l'intensité du risque, de la durée du contrat, de l'âge de l'assuré lors de la souscription et des engagements moraux et matériels pris par l'assureur, c'est-à-dire en fonction des capitaux assurés. Elle est en quelques sortes, une épargne consentie par l'assuré d'où la constitution de réserves par l'assureur pour faire face à ses engagements en cas de réalisation du risque d'où l'appellation de «prime d'épargne ». Celle-ci est définie comme étant la partie de la prime pure d'assurances sur la vie destinée à être capitalisée afin de constituer le capital ou la rente qui devra être payée à l'échéance du contrat.

* En assurances de choses, la prime est fonction de la valeur réelle des biens assurés lors de la souscription ou selon la valeur déclarée par le souscripteur ou encore dans certains cas selon la valeur agréée au moment de la souscription. Cependant, si cette valeur constitue l'assiette de la prime et le plafond de la garantie en cas de sinistre dans le premier et le troisième cas de figure, elle ne constitue dans le second cas que l'assiette de la prime. La prime peut être variable

pour les assurances des stocks, pour les cotisations des mutuelles, ajustables ou encore indexées à un indice déterminé.

* En assurances de responsabilité, Parmi les critères retenus pour la détermination de la prime, on citera notamment l'importance du risque garanti. D'autres critères peuvent être retenus selon les cas : la valeur de l'immeuble pour l'assurance-incendie ou d'un bien en dépôt, le chiffre d'affaires ou la masse salariale pour la responsabilité de l'entreprise, les plafonds de garantie si la responsabilité est indéterminée voire illimitée, à défaut de l'une de ces situations, la prime est fixée en fonction des coûts moyens de la statistique pour la R.C chef de famille.

1- La liberté de fixer le taux de prime.

Le Dahir n° 1-00-225 du 5.6.2000 portant promulgation de la loi n° 06-99 relative à la liberté des prix et de la concurrence a provoqué l'abrogation des dispositions qui octroyaient à l'autorité de tutelle – DAPS- certains pouvoirs de contrôle et de fixation des tarifications. Toutefois, l'article 3 permet aux pouvoirs publics de déroger au principe de la liberté des prix et d'en fixer la liste des produits et services dont le prix sont réglementés. A cet effet, le Décret n° 2-00-854 du 17.9.2001 pris pour l'application de la loi 06-99 /Annexe prévoyait « l'assurance automobile obligatoire » dans cette liste. En revanche, les arrêtés du ministre délégué auprès du Premier ministre chargé des affaires économiques et générales n° 1309-06 du 4.7.2006 et arrêté du ministre de l'économie sociale, des petites et moyennes entreprises et de l'artisanat chargé des affaires générales du gouvernement n° 571-02 du 25.3.2002 (portant retrait du transport ferroviaire de voyageurs et marchandises de cette liste) qui ont fixé cette liste, n'ont pas prévu le service des assurances comme produits et services dont les prix sont réglementés. Toutefois, l'article 248 code des assurances a investi l'autorité de tutelle de certaines prérogatives ; il dispose que : « L'administration peut,

après avis du comité consultatif des assurances prévu à l'article 285 ci-dessous :

- > Déterminer les conditions générales types des contrats et/ou l'usage de clause type des contrats relatives aux opérations visées aux articles 159 et 160 de la présente loi ;
- > Fixer les clauses dont l'insertion est interdite ou obligatoire.
- > Fixer les règles de calcul actuariel applicables aux contrats d'assurances sur la vie ou de capitalisation ;
- > Fixer les critères de détermination des primes pures des opérations d'assurances autre que l'assurance vie ou de capitalisation.
- »

Ces prérogatives ont été consacrées par le Décret n° 2-04-355 du 2.11.2004 pris pour l'application de la loi n° 17-99 –article 15-

Parmi ces règles, on peut citer :

a) les cas de coefficient de réduction ou majoration de la prime tenant compte des antécédents de sinistralité de l'assuré (article 19 Annexe I et article 17 Annexe II de l'arrêté n° 1053-06).

b) Les garanties financières dont les provisions pour primes non acquises (arrêté n° 1548-05)

c) Les règles de contrôle –émission et annulation des primes, critère de détermination des primes pures, charges techniques d'exploitation)

En revanche, et en dehors de ces cas, la demande d'agrément présentée par l'entreprise d'assurances doit être accompagnée, entre autres, d'une note technique en 2 exemplaires exposant le mode d'établissement des tarifs...ainsi que les bases de calcul des diverses catégories de primes ou cotisations : -article 2-6/d arrêté du ministre des finances et de la privatisation n° 1548-05 du 10.10.2005 relatif aux entreprises d'assurances et de réassurance.

d) Cas de refus de la part d'une entreprise d'assurances et de réassurance opposé à une personne assujettie à l'obligation d'assurance RC automobile. Dans ce cas, cette personne peut saisir l'administration en vue de fixer le montant de la prime moyennant laquelle l'entreprise d'assurances concernée est tenue e garantir le risque proposé : article 120 et l'assureur ne peut se prévaloir de la faculté de résiliation après sinistre : article 26/2° code des assurances.

2- Principaux traits de la prime

Ces traits peuvent être résumés en deux, à savoir : la variabilité de la prime et la divisibilité de la prime ou de la cotisation.

A- Variabilité de la prime/cotisation.

La prime ou la cotisation peut être fixe ou variable. A priori, la loi n° 17-99 ne prévoit que la variabilité de la cotisation. Cette variabilité peut être prévue soit par la convention des parties –**clause d'indexation, de revalorisation ou d'ajustement de la prime** au risque en fonction du nombre de personnes ou de choses/chiffres d'affaires faisant l'objet du contrat, soit par les statuts de l'entreprise d'assurances ; étant donné le caractère consensuel du contrat d'assurances, l'assureur ne peut se permettre de décider unilatéralement cette variation à la hausse. Toutefois, lorsque les résultats techniques l'obligent à relever ses taux, l'assuré conserve le droit de résilier immédiatement son contrat alors même que les conditions contractuelles de cette rupture ne sont pas réunies.

Par ailleurs, la proposition d'assurances, contenant une baisse des tarifs par l'assuré, peut valablement s'imposer à l'assureur du seul fait de son silence.

Il est à noter que cette variabilité est prévue également par voie réglementaire, notamment :

> En assurance responsabilité civile automobile et RC garagiste en vertu de l'arrêté du ministre des finances et de la privatisation n° 1053-06 du 26.5.2006 fixant les conditions générales types des contrats relatifs à l'assurance responsabilité civile automobile. En effet, l'article 19/1° Annexe I et article 17/1° Annexe II et article 58/5° alinéa de l'arrêté du ministre des finances et de la privatisation n° 1548-05 prévoit pour la détermination de la prime un coefficient de **réduction-majoration** fixé en fonction des antécédents de sinistralité de l'assuré durant une période de 24 mois ou 12 mois consécutifs à la souscription ou au renouvellement du contrat ; d'où le système du « **Bonus-Malus** ». Ce taux diffère selon l'affectation du véhicule, soit pour l'usage « transport public de voyageurs », soit pour les autres usages lorsque le sinistre est matériel et selon la nature du sinistre, c'est-à-dire lorsque le sinistre est corporel ou lorsqu'il est à la fois corporel et matériel : l'article 19/1° Annexe I et article 17/1° Annexe II et article 58/5° alinéa de l'arrêté du ministre des finances et de la privatisation n° 1548-05. En cas de pluralité de véhicules garanti, le coefficient de réduction-majoration est déterminé et appliqué séparément véhicule par véhicule : article 19/2° Annexe I, (l'Annexe II étant muette sur cette question) et article 58/dernier alinéa de l'arrêté du ministre des finances et de la privatisation n° 1548-05 qui ajoute, pour le cas des garagistes, que la réduction-majoration est appliquée à chaque contrat. Toutefois, cette majoration n'a plus raison d'être lorsque l'assuré apporte la preuve définitive de son exonération de responsabilité. Il en découle que l'assureur est tenu de lui restituer la portion de prime correspondant à cette augmentation : article 19/3° Annexe I et article 17/2° Annexe II.

B- Divisibilité de la prime.

Le principe de la divisibilité de la prime, lorsqu'il s'impose à l'assureur, signifie que l'assureur doit **rembourser à l'assuré la**

portion de prime ou cotisation afférente à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru. Ce remboursement partiel s'impose dans les cas suivants :

- a)** Cas de résiliation pour aggravation ou diminution des circonstances du risque : article 24/3^o et 4^o et article 25 pour le cas de la diminution code des assurances. Dans ce cas, cette portion sera restituée à l'assuré.
- b)** Cas de déconfiture ou de liquidation judiciaire de l'assuré : article 27/1^o et 2^o code des assurances. Dans ce cas, cette portion sera restituée à la masse des créanciers.
- c)** Cas de liquidation judiciaire de l'assureur : article 27/3^o code des assurances. Dans ce cas, l'assuré peut réclamer le remboursement de la prime payée pour la période où l'assurance ne court plus, sauf s'il s'agit des assurances sur la vie ou de capitalisation auxquelles est appliqué l'article 96.
- d)** Cas de la faculté de résiliation après sinistre ouverte à l'assureur et à l'assuré en vertu d'une clause du contrat : article 26/3^o code des assurances. Dans ce cas, la restitution par l'assureur s'impose.

Toutefois, certaines **exceptions** viennent se greffer à ce principe ; il s'agit notamment de :

- a)** La nullité du contrat pour déclaration inexacte des circonstances du risque, commises de mauvaise foi par le proposant ou l'assuré. Dans ce cas, l'assureur est autorisé à conserver les primes échues à titre de dommages et intérêts : article 30/2^o code des assurances. Toutefois, cette disposition n'est pas applicable aux assurances sur la vie : article 30/3^o code des assurances.

b) le droit pour l'assureur de conserver la prime entière après un sinistre total survenant avant l'échéance, n'est pas contesté :

- c)** Cas de la période de non activité du risque, la restitution, par l'assureur, de la prime non consommée, peut être inférieure à ce qu'elle serait en la déterminant par un calcul prorata temporis.

3- Eléments de base.

Sur le plan technique, la prime comporte 2 éléments, à savoir la prime pure et la prime d'inventaire qui équivaut à la prime commerciale ou la prime nette qu'il ne faut pas d'ailleurs confondre avec la prime totale ou la prime brute. Celle-ci est définie comme étant la prime totale payée par le souscripteur et qui donne lieu à l'établissement d'une «**quittance de prime**» par opposition à «**la quittance de règlement de sinistre**». Elle se compose de la prime pure et de la prime d'inventaire augmentées des impôts et taxes sur les contrats d'assurances que l'assureur perçoit pour le compte de l'Etat et des chargements de la prime.

A - La prime pure.

Cette prime est le coût idéal du risque garanti compte tenu des éléments statistiques c'est-à-dire la part de la prime correspondant techniquement au coût probable du risque d'où son appellation de «**prime technique**». Elle est de ce fait calculée sur la base des tables de mortalité qui constituent l'élément statistique de base de l'assurance vie, et sur la base de la capitalisation - sauf dans le cas de la temporaire décès - et de l'épargne des primes encaissées et qui sont destinées à régler les engagements futurs de l'assureur. Dans les assurances de biens, le taux de la prime est déterminé par deux paramètres, à savoir : **le taux de prime** et **l'assiette de la**

prime, c'est-à-dire les capitaux assurés lesquels sont fonction de la valeur de la chose assurée.

B - La prime d'inventaire.

La prime d'inventaire se compose de la prime pure augmentée d'une somme destinée à couvrir les chargements ou les frais généraux et de prestations prévues au contrat d'assurances. Ces chargements ou frais correspondent à un pourcentage de la prime pure destinés à couvrir un ensemble de frais englobant plusieurs frais dont essentiellement :

a) Les frais d'acquisition, d'entrée et d'encaissement :

Ces frais couvrent les dépenses occasionnées par la conclusion et la préparation matérielle du contrat d'assurances.

b) Les chargements de gestion.

S'agissant des chargements minimums de gestion nécessaires pour l'établissement des tarifs des contrats d'assurances.

Ces chargements comprennent d'une part les frais généraux - frais inhérents à l'organisation même de l'entreprise d'assurances tels les loyers, les salaires, les impôts propres à l'entreprise et / ou la rémunération du capital pour les sociétés par actions etc. et d'autre part les commissions propres à chaque contrat d'assurance y compris celles versées aux intermédiaires, les frais d'encaissement des primes.

c) Les chargements de règlement.

d) le chargement fiscal :

Les taux de la taxe sur les conventions d'assurance sont fonction de la catégorie d'assurance. Le taux des taxes collectées au profit de l'Etat sont fixés par le code générale des impôts. A ces taxes s'ajoutent certaines taxes au profit d'autres organismes ou fonds de garantie dont, la sécurité sociale et les fonds de garantie des accidents de la circulation, AT, etc.

En revanche, les contrats d'assurances vie et de rentes viagères sont exonérés de la taxe sur les conventions d'assurances. Mieux encore, cette exonération bénéficie aux primes et cotisations conformément aux dispositions de l'article 66 / 11° relative aux exemptions de l'impôt de la loi No 17-89 instituant un impôt général sur le revenu du 21 novembre 1989. D'autres avantages fiscaux immédiats sont prévus dont notamment la déductibilité des cotisations perçues à l'occasion d'une assurance retraite du revenu global imposable et l'abattement fiscal sur la rente ou le capital servi.

4- Bases techniques.

Il s'agit ici de présenter sommairement les différents outils servant comme bases techniques au calcul de la prime dans les assurances de personnes et plus particulièrement des tables de mortalité et des intérêts composés, les chargements étant déjà examinés ci-dessus.

A - Les tables de mortalité ou de survie.

Elles sont l'élément statistique permettant de déterminer la probabilité qu'a une personne de tel âge d'être encore en vie à telle date en fonction des circonstances faites dans le cadre d'un groupe important et partant de là, elle est l'instrument le plus important qui intervient dans le calcul des primes en assurance vie. Elle se base sur la **loi de Gauss** ou Gaussienne considérée comme la loi normale de la vie ou plutôt «**la bible des actuaires** » laquelle conduit au tracé de la courbe de survie - en forme de cloche - ,

donc dégage une probabilité de l'âge moyen tout en essayant de relever le nombre de décès qui se produisent d'année en année sur un grand nombre de têtes assurées et par suite du relevé du nombre de survivants par opposition aux autres branches d'assurances où la tarification est établie en fonction de statistiques qui indiquent la probabilité de survenance du risque sur 1000 X comparables et le coût moyen du sinistre.

Les tables de mortalité –mortalité générale/espérance de vie par âge, actuellement utilisées au Maroc, se réfèrent à la période 1960/1964 en tant que barème de capitalisation de rentes temporaires et en tant que barème de capitalisation de rentes viagères. (Annexe 1 de l'Arrêté du ministre des finances et de la privatisation n° 1548-05 du 10.10.2005 relatif aux entreprises d'assurances et de réassurance B.O. n° 5384 du 5.1.2006) Il est à noter que ces tables sont utilisées aussi bien en cas de décès et en cas de vie qu'en cas de contrats mixtes quel que soit le sexe de l'assuré puisqu'on applique les tables de mortalité **PF 60-64 MKH** aux deux sexes sachant que les tables en cas de décès sont établies en fonction de l'espérance de vie de la population masculine –**PM**- laquelle est inférieure à celle de la population féminine. Aussi les tables en cas de vie sont établies en fonction de l'espérance de survie de la population féminine –**PF**-, à une date déterminée, laquelle est supérieure à celle de la population masculine, ce qui permet à l'assureur d'encaisser les primes plus longtemps même lorsqu'il s'agit d'un assuré de sexe masculin. Cette table de mortalité sert à calculer les engagements de l'assureur contre les risques AT et MP en ce qui concerne les rentes mises à sa charge, y compris les accessoires –provision mathématique : article 16/1° de l'arrêté n° 1548-05. elle sert également à calculer les engagements de l'assureur pratiquant des opérations d'assurances directes figurant aux alinéas 7°, 8°, 10° à 29° de l'article Premier dudit arrêté, en ce qui concerne les rentes mises à sa charge : article 17/5° dudit arrêté.

En revanche, les tables de mortalité **TV 88-90** pour les assurances en cas de vie et **TD 88-90** pour les assurances en cas de décès annexe 1 dudit arrêté servent à calculer la provision mathématique lorsque les bases tarifaires comportent un élément viager, pour les entreprises d'assurances pratiquant les opérations d'assurances visées aux alinéas 1° à 6° de l'article Premier conformément aux dispositions de l'article 15/1° dudit arrêté.

B - Les taux d'intérêt technique.

Etant donné qu'une partie des primes encaissées par les assureurs constituent les **provisions mathématiques** sont destinées à être injectées dans l'économie nationale, il est tout à fait équitable de faire profiter aux assurées des produits de cette gestion financière à hauteur du taux d'intérêt fixé par les pouvoirs publics. Cependant, l'assureur peut proposer un taux supérieur ce qui peut constituer à l'avenir **un risque de solvabilité** pour l'entreprise d'assurances en cas de fluctuations économiques.

Ces taux constituent avec les lois de mortalité les bases techniques du tarif minimum fixé par l'instruction No 20 et qui diffère selon qu'il s'agisse des contrats individuels d'assurances sur la vie ou des contrats de groupe.

D'ailleurs, toute compagnie d'assurances pour pouvoir recueillir l'avis préalable de la DAPS et partant de là émettre des contrats d'assurances sur la vie dans le public, doit présenter un dossier complet comportant entre autre la note technique du contrat avec les tarifs y afférents conformément aux dispositions de l'article 24.

Sous Section Deuxième : Le paiement de la prime.

Parmi les obligations de l'assuré énumérées à l'article 20 code des Assurances figure celle «de payer la prime ou cotisation aux

dates convenues ». Cependant une exception vient se greffer à ce principe, elle concerne les assurances vie ce qui peut semer un trouble dans l'esprit du juriste. Celui-ci admet à juste titre que cette obligation principale du preneur d'assurances est la cause de l'obligation réciproque de garantie qui incombe à l'assureur et partant de là, le fondement du principe de la divisibilité de la prime en cas de résiliation du contrat d'assurances – art 27, 46 et 94 code des Assurances. Pour toutes les autres assurances, assurances de biens, assurances de responsabilité et assurances de dommages corporels, l'obligation au paiement de la prime est renforcée par une procédure particulière notamment en cas de non-paiement.

Cette question - le débiteur de l'obligation de paiement - ainsi que celles relative à la manière dont elle doit être acquittée, à la date de son paiement et les conséquences attachées au défaut de paiement ont été prévues et organisées par le code des Assurances.

1 - La faculté de payer les primes.

On avait dit que le principe de l'**obligation de paiement** des primes souffre d'une exception relative aux assurances sur la vie. En effet, le paiement des primes y compris la première, n'est pas obligatoire dans les assurances sur la vie d'où l'originalité de cette branche d'assurances.

Ce **caractère facultatif du paiement** des primes considéré comme l'essence même de ces assurances est maintenant consacré par l'article 85 code des Assurances qui précise que : « L'assureur n'a pas d'action pour exiger le paiement des primes ».

Cette interdiction doit être entendue de façon restrictive et littérale, c'est-à-dire que l'assureur, en cas de défaut de paiement, ne peut pas poursuivre le souscripteur en justice en paiement des primes. Cependant, cette interdiction ne l'empêche pas de se faire payer par compensation sur le montant des sommes versées

au bénéficiaire à l'échéance - droit de rétention sur le capital devenu exigible du montant de la prime non payée - à condition toutefois que le contrat n'ait pas été régulièrement résilié ou réduit et/ou de subordonner la prise d'effet de la garantie au paiement de la première prime.

A - Le débiteur de l'obligation de paiement.

Le débiteur de l'obligation de payer la prime, malgré l'expression partiellement inexacte retenue par l'article 20 susmentionné, à savoir «**l'assuré** » qui a le plus souvent la qualité de souscripteur, la personne qui doit payer la prime est le souscripteur du contrat d'assurance lorsqu'il est assuré en même temps, auquel il faut assimiler son mandataire, son représentant légal ou encore son gérant d'affaires car dans bien des cas - l'assurance pour compte, l'assurance vie sur la tête d'un tiers - l'assuré est une autre personne que le preneur d'assurances. Dans ce cas seul le souscripteur est tenu de payer la prime et partant de là d'entretenir ou de maintenir son contrat étant donné qu'il s'agit ici d'un droit exclusivement attaché à la personne du souscripteur. Cette interprétation ressort clairement de la définition donnée par l'article Premier/36° code des assurances à l'expression «**Prime** », à savoir : « somme due par le souscripteur d'un contrat d'assurance en contrepartie des garanties accordées par l'assureur » (cas particulier de l'assurance de groupe).

Cependant, rien n'empêche, dans les assurances sur la vie, «**tout intéressé** de se substituer au contractant pour payer les primes » conformément aux dispositions de l'article 84 code des Assurances, c.-à-d. toute personne intéressée au maintien du contrat d'assurance tel est le cas d'un cooblige ou d'une caution ou d'un créancier ou d'un bénéficiaire voire même d'un tiers à condition qu'il agisse au nom et en l'acquit du débiteur ou s'il agit en son

nom propre, qu'il ne soit pas subrogé au droit du créancier ou encore qu'il soit autorisé par le débiteur.

B - A qui la prime doit-elle être valablement payée ?

En droit civil et conformément au principe de base consacré par le DOC art. 238, le paiement doit être fait au créancier, ou à quelqu'un ayant pouvoir de lui ou, à qui soit autorisé par justice ou ratifié par lui à recevoir pour lui.

En droit des assurances, le code des Assurances dans son article 21 / 1° ainsi libellé : « Sauf convention contraire spécifiée au contrat, la prime est payable au domicile de l'assureur ou du mandataire désigné par lui à cet effet. » Les conditions générales des contrats d'assurances, faisant application de cette règle légale, stipulent : « La prime est payable d'avance aux époques fixées aux conditions particulières au domicile de l'assureur ou du mandataire désigné par lui à cet effet » contrairement à la position adoptée par l'ancienne réglementation des assurances. Celle-ci prévoyait qu' « à l'exception de la première, les primes sont payables au domicile de l'assuré ou à tel autre lieu convenu ». Cependant, et compte tenu de la nature du contrat d'assurance, et plus particulièrement le contrat d'assurances sur la vie dans lequel le paiement des primes est une simple faculté le coût de gestion de l'assurance aussi bien pour l'entreprise d'assurance que pour les assurés, et les difficultés qui découlent de ce système ont poussé le législateur à inverser la vapeur tout en autorisant les parties à convenir d'un autre lieu de paiement en vertu d'une clause particulière.

On remarquera que, malgré le silence du code des Assurances et quelle que soit la personne habilitée à recevoir les primes, le paiement doit donner lieu à l'établissement d'une quittance signée par cette dernière et émise par l'assureur.

a) Lieu du paiement.

Les primes sont, sauf convention contraire, portables au domicile de l'assureur ou du mandataire, désigné par lui à cet effet, conformément aux dispositions de l'article 21/1 du code des Assurances. En effet, la réglementation des assurances a adopté un régime tempéré du paiement des primes en posant le principe du lieu du paiement et son exception.

Etant donné la formulation de cet article, lequel laisse aux parties au contrat le soin de convenir du lieu du paiement de la prime, en l'occurrence de la **quérabilité de la prime** au domicile du débiteur. A défaut de cette clause spécifique ou encore lorsque les parties ont convenu de la portabilité, la prime est **portable au domicile de l'assureur ou son mandataire autorisé**.

Par conséquent, et à défaut de cette clause, l'exception étant la **portabilité au domicile de l'assureur**, c'est-à-dire que l'assuré est tenu de se rendre au domicile de son assureur ou mandataire autorisé pour le paiement de ses primes alors que l'article 16/1° Arrêté Viziriel de 1934 retenait le principe de la quérabilité au domicile de l'assuré sauf convention contraire d'un autre lieu de paiement. L'article L 113-3 code assurances français adopte, quant à lui, le principe de la portabilité et l'exception de la quérabilité alors même qu'il a adopté une formulation particulière, à savoir : « La prime est payable au domicile de l'assureur ou du mandataire désigné par lui à cet effet. Toutefois, la prime peut être payable au domicile de l'assuré ou à tout autre lieu convenu dans les cas et conditions limitativement fixés par décret en Conseil d'Etat »

On entend par « **domicile de l'assureur** » non seulement celui du siège social, mais également ceux de ses succursales, délégations et ceux de leurs agents généraux ainsi que ceux des courtiers mandatés à cet effet. Toutefois, le paiement effectué entre les mains d'un agent général ou d'un courtier non mandaté pour encaisser, mais apparent, les primes est considéré comme valable et opposable à l'égard de

l'entreprise d'assurances lorsque l'assuré n'a pas été informé de cette restriction ; le fait de délivrer des attestations à l'en tête de l'entreprise suffit à confirmer cette apparence. Le même principe de portabilité de la prime au domicile de l'assureur est retenu en cas de défaut de paiement d'une prime ou d'une fraction de prime – annuelle- et ce après mise en demeure de l'assuré : article 20/2° code des assurances. Les conditions générales des contrats font application de cette disposition réglementaire sachant que les techniques nouvelles de paiement rendent inopérant le principe même de la querabilité.

b) Mode de paiement.

Le paiement peut être effectué, *soit en espèces*, en monnaie ayant cours forcé au Maroc, entre les mains de l'assureur ou de son mandataire désigné par lui à cet effet, *soit par chèque bancaire*, virement bancaire ou postal ou encore cartes de crédit ou des traites à condition que l'assureur accepte ces instruments de paiement.

En cas de paiement par chèque, le paiement est effectué au moment de l'encaissement qui coïncide avec celui de la mise à la disposition de l'assureur de la valeur libératoire. De ce fait, le paiement de la prime d'assurances au moyen d'un chèque sans provision ou avec provision insuffisante est sans aucune valeur du moment que la garantie ne prend effet qu'à la date indiquée au contrat - conditions particulières - sous réserve du paiement de la première prime ou de la provision de prime. Le débiteur doit apporter la preuve de l'envoi ou de la remise du chèque et la date à laquelle il a eu lieu. Dans ce cas, le paiement est établi alors même que le chèque a été égaré. De surcroît, certaines **présomptions de paiement** profitent au débiteur tel est le cas du débiteur qui détient un document qu'il ne peut avoir sans paiement de contrepartie ou

encore lorsque le paiement est inscrit au registre de l'agent général d'assurances.

La **compensation** entre la dette de l'assuré et celle de l'assureur consécutives à un sinistre est possible en cas de convention des parties. En revanche, la compensation de plein droit n'est valable que si la créance de celui qui prétend à l'indemnité est certaine, liquide et exigible.

2 - Les conséquences du défaut de paiement.

En matière de contrats synallagmatiques, la solution du droit commun de l'inexécution par l'une des parties, de son obligation - le paiement des primes à l'échéance - **est le recours en justice soit en vue de l'exécution forcée** de l'obligation inexécutable si celle-ci est possible *soit en vue de la résolution du contrat* si l'exécution n'est plus possible - art.259 DOC. Dans les deux cas de figure **la mise en demeure** et spécialement l'injonction de payer de la partie défaillante est nécessaire - art 255 DOC -. L'application de cette procédure à l'assureur pour chaque prime impayée constitue un handicap majeur et une charge supplémentaire à la gestion de son portefeuille. Cependant, la faculté laissée aux contractants de stipuler que l'inexécution des engagements de l'une d'entre elles dispense automatiquement l'autre partie de ses obligations étant donné que la clause exécutive entraîne la résolution de plein droit tel que cela ressort de l'article 260 DOC serait une sanction démesurée pour les assurés négligents. Il est vrai, par contre, que cette procédure judiciaire, lorsqu'elle aboutit, permet non seulement à l'assureur –créancier- de recouvrer ses primes échues, il se voit, en outre, allouer des **dommages moratoires** voire des **dommages et intérêts compensatoires**, en réparation du préjudice subi du fait du refus systématique et non motivé du débiteur, souvent de mauvaise foi. C'est pourquoi il a fallu trouver une solution intermédiaire mieux adaptée aux particularités des contrats d'assurances en

général et des contrats d'assurances sur la vie en particulier et qui tend à concilier les intérêts des deux parties.

En effet, l'article 21 code des Assurances, dont les dispositions sont **d'ordre public et revêtent un caractère impératif**, comme cela ressort clairement de l'article 3 code des assurances, a institué un système spécifique de suspension de garantie par l'assureur suivi du droit de résilier le contrat ou d'en poursuivre l'exécution en justice à moins qu'il ne s'agisse de contrats d'assurances sur la vie dans lesquels il y a des réserves mathématiques : article 21/dernier alinéa code des assurances ; le but étant de mettre fin au déséquilibre de l'opération du fait du non paiement de la prime.

Cette procédure doit être précédée d'une mise en demeure nonobstant toute clause contraire.

A - La mise en demeure du souscripteur.

Pour obtenir la **suspension de la garantie et la résiliation du contrat** en cas de non paiement de la prime - ou même d'une fraction de prime même si les articles 21 et 32 susmentionnés n'en parlent pas -, l'assureur doit au préalable accomplir cette formalité impérative, c'est-à-dire celle de «**mettre l'assuré en demeure** de payer la prime non réglée à l'échéance» : article 21/2° code des assurances.

Cette mise en demeure résulte de **l'envoi d'une lettre recommandée** - avec ou sans accusé de réception - adressée, soit à l'assuré, soit à la personne chargée du paiement des primes à leur dernier domicile connu de l'assureur, par laquelle il lui rappelle le montant des primes impayées et la date d'échéance et reproduit l'article 21 conformément aux dispositions de l'article 22 code des assurances. Il l'informe qu'à l'expiration d'un délai minimal de **20** jours à compter de l'envoi de cette lettre, le défaut de paiement entraînera **la suspension automatique de la**

garantie - prélude à la résiliation, qu'en cas de sinistre aucune indemnité ne sera versée et que le contrat ne reprendra ses effets que le lendemain à midi du jour du paiement de toutes les primes échues et celles venues entre-temps à échéance.

Bien mieux, l'article 22 exige de la compagnie d'assurances de reproduire impérativement le texte même de l'article 21 code des Assurances afin que l'assuré puisse se rendre compte de la gravité de la sanction. Dans la pratique, les compagnies d'assurances et de réassurance reproduisent souvent les dispositions de l'article 21 soit au verso de la lettre recommandée, soit en marge de son imprimé.

Il est vrai que l'envoi de cette lettre recommandée peut avoir lieu sans accusé de réception, notamment lorsque le domicile de l'assuré est situé au Maroc, à **charge pour l'assureur d'en établir la preuve** - le récépissé de la poste fait foi de l'envoi recommandé. Cependant et pour parer à toute contestation éventuelle sur le contenu de la mise en demeure, les compagnies d'assurances utilisent en pratique un registre à souche de mise en demeure imprimée avec un numéro d'ordre et envoyées par simple pliage sans enveloppe. Toutefois, cette indication portée sur ce registre ne constitue pas, à elle seule, une preuve suffisante (Cass. 1° Civ. 16.2.1983 RGAT 1983.519). En revanche, la preuve est acquise lorsque l'assuré reconnaît la réalité de la suspension de la garantie. Cette lettre recommandée qui entraîne des frais considérables d'établissement et d'envoi pour la compagnie d'assurances et qui est une formalité impérative en cas de non de paiement des primes : article 22 code des assurances, diffère complètement de l'avis d'échéance. Celui-ci est envoyé par simple lettre missive par l'assureur avisant le débiteur du paiement des primes de la date d'échéance et du montant de la somme dont il est redevable non seulement en cas de quérabilité des primes, en vertu d'une clause conventionnelle spécifique, mais également dans le cas où ces

primes deviendraient portables au domicile de l'entreprise d'assurances en vertu d'une clause conventionnelle ou en l'absence de toute clause contraire spécifiée.

Il est vrai que cette formalité –établissement et envoi – incombe à l'assureur, mais rien n'empêche de déléguer cette formalité aux intermédiaires mandatés à cet effet ; le seul détail apporté par l'article 22 concerne les frais de cette lettre qui demeurent à la charge des assureurs

Il est à noter, par ailleurs, qu'en cas de coassurance, cette formalité incombe à l'apériteur pour la totalité de la prime dès lors qu'il est mandaté pour gérer les actes relatifs au contrat.

Cependant, la jurisprudence se montre assez sévère à l'égard de l'assureur chaque fois qu'il s'agit de juger de la validité de la mise en demeure «la mise en demeure ne peut produire d'effet juridique que si l'assureur justifie qu'il a préalablement rempli son obligation de se présenter pour recevoir le paiement au domicile du débiteur », pour la simple raison que l'assuré se reconnaît débiteur de la prime échue.

Quoiqu'il en soit la mise en demeure régulière produit les effets suivants :

Premier effet : Elle rend portable les primes impayées même si elles sont de par la convention querable.

Deuxième effet : Elle constitue le point de départ des intérêts moratoires au profit de l'assureur.

Troisième effet : Elle interrompt la prescription de l'action en paiement des primes - art. 38/2 du code des Assurances.

Quatrième effet : Elle constitue le point de départ du délai de suspension de la garantie.

Cette mise en demeure est adressée à l'assuré ou à la personne chargée du paiement de la prime, soit en vertu d'un mandat spécial, soit parce qu'il effectue **habituellement** le règlement, soit par

l'engagement qu'elle prend d'en effectuer le règlement et en informe l'assureur.

En cas de **déconfiture** ou de **liquidation judiciaire** de l'assuré, la mise en demeure doit être adressée au liquidateur –masse des créanciers- dès lors que l'assurance subsiste au profit de la masse des créanciers, qui devient débitrice envers l'assureur du montant des primes à échoir à partir de la déconfiture ou de la liquidation judiciaire et que c'est la masse des créanciers qui conserve le droit de résilier le contrat dans un délai de 90 jours et enfin de réclamer le remboursement de la prime payée pour le temps où l'assurance ne court plus : article 27 code des assurances. Idem pour les héritiers, en cas décès de l'assuré, et des acquéreurs, en **cas d'aliénation** de la chose assurée par l'assuré. En effet, en **cas de décès** de l'assuré et après avoir informé l'assureur de l'aliénation par lettre recommandée, ces héritiers sont tenus solidairement du paiement des primes échues dès lors que l'assurance continue de plein droit à leur profit à charge d'honorer toutes les obligations de l'assuré et qu'il leur appartient de résilier le contrat dans les 90 jours de la date du transfert ou de la demande du transfert en son nom (à l'exception de l'assurance contre la grêle et la mortalité du bétail) : article 28 code des assurances. Toutefois, en cas d'aliénation d'un véhicule automoteur terrestre, l'assureur ne peut réclamer à l'assuré que la portion de prime ou cotisation échue avant la date d'immatriculation du véhicule au nom du nouveau propriétaire et s'il s'agit d'un véhicule non soumis à l'immatriculation 8 jours après le jour de la cession dès lors que le contrat est résilié de plein droit à cette date : article 29 code des assurances.

B - La suspension de la garantie.

Aux termes de l'article 21/2° précité, la garantie est suspendue **Vingt** jours après l'envoi de la mise en demeure (La loi française –article 113-3/2° code des assurances- fixe ce délai à 30 jours). Ce

délai est un **délai franc** dans la mesure où le jour de l'envoi de la lettre recommandée n'est pas compté et lorsque l'expiration de ce délai arrive un jour férié le code des Assurances le proroge au lendemain, c'est-à-dire au premier jour ouvrable. Ces délais sont **doublez** lorsque la mise en demeure est adressée en dehors du Maroc : article 21/5° code des assurances ; ce qui suppose que le domicile de l'assuré à l'étranger est connu de l'assureur. Ce délai ne court que du jour de présentation à l'assuré ou la personne chargée du paiement de la prime de la lettre recommandée de mise en demeure accompagnée d'une demande d'avis de réception conformément aux dispositions de l'article 22 code des Assurances. Il découle donc de la suspension automatique de la garantie que l'assuré - en faute - reste tenu de son obligation de payer les primes échues, y compris celle correspondant à la période de la suspension alors que l'assureur est délié de tout engagement Vingt jours après la mise en demeure. Autrement dit **la garantie n'est pas maintenue pendant la période de vingt jours** de la mise en demeure et que l'assureur est dispensé de la prise en charge des sinistres qui surviennent pendant cette période.

Il en résulte que cette « **suspension de la garantie** » se distingue de la « **suspension du contrat** », c'est-à-dire de celle qui résulte de la convention des parties et qui permet de surseoir l'exécution des obligations réciproques du contrat. Par conséquent, la suspension de la garantie -paralyse partielle le contrat- se distingue également de la déchéance ; laquelle paralyse la prise en charge du sinistre.

Bien mieux, la suspension est limitée à la période qui s'écoule entre l'effet de la mise en demeure et l'échéance d'une nouvelle prime, de telle sorte que, malgré le non - paiement de la prime arriérée, le contrat reprend tous ses effets pendant la période suivante dont la prime a été régulièrement acquittée. Autrement dit, l'assureur doit se conformer aux formalités de l'article 21 code des Assurances. Cependant, l'assureur est autorisé, en

compensation de ces primes impayées dans les délais impartis de retenir le montant sur l'indemnité d'assurances aussi à l'égard de l'assuré qu'à l'égard d'un tiers conformément aux dispositions de l'article 16 code des Assurances. En cas de paiement de la prime arriérée objet de la mise en demeure, y compris le montant de la prime, les intérêts moratoires et les frais sauf si le montant de ces intérêts ou frais n'a pas été signifié à l'assuré dans la mise en demeure, la remise en vigueur de la garantie ne n'effectue que le lendemain à midi du jour du paiement : article 21/4° code des assurances. Par conséquent, l'assureur est fondé à refuser sa garantie pour un sinistre survenant le jour du règlement ou le lendemain de celui-ci avant midi. Toutefois, lorsque le contrat est encore en vigueur –ni expiré, ni résilié-, la suspension ne prend fin que par la survenance de l'un des événements suivants :

- > Le paiement des primes dues.
- > L'expiration de la période annuelle.
- > La renonciation de l'assureur à la sanction (remise avec la quittance d'une attestation couvrant une période postérieure à l'extinction du contrat).

C - La résiliation du contrat.

La résiliation du contrat d'assurances, en cas de non paiement des primes, est une mesure assez grave de conséquences. Elle intervient **10** jours **après la date de la suspension** de la garantie : article 21/3° et 23 code des assurances , c'est-à-dire après le délai de **trente** jours de la lettre recommandée de mise en demeure, et doit avoir lieu par une nouvelle lettre recommandée marquant la cessation des effets du contrat. En pratique, l'assureur adresse à l'assuré une seule et même lettre recommandée de mise en demeure lui ouvrant le droit à la suspension de la garantie et à la résiliation du contrat dans les délais impartis à l'article 21 code. Toutefois, lorsque la lettre de mise en demeure est adressée en

dehors du Maroc, la résiliation ne prend effet qu'à l'expiration du 50^{ème} jour de la date d'envoi de ladite lettre : article 23/2^o code des assurances. Par conséquent, l'assureur dispose de **Trois** possibilités/mesures en cas de défaut de paiement des primes, à savoir :

Première mesure : Simple menace pendant 20 jours.

Deuxième mesure : Suspension de la garantie pendant les 10 jours qui suivent.

Troisième mesure : Résiliation du contrat à partir du 11^{ème} jour à zéro heure.

Le point de départ étant l'envoi de la mise en demeure et non sa réception par le débiteur.

Par conséquent, l'envoi de la mise en demeure peut viser la suspension de la garantie et dans ce cas il interrompt la suspension ; elle ne peut valoir résiliation du contrat si l'assureur n'a pas adressé une autre mise en demeure y afférente.

3 - Les sanctions particulières des assurances sur la vie.

Compte tenu des particularités des assurances sur la vie, dont notamment celle de l'existence d'une provision mathématique, le caractère facultatif du paiement des primes et surtout de l'absence de toute action en paiement des primes au profit de l'assureur, les sanctions prévues à l'article 21/2^o à 6^o code des Assurances ne leur sont pas applicables conformément aux dispositions de l'article 21/dernier alinéa code des Assurances. Cependant, l'accomplissement des formalités y prescrites demeure nécessaire étant donné que cette formalité est également applicable aux assurances de personnes conformément aux dispositions de l'article 86. En effet, l'assureur doit, en cas de non paiement de la prime ou fraction de prime dans les **10 jours** de son échéance, adresser au souscripteur une **lettre recommandée avec accusé de réception** l'informant qu'à l'expiration d'un délai de **20 jours** à

dater de l'envoi de cette lettre l'assureur prendra les sanctions qui s'imposent. En effet, si l'article 85 code des Assurances, dispose expressément que l'assureur n'a pas d'action pour exiger le paiement des primes, l'article 86 ne prévoit en cas de défaut de paiement des primes ou fraction de prime échue ainsi que des primes éventuellement venues à échéance au cours dudit délai dans les assurances de personnes que **la réduction** de ses effets –capital ou rente- ou **la résiliation** pure et simple de l'assurance en cas d'inexistence ou d'insuffisance de la valeur de rachat du capital ou de la rente garanti. Il est à noter, par ailleurs, que l'envoi de cette lettre recommandée rend la prime portable dans tous les cas conformément aux dispositions de l'article 86/2^o code des Assurances. Toutefois, ces dispositions ne sont pas applicables au non paiement des primes dans les assurances temporaires en cas de décès conformément aux dispositions de l'article 90 code des Assurances.

Bien mieux, la résiliation pour défaut de paiement a été écartée dans les contrats d'assurance temporaire en cas de décès faits pour la durée entière de la vie de l'assuré, sans condition de survie et dans tous les contrats d'assurance temporaire : article 90 code des assurances. De ce fait, seule la réduction du capital ou de la rente garanti est possible nonobstant toute convention contraire, à condition qu'il ait été payé au moins **trois primes annuelles** et ce conformément aux dispositions de l'article 87 code des Assurances. Toutefois, les assurances temporaires en cas de décès, les assurances de capitaux de survie et de rente de survie, les assurances en cas de vie sans contre assurance et les rentes viagères différées sans contre assurance ne comportent pas de rachat : article 91 code des assurances.

Dans le cas contraire, c'est-à-dire lorsqu'il y a cessation de paiement des primes **avant la fin des trois premières années**, l'assurance est résiliée et les primes payées restent acquises à la

compagnie d'assurance en dédommagement de l'assureur de la rupture du contrat.

SECTION TROISIEME: LE SINISTRE.

Le sinistre est le **fait dommageable** pour l'assuré ou pour autrui de nature à entraîner la garantie de l'assureur. C'est à partir de ce moment **-réalisation du risque-** où l'obligation de l'assureur est constituée, établie par la concordance entre le sinistre –événement déclaré par l'assuré et le risque garanti alors même que les conséquences du fait dommageable initial, quoique identifiées, sont en cours de développement et que l'état définitif déterminera la dette de l'assureur. La réalisation du risque peut être soit contemporain du sinistre –vol, incendie, accident-, soit concomitant –dégâts des eaux, RC prof-. Toutefois, s'il est facile de vérifier immédiatement cette **relation de conformité** dans le premier cas, il en est autrement dans le second puisque les conséquences s'inscrivent dans la durée et donnent lieu à des complications au point où elles ne peuvent plus s'identifier au fait générateur. Il en résulte la nécessité d'apporter la preuve de la date de survenance, les circonstances de faits, leurs conséquences afin de les comparer au risque garanti et à la durée du contrat. Il s'agit de la condition de conformité entre le sinistre et la garantie de l'assureur. Outre cette condition de conformité, l'obligation de l'assureur peut, quant à son exécution, être **conditionnelle**. Ainsi dans les assurances de responsabilité, l'assureur n'est tenu que, à la suite du fait dommageable prévu au contrat, une réclamation amiable ou judiciaire est présentée à l'assuré ou à l'assureur par le tiers lésé : article 61 code des assurances. Cela veut dire que cette décision judiciaire condamne l'assuré en raison de sa responsabilité d'où la garantie de l'assureur ou encore que l'assureur reconnaît amiablement la responsabilité de l'assuré ce qui équivaut à la réalisation du risque, sauf faute

intentionnelle ou dolosive de l'assuré : article 17 code des assurances (Voy. Pour la procédure, transaction : article 21 Annexe I et article 19 Annexe II Arrêté n° 1053-06).

Cela suppose bien entendu un contrat valable en cours d'exécution mais également, l'accomplissement de **certaines formalités** par l'assuré dont notamment la déclaration du sinistre dans un certain délai : article 20/5° code des assurances et article 20 Annexe I et article 18 Annexe II Arrêté n° 1053-06. Toutefois, d'autres obligations peuvent être imposées conventionnellement selon le type de l'assurance afin d'éviter la disparition de certains éléments de preuve ou encore en vue d'entreprendre les premières mesures de sauvegarde.

Cette garantie due par l'assureur devient **exigible** soit à l'échéance du contrat, soit lors/par la réalisation du sinistre ou du risque garanti : article 19 code des assurances- cas de survie à l'échéance convenu -, le décès de l'assuré dans l'assurance en cas de décès - ou encore certaine par la réalisation du sinistre - cas de maladie ou d'accidents, cas de R.C. de l'assuré, cas des dommages subis par les biens assurés. Toutefois, rien n'empêche l'assureur de s'en libérer en apportant la preuve de son non implication, c'est-à-dire que les **conditions de la mise en œuvre de la garantie ne sont pas réunies** d'où l'idée de partage de la preuve entre assuré et assureur.

Sous Section Première : La déclaration du sinistre.

Aux termes de l'article 20/5° code des Assurances, «l'assuré est obligé :

5° de donner avis à l'assureur, dès qu'il en a eu connaissance et au plus tard dans les cinq (5) jours, de sa survenance de tout sinistre de nature à entraîner la garantie de l'assureur »

1) Objet de la déclaration.

La réalisation du sinistre doit être portée à la connaissance de l'assureur selon les formes et délais requis, afin de défendre ses intérêts et par conséquent d'honorer ses engagements. C'est pourquoi, la déclaration doit porter sur «tout sinistre de nature à entraîner la garantie de l'assureur ». Cela suppose donc d'une part, la réalisation d'un sinistre et, d'autre part, que l'assuré en a eu connaissance.

A – Réalisation de tout sinistre.

La déclaration suppose la réalisation de tout sinistre – règle générale – dont le sens et portée est définis au contrat. Cependant, les parties ont toute la latitude d'exiger cette déclaration dès le premier temps du sinistre – cas de mortalité du bétail ou de l'accident et la maladie –

Cette obligation incombe en principe à l'assuré qui est soit le souscripteur – règle générale – ou le bénéficiaire de l'indemnité comme dans toutes les assurances pour compte et les assurances de responsabilité.

B – L'assuré doit avoir eu connaissance.

La seule réalisation du sinistre ne suffit pas pour mettre en œuvre cette obligation de déclaration, il est évident que l'assuré doit en avoir eu connaissance au préalable. Bien mieux, l'article 61 code des Assurances soulève une autre condition, à savoir celle de la «réclamation judiciaire ou amiable est faite à l'assuré par le tiers lésé » en matière d'assurances de responsabilité.

2) Forme de la déclaration.

Aucune forme n'est exigée et l'assurée pourra utiliser tous les moyens de notification tant écrite qu'orale sauf à craindre quelques problèmes de preuve. Dans la pratique, la déclaration est faite par écrit- souvent par lettre recommandée ou simple lettre missive- ou

par **déclaration verbale contre récépissé**. Selon les termes du contrat d'assurance, la déclaration doit être faite soit au siège de la compagnie, soit auprès de l'agent général, le but recherché étant la notification du sinistre dans les délais.

B - Le délai de déclaration.

Les délais de déclaration ainsi que leur point de départ sont prévus également par l'article 20/5°. Cependant, une distinction est à opérer entre le délai de **droit commun** et les délais **réduits** applicables à certains types d'assurance.

a) Délai de droit commun.

Le délai de déclaration est fixé au plus tard à **cinq jours** à compter du moment où l'assuré a eu connaissance effectivement du sinistre sauf si l'assuré justifie qu'il a été mis, par suite d'un cas fortuit ou de force majeure, dans l'impossibilité de faire sa déclaration dans le délai imparti conformément aux dispositions de l'article 2015°/avant dernier. Le **point de départ** de ce délai diffère selon le type d'assurances. En assurance de responsabilité, le délai commence à courir du jour de la réclamation amiable ou judiciaire faite à l'assuré par la victime conformément aux dispositions de l'article 61 code. Cependant, il n'est pas exclu de compter ce délai conventionnellement avant ladite réclamation dès lors que l'assuré a eu connaissance du sinistre. En revanche, dans les assurances de dommages – y compris contre les accidents corporels – le délai court à partir du jour où il a pu quantifier les conséquences dommageables du sinistre.

Ce délai, peut être prolongé d'un commun accord entre les parties contractantes du moment qu'il profite à l'assuré. En revanche, il ne peut être réduit par la convention des parties.

b) Délais particuliers.

Par dérogation à la règle prévue à l'article 20/5°, certains délais particuliers ont été prévus dans l'article 20/dernier alinéa. Cette réduction constitue une **mesure de protection des intérêts de l'assureur**. En effet, il existe des cas de sinistre où la constatation par l'assureur – ou ses médecins-conseil, ou experts – de la réalité des dommages et des circonstances du sinistre ne peut avoir lieu que dans un délai très court. Ainsi, plusieurs délais particuliers sont prévus pour :

- a) Les assurances sur la vie – les assurances accidents corporels et maladies demeurent soumises au délai de droit commun.
- b) Les assurances contre la grêle : L'article 57/1° fixe ce délai à cinq jours de l'avènement du sinistre, sauf le cas fortuit ou de force majeure et sauf prolongation contractuelle.
- c) Les assurances mortalité de bétail : l'article 57/2° prévoit un délai de 48 heures non compris les jours fériés.
- d) Les assurances contre le vol : Bien qu'il n'existe aucun délai légal, la pratique exige un délai de 24 heures de la connaissance du vol.

3) Sanction du défaut de déclaration.

L'inobservation par l'assuré du délai de déclaration est sanctionnée par la déchéance. Cependant, cette sanction ne peut être opposée à l'assuré lorsqu'il rapporte la preuve qu'il a été mis, par suite d'un cas fortuit ou de force majeure, dans l'impossibilité de faire sa déclaration dans le délai imparti conformément aux dispositions de l'article 20/avant dernier alinéa code des Assurances. Aussi, en cas de retard de l'assuré dans la déclaration faite aux autorités – judiciaires, sanitaires, locales ou à des productions de pièces ne peut être sanctionné par la déchéance nonobstant toute clause

contraire, d'autres sanctions moins sévères sont prévues dans ces cas.

A – Notion de déchéance.

La déchéance constitue une sanction spécifique des fautes commises par l'assuré après sinistre. **Cette sanction ne peut être opposée à l'assuré qu'en vertu de clauses conventionnelles** ce qui suppose l'existence du contrat d'assurance et sa validité à l'égard des parties et des tiers et un préjudice subi par l'assureur peu importe que l'assuré soit de bonne ou de mauvaise foi. Autrement dit, la déchéance – **la perte du droit à la garantie** – suppose que l'assuré a droit à la garantie et partant de là que le contrat est valablement constitué et en cours d'exécution, qu'il y ait eu survenance du sinistre donc réalisation du risque couvert puis perdu par suite du retard dans la déclaration du sinistre. Ne pas confondre cette sanction avec le cas d'exclusion de risque, de nullité ou de la suspension de garantie.

B – Droit à l'indemnité proportionnée.

Aux termes de l'article 35 code des Assurances «Dans un contrat d'assurance, est nulle :

1- toute clause frappant de déchéance l'assuré en cas de violation des textes législatifs ou réglementaires à moins que cette violation ne constitue un crime ou un délit intentionnel.

2- toute clause frappant de déchéance l'assuré à raison de simple retard apporté par lui à la déclaration du sinistre aux autorités ou à des productions de pièces sans préjudice du droit pour l'assureur de réclamer une indemnité proportionnée au dommage que ce retard lui a causé.

3- toute clause d'arbitrage à laquelle l'assuré n'a pas donné son accord exprès à la souscription du contrat. »

Ainsi, ces irrégularités ne peuvent être, en aucun cas, sanctionnées par la déchéance, alors même que la police contient des clauses de déchéance. Cependant, ce retard dans la déclaration aux autorités compétentes ou dans la production de pièces du dossier relatif à un sinistre, peut être qualifié d'abusif et injustifié d'où le droit de l'assureur à réclamer une indemnité à la mesure du préjudice réellement subi.

Sous Section Deuxième : Le règlement du sinistre.

L'obligation principale de l'assureur est de régler le sinistre au créancier de la prestation soit de manière amiable ou judiciaire. L'assureur est donc tenu d'une véritable obligation de couverture du risque dès la prise d'effet du contrat d'assurance –article 17-19 Loi 17-99. Cette obligation se vérifie à la fois avant sinistre dès lors qu'il est tenu de constituer des provisions techniques –articles 238-241 loi 17-99 relatives aux garanties financières et articles 10-53 Arrêté du ministre des finances et de la privatisation n° 1548-05 du 10.10.2005 relatif aux entreprises d'assurances et de réassurance– que lors de la réalisation du risque garanti ou à l'échéance du contrat –article 19 loi 17-99-, y compris l'obligation de maintenir la garantie tant que le contrat n'a pas été résilié –article 21 loi 17-99 article 24 en cas d'aggravation du risque- ou en cas de la constatation de l'omission ou de la déclaration inexacte non intentionnelle de la part de l'assuré après sinistre –article 31 loi 17-99. Néanmoins, l'assureur peut être, en vertu du contrat d'assurance, appelé à diriger la défense de son assuré en responsabilité.

1) Le créancier de la prestation.

Le créancier de la prestation de l'assurance est, en règle générale, le souscripteur-assuré ; mais en cas de stipulation pour autrui, le créancier est soit **l'assuré** pour le compte duquel le contrat a été souscrit, soit **le bénéficiaire désigné** à cet effet dans l'assurance de personnes y compris les ayants droit. Il peut être **la victime** de dommages dont l'assuré est responsable dans l'assurance de responsabilité ou toute autre personne subrogée à ses droits et actions. La victime ou ses subrogés disposent d'une action directe contre l'assureur de responsabilité.

2) Le montant de la prestation.

La prestation d'assurance dépend de la convention des parties mais également de la nature du contrat. La règle veut la somme due par l'assureur en cas de sinistre est sous forme d'argent à hauteur d'une somme déterminée, mais rien n'empêche l'assureur de s'en acquitter en nature – cas du bris de glace –

S'agissant du montant de l'indemnité, elle varie en fonction de la catégorie d'assurance dont il s'agit d'où la distinction entre les assurances de personnes et les assurances de dommages.

A – Les assurances de personnes.

Ces assurances de personnes y compris les assurances sur la vie et les assurances contre les accidents corporels, sont à caractère forfaitaire dans la mesure où les sommes assurées sont fixées par le contrat – article 65 code des Assurances– Toutefois, les parties au contrat peuvent stipuler la variabilité de cette somme conformément aux dispositions des articles 98-99 code des Assurances.

B – Les assurances de dommages.

Ces assurances sont régies par le principe indemnitaire ainsi que par les limitations conventionnelles.

a) Le principe indemnitaire suppose une indemnisation à hauteur du préjudice réel que l'assuré ou ses ayants droit ont subi du fait du sinistre d'où certaines notions spécifiques dont notamment : valeur à neuf, valeur vénale et valeur de remplacement. Pour y parvenir, le recours à l'expertise est indispensable.

b) Pour préserver l'équilibre de l'assurance, les parties conviennent d'un commun accord de limiter la prestation due par l'assureur soit à une valeur déterminée, soit à hauteur d'un plafonds, soit encore après quelques franchises.

3) Le paiement de la prestation.

Le paiement de la prestation due par l'assureur consiste le plus souvent en une somme d'argent forfaitaire ou indemnitaire. Toutefois, l'assureur peut consentir un règlement en nature – assistance, conseils, protection juridique, remplacement de véhicule, réparation des dégâts des eaux etc.-. La police indique, pour les assurances autres que les assurances contre les risques de responsabilité, la procédure et les principes relatifs à **l'estimation des dommages** en vue de la **détermination du montant de l'indemnité d'assurance** : article 12/dernier alinéa code des assurances. D'ordinaire, l'évaluation de la dette de l'assureur se fait, dans les assurances vol, dégâts des eaux, dommages aux véhicules, de gré à gré, c'est-à-dire par négociation directe entre assureur et assuré ou leurs représentants. Toutefois, en cas de désaccord, les contrats prévoient le recours à **l'expertise amiable contradictoire** avant d'emprunter la voie judiciaire. En revanche, dans l'assurance contre l'incendie : article 52/2° code des assurances, chacune des parties, assureur et assuré ou tiers lésé, peut emprunter la voie judiciaire alors même que l'expertise amiable contradictoire n'est pas encore terminée dans les 6 mois à compter de la remise de l'état des pertes

En effet, ce règlement suppose une demande justifiée de l'assuré ou du bénéficiaire suivie d'une **expertise amiable** – notamment en cas d'assurances de choses - ou **judiciaire** – notamment en cas d'assurances de responsabilité dès lors que la victime dispose d'une action directe contre l'assureur – En matière d'assurances de personnes, le contrat doit organiser les moyens d'évaluer la dette de l'assureur ; c'est l'expertise médicale qui y pourvoit.

S'agissant du montant de la dette de l'assureur, elle varie selon la nature de l'assurance ; l'essentiel c'est qu'elle doit figurer dans les conditions générales ou particulières du contrat : article 12 code des assurances, à savoir :

- Dans les assurances de dommages –chose-, la police indique souvent la valeur des biens assurés, limite cette prestation au remboursement des frais, coûts de remise en état et forfaits.
- Dans les assurances de responsabilité, la police fixe un plafond d'engagement.
- Dans les assurances de personnes et de capitalisation, la police fixe une somme forfaitaire –capital/rente- pour les risques décès, invalidité, prestations journalières, incapacité temporaire – ou une prestation indemnitaire –soins de santé, maladie, hospitalisation-

Toutefois, la police ne manque pas de préciser qu'en matière d'assurance de dommages, que l'assuré restera obligatoirement son propre assureur pour une somme ou une quotité déterminée, ou encore qu'il supportera une déduction/franchise fixée d'avance sur l'indemnité d'assurance : article 39/2° code des assurances. Bien mieux, l'article 43 code des assurances ajoute que : « s'il résulte des estimations que la valeur de la chose assurée excède au jour du sinistre la somme garantie, l'assuré est considéré comme restant son propre assureur pour l'excédent, sauf convention contraire. »

Cette dette ou l'indemnité d'assurance doit être payée dans les délais et au lieu impartis au contrat d'assurance. Le délai d'usage –

article 12 code des assurances- est **d'un mois** à compter de l'arrangement amiable ou de la décision définitive du juge du fond **sauf décision provisoire exécutoire contraire**. Celle-ci peut accorder une provision au créancier s'il n'y a pas de contestation sérieuse sur la garantie de l'assureur. Ces provisions ont la particularité de rendre service à la victime en cas d'urgence. Toutefois, ce délai, qui concerne les assurances de dommages et les assurances de personnes, ne s'applique pas aux assurances de responsabilité dès lors que le tiers lésé est libre d'emprunter la voie judiciaire aussitôt après la réalisation du risque, sauf en assurance RC automobile obligatoire. De son côté, l'assureur peut s'exécuter avant l'écoulement dudit délai. En revanche, en cas d'inexécution dans les délais, l'assureur peut être condamné à des dommages moratoires.

A – Dommages-intérêts.

Aux termes de l'article 263 D.O.C. «les dommages et intérêts sont dus soit à raison de l'inexécution de l'obligation soit à raison du retard dans l'exécution et encore qu'il n'y ait aucune mauvaise foi de la part du débiteur. »

L'assureur doit, en cas de retard dans le paiement, ou encore lorsqu'il cause au bénéficiaire un **préjudice indépendant du retard**, verser à celui-ci des dommages et intérêts à compter de la mise en demeure. Celle-ci peut avoir lieu par la seule échéance du terme établi par le contrat. En revanche, si aucune échéance n'est établie, cette interpellation peut revêtir plusieurs formes dont notamment la lettre recommandée, télégramme ou tout autre écrit ainsi que la citation en justice, même devant un juge incompté conformément aux dispositions de l'article 255 D.O.C.

Ces dommages et intérêts sont de deux sortes, mais rien n'empêche d'en envisager le **cumul**, soit au profit du tiers lésé, soit au profit de l'assuré qui a indemnisé la victime et qui a fait courir contre son

débiteur –assureur- par sommation ces intérêts moratoires, à savoir : :

a) Intérêts compensatoires.

Ces intérêts ont pour objectif d'indemniser le dommage supplémentaire causé au bénéficiaire de la prestation de garantie en cas de retard dans le versement de l'indemnité d'assurance lorsque l'assureur est de mauvaise foi – cas de manœuvres dilatoires ou réticence abusive – d'où pouvoir d'appréciation du juge du fond conformément aux dispositions de l'article 264 D.O.C.

b) Intérêts moratoires.

Les sommes dues par l'assureur produisent des intérêts au taux légal. C'est pourquoi, en cas de retard dans le paiement de l'indemnité d'assurance, le bénéficiaire subit la dépréciation monétaire entre l'évaluation et le paiement alors même que le retard n'est pas fautif.

Ces intérêts dont le taux est fixé par la loi – taux légal – ne sont accordés que sur demande de la partie civile, mais sans que le créancier soit tenu de justifier d'aucun préjudice. Ils sont dus à compter de la date de prononcé du jugement sauf décision contraire du juge. Cependant, l'article 52/2^o code des Assurances fait courir ces intérêts moratoires à compter de la remise de l'état des pertes soit par sommation, soit par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception, lorsque l'expertise n'est pas terminée dans les trois mois qui suivent la remise de l'état des pertes. Il permet, par ailleurs, aux parties de procéder judiciairement si l'expertise n'est pas terminée dans les six mois à compter de la remise de l'état des pertes.

B - Quittance de règlement.

Le règlement effectif de l'indemnité d'assurance donne lieu à l'établissement d'une quittance de règlement dûment signé par l'assuré peu importe la forme de cet écrit – acte authentique : article 418 – 423 D.O.C. – ou sous seing privé - article 424 et sts D.O.C. – sauf dispositions particulières en cas de paiement de cette indemnité à une personne illettrée – article 427 D.O.C. La signature de l'assuré vaut acceptation du montant de l'indemnité et preuve de son paiement.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.

CHAPITRE PRELIMINAIRE
PRINCIPES DE BASE DU DROIT DES ASSURANCES

SECTION PREMIERE : DEFINITIONS.

**SECTION DEUXIEME : ORIGINE ET EVOLUTION
HISTORIQUE.**

SECTION TROISIEME : ROLE DE L'ASSURANCE.

SECTION QUATRIEME : DIVERS TYPES D'ASSURANCES.

CHAPITRE PREMIER
SOURCES DU DROIT DE L'ASSURANCE.

SECTION PREMIERE : SOURCES LEGISLATIVES.

Sous Section Première : Le D.O.C. de 1913

Sous Section Deuxième : Le D.C.C.M. de 1919

Sous Section Troisième : L'arrêté viziriel de 1934

- 1- Application de la réglementation des assurances.
- 2- Règles de droit international privé.

Sous Section Quatrième : Le code des Assurances.

Sous Section Cinquième : Autres lois

SECTION DEUXIEME : Unification internationale.

SECTION TROISIEME : Usages et Conventions professionnelles.

CHAPITRE DEUXIEME
LA FORMATION DU CONTRAT D'ASSURANCES

SECTION PREMIERE : LES CARACTERES DU CONTRAT D'ASSURANCE

- 1) Contrat nommé.
- 2) Contrat consensuel.
- 3) Contrat synallagmatique.
- 4) Contrat aléatoire.
- 5) Contrat à titre onéreux.
- 6) Contrat d'adhésion.
- 7) Contrat de bonne foi.
- 8) Contrat successif.
- 9) Contrat individuel ou collectif.
- 10) Contrat commercial ou civil.

SECTION DEUXIEME : LES PARTIES AU CONTRAT.

Sous Section Première : L'Assureur.

I - Forme.

- 1) Les sociétés d'assurances.
- 2) Les sociétés d'assurances mutuelles.
- 3) Organismes de prévoyance sociale.
- 4) Société Centrale de Réassurances – S.C.R. -
- 5) Autres Assureurs :
- 6) Organismes participant à la gestion de certaines opérations :
- 7) Organismes liés à la profession :
- 8) Les intermédiaires.

II - Conditions d'exercice.

- 1) Formalités de constitution.
- 2) Formalités particulières.

Sous Section Deuxième : Le souscripteur.

Sous Section Troisième : L'assuré.

Sous Section Quatrième : Les tiers bénéficiaires.

SECTION TROISIÈME : PROCESSUS DE LA FORMATION DU CONTRAT

Sous Section Première : L'information préalable.

- 1- La proposition d'assurance.**
- 2- La note de couverture.**

Sous Section Deuxième : La prise d'effet du contrat.

Sous Section Troisième : La preuve du contrat.

- 1– La police.**
- 2- L'avenant.**

SECTION QUATRIÈME : EXTINCTION DU CONTRAT

Sous Section Première : Durée du contrat.

- 1– La durée du contrat doit être fixée dans la police.**
- 2– La durée mentionnée en caractères très apparents.**
- 3– La tacite reconduction.**

Sous Section Deuxième : L'extinction du contrat.

- 1– Extinction de plein droit.**
- 2- Extinction invoquée par les parties.**
- 3– Conditions de validité.**
- 4– Effets de la résiliation.**

SECTION CINQUIÈME : LE CONTENTIEUX DU CONTRAT.

Sous Section Première : Les types de litiges.

- 1– Litiges relatifs à la preuve.**
- 2– Litiges relatifs à l'interprétation.**
- 3– Litiges relatifs à la qualification.**

Sous Section Deuxième : Les règles de compétence.

- 1– Compétence d'attribution.**
- 2– Compétence territoriale.**

Sous Section Troisième : La prescription biennale.

- 1– Domaine de la prescription biennale.**
- 2– Calcul de la prescription.**
- 3– Suspension et interruption de la prescription.**

CHAPITRE TROISIÈME LE DÉROULEMENT DU CONTRAT.

SECTION PREMIÈRE : LE RISQUE.

Sous Section Première : Détermination conventionnelle du risque.

- 1) Déclaration initiale.**
 - A – Objet de la déclaration.**
 - B – Modalités de déclaration.**
- 2) Déclaration en cours de contrat.**
 - A – Circonstances spécifiques d'aggravation.**
 - B – Modalités de la déclaration.**
 - C – Les conséquences de la déclaration.**
- 3) Les sanctions aux manquements de l'assuré.**

A – Cas de mauvaise foi.

B – Cas de bonne foi.

Sous Section Deuxième : Les exclusions de risques

1) Exclusions légales.

A – Risque exclus sauf convention contraire.

B – Risques garantis sauf exclusion formelle.

2) La faute intentionnelle ou dolosive.

A - Détermination de l'assuré.

B - Détermination de la faute

SECTION DEUXIEME : LA PRIME.

Sous Section Première : Détermination de la prime.

1 - Eléments de base.

A - La prime pure.

B - La prime d'inventaire.

2 - Bases techniques.

A - Les tables de mortalité ou de survie.

B - Les taux d'intérêt technique.

Sous Section Deuxième : Le paiement de la prime.

1 - La faculté de payer les primes.

A- Le débiteur de l'obligation de paiement.

B - A qui la prime doit-elle être valablement payée ?

2 - Les conséquences du défaut de paiement.

A- La mise en demeure du souscripteur.

B - La suspension de la garantie.

C - La résiliation du contrat.

3 - Les sanctions particulières des assurances sur la vie.

SECTION TROISIEME : LE SINISTRE.

Sous Section Première : La déclaration du sinistre.

1) Objet de la déclaration.

A – Réalisation de tout sinistre.

B – L'assuré doit avoir eu connaissance.

2) Forme de la déclaration.

B - Le délai de déclaration.

3) Sanction du défaut de déclaration.

A – Notion de déchéance.

B – Droit à l'indemnité proportionnée.

Sous Section Deuxième : Le règlement du sinistre.

1) Le créancier de la prestation.

2) Le montant de la prestation.

A – Les assurances de personnes.

B – Les assurances de dommages.

3) Le paiement de la prestation.

A – Dommages-intérêts.

B - Quittance de règlement.

