

**UNIVERSITE DE TOAMASINA**

**FACULTE DES SCIENCES ECONOMIQUES  
ET DE GESTION**



**DEPARTEMENT DE GESTION**

**MEMOIRE DE MAITRISE ES SCIENCES DE GESTION**



Présenté et soutenu par :

Givaldi **RAZAIARIANJA**

Option : Finances et Comptabilité

Promotion : 2003-2004

Sous la direction de :

Encadreur enseignant

Madame **Noro ANDRIANANDRAINA**  
Enseignant Chercheur à l'Université de  
TOAMASINA

Encadreur professionnel

Monsieur **William RAVELOJAONA**  
Inspecteur Commercial de l'Agence  
Central de la Compagnie Malgache  
d'Assurance et de Réassurances NY  
HAVANA TOAMASINA  
26 Décembre 2006


# Remerciements


*Ce présent mémoire n'a pu être réalisé sans la contribution et la collaboration de plusieurs personnes à qui nous tenons à exprimer notre profonde reconnaissance.*

*Tout d'abord à Madame Noro RANDRIANANDRAINA, Enseignant chercheur à l'université de Toamasina, notre enseignant encadreur, qui a accepté de prendre en charge notre travail et qui a fait preuve de beaucoup de patience à notre égard. Malgré ses nombreuses obligations, elle a pu sacrifier la plus grande partie de son temps pour nous diriger dans nos recherches.*

*Ensuite à Monsieur William RAVELOJAONA, Inspecteur commercial de la Compagnie Malgache d'assurance et Réassurance NYHAVANA, notre professionnel encadreur, qui n'a pas ménagé son temps et ses efforts à travers ses conseils lors de l'élaboration de notre travail. Son soutien et ses encouragements nous ont été précieux.*

*J'adresse également mes vifs et sincères remerciements en particulier à :*


 *La Direction générale de la CMAR NYHAVANA qui a accepté de nous prendre en stage ;*


 *Tout le personnel de la DIRECTION ASSURANCE DE PERSONNES pour leur disponibilité et coopération dans la collecte des informations.*

*De plus, nous sommes éternellement redevables envers nos parents pour les sacrifices qu'ils ont consentis et pour le soutien financier et moral qu'ils ont prodigué durant nos études ainsi qu'à nos frères et sœurs. Qu'ils trouvent dans ce mémoire l'expression de notre indéfectible affection .*

*Enfin nos sincères et vifs remerciements s'adressent également aux corps enseignants et personnel de la Faculté des Sciences Economiques et de Gestion en particulier, et au personnel de l'Université de Toamasina en général.*

*A tous ceux qui, de près ou de loin, nous ont prêté main-forte à l'enrichissement de cet ouvrage :*

 *A la bibliothécaire de la Compagnie Malgache d'Assurance et Réassurance NY  
HAVANA*

 *Au personnel de l'Agence NYHAVANA Toamasina*

## **INTRODUCTION**

Le besoin de sécurité est universel chez l'homme. De tout temps celui-ci a cherché à protéger sa personne et ses biens contre les aléas du sort.

Depuis que l'homme existe, il a cherché à se prémunir contre les dangers et les aléas de l'existence. Il a d'abord cherché à se protéger lui-même, à protéger sa famille et ses proches, puis au fur et à mesure que l'évolution permettait l'acquisition d'un patrimoine, à protéger son logement, ses troupeaux, ses récoltes et ses biens. Une grande part de l'activité des hommes a de tout temps été consacrée à ces besoins de protection : invocations ou sacrifices aux puissances surnaturelles supposées influencer sur le climat, sur les maladies ou sur le sort de toute entreprise humaine ; mise au point d'armes, construction de remparts, entretien de garnisons, organisation de la solidarité familiale ou clanique, telles les lois qui obligent à respecter et donc à entretenir les vieux parents ou qui, comme cela est fréquent dans les sociétés anciennes, obligent les frères d'un défunt à épouser la ou les veuves de ce dernier et donc à prendre en charge les orphelins.

L'assurance s'inscrit dans cette recherche ancestrale de protection. Elle est une organisation moderne et scientifique de la solidarité qui permet l'indemnisation financière de ceux qui ont été victimes de la malchance grâce aux contributions de ceux qui n'ont pas eu cette même malchance.

Cette idée de permettre l'indemnisation de graves dommages que puissent subir certains membres d'une communauté grâce à des cotisations modiques, car acquittées par un grand nombre de membres de cette même communauté non touchés par le même dommage, a été mise en œuvre dès les premières civilisations humaines.

Dans notre cas, l'assurance vie proprement dite constitue l'une des activités spécifiques de la Compagnie Malgache d'Assurances et Réassurance NY HAVANA. Il s'agit de la branche qui a pris le plus d'essor dans les marchés développés, celle dont le chiffre d'affaires croît le plus régulièrement et qui donne lieu à la constitution de la plus grande part des provisions techniques des assureurs.

L'assurance vie regroupe d'une part les assurances d'épargne, d'autre part les assurances retraites et prévoyances. Mais cet ouvrage a pour objectif d'analyser la procédure d'indemnisation de la garantie retraite et prévoyance.

Pour ce faire, nous avons structuré notre ouvrage en deux grandes parties, dont la première décrira la généralité de l'assurance tel que le fonctionnement d'une entreprise, la gestion du contrat d'assurance appelé également « police d'assurance » et les différents types d'assurances.

Ensuite la seconde, porte sur les problématiques de la procédure d'indemnisation de l'assurance vie qui consiste à l'amélioration de la gestion administratif de traitement dossier sinistre au niveau des agences de la Compagnie Malgache d'Assurance et Réassurance NY HAVANA

**PREMIERE PARTIE :**

**L'ASSURANCE A MADAGASCAR**

## **CHAPITRE I. GENERALITE DE L'ASSURANCE**

### **Section I. Historique**

L'Assurance est une institution relativement récente. A la fin du Moyen Age, au XV<sup>ème</sup> siècle, et suite au développement du commerce de mer en Italie, l'Assurance était apparue sous forme d'assurance maritime : elle était destinée à garantir uniquement les cargaisons transportées contre les risques pouvant survenir au cours de leur transport. Mais l'assurance des navires était strictement interdite.

Les assurances terrestres n'étaient apparues qu'au XVII<sup>ème</sup> siècle, et ce en Angleterre sous forme d'assurance contre incendie. En 1666, un grand incendie avait ravagé plus de 13000 maisons et près de 100 églises et suscité la création de plusieurs Compagnies d'Assurances contre incendie et notamment du Loyd's de Londres. En France les premières Sociétés d'Assurance contre l'incendie ne furent créées qu'à partir de 1750 (Paris) telle que la « chambre générale des Assurances » en 1757 et la « Compagnie Royale d'Assurance en 1787.

L'assurance vie fut née de l'assurance maritime : la vie des esclaves transportés, puis celle du capitaine et de son équipage et enfin, celle des passagers furent historiquement et successivement assurées. Ce fut la chambre des Assurances de Londres qui délivra le premier contrat d'assurance vie.

En France l'assurance vie était prohibée par l'Ordonnance de Louis XIV en 1681, comme étant immorale car le bénéficiaire de l'assurance était susceptible de provoquer la mort de l'assuré.

### **Section II. Evolution de l'assurance**

Au XIX<sup>ème</sup> siècle, suite à l'urbanisation, on assista à une évolution remarquable de l'Assurance. Elle se caractérisa par le développement des branches d'assurances déjà existantes et par la création de nouvelles formes d'assurances telles que les assurances de responsabilités, les assurances contre les bris de machines, la mortalité des animaux, les accidents corporels, les risques de guerres etc... Jusqu'au premier tiers du XX<sup>ème</sup> siècle, aucune législation ne réglementait le domaine de l'Assurance. L'assureur et l'assuré étaient entièrement libres d'interpréter le contrat et d'en définir son contenu. Mais cette liberté qui était surtout une source d'abus de la part des assureurs, rédacteurs de contrats, avait trouvé ses limites par l'établissement de la réglementation de l'Assurance. Ainsi une loi du 02 août 1999

va régler le contrat d'assurance, et plus particulièrement protéger les intérêts des parties. Cette loi fut complétée par les décrets du 20 décembre 2000 et du 28 décembre 2001 (fixant le statut des sociétés d'assurances). Toutes les entreprises d'assurances doivent se soumettre au contrôle de l'Etat, tenir une comptabilité spécifique.

### **Section III. Implantation de l'assurance à Madagascar**

#### **§.1. Avant la nationalisation**

Lorsque Madagascar fut déclaré colonie, les échanges commerciaux se multiplièrent et on assista à un développement de l'import-export. Les compagnies d'assurances étrangères constatant ce développement avaient trouvé judicieux d'implanter des représentations sous forme d'agences dans le pays. Ces agences étaient sous la dépendance directe de leur agence mère (ou siège). A cette époque, l'Assurance était soumise à la législation française.

Plus tard, du fait de la malgachisation, fut créé en 1968 la première Compagnie d'Assurances et de Réassurance NY HAVANA, à l'initiative conjointe du gouvernement malgache et des Compagnies d'Assurances étrangères. Parallèlement à cette création, deux mutuelles furent mises en place. Il s'agit de la MA.MA (1968) et AVOTRA (1971). Ces deux mutuelles n'exploitent que quelques branches notamment l'assurance Automobile qui fut rendue obligatoire par l'Ordonnance du 03 octobre 1960. Mais le bouleversement allait intervenir en 1975 par l'Ordonnance N° 75002 du 16 juin 1975 attribuant à l'Etat le monopole des opérations d'assurances et de réassurances à Madagascar. (JORM du 21.06.75, page 1699).

#### **§.2. Après la nationalisation**

En juin 1975, il ne restait plus que deux Sociétés d'Assurance de Droit malgache à savoir : l'Assurance et Réassurance Omnibranche (ancienne « Préservatrice Madagascar ») et NY HAVANA.

Cette nationalisation eut pour conséquence de suspendre l'agrément des Sociétés d'Assurances étrangères opérant à Madagascar et de transférer à l'Etat des actions détenues par des personnes physiques ou morales étrangères. Les étrangers qui opéraient à Madagascar avaient été départagés entre les deux Compagnies Nationales. Les Compagnies nationalisées conservèrent leur statut de Sociétés anonymes et continuèrent à être soumises à la législation des assurances.

Parallèlement à la nationalisation, une nouvelle institution fut créée à la tête des sociétés nationalisées : le comité de coordination des assurances. Ce comité était chargé de faire au gouvernement toute proposition relative à la politique et à l'orientation en matière d'assurances et réassurances. Composé de représentants de l'Etat et de techniciens, il avait pour rôle de coordonner, de contrôler l'activité des Sociétés d'Assurances et d'exercer les attributions du Conseil d'Administration.

#### **Section IV. Le rôle de l'assurance**

L'assurance assume diverse fonction tant du point de vue sociale et économique que du point de vue financière.

##### **§.1. Rôle social :**

L'assurance a pour but de créer la sécurité recherchée par l'individu, grâce à elle, celui-ci est protégé contre les risques du hasard qui le menace.

Un autre aspect du rôle social de l'assurance est son incidence dans la survie des entreprises. En permettant de pérenniser des entreprises victimes de coup du sort (incendie, faillite d'un client débiteur, ...), l'assurance sauve des emplois, des savoir-faire, des locaux (assurance incendie) et contribue à la stabilité des relations sociales et des emplois (Perte d'exploitation)

##### **§.2. Rôle économique**

La sécurité procurée aux individus renforce l'économie nationale. L'assurance est le moteur essentiel du développement économique pour au moins deux raisons :

- ☞ La garantie des investissements ;
- ☞ Le placement des cotisations.

##### **§.3. Rôle financier**

Outre les rôles économiques et sociaux joués par l'assurance, celle-ci permet à l'assureur par l'accumulation des primes, de constituer des capitaux et d'en tirer un profit. L'assureur fait partie des investisseurs institutionnels.

#### **Section V.**



## **Classification de l'assurance**

La classification des divers risques peut s'opérer de deux (02) manières différentes selon que l'on s'attache au caractère juridique du contrat d'assurance ou la technique de gestion du risque, ce qui amène à distinguer la classification juridique de la classification technique des assurances.

### ***§.1. Classification juridique :***

Le contrat d'assurance est un contrat qui détermine les droits et obligation réciproque de l'assureur et de l'assuré. Ce caractère juridique conduit à la distinction des assurances dommages et des assurances de personnes.

#### ***A. Les assurances de dommages :***

Ces assurances sont régies par la loi n°99-013 du code des assurances et ont pour but de protéger l'assuré contre tout atteint à son patrimoine.

On distingue :

**Les assurances de choses :** qui sont souscrites dans le but de conserver une chose ou un bien tel (le) que l'assurance incendie, l'assurance dommage au véhicule, la perte des marchandises au cours de transport, etc...

Ces assurances garantissent également la perte indirecte que l'assuré peut subir à la suite d'un sinistre.

**Les assurances de responsabilités** qui ont pour but de garantir les conséquences pécuniaires de la responsabilité incombant à l'assuré à la suite des dommages causés aux tiers et dont il est reconnu responsable.

#### ***B. Les assurances de personnes (non-dommage)***

Ces assurances sont régies par la loi n°99-013 du code des assurances, elles garantissent le versement d'une prestation en cas de réalisation du risque qui menace la personne même de l'assuré.

*Les assurances de personnes se subdivisent en trois (03) points :*

**a. L'Assurance Individuelle contre les Accidents ou Aro Voina Isambatan'olona (A.V.I) :**

Qui prévoit le versement d'une indemnité

- à l'assuré lui-même si l'accident lui cause soit une infirmité permanente totale, soit une infirmité partielle ;
- au bénéficiaire désigné par lui si cet accident cause sa mort

**b. L'Assurance santé :**

Qui prévoit le remboursement des frais occasionnés par la maladie ou un accident dont l'assuré est atteint ou victime

**c. L'Assurances vie :**

Qui garantissent le versement d'une somme fixée au préalable :

- à l'assuré lui-même s'il survit à une époque déterminée
- au bénéficiaire désigné par lui en cas de mort survenant avant le terme du contrat.

**§.2. Classification technique :**

L'opération d'assurance résulte d'une technique de gestion de risque au sein d'une mutualité, la gestion est basée soit sur une technique de répartition, soit sur une technique de capitalisation.

**Les assurances de répartition :**

Les assurances gérées en répartition correspondent à la forme élémentaire de répartition de risque au sein d'une mutualité, l'assureur ne fait que répartir la charge de sinistre entre la masse des assurés.

Les assurances de dommages et les assurances contre les accidents sont gérées en répartition. Ces risques peuvent être couverts pour une courte période généralement l'année, avec la possibilité de reconduction automatique d'année en année.

Généralement les assurances sur la vie (ex : assurance épargne) sont gérées en capitalisation.

**Les assurances de capitalisation :**

Les assurances gérées en capitalisation sont souscrites à long terme, généralement pour plusieurs années. La probabilité de réalisation du risque n'est pas constante, ces chances de survenance augmentent ou diminuent en cours du contrat. C'est le cas des assurances sur la vie ou le vieillissement accroît évidemment le risque de décès.

**Section VI. Les entreprises d'assurances**

**§.1. Les différents types de société d'assurance**

Une société d'assurance est constituée par une association de personnes qui contribue à mettre en commun une partie de leurs activités ou de leurs biens dans le but de partager le bénéfice qui pourra en résulter.

**A. Les Sociétés Anonymes d'Assurances :**

Les Sociétés Anonymes sont composées d'actionnaires et gérées par un Conseil d'Administration et une Assemblée Générale des actionnaires. Elles sont soumises aux dispositions du Code de Commerce, la législation générale et la législation des assurances.

Elles perçoivent des primes fixées et rémunèrent les intermédiaires, agents, courtiers qui leur apportent des contrats d'assurance par le paiement d'une commission.

**B. Les Sociétés Mutuelles d'Assurances :**

Les Sociétés Mutuelles sont soumises à l'agrément du Ministère des Finances.

Les Sociétés Mutuelles d'assurance ont pour objet non commercial. Elles sont constituées sans but lucratif, les risques apportés par leurs sociétaires. Moyennant le paiement d'une cotisation ou prime fixe ou variable, elles garantissent à ces derniers le règlement intégral des engagements qu'elles contractent.

Le fonds d'établissement est constitué par des versements dits « droits d'adhésion » effectué par les adhérents, le montant du fonds est fixé par les statuts.

**C.**

**Les Sociétés d'Assurance à forme de Mutuelle :**

Les Sociétés d'Assurances à forme mutuelle sont à mi-chemin entre les Sociétés Anonymes et les Sociétés Mutuelles pures.

Elles ne sont pas soumises au Code de Commerce mais par contre elles présentent un caractère semi-commercial.

Il faut au moins réunir 500 membres pour pouvoir constituer une société d'assurance à forme mutuelle. Tous les assurés sont en même temps des sociétaires et doivent constituer un fonds d'établissement dont le montant doit être au moins égal au capital social des sociétés par action pratiquant les mêmes branches.

Chaque assuré est ainsi assureur des autres assurés et ce sont ces assurés, en tant qu'associés, qui forment l'Assemblée Générale.

**§.2. Le fonctionnement d'une entreprise d'assurance**

**A. Recettes**

Quelle que soit la forme d'une entreprise d'assurance, celle-ci encaisse des primes ou cotisations versées par l'ensemble des assurés.

Le montant de ces primes est fonction de la nature du risque à assurer et dépend également de l'organisation de l'entreprise d'assurance.

Dans le temps, il existe des risques pour lequel les tarifs applicables sont uniformisés par des accords tarifaires conclus entre les entreprises d'Assurances (ARO et NY HAVANA). Ces derniers appliquent les mêmes tarifs sur ces risques.

**B. Dépenses**

Celles-ci concernent le règlement des sinistres, des frais généraux inhérents au fonctionnement de l'entreprise.

Ces frais généraux comprennent essentiellement les frais de gestion (ou dépense de fonctionnement : salaires du personnel, frais d'expertises et les commissions attribuées aux intermédiaires)

**C.**

**Les provisions techniques**

Pour qu'une entreprise d'assurance puisse faire face à ses engagements, elle doit obligatoirement mettre de côté des réserves à la clôture de l'exercice.

On appelle ces réserves « Provisions techniques », elles constituent des dettes de l'assureur envers les assurés ou les bénéficiaires des contrats.

**Exemples :**

Les provisions pour risques à payer :

Ces provisions correspondent aux sommes destinées à régler les sinistres survenus au cours de l'exercice ou des exercices précédents et dont le règlement n'a pas encore été effectué à la date de clôture de l'exercice et les sinistres déclarés mais dont leur coût n'est pas encore connu exactement.

➤ *Les réserves mathématiques :*

Ces provisions s'appliquent spécialement aux assurances sur la vie. Les engagements de l'assureur, en assurance vie, s'effectuent généralement à long terme et les réserves nécessaires ne peuvent être calculées que par des méthodes actuarielles basées sur les tables de mortalité et les taux d'intérêt.

**D. Les placements financiers :**

Toutes les entreprises d'assurance sont tenues de posséder des valeurs mobilières ou immobilières en représentation de leurs provisions techniques.

Pour garantir d'une manière effective ses engagements, les placements doivent être effectués en valeur sûre, suffisamment diversifiés et productifs.

**Section VII. Les contrats d'assurance**

Le contrat d'assurance, appelé « Police d'assurance » est régi par le titre premier du Code des Assurances.

**§.1. Définition :**

Selon la définition de l'article 5 du Code des Assurances, le contrat d'assurance est une convention par laquelle, l'assuré, se fait promettre, moyennant une rémunération (la cotisation ou prime), pour lui ou pour un tiers, en cas de réalisation d'un risque, une prestation

par une autre partie, l'assureur, qui, prenant en charge un ensemble de risques, les compense conformément aux lois de la statistique.

§.2. **Formation du contrat :**

A. **La proposition d'assurance :** (voir annexe : 1)

La proposition d'assurance, régie par le chapitre premier, article 6 du code des assurances et article premier du décret n° 2000-986 relatifs aux opérations d'assurances, est une offre écrite du souscripteur qui ne l'engage qu'à compter de l'acceptation de l'assureur. C'est une imprimée établie par l'entreprise d'assurance<sup>1</sup>.

La proposition d'assurance est un formulaire pré imprimé comportant des questionnaires qui permettent à l'assureur de recueillir tous les renseignements que le proposant peut lui fournir.

Les garanties, les conditions de garantie, les limites de garantie ainsi que le tarif sont effectuées sur la base des déclarations contenues dans la proposition. L'assureur doit alors fournir préalablement au proposant une notice d'information sur le contrat qui décrit les garanties, les exclusions, les obligations de l'assuré, et la cotisation ou prime due par l'assuré.

B. **Les conditions générales :** (Voir annexe 02)

La police d'assurance signée par les parties comprend généralement les conditions générales qui décrivent les garanties, le fonctionnement et les caractéristiques d'une assurance, les conditions particulières, la notice d'informations.

C. **Les conditions particulières :** (Voir annexe : 03)

Les conditions particulières individualisent le contrat. Suivant les renseignements fournis dans la proposition qui identifie le risque auquel s'appliquera la police.

§.3. **La prise d'effet du contrat :**

En principe, le contrat prend effet dès qu'il est conclu, c'est-à-dire lorsque la police est signée par les deux parties.

Habituellement, le contrat ne prend effet que le lendemain à midi du paiement de la prime.

---

<sup>1</sup> Code des Assurances Article 06, Article 01 du décret n° 2000-986

En assurance santé, un délai d'attente ou délai de carence est prévu. C'est-à-dire que les effets du contrat sont reportés ultérieurement mais non pas à la date de prise d'effet. Aussi, par exemple, en cas de grossesse ou d'accouchement, ce délai est porté à neuf mois.

**§.4. La durée du contrat :**

**A. La durée ferme :**

Le contrat à durée ferme est un accord passé entre les deux parties, l'assureur et le souscripteur, pour une durée déterminée (généralement un an).

**B. La tacite reconduction**

La tacite reconduction est le renouvellement automatique d'un contrat, si l'une des parties (le souscripteur ou l'assureur) n'a pas manifesté son désir de résilier le contrat dans le délai imparti. (Préavis d'au moins un mois avant la date d'échéance du contrat)

**§.5. La modification du contrat**

Pendant la durée du contrat, des modifications venant de l'assuré peuvent être apportées. Ces modifications peuvent se présenter de divers aspects :

- la constatation d'une aggravation ou d'une diminution du risque ;
- extension de garantie ;
- revalorisation des capitaux ;
- transfert de propriété.

Un accord nouveau entre les parties est nécessaire, mais au lieu de souscrire un nouveau contrat, un acte constatant la ou les modifications est rédigé. La preuve de la modification est « l'avenant ».

L'avenant est soumis à la même règle de formation que la police qui demeure applicable sur tous les points qui n'ont pas fait l'objet des modifications.

**§.6. La fin du contrat**

**A. Expiration du contrat**

Le contrat prend fin automatiquement au terme prévu lorsqu'il en est fixé un.

Le plus souvent les polices sont faites pour une durée d'un terme incertain et sont reprises par tacite reconduction.

Toutefois, les polices peuvent prendre fin avant leur date d'expiration normale.

***B. La résiliation***

Les circonstances entraînant la résiliation du contrat sont limitativement prévues par la loi ou le contrat.

Les parties ont toujours la faculté de résilier par consentement mutuel sauf clause contraire.

***§.7. Les obligations respectives des parties au contrat d'assurance :***

***A. Les obligations de l'assuré / souscripteur :***

- L'assuré est obligé 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 en charge (article 13 de la loi n°99-013 portant code des assurances) d'où le rôle important de la proposition d'assurance.
- Payer les primes aux époques convenues selon l'accord des parties ;
- Déclarer les circonstances spécifiées qui ont pour conséquence d'aggraver ou de modifier les risques en cours du contrat ;
- L'assuré est obligé de donner avis à l'assureur dès qu'il a eu connaissance et au plus tard dans les 5 jours, de tout sinistre de nature à entraîner la garantie de l'assureur (article 18 de la loi n°99-013 portant code des assurances)

***B. Les obligations de l'assureur***

- Faire les visites de risques ;
- Rédiger le contrat d'assurance ;
- L'Assureur ne répond pas des pertes et dommages provenant d'une faute intentionnelle ou dolosive de son client ;
- Payer les sinistres rentrant dans le cadre de ses engagements ; dans le délai convenu.
- Faire des recommandations pour les préventions des risques.

**Section VIII.**



## **Types d'assurances**

Il existe deux (02) grands types d'assurances :

- Les assurances dommages ;
- Les assurances de personnes.

### **§1. Assurances dommages**

Sont classés comme assurances dommages les assurances suivantes :

- les assurances de choses
- les assurances de responsabilités civiles

#### **A. Les assurances de choses**

Les assurances de choses se composent de deux branches tels que : l'assurance terrestre et l'assurance maritime

##### **a Exemple des produits rentrant dans la branche terrestre :**

L'assurance terrestre se compose donc de plusieurs branches à savoir :

##### **a.2. Assurance automobile**

La loi n° 99-013 portant Code des Assurances applicable à Madagascar a rendu obligatoire la souscription d'une garantie de Responsabilité Civile pour les véhicules terrestres à moteur (art.60)

Toute personne physique ou morale voulant mettre en circulation un véhicule terrestre à moteur, et éventuellement leurs remorques ou semi-remorques, sauf L'Etat sont assujetties à cette obligation.

En matière d'assurance automobile, il existe quatre principales garanties, à savoir :

##### **Responsabilité Civile (risque A)**

C'est la garantie de la responsabilité civile encourue par l'assuré en raison des dommages causés à des tiers à l'occasion de la circulation du véhicule et résultant notamment d'un accident, d'un incendie ou d'une explosion.

**Dommages véhicule (Risque B)**

Cette garantie consiste en la réparation des dommages subis par le véhicule assuré et résultant soit d'une collision avec un autre véhicule, soit d'un choc contre un corps fixe ou mobile, soit d'un versement sans collision préalable.

**Incendie (Risque C)**

Cette garantie a pour objet de couvrir les dommages occasionnés au véhicule assuré, dommages consécutifs à un des événements suivants : incendie, combustion spontanée, chute de la foudre, explosion du moteur et toutes explosions en général à l'exclusion de celles causées par la dynamite ou autres explosifs analogues.

**Vol du véhicule (Risque D)**

Cette garantie couvre la disparition du véhicule assuré ou les détériorations qui lui ont été occasionnées à la suite d'un vol ou d'une tentative de vol dudit véhicule.

**Extensions de garanties**

D'autres garanties complémentaires répondant à des besoins réels des usagers peuvent être accordées:

- Bris de glace : moyennant perception d'une prime, l'assurance peut être étendue aux bris, consécutif ou non à un accident des : pare brise, lunette arrières, vitre latérale. Cette garantie doit être associée aux risques Incendie et Vol.
- Grèves – Emeutes – Mouvements populaires
- Dommages aux pneumatiques (enveloppes et chambre à air)
- Privation de Jouissance ;
- Indemnisation Directe et Recours ( IDR)
- Assurance Famille Passager (AFP)

**a.3. Assurance Incendie**

L'article 47 du code des assurances définit le risque d'incendie comme étant le résultat d'une conflagration, embrasement ou combustion vive.

Peuvent être couverts :

- la réparation des divers préjudices causés par un incendie ;
- dommage matériel directs : immeubles et meubles ;
- responsabilité encourue par l'assuré à la suite d'un incendie, le risque locatif pour l'assuré locataire, le recours des voisins et des tiers etc...
- autres préjudices pécuniaires subies par l'assuré : privation de jouissance, perte de loyer, perte d'exploitation.

Autres extensions de garantie

Les garanties peuvent être étendues aux :

- dommages matériels autres que ceux d'incendie occasionnés directement : par la chute de la foudre, les explosions, le choc ou la chute des appareils de navigation aérienne, aux appareils électriques.
- remboursements des frais de déblais, honoraires d'experts, frais de déplacement.

***a.4. Assurance vol***

Cette garantie couvre les objets assurés contre le vol commis à l'intérieur des locaux à la suite des actes suivants :

- Effraction ou escalade ;
- Violence ou meurtre ;
- Introduction clandestine ;
- Usage de fausses clés

La garantie peut être étendue aux détériorations des bâtiments ou locaux contenant les biens assurés.

***b Assurance maritime***

***b1. Assurance corps de navires***

La loi n° 99-028 du 03 Février 2000 portant refonte du Code maritime applicable à Madagascar rend obligatoire la souscription d'assurance pour tout navire entrant dans les eaux territoriales malgaches.

Les types de garantie les plus courantes sont :

***b.1.1. L'assurance « TOUS RISQUES »***

Cette garantie couvre :

- la perte totale et/ ou délaissement (PTD) ;
- les dépenses d'assistance et de sauvetage (AS) ;
- le recours des tiers (RT) ;
- les avaries communes (AC) ;
- les avaries particulières (AP).

***b.1.2. Assurances contre perte totale et délaissement***

Cette assurance est conclue franc de toutes avaries et recours des tiers, elle ne couvre que la perte totale, délaissement, des dépenses d'assistance et de sauvetage.

***b.1.3. Assurances franc d'avaries absolument***

Cette assurance est conclue franc d'avaries, elle couvre uniquement que de la perte totale, les cas de délaissement, des recours des tiers, des dépenses d'assistance et de sauvetage.

***b.1.4. Assurances « Franc d'Avarie Particulière sauf »***

Cette assurance est conclue franc d'avaries particulières sauf lorsque celles-ci résultent :

- de l'abordage ;
- de l'échouement ;
- de l'incendie ;
- du heurt ou de la collision du navire assuré contre un corps fixe, mobile ou flottant.

***b2. Assurances Facultés***

L'assurance faculté désigne ici une assurance des marchandises, sauf qu'en terme technique en assurance maritime c'est « faculté ».

Les facultés faisant l'objet d'un transport maritime et éventuellement d'un transport terrestre, fluvial ou aérien sont des accessoires d'un transport maritime couvert par l'assurance faculté.

Les facultés peuvent être assurées, soit aux conditions :

- tous risques : dommages et pertes naturelles, pertes de poids ou quantités, vol total ou partiel, pillage ou disparition.
- Franc d'Avaries Particulières Sauf : tous risques sauf avaries particulières non énumérés dans la police.

### **B. Les assurances de Responsabilité Civile (RC)**

On entend par Responsabilité civile, l'obligation qui peut incomber à une personne de réparer un dommage causé à autrui par son fait ou par le fait des personnes, des animaux ou des choses dépendant d'elle.

L'assurance de responsabilité civile a pour but de protéger le patrimoine de l'assuré contre les conséquences pécuniaires de la responsabilité civile qu'il peut encourir à l'égard d'autrui.

La Responsabilité Civile peut revêtir 2 formes :

#### **a. Responsabilité délictuelle**

Elle a son fondement dans les articles 204 et 205 de la Théorie Générale des Obligations (TGO) qui précisent que : « Chacun est responsable du dommage causé par sa faute, même de négligence ou d'imprudence ». (Art 204).

*« En l'absence de toute faute, certains dommages doivent être réparés par ceux qui en sont déclarés responsables... »*

Ainsi distingue-t-on :

- la responsabilité du fait personnel
- la responsabilité du fait des personnes dont on doit répondre :
- Responsabilité de l'employeur du fait des dommages causés par les préposés
- Responsabilité des parents du fait des dommages causés par leurs enfants mineurs

- Responsabilité des établissements scolaires ou des instituteurs, du fait des dommages causés par les élèves.
- la responsabilité du fait des animaux ou des choses dont on a la garde.

Le gardien est celui qui, au moment du dommage, a l'usage, la direction, le contrôle de l'animal ou de la chose.

Il est important de se rappeler que toute activité humaine est génératrice de responsabilité et que celle-ci peut exister en l'absence de toute faute personnelle.

#### ***b. Responsabilité contractuelle***

Il s'agit de l'obligation de réparer un dommage résultant de l'inexécution ou de la violation d'une obligation contractuelle. Elle implique donc l'existence d'un contrat ou d'une convention expresse ou tacite entre les parties contractantes.

Cette réparation découle de la règle posée par l'article 177 de la Théorie Générale des Obligations (TGO) dans son premier alinéa : « En cas d'inexécution totale ou partielle d'une obligation contractuelle, ou d'exécution tardive, le débiteur doit réparer le préjudice causé de ce fait au créancier ».

Le but de l'Assurance de Responsabilité est de protéger le patrimoine de l'Assuré contre les conséquences pécuniaires de la Responsabilité Civile qu'il peut encourir à l'égard d'autrui. L'assureur s'engage à verser à la place de l'Assuré dont la Responsabilité Civile est retenue, l'indemnité que, de ce fait, il doit à la victime.

Bien entendu, l'Assureur n'intervient que dans les cas bien précis prévus au contrat et à concurrence des sommes qui y sont stipulées.

Les assurances de responsabilité ont un champ d'action aussi varié que les activités humaines. Nous pouvons garantir la responsabilité incombant à chacun :

- dans sa vie privée et l'exercice de ses loisirs
- dans sa vie professionnelle.

#### ***Exemple d'assurance de la Responsabilité :***

- ***la Responsabilité Civile du particulier et du chef de famille***

Pour garantir la Responsabilité Civile incombant à tout particulier, auteur ou responsable de dommages causés à des tiers en dehors des activités professionnelles.

*Exemples de sinistres couverts par cette assurance :*

- cycliste causant un accident de la route
- chien mordant un passant
- employé de maison renversant un plat sur un invité
- sportif blessant un équipier, un adversaire ou un tiers
- pot de fleurs tombant sur la tête d'un passant
- intoxication alimentaire provoquée par des mets ou boissons servis à des invités.

Elle intéresse hommes et femmes, célibataires ou mariés, avec ou sans enfant. C'est pourquoi il est préférable de parler de « RC du particulier », plutôt que de « RC Chef de Famille ». Toutefois, la présence d'enfant rend encore plus impérative la nécessité de cette assurance.

- *la Responsabilité Civile du commerçant et de l'artisan*
- *la Responsabilité Civile du chef d'entreprise*

L'entreprise est tenue responsable des conséquences des dommages corporels, matériels et immatériels causés à autrui (les tiers et les clients) par : ses dirigeants, son personnel, ses installations (bâtiment, matériel, y compris celui loué ou en dépôt), ses marchandises, ses animaux.

- *les Responsabilités Civiles divers*

Quelles que soient les activités d'une personne (Physique ou morale), celle-ci est toujours source d'innombrables risques pouvant engendrer des dommages matériels ou corporels à des personnes en relation avec elle, ou à des personnes n'ayant aucune relation avec elle.

Pour pouvoir exercer ses activités avec une certaine sécurité, elle doit se protéger contre ces risques, et pour ce faire, recourir à l'assurance de la responsabilité civile.

§2.

**Assurance de Personne**

L'assurance de personne se divise en deux parties :

- L'assurance vie
- L'assurance non vie

**A. L'assurance vie :**

L'assurance vie a une double nature, elle est à la fois un produit d'assurance pour la couverture de risques liés à la durée de la vie humaine, mais elle est également un produit d'épargne en tant qu'assurance capitalisation.

Exemples de produits d'assurance vie :

**a. L'assurance en cas de décès :**

L'assurance en cas de décès garantit le versement d'un capital au bénéficiaire désigné, en cas de décès de l'assuré.

Il y a deux types d'assurances en cas de décès à savoir :

✓ ***l'assurance temporaire simple :***

Elle garantit le paiement du capital assuré soit :

- ☞ En cas de décès de l'assuré avant le terme du contrat ;
- ☞ En cas d'invalidité permanente et totale de l'assuré avant le terme du contrat et avant l'âge de 65 ans.

✓ ***l'assurance vie entière :***

Elle garantit le paiement du capital assuré soit :

- ☞ En cas de décès de l'assuré quelle que soit la date de survenance du décès, au bénéficiaire ;
- ☞ En cas d'invalidité permanente et totale de l'assuré avant son 65<sup>ème</sup> anniversaire.

Elle peut être souscrite soit sur une tête, soit sur deux têtes.

**b.**



**L'assurance en cas de vie (capital différé) :**

L'assurance en cas de vie garantit le versement du capital ou d'une rente au bénéficiaire, si la personne assurée est en vie au terme du contrat.

En cas de décès avant le terme du contrat, il y a le remboursement des primes versées nettes de taxes si le contrat stipule un contre assurance, si non, pas de remboursement.

**c. L'assurance retraite:**

L'assurance retraite garantit le paiement de la rente constituée en cas de survie de l'assuré à son âge légal de départ à la retraite, rente pouvant être convertie en capital sur sa demande.

**d. L'assurance combinée :**

L'assurance combinée est la combinaison de l'assurance en cas de décès et de l'assurance en cas de vie. Elle garantit le paiement du capital assuré :

Soit au bénéficiaire en cas de décès de l'assuré avant le terme du contrat ;

Soit à l'assuré lui même en cas d'incapacité totale et définitive de celui-ci avant le terme du contrat et avant son 65<sup>ème</sup> anniversaire ;

Soit à l'assuré lui même en cas de survie de celui-ci au terme du contrat et si l'assuré n'a pas touché le capital assuré au titre de l'Incapacité Totale et Définitive (ITD)

**B. L'assurance non vie**

La Compagnie Malgache d'Assurance et Réassurance NY HAVANA met actuellement sur le marché trois sortes d'assurance non vie dont :

- ☞ L'Aro Voina Isambatanolona (AVI) ou assurance individuelle contre les accidents
- ☞ L'assurance Santé
- ☞ L'Assurance Séjour à l'Etranger (ASE)

**a.**

**L' Aro Voina Isambatanolona (AVI)**

L'Aro Voina Isambatan'olona garantit tous les accidents dont l'Assuré peut être victime.

Les différentes indemnités de garanties sont les suivantes :

☞ garantie de base :

- Capital Décès
- Capital Infirmité Permanente

☞ garantie : extensions facultatives :

- Indemnité quotidienne en cas d'Incapacité Temporaire
- Remboursement des Frais de Traitement
- Remboursement des frais de recherche, de sauvetage et de transport

***b. L'assurance santé***

Elle garantit d'une façon générale, le remboursement des frais de traitement engagés à la suite d'une maladie ou d'un accident dont l'Assuré est atteint ou victime.

***c. L' Assurance Séjour à l'Etranger (ASE)***

Elle garantit le paiement de frais d'hospitalisation à la suite d'une maladie ou d'un accident dont l'assuré est atteint ou victime pendant son séjour à l'étranger.

## **CHAPITRE II. LES PRATIQUES DE L'ASSURANCE CHEZ NY HAVANA**

### **SECTION I. Présentation de l'Entreprise**

#### **§.1. Historique :**

La Compagnie Malgache d'Assurance et Réassurance NY HAVANA fut créée le 11 Octobre 1968. Constituée sous forme de Société Anonyme, elle avait débuté avec un capital social de 24.000.000 Ar dont 50% détenus par les Compagnies d'Assurances Etrangères.

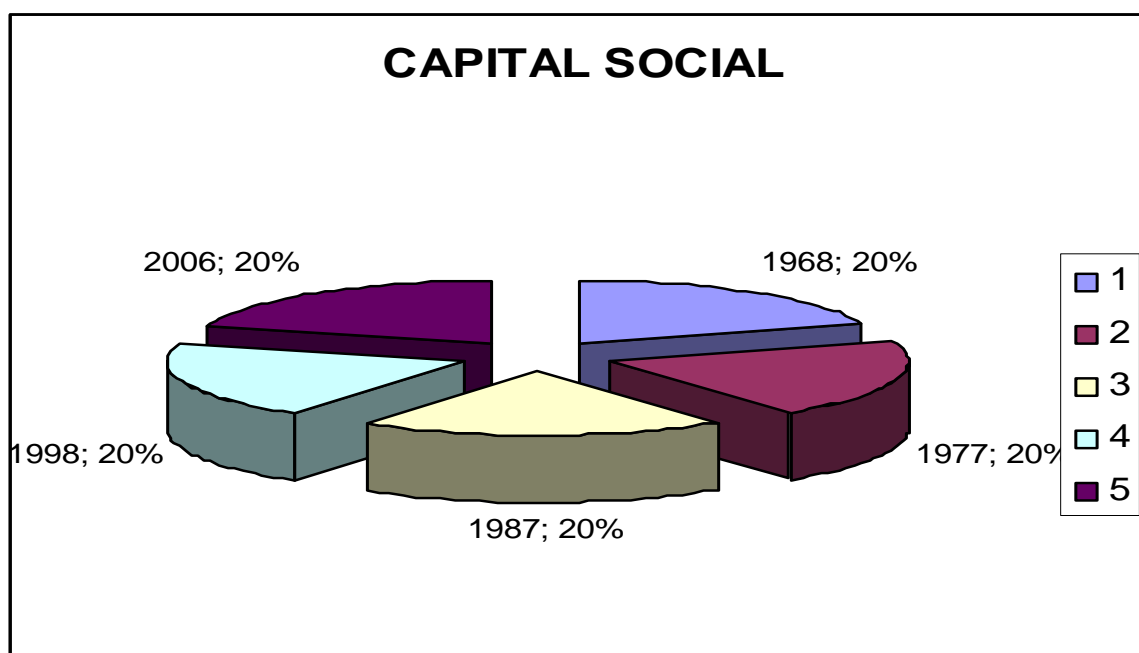
Le 16 Juin 1975, l'Ordonnance 75-002 attribuait à l'Etat le monopole des Opérations d'assurances, il devint l'actionnaire majoritaire de la Compagnie NY HAVANA avec plus de 50% de participation dans le capital social, néanmoins, NY HAVANA avait continué à être régie par le droit commercial en gardant son statut de Société Anonyme.

Son siège social est sis dans la zone de 67Ha dans l'Immeuble NY HAVANA à Antananarivo.

#### **§.2. Les chiffres clés :**

##### **A. Le capital social (en Ariary) :**

ANNEE	1968	1977	1987	1998	2006
CAPITAL SOCIAL	24 000 000	50 000 000	920 000 000	3 210 000 000	5 435 600 000



**B. Les chiffres d'affaires en milliard ariary :**

<b>BRANCHE</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>Variation 2004/2005 en %</b>
Automobile	3,40	3,40	3,49	3,98	4,48	12,27
Incendie	0,80	1,20	1,64	1,30	2,04	56,86
Droit commun	1,60	1,80	1,99	1,67	2,34	40,36
Aviation	0,13	0,60	1,12	2,36	2,26	-4,30
Risques divers	0,60	0,60	0,79	1,26	1,59	25,80
Risques spéciaux	0,20	0,20	0,29	0,37	0,24	-35,19
<b>Total terrestre</b>	<b>6,73</b>	<b>7,80</b>	<b>9,32</b>	<b>10,94</b>	<b>12,95</b>	<b>18,22</b>
Maritime	1,00	0,80	1,46	2,17	1,89	-12,87
Vie	2,20	2,20	2,66	3,19	4,00	25,59
<b>Totaux</b>	<b>9,93</b>	<b>10,80</b>	<b>13,44</b>	<b>16,30</b>	<b>18,84</b>	<b>15,52</b>

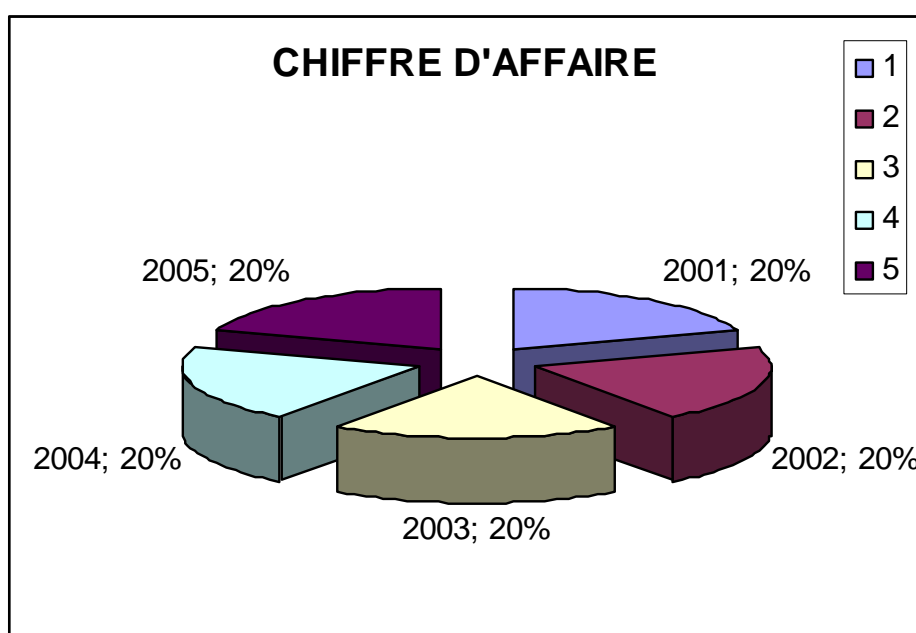
Source : Rapport d'activité 2005 de la Compagnie Malgache d'Assurance et Réassurance NY HAVANA

Notre chiffre d'affaire se situe à la fin de l'exercice 2005 à Ariary 18,846 milliards contre Ariary 16,314 milliards en 2004, donnant une augmentation en valeur de Ariary 2,532 milliards soit +15,52% ;

La diminution sur la branche Risques Spéciaux concerne les catégories cyclones et vol habitation.

En maritime, la sélection rigoureuse des risques s'est notamment sur la catégorie Faculté.

**FIGURE 2**



§.3. **Structure de la Compagnie Malgache d'Assurance et Réassurance NY HAVANA**

L'organigramme se définit comme la représentation graphique de la structure. Alors, il est fonctionnel parce que la structure est fonctionnelle.

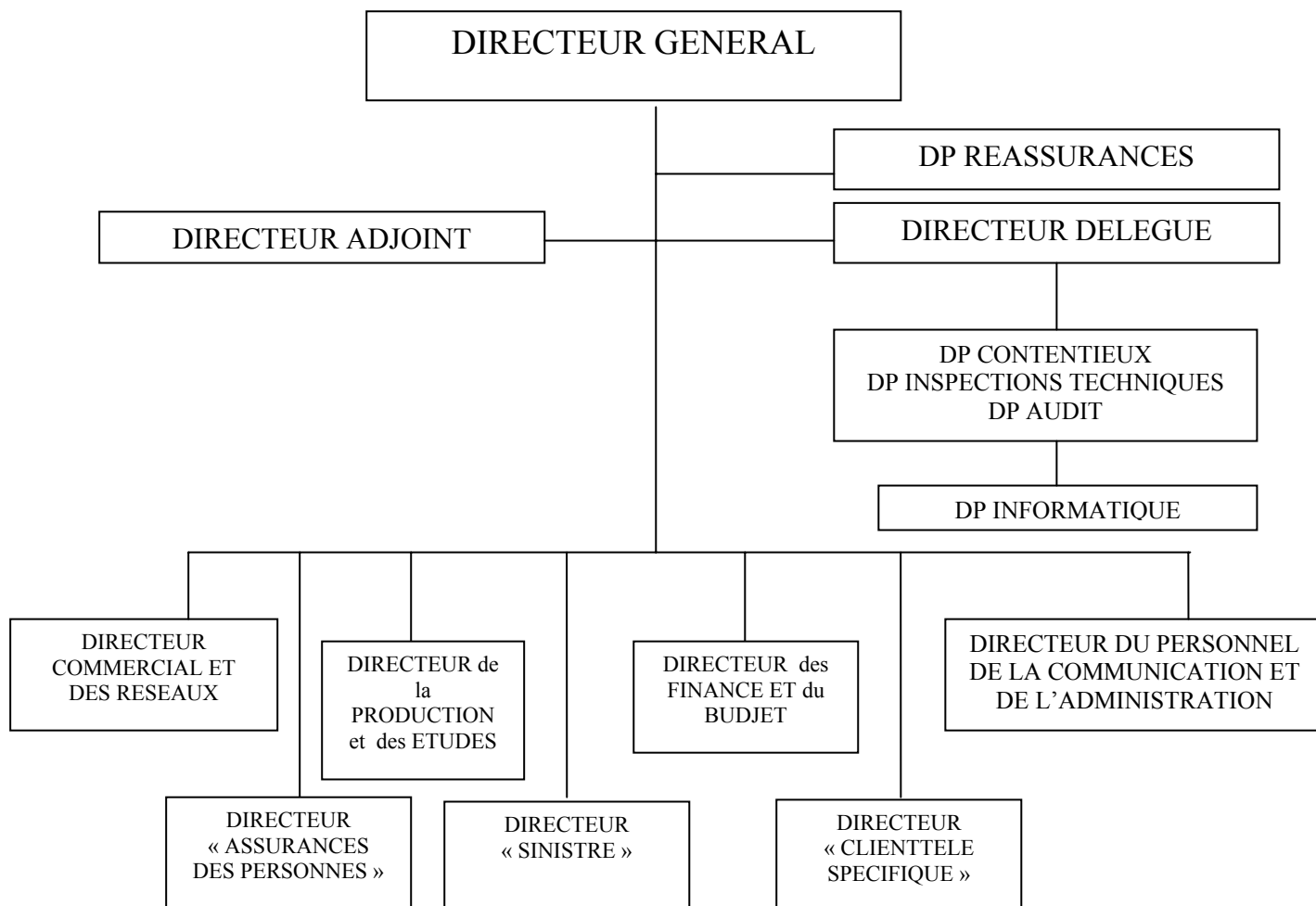
A. **La Direction générale :**

Elle est formée par le Directeur général assisté par les chargés de mission, le Directeur adjoint, le Directeur délégué, et les directeurs exécutifs.

Son rôle est d'assurer la suivie et le développement de la compagnie en adoptant les politiques et stratégies décidées par le Conseil d'administration qui représente l'organe délibératif. En veillant à leur application et leur réalisation.

- ☞ Le Directeur général assure le pilotage de la compagnie en veillant à ce que les directives et objectifs préétablis soient respectés et atteints par les Directions et autres centres fonctionnels concernés.
- ☞ Le Directeur Général adjoint parraine directement les Directions d'exploitation à savoir :
- ☞ La Direction du Personnel et d'Administration (DPA) s'occupe des affaires du personnel, de la communication et de l'administration ;
- ☞ La Direction Commerciale et Réseau (DCR) et la Direction Clientèle Spécifique (DCS) se chargent des affaires commerciales et les réseaux de la Compagnie ;
- ☞ La Direction de Production et Etude (DPE) assure la gestion productive des Assurances Terrestre (Non vie), Maritime et étude.
- ☞ La Direction Assurance de personnes (DAP) opère également dans le domaine technique, plus précisément dans l'assurance de Personnes.
- ☞ La Direction Sinistre (DS) s'occupe de la gestion des sinistres terrestres (Non Vie) et Maritime.
- ☞ La Direction Finance et Budget (DFB) assure toutes les fonctions liées à la finance et comptabilité de la Compagnie.

FIGURE 3 : Structure de la Compagnie Malgache d'Assurance et Réassurances NY HAVANA



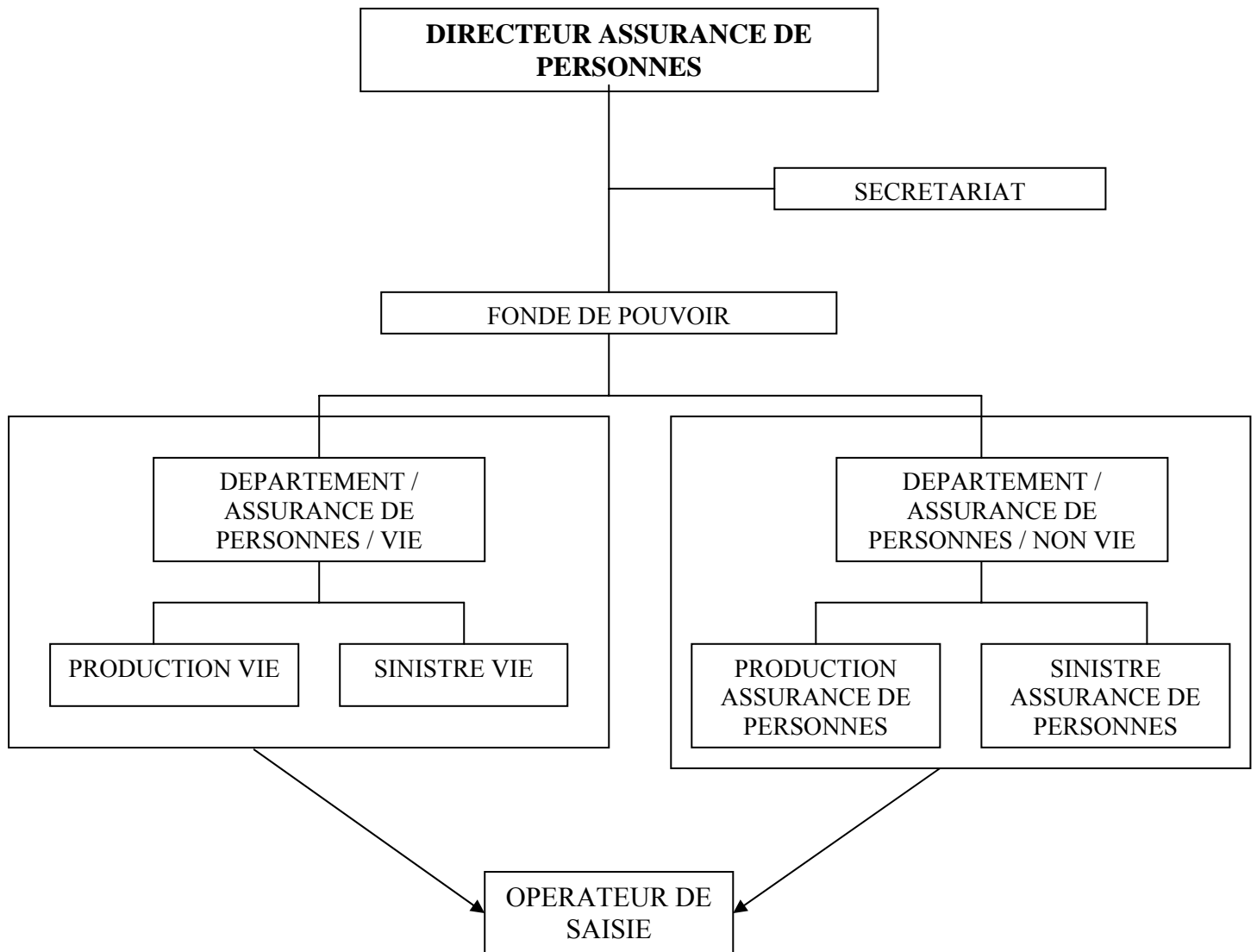
***B. La Direction « Assurances des Personnes »***

Puisque le centre de notre champ d'analyse se focalise dans cette direction, il est logique de le mettre en gros plan.

- ☞ Le Directeur « assurance de personnes » est le premier responsable de cette direction; outre le respect et l'exécution de la politique générale concernant son domaine, il veille, avec l'assistance du Fondé de pouvoir, à ce que tout soit en règle.
- ☞ Le Fondé de pouvoir est la première personne en contact direct et permanent avec les différents départements et services. Alors, il est habilité à contrôler l'accomplissement des tâches de l'organisation.

- ☞ Le Délégué du Département « assurance de personne » vie est le superviseur de tous les productions et sinistres en assurance vie ;
- ☞ Le Délégué du département « assurance de personne » non vie est le superviseur de tous les productions et sinistres en Aro Voina Isambatanolona (AVI), Assurance Séjour à l'Etranger (ASE), l'assurance santé

**FIGURE 4** : Structure de la Direction « Assurances de Personnes »



La Compagnie NY HAVANA entretient des relations d'affaires avec des réassureurs leaders qui figurent parmi les dix premiers groupes mondiaux de réassurances dont le rôle est d'assurer les gros clients de la Société (les capitaux qui dépassent son plein de souscription).

Des leaders tels que : MUNCHENER RUCK, la SUISSE RE, l'EMPLOYERS RE, la SCOR RE, l'AXA RE ...

Ces relations se traduisent en matière de cession par :

- ☞ La participation de plusieurs REASSUREURS dans ses traités (Quote-part, Excédent de Capitaux et Excédent de Sinistre)
- ☞ Une collaboration avec les réassureurs spécialisés pour les placements en Facultatifs des risques ( incendie, et risques annexes, bris de machine, tous risques chantier et montage, responsabilité civile décennale, aviation, corps et facultés maritimes, vie risques aggravés...).

En contre partie, NY HAVANA participe dans les rétrocessions effectuées par les REASSUREURS.

La Compagnie est également membre de diverses organisations régionales notamment :

- ☞ L'Organisation of Eastern and Southern Africa Insurers (OESAI) regroupant tous les assureurs de l'Afrique Orientale et Australe.
- ☞ L'Organisation des Assurances Africaines (OAA) tous les assureurs y sont pratiquement représentés.
- ☞ La Fédération of Afro-Asian Insurers and Reinsurers (FAIR) réunissant tous les assureurs et réassureurs afro-asiatiques;
- ☞ La ZEP-RE, une institution de réassurances du marché Commun de l'Afrique de l'Est et de l'Afrique Australe (COMESA) dans laquelle la Compagnie NY HAVANA est actionnaire ;
- ☞ L'AFRICA-RE, un organisme de réassurance réunissant plusieurs compagnies de réassurance Africaines et Européennes.

## **SECTION II. Réseaux de distributions**

La Compagnie d'assurance NY HAVANA est avant tout une compagnie à vocation commerciale. Commercialiser les produits d'assurance à Madagascar exige des actions soutenues de communication par le biais des réseaux de distributions car l'assurance est un domaine peu connu du public en général. Cette situation nécessite une décentralisation des points de vente.



Actuellement, NY HAVANA a 68 points de vente, repartis sur tout le territoire national.

**§.1. Les Agences Centrales (AC)**

Les agences centrales sont rattachées directement au siège. Le personnel des agences centrales fait partie des salariées de la Compagnie.

Elles sont implantées dans tous les chefs lieux de provinces et dans quelques Fivondronana.

**§.2. Les Agences Générales d'assurance (AGA)**

Les agences générales sont des Mandataires, nommées par un traité de nomination, rémunérées par des commissions sur les affaires apportées. Ce sont par contre des entités entièrement distinctes de la Compagnie Malgache d'Assurance et Réassurance NY HAVANA, sur le plan juridique. De ce fait, elles sont indépendantes dans leur gestion interne.

**SECTION III. Rôle de la Compagnie Malgache d'Assurance et Réassurance NY HAVANA**

**§.1. NY HAVANA : Prévoyance et Conseils**

Le sigle NY HAVANA choisi à l'époque, illustre les implantations qu'elle se proposait d'établir : être comme un parent qui conseille, prévoit, aide et protège. Autrement dit, d'assurer la protection de ce que l'individu a de plus chers, sa famille, son patrimoine, son avenir. Les actions de la compagnie ont donc été menées de façon à pouvoir se rapprocher d'avantage de la clientèle, proposer des produits et rendre des services répondant aux besoins des clients.

**§.2. NY HAVANA : Institution Financière**

Sur le plan national, la Compagnie Malgache d'Assurance et Réassurance NY HAVANA est une institution financière. En effet, elle dispose des sommes importantes, constituées par l'accumulation des primes. Ces disponibilités monétaires font l'objet d'un placement afin de pouvoir payer les éventuels sinistres.

En tant qu'Institution Financière, la Compagnie Malgache d'Assurance et Réassurance NY HAVANA participe au Capital social de plus d'une vingtaine de sociétés opérant dans divers secteurs et activités économiques tels que le secteur industriel ou agro-alimentaire, les établissements bancaires, les organismes de transport...

## **SECTION IV.     Activités**

Les principales activités de la société concernent les assurances et réassurances.

### **§.1.     Les assurances :**

Par définition, une assurance est une garantie d'un risque déterminé.

Actuellement, la compagnie commercialise des différentes gammes de produits qui sont

- ∞ Assurances des biens ;
- ∞ Assurances de Responsabilité Civile ;
- ∞ Assurance Maritime ;
- ∞ Assurance de Personne.

### **§.2.     Les réassurances :**

La réassurance est la cession des risques provenant d'un assureur à un réassureur.

La réassurance est utilisée quand l'assureur estime que les risques qu'il prend en charge dépassent son plein de souscription. Ainsi, il cède une partie de ces risques au réassureur, qui accepte solidairement de régler les sinistres.

Toutefois, l'assureur cédant demeure responsable vis-à-vis de l'assuré. Cette réassurance est concrétisée par un traité entre les deux parties.

## **SECTION V.     Production**

Le ou les services Production sont chargés de l'étude, de la tarification, de la rédaction, de l'archivage, des modifications éventuelles du renouvellement des contrats.

### **§.1.     La politique de souscription**

Les responsables de ces services doivent rédiger, avec leurs collaborateurs, les rédacteurs de production, les documents contractuels types (condition générales, formulaires de conditions particulières) en veillant à ce que les garanties offertes correspondent bien aux attentes de la clientèle tout en ne risquant pas de déséquilibrer les résultats financiers de la mutualité des risques acceptés et en respectant les impératifs de la législation.

Il appartient aussi aux responsables du service production tant du Siège que du Réseau

d'appliquer les principes de la politique de souscription de la société arrêtée par la Direction Générale, le plus souvent sur leurs suggestions :

- ∞ Visite de risques
- ∞ Types de clientèles recherchées (entreprise ou particulier) ;
- ∞ Risques à exclure de la prospection ;
- ∞ Critères de tarification en fonction des diverses catégories d'assurance proposées à la clientèle.

### §.2. **La tarification**

La tarification des contrats sur la base des renseignements contenus dans la proposition ou le rapport d'inspection est une des tâches fondamentales du service production et, évidemment, des plus délicates.

Pour les risques de masse, assuré en grand nombre, des tarifs doivent être élaborés qui ne doivent être ni trop élevés, ce qui ferait fuir la clientèle, ni trop bon marché, ce qui exposerait l'entreprise à des pertes techniques.

Ces tarifs sont élaborés à l'aide des statistiques disponibles internes à l'entreprise ou élaborés à l'échelon national. Ils sont comparés avec les tarifs des entreprises concurrentes et doivent être ajustés en permanence en fonction de l'évolution de la sinistralité, de l'inflation et du comportement du marché.

### §.3. **Rédaction des contrats :**

Après la tarification, le service Production doit rédiger le contrat, d'où le nom « rédacteurs » qui est souvent donné aux préposés à cette tâche .

Le service production doit veiller en permanence à actualiser les contrats en établissant au fur et à mesure les avenants qui décrivent les modifications apportées par l'assuré ou imposées par l'évolution du risque assuré ( changement d'adresse, de valeurs en risque, de bénéficiaires des prestations...).

### §.4. **Encaissements :**

Le service production est chargé du suivi de l'encaissement des cotisations émises. Habituellement, la somme exacte à payer est indiquée à l'assuré au moment de l'envoi du contrat, après son émission, ou lors du renouvellement, en cas de tacite reconduction, au

moyen d'un avis d'échéance.

C'est une tâche essentielle pour la bonne gestion de la compagnie, de surveiller que les cotisations soient régulièrement payées à temps, de relancer les retardataires et d'appliquer les dispositions légales aux contrats qui resteraient impayés après les délais réglementaires.

En assurance non vie, il est stipulé dans l'article 17 alinéa 2 et 3 de la loi 99-013 portant code des assurances que : « *Si une prime, ou une fraction de cotisation ou prime n'est pas payée dix jours après son échéance, indépendamment du droit pour l'assureur de poursuivre l'exécution du contrat en justice, la garantie peut être suspendue par l'assureur trente (30) jours après la mise en demeure de l'assuré par lettre recommandée ou lettre contresigné, adressée au dernier domicile connu de l'assuré ;*

L'assureur a le droit de résilier le contrat dans la même forme que la mise en demeure, dix jours après l'expiration du délai de trente jours mentionné au deuxième alinéa du présent article ».

Quant à l'assurance vie, « lorsqu'une cotisation ou prime ou une fraction de cotisation ou prime n'est pas payée dans les dix jours de son échéance, l'assureur adresse au contractant une lettre recommandée par laquelle il informe qu'à l'expiration d'un délai de quarante jours à dater de l'envoi de cette lettre le défaut de paiement entraîne soit la résiliation du contrat en cas d'inexistence ou d'insuffisance de la valeur de rachat, soit la réduction du contrat.

Le défaut de paiement d'une cotisation ou de prime d'un contrat de capitalisation ne peut avoir pour sanction que la suspension ou la résiliation pure et simple du contrat et, dans ce dernier cas, la mise à la disposition de l'assuré de la valeur de rachat que ledit contrat a éventuellement acquise ». (Article 179 alinéa 2 et 3 de la loi 99-013 portant code des assurances)

## **SECTION VI. Sinistres**

Le service sinistre est chargé d'accueillir et d'enregistrer les déclarations de sinistres des assurés, d'évaluer ou d'en faire évaluer par un Expert les coûts pour l'entreprise, de liquider et de régler les prestations dues par l'assureur en application du contrat et de prendre toutes les mesures nécessaires pour sauvegarder puis exercer les recours éventuels contre les tiers responsables.

**§1. Ouverture des dossiers :**

Dès réception de déclaration de sinistre, l'assureur doit ouvrir un dossier et l'enregistrer par ordre chronologique comme la loi lui en fait obligation. Il doit accuser réception de la déclaration et informer clairement et complètement l'assuré des documents et information qui lui sont nécessaires pour déterminer le montant de l'indemnisation à régler, ainsi que des mesures qu'il compte prendre pour mieux évaluer le coût du sinistre telle qu'une inspection des lieux ou la nomination d'un expert.

**§2. Evaluation :**

Dès l'ouverture d'un dossier, une évaluation du coût total final probable doit être déterminée et être communiquée au service comptabilité qui doit tenir compte des sinistres survenus mais non encore réglés pour établir le bilan de l'entreprise.

Les sinistres les plus importants, dont l'évaluation dépasse un montant déterminé pour chaque branche d'assurance et ceux faisant l'objet de cession en facultative doivent faire l'objet d'une information transmise au service réassurance qui prévient lui-même les réassureurs en application des dispositions contractuelles des traités ou de la cession facultative.

Il n'est pas toujours facile d'évaluer le coût total définitif d'un sinistre au reçu de la déclaration.

L'évaluation tient compte des renseignements contenus dans la déclaration et par la suite, des autres éléments constituant le dossier tels que procès-verbaux de police ou de gendarmerie, rapport d'expertise, devis de réparateurs, demandes chiffrés de l'assuré ou des tiers, rapports médicaux, opinion d'avocats, etc....

**§3. Règlements :**

La grande majorité des sinistres sont réglés rapidement (en quelques semaines ou quelques mois) dès que l'assuré ou le bénéficiaire a rassemblé les justificatifs nécessaires à l'appui de sa demande ou que l'expert commis par l'assureur a pu déterminer le montant des dommages causés par le sinistre et établir son rapport. Dans d'autres cas, il arrive que l'instruction du dossier sinistre soit très complexe, il en résulte alors que le règlement prenne beaucoup plus de temps.

Par ailleurs, il se peut qu'il ait un désaccord entre l'assureur et l'assuré ou le tiers sur

le montant de l'indemnisation, conduisant à un litige qui devra être tranché par les tribunaux, ce qui conduit également à un retard plus ou moins importante dans la clôture du dossier.

Si le risque est couvert par le contrat, l'assureur doit présenter à l'assuré soit par lettre recommandée avec accusé de réception, soit par contre récépissé ou par tout autre moyen prévu par le contrat, une offre d'indemnisation détaillée par chefs de préjudice dans un délai maximum de trois mois à compter de la réception de toutes les pièces exigées pour l'étude du dossier.<sup>1</sup>

En cas d'accord, l'assureur doit procéder au paiement de la somme convenue dans les trente jours qui suivent la réception de la contre-proposition justifiée. Passé ce délai, tout retard expose l'assureur au paiement d'intérêt calculé au double du taux légal.<sup>2</sup>

**§4. Les recours :**

Enfin, le service sinistre doit prendre toutes les mesures nécessaires pour exercer les recours éventuellement disponibles contre des tiers dont la responsabilité pourrait être mise en cause à l'occasion d'un sinistre, ou contre d'autres assureurs en cas de pluralités d'assurances.

---

<sup>1</sup> Article 5 du décret n° 2000-986 du 20 Décembre 2000

<sup>2</sup> Article 7 du décret n° 2000-986 du 20 Décembre 2000

**DEUXIEME PARTIE :**

**LES PROBLEMATIQUES DE LA  
PROCEDURE D'INDEMNISATION**

## **CHAPITRE I. L'ASSURANCE VIE**

### **Section I. Définition**

M. Picard et A. Besson, dans leur Traité des Assurances terrestres, définissent l'assurance sur la vie comme étant le contrat par lequel, en échange d'une prime, l'assureur s'engage à verser au souscripteur ou au tiers par lui désigné, une somme déterminée (capital ou rente) en cas de mort de la personne assurée ou de sa survie à une époque déterminée.

### **Section II. Caractéristiques du contrat d'assurance vie**

#### **§1. La nature du contrat d'assurance vie**

Le contrat d'assurance sur la vie relève des principes de droit civil normalement applicables à tous les contrats.

Il est conclu entre le souscripteur d'une part et l'assureur d'autre part, et présente les quatre caractéristiques suivantes :

- ☞ Il s'agit d'un contrat consensuel, c'est à dire qu'il est valablement formé dès l'échange des consentements des parties ;
- ☞ Il s'agit d'un contrat à titre onéreux, l'obtention de la garantie supposant le paiement des primes. En effet il n'y a pas et ne peut y avoir entre les parties, c'est à dire entre l'assureur et le souscripteur, d'intention libérale ;
- ☞ Il s'agit d'un contrat d'adhésion, car le contrat, et notamment ses conditions générales, est rédigé par le seul assureur. L'assuré se contente d'adhérer au contrat pré-établi ;
- ☞ Il s'agit enfin d'un contrat de bonne foi, puisqu'il repose sur la loyauté des parties. Aussi l'assuré est-il obligé de répondre exactement aux questions qui lui sont posées, à défaut le contrat encourrait la nullité.

#### **§2. Le caractère non indemnitaire des sommes assurées**

##### **A. Le principe :**

Le principe du caractère non indemnitaire des sommes assurées est posé par l'article 162 alinéas 1 de la loi 99-013 portant code des assurances qui indique :

*« En matière d'assurance sur la vie et d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, les sommes assurées sont fixées par le contrat ».*



En d'autre terme, lorsque le sinistre envisagé survient, l'assureur doit régler la somme prévue au contrat, peu importe que celle-ci soit supérieure ou inférieure à la valeur du dommage réellement subit.

**B. Ses conséquences :**

Cette particularité de l'assurance sur la vie entraîne deux séries de conséquences :

- On ne peut reprocher à un assuré d'avoir souscrit une ou plusieurs polices d'assurance, pour autant qu'elle ne soit pas dissimulée à l'assureur.
- L'assuré est en droit de cumuler la prestation de l'assureur avec la réparation du responsable du dommage

Ce dernier ne peut en effet se prévaloir de la prestation versée par l'assureur, celle-ci n'étant pas une réparation mais la contrepartie des primes acquittées par l'assuré.

L'assureur ne peut pas d'avantage, pour les mêmes raisons, se décharger de son obligation, en invoquant la réparation du responsable du dommage.

Il ne bénéficie en outre d'aucune action contre ce dernier conformément à l'article 163 alinéa 1 de la loi 99-013 portant code des assurances qui précise :

*« Dans l'assurance de personnes, l'assureur, après paiement de la somme assurée, ne peut être subrogé aux droits du contractant ou du bénéficiaire contre des tiers à raison du sinistre ».*

**Section III. Les différentes catégories du contrats**

Il existe deux catégories de contrat d'assurance vie

- Les contrats d'assurance vie individuelle ;
- Les contrats d'assurance vie collective.

**§1. L'assurance vie individuelle**

L'assurance vie individuelle regroupe les contrats qui ont été souscrit à titre individuel.

Les contrats sont classés tout naturellement en assurance en cas de décès et en assurances en cas de vie, selon que l'intéressé désire garantir un capital ou une rente à un bénéficiaire s'il vient à décéder avant une date déterminée, ou qu'il entend se constituer pour lui-même ou pour autrui un capital ou une rente s'il survit à cette date.

Les assurances mixtes permettent de combiner, dans un même contrat, et sur la même tête, une assurance en cas de décès et une assurance en cas de vie.

**A. Les risques couverts par le contrat :**

- Les assurances en cas de décès ;
- Les assurances en cas de vie ;
- Les assurances combinées.

**a. L'assurance en cas de décès :**

La garantie décès d'un contrat prévoit le versement d'une prestation en cas de décès de l'assuré durant la période de garantie ;

Il existe deux combinaisons principales d'assurance en cas de décès.

**a.1. L'assurance Temporaire simple :**

L'assurance temporaire garantit le paiement d'un capital au bénéficiaire désigné si le décès ou l'incapacité total et définitif (ITD) de l'assuré survient avant une date déterminée. Si l'assuré reste en vie à l'échéance, l'assureur est dégagé de toute obligation. Elle est généralement souscrite à fonds perdus.

L'assurance temporaire est fréquemment souscrite dans un but altruiste.

Elle est généralement souscrite en garantie du remboursement d'un emprunt. Cette assurance est généralement exigée par les organismes financiers pour l'octroi de crédit. Un avenant de cession en garantie est alors établi dans ce cas.

Elle peut aussi servir pour garantir le versement d'un capital ou d'une rente, en cas de décès de l'assuré avant l'âge de la majorité ou la fin des études de ses enfants.

**a.2. L'assurance vie entière :**

L'assurance vie entière garantit le versement d'un capital aux bénéficiaires au décès de l'assuré quelle qu'en soit la date.

L'assureur, en ce cas, a la certitude de devoir payer un jour le capital fixé. Le seul aléa du contrat est la date à laquelle ce paiement devra être effectué. Cette formule d'assurance est la meilleure pour qui veut transmettre un capital, ce n'est plus la garantie à fonds perdus d'un risque, mais la constitution d'une épargne certaine.

***b. L'assurance en cas de vie***

L'assurance en cas de vie a pour base le principe exactement inverse de celui de l'assurance en cas de décès.

La garantie vie d'un contrat prévoit le paiement d'une prestation si l'assuré est vivant à la date d'échéance prévue au contrat, il s'agit d'une opération d'épargne qui est assortie d'une condition de survie.

Faisant fi de son possible disparition, l'assuré n'a pour but que de se constituer à un âge déterminé un capital ou une rente ;

Il y a là encore deux combinaisons principales.

***b.1. L'assurance à capital différé***

L'assurance à capital différé garantit le versement à l'assuré un capital déterminé, s'il est en vie à une époque convenue.

En d'autres termes, l'assureur diffère le versement d'un capital pendant un certain nombre d'années.

On distingue en général deux catégories de contrats à capital différé, selon qu'il existe ou non une contre assurance.

***b. 1.1. Contrat à capital différé sans contre assurance :***

En contre partie du paiement d'une prime unique ou de primes périodiques, le versement d'un capital a lieu à une date donnée si l'assuré est toujours en vie à ce moment là.

***b. 1.2. Contrat à capital différé avec contre assurance :***

C'est la formule la plus rencontrée, c'est un contrat à capital différé mais qui prévoit en cas de décès le remboursement des primes nettes déjà versées au(x) bénéficiaire(s).

A noter que les primes et le capital sont revalorisés dans les mêmes proportions, le taux de revalorisation est actuellement de 6.5%

***b.2. L'assurance retraite***

L'assurance retraite garantit le versement d'une rente viagère, en cas de vie de l'assuré à 60 ans, âge légal de départ à la retraite sans exception.

Cette rente est convertible en capital sur demande expresse de l'assuré avant la jouissance de la retraite.

En cas de décès de l'assuré avant son 60<sup>ème</sup> anniversaire, remboursement au(x) bénéficiaire(s) des primes nettes de taxes avec bonification variant suivant la durée d'adhésion ;

Le choix sur la forme de règlement de cette garantie est décisif et définitif :

- paiement sous forme de rente viagère ; ou
- conversion en capital ; ou
- moitié en rente viagère et moitié en conversion en capital.

**c. L'assurance combinée (Retraite et Prévoyance)**

Les assurances combinées s'inspirent à la fois des assurances en cas de décès et des assurances en cas de vie.

L'assurance combinée est donc une assurance alternative. Elle porte en effet sur deux risques contradictoires, le décès d'une part, la survie d'autre part, dont un seul se réalisera pendant la période assurée.

Par cette formule, l'assuré réalise à la fois ou une opération de prévoyance ou la constitution d'une épargne.

L'assurance combinée est ici la garantie retraite et prévoyance.

Elle garantit le versement du capital vie revalorisé à l'assuré en cas de vie de celui-ci au terme du contrat, en cas de décès de ce dernier avant la date d'échéance, paiement du capital décès revalorisé au(x) bénéficiaire(s).

L'assurance retraite et prévoyance peut se faire soit sur une tête, soit sur deux têtes.

**Exemple 1 : Retraite et Prévoyance sur une tête**

Monsieur Rakoto, âgé de 39 ans, souscripteur d'une police sur une tête d'une durée de 16 ans, avec un capital décès de 2.000.000 Ariary soit 3.000.000 Ariary de capital vie

Il existe 3 possibilités de combinaisons :

Soit 10/10 : capital vie = capital décès

10/12 : capital vie = capital décès x 1.25

10/15 : capital vie = capital décès x 1.50

## Etude de la procédure et ses problématiques

Monsieur Rakoto a choisit la formule 10/15 d'où le capital vie est de 3.000.000 Ariary

Taux pour 10.000 est de 918 (lecture directe)

Prime nette 1 <sup>ère</sup> année = $2.000.000 \times 918 / 10.000 =$	183.600
Accessoire	2.000
Taxe d'enregistrement 3%	5.568
Prime totale	<u>191.168</u>

Les primes et le capital sont revalorisés dès la deuxième année du contrat. Le taux de revalorisation est de 6.5 %

Prime nette 2<sup>ème</sup> année =  $183.600 \times 1.065 = 195.534$

Accessoire	200
Taxe d'enregistrement 3%	5.872.02
Prime totale	<u>201.606.02</u>

- En cas de vie de l'assuré au terme du contrat, il recevra le capital vie revalorisé

Soit :  $3.000.000 \times 27,390 = 8.217.000$  Ariary



Coefficient de la revalorisation

- En cas de décès de l'assuré avant le terme du contrat, son bénéficiaire recevra le capital décès revalorisé

Soit :  $2.000.000 \times$  coefficient de l'année de la survenance du risque

Prenons par exemple qu'il décède à la 9<sup>ème</sup> année

Le capital décès assuré est de  $2.000.000 \times 1.6549$

D'où 3.309.800 Ariary

### Exemple 2 : Retraite et Prévoyance sur deux têtes

Monsieur et Madame Rakoto, de 43 ans âge moyen en 2002, souscripteur d'une police sur deux têtes, d'une durée de 17 ans, avec un capital décès de 15.000.000 Ariary et capital vie de 22.500.000 Ariary

Date de naissance :

1<sup>er</sup> assuré : 24 Mai 1957 ; âge : 46

2<sup>ème</sup> assuré : 17 Avril 1964 ; âge : 39

Date d'effet : 27 Décembre 2002

Taux pour 10.000 est de 863 (lecture directe)

## Etude de la procédure et ses problématiques

Prime nette 1<sup>ère</sup> année :  $15.000.000 * 863/10.000 = 1.294.500$

Accessoire	2.000
Taxe d'enregistrement 3%	<u>38.895</u>
Total prime	1.335.395

Les primes et le capital sont revalorisés dès la deuxième année du contrat. Taux de revalorisation est de 6.5 %

Prime nette 2<sup>ème</sup> année :  $1.294.500 \times 1.065 = 1.378.642.5$

Accessoire	200
Taxe d'enregistrement 3%	<u>41.365.27</u>
Total prime	1.420.207.77

1- Retraite, ils toucheront : 65.632.500 Ariary

2- Prévoyance :

Si l'un des deux assurés décédait par exemple en 2012 soit 10 ans après la souscription du contrat (donc avant le terme du contrat et quelle que soit la cause du décès, maladie ou accident), le contrat prendra fin par le paiement immédiat au bénéficiaire d'un capital revalorisé d'un montant de 26.437.500 Ariary.

### **d. Garantie complémentaire :**

#### **d.1. La garantie double effet :**

Cette assurance a pour objectif le paiement une deuxième fois, du capital assuré, si le décès du bénéficiaire de la garantie double effet se produit :

Après le décès de l'assuré et avant le terme prévu pour le paiement des primes.

Pour la souscription d'une assurance double effet, les conditions suivantes doivent être réalisées :

- La garantie double effet joue obligatoirement jusqu'au terme du paiement des primes du contrat vie.
- Le terme du paiement des primes du contrat vie est fixé au maximum aux 65 ans de l'assuré.
- L'écart d'âge entre l'assuré et le bénéficiaire ne doit pas dépasser 10 ans.

Il existe deux catégories de double effet

**d.1.1. Double effet simple :**

Champ d'application : assurance temporaire décès ;

Dès que la garantie décès est mise en jeu, l'option double effet simple est applicable. Toute fois, elle n'est pas applicable en assurance vie entière.

Exemple : Monsieur Rakoto a souscrit un contrat d'assurance temporaire décès avec un capital de 5.000.000 Ariary. Il a désigné comme bénéficiaire sa femme et ses enfants. En cas de son décès avant le terme du contrat, les membres de sa famille bénéficient du capital décès. De plus, à la souscription, Rakoto a proposé monsieur Rabe comme bénéficiaire de la garantie double effet simple. A noter que Rabe ne reçoit pas un capital mais à partir de la date de décès de Rakoto, il bénéficiera d'une assurance temporaire simple (en assurance décès) gratuite. Cette assurance temporaire court jusqu'à l'échéance du contrat souscrit par Rakoto pour le même capital payé à sa famille.

**d.1.2. Double effet réciproque :**

Champ d'application : assurance combinée sur deux têtes.

En cas de décès de l'un des assurés, le survivant touche le capital décès revalorisé et reste assuré gratuitement en assurance temporaire simple.

**d.2. La garantie complémentaire accident :**

Les formules d'assurance complémentaires les plus courantes prévoient qu'en cas de décès accidentel de l'assuré, une prestation complémentaire vient s'ajouter à la prestation principale : il s'agit souvent du doublement du capital décès.

Lorsque ce décès accidentel a pour origine un accident de circulation, la garantie supplémentaire prévue est souvent plus importante, le capital décès est généralement triplé.

On entend par accident, toute atteinte corporelle provoquée par l'action soudaine d'une cause extérieure et non intentionnelle de la part de l'assuré.

Les sommes ainsi déterminées sont payables au bénéficiaire désigné dans la police.

**d.3. L'incapacité Totale et Définitive (ITD) par suite d'accident :**

La garantie consiste à assimiler au décès un état d'invalidité, appelé invalidité totale et définitive. Cet état d'invalidité fait l'objet de prestation identique à celles prévues en cas de décès. L'invalidité totale et définitive est généralement associée à l'invalidité de 3<sup>ème</sup> catégorie, laquelle nécessite l'assistance d'une tierce personne.

**B. La formation du contrat**

**a. Les parties au contrat**

Le contrat d'assurance vie se définit comme celui par lequel l'assureur s'engage envers le souscripteur, contre paiement de prime, à verser au bénéficiaire désigné une somme déterminée, l'exécution de son obligation dépendant de la durée de la vie de l'assuré.

De ce fait, une seule et même personne peut juridiquement prétendre aux trois qualités de souscripteur, d'assuré et de bénéficiaire, tandis qu'inversement deux ou trois personnes physiquement distinctes sont à même d'être intéressées à un tel contrat.

**a.1 L'assureur**

Il s'agit de la société d'assurance qui couvre les risques définis au contrat.

**a.2 Le souscripteur**

Il s'agit de la personne qui contracte avec la société d'assurance et qui s'engage à régler les primes. Il peut s'agir d'une personne physique ou d'une personne morale.

**a.3 L'assuré :**

L'assuré est la personne sur la tête de laquelle repose le risque. Il ne peut s'agir que d'une personne physique.

Si l'assuré et le souscripteur sont en général la même personne, tel n'est pas toujours le cas.

En effet, aux termes de l'article 164 de la loi 99-013 portant code des assurances, il est stipulé que

*« La vie d'une personne peut être assurée par elle même ou par un tiers. Plusieurs personnes peuvent contracter une assurance réciproque sur la tête de chacun d'elle par un seul et même acte ».*



Toutefois l'assurance en cas de décès souscrite sur la tête d'un incapable ou à l'insu de l'assuré étant susceptible d'engendrer des abus, le législateur a paré ce double danger en interdisant l'assurance sur la tête de certains incapables et en subordonnant la validité d'un contrat d'assurance vie au consentement écrit du tiers assuré.

**a.3.1. La nécessité du consentement de l'assuré dans les assurances en cas de décès :**

Il résulte des dispositions de l'article 165 de la loi 99-013 portant code des assurances que :

*« L'assurance en cas de décès contractée par un tiers sur la tête de l'assuré est nulle, si ce dernier n'y a pas donné son consentement par écrit avec indication du capital ou de la rente initialement garantie ».*

Cette exigence n'intéresse que les contrats d'assurance en cas de décès, car dans l'hypothèse d'une assurance en cas de vie, l'opération ne présente aucun danger.

En revanche, en présence d'une assurance en cas de décès, le contractant dont on verra plus loin qu'il est le payeur de prime, et surtout le bénéficiaire peuvent avoir intérêt à la disparition de l'assuré.

Par crainte du souhait de mort, le législateur a donc imposé que l'assureur recueille « **le consentement de l'assuré** ».

**a.3.2. Le cas particulier des mineurs et des incapables majeurs :**

**a.3.2.1.1 Les mineurs de moins de douze ans, les majeurs en tutelle et les aliénés internés**

Aux termes de l'article 166 alinéa 1 de la loi 99-013 portant code des assurances :

*« Il est interdit à toute personne de contracter une assurance en cas de décès sur la tête d'un mineur âgé de moins de douze ans, d'un majeur en tutelle, d'une personne placée dans un établissement psychiatrique d'hospitalisation ».*

Seules sont prohibées les assurances en cas de décès

Ainsi, les assurances en cas de vie sont-elles parfaitement valables, de même que les contre-assurances qui en sont éventuellement l'accessoire et qui permettent, en cas de décès prématuré de l'assuré, le remboursement des primes versées<sup>1</sup>.

En cas de violation aux dispositions susvisées, le contrat, sur requête de l'assureur, du souscripteur ou du représentant de l'incapable, est frappé de nullité<sup>2</sup>.

Dans ce cas, l'assureur doit restituer au souscripteur l'intégralité des primes payées<sup>3</sup>.

#### **a.3.2.1.2 Les mineurs de plus de douze ans**

Un contrat d'assurance vie peut être conclu sur la tête de mineurs de plus de douze ans.

Toutefois, aux termes de l'article 167 de la loi 99-013 portant code des assurances, il convient non seulement de recueillir le consentement personnel de l'intéressé, mais en outre, celui de son protecteur légal, c'est à dire, selon le cas, celui de ses parents ou celui qui est investi de l'autorité parentale ou de son tuteur.

A défaut de respecter ces prescriptions, le contrat, à la demande de tout intéressé, serait frappé de nullité<sup>4</sup>.

### **a.4 Le bénéficiaire**

Le bénéficiaire est la personne désigner par le souscripteur pour recevoir les prestations garanties par le contrat, soit au décès de l'assuré, s'il s'agit d'une assurance en cas de décès, soit à l'échéance fixée, s'il s'agit d'une assurance en cas de vie.

#### **a.4.1. La détermination du bénéficiaire**

La détermination du bénéficiaire constitue un droit personnel du souscripteur qui peut seul procéder à sa désignation et à sa révocation.

Toutefois, dans l'hypothèse particulière où, s'agissant d'une assurance en cas de décès, le contrat a été souscrit sur la tête d'un tiers, l'accord de ce dernier doit nécessairement être requis<sup>5</sup>.

---

<sup>1</sup> Art. 166 Alinéa 5 de la loi 99.013 portant code des assurances

<sup>2</sup> Art. 166 Alinéa 2 et 3 de la loi 99.013 portant code des assurances

<sup>3</sup> Art. 166 Alinéa 4 de la loi 99.013 portant code des assurances

<sup>4</sup> Art. 167 Alinéa 3 de la loi 99.013 portant code des assurances

<sup>5</sup> Cf. supra page 48 (... la nécessité du consentement de l'assuré)

***a.4.1.1. La désignation du bénéficiaire***

Qu'il souscrive un contrat d'assurance vie à son propre profit ou dans le but de fournir une garantie à un créancier, le souscripteur ne manquera généralement pas de désigner la personne ou l'organisme auquel il souhaite que les prestations assurées soient servies.

La désignation d'un bénéficiaire n'est cependant pas obligatoire et ne constitue pas une condition de validité du contrat d'assurance vie. Toutefois, les conséquences d'une non désignation peuvent être importantes pour ce dernier, notamment en cas de succession. Ainsi l'article 175 de la loi 99-013 portant code des assurances précise que :

*« Lorsque l'assurance en cas de décès a été conclue sans désignation d'un bénéficiaire, le capital ou la rente garantis font partie du patrimoine ou de la succession du contractant ».*

Dans la majorité des contrats, le souscripteur désigne un ou plusieurs bénéficiaires déterminés.

Il est donc essentiel de savoir dans quelles conditions le bénéficiaire peut être considéré comme déterminé.

La détermination du bénéficiaire peut être directe, c'est à dire nominative, ou indirect, par l'énoncé de qualité permettant de cerner avec certitude au profit de qui le souscripteur a entendu stipuler.

En effet, conformément à la disposition de l'article 173 alinéa 2 de la loi 99-013 portant code des assurances :

*« Est considérée comme faite au profit de bénéficiaires déterminés, la stipulation par laquelle le bénéfice de l'assurance est attribué à une ou plusieurs personnes qui, sans être nommément désignées, sont suffisamment définies dans cette stipulation pour pouvoir être identifiées au moment de l'exigibilité du capital ou de la rente garantie ».*

***a.4.1.2. La révocation du bénéficiaire***

Comme le droit de la désignation, le droit de révocation constitue un droit personnel du souscripteur.

Celui-ci ne peut toutefois en user que pour autant le bénéficiaire n'ait pas accepté la stipulation faite à son profit.

Tant qu'une acceptation n'est pas intervenue, le souscripteur peut donc changer le bénéficiaire du contrat à sa guise.

Conformément à l'article 174 alinéa 2 de la loi 99-013 portant code des assurances stipule que :

*« Tant que l'acceptation n'a point lieu, le droit de révoquer cette stipulation n'appartient qu'au stipulant et ne peut, en conséquence, être exercer de son vivant par ses créanciers ni par ses représentants légaux ».*

Ce droit de révocation ne peut être exercé, après la mort du souscripteur, par ses héritiers, qu'après l'exigibilité de la somme assurée et au plus tôt trois mois après que le bénéficiaire de l'assurance ait été mis en demeure, par acte extrajudiciaire, d'avoir à déclarer s'il accepte.<sup>1</sup>

En principe, l'acceptation par le bénéficiaire de la stipulation faite à son profit, a pour effet de rendre son droit définitif, le souscripteur n'ayant plus la possibilité de procéder à sa révocation.

Sauf, tentative de meurtre de l'assuré par le bénéficiaire, selon l'article 182 alinéa 2 de la loi 99-013 portant code des assurances :

*« Si le bénéficiaire a tenté de donner la mort à l'assuré, le contractant a le droit de révoquer l'attribution du bénéficiaire de l'assurance, même si le bénéficiaire de l'assurance avait déjà accepté la stipulation faite à son profit ».*

#### **a.4.2. Les droits du bénéficiaire**

Dès l'instant où il est désigné par le souscripteur, le bénéficiaire se voit conférer un droit personnel contre l'assureur.

Le bénéficiaire est en effet considéré comme créancier direct de l'assureur depuis le jour même où le contrat a été souscrit.

Consolidé par l'acceptation, le droit du bénéficiaire est un droit propre et direct qui lui permet d'échapper à toute réclamation provenant des héritiers et des créanciers du souscripteur.

##### **a.4.2.1. Le bénéficiaire face aux héritiers du souscripteur**

Aux termes de l'article 176 de la loi 99-013 portant code des assurances :

*« Le capital ou la rente stipulés payables lors du décès de l'assuré à un bénéficiaire déterminé ou à ses héritiers ne font pas partie de la succession de l'assuré. Le bénéficiaire,*

---

<sup>1</sup> Art. 174 Alinéa 3 de la loi 99.013 portant code des assurances

*quelles que soient la forme et la date de sa désignation, est réputé y avoir seul droit à partir du jour du contrat, même si son acceptation est postérieure à la mort de l'assuré ».*

Au regard des prestations garanties au profit d'un bénéficiaire déterminé, la situation est donc aussi nette que possible : le capital ou la rente stipulés ne font pas partie de la succession de l'assuré et sont considérés comme ayant toujours appartenu au bénéficiaire.

*« Le capital ou la rente garantis au profit d'un bénéficiaire déterminé ne sont soumis ni aux règles du rapport à succession, ni à celles de la réduction pour atteinte à la réserve des héritiers du contractant<sup>1</sup> ».*

*Ces règles ne s'appliquent pas non plus aux sommes versées par le contractant à titre de cotisations, à moins que celle-ci n'aient été manifestement exagérées eu égard à ses facultés<sup>2</sup> ».*

#### **a.4.2.2. Le bénéficiaire face aux créanciers du souscripteur**

Aux termes de l'article 177 de la loi 99-013 portant code des assurances :

*« Le capital ou la rente garantis au profit d'un bénéficiaire déterminé ne peuvent être réclamés par les créanciers du contractant. Ces derniers peuvent seulement demander le remboursement des cotisations ou des primes manifestement exagérées eu égard aux facultés du contractant ».*

### **b. L'établissement de la police d'assurance vie**

Tout contrat d'assurance doit être matérialisé par un document écrit.

Dès l'acceptation par l'assureur de la proposition du souscripteur, une police d'assurance est donc établie, elle constate et constitue la preuve de la convention intervenue entre les parties.

#### **b.1 La proposition du souscripteur**

La proposition est un acte préliminaire au contrat qui n'engage, par elle-même, ni l'assuré ni l'assureur.

L'intérêt de la proposition consiste, en effet, dans un premier temps, à renseigner l'assureur sur la nature et l'étendue du risque à couvrir et à informer le proposant sur les dispositions essentielles du contrat.

---

<sup>1</sup> Article 178 alinéas 2 et 3 de la loi 99-013 portant code des assurances

<sup>2</sup> Article 178 alinéas 3 de la loi 99-013 portant code des assurances

**b.1.1. La déclaration du risque**

Elle constitue l'objet principal de la proposition. Elle permet à l'assureur d'être précisément renseigné sur le risque que le souscripteur lui propose de prendre en charge, et de déterminer exactement le coût de la garantie correspondante.

Surtout, en cas de souscription d'une garantie décès, l'assureur doit pouvoir sélectionner les risques. Il doit donc être correctement renseigné sur l'état de santé de l'assuré. Pour ce faire, l'assureur demande à l'assuré de remplir un questionnaire médical détaillé.

Selon l'article 13 de la loi 99-013 portant code des assurances :

*« L'assuré est obligé de répondre 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 ».*

**b.1.2. La valeur juridique de la proposition**

La valeur juridique de la proposition varie selon que l'on se situe au moment de la souscription ou après la conclusion effective du contrat.

**b.1.2.1. Au moment de la souscription**

Lors de sa souscription, non seulement la proposition n'engage ni l'assuré, ni l'assureur, mais en outre, dans l'hypothèse où elle s'accompagne du règlement d'une prime, elle offre au souscripteur une faculté de renonciation lui garantissant le remboursement des sommes ainsi versées.

Aux termes de l'article 169 alinéa 1 de la loi 99-013 portant code des assurances :

*« Toute personne physique qui a signé une proposition d'assurance ou un contrat a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception ou tout autre moyen équivalent pendant le délai de trente jours à compter du premier versement. La renonciation entraîne la restitution des cotisations versées dans le délai maximal de trente jours à compter de sa réception. Au delà de ce délai, les sommes non restituées produisent de plein droit intérêt au double du taux légal ».*

**b.1.2.2. Après l'acceptation de la proposition par l'assureur**

Si la proposition n'a donc en elle-même aucune valeur au regard de la formation du contrat, elle joue en revanche un rôle essentiel si la convention d'assurance est finalement conclue.

D'une part, les déclarations du proposant étant destinées à renseigner l'assureur sur le risque à couvrir, elles servent de base au contrat à intervenir, dont elles deviennent partie intégrante.

Dès lors, les éléments contenus dans la proposition peuvent être valablement opposés au souscripteur, dans le cadre notamment de la mise en œuvre des procédures prévues par les articles 14 et 15 de la loi 99-013 portant code des assurances, en matière de fausse déclaration.

D'autre part, dans l'hypothèse particulière où la seule acceptation de l'assureur suffit à transformer la proposition en contrat, tous les éléments qu'elle contient seront opposables tant à l'assuré qu'à l'assureur. Dans ce cas, il importe que la proposition soit claire et qu'elle indique précisément la nature des risques garantis, le montant des primes et des sommes assurées, la date du contrat et la durée de l'assurance.

**b.2 L'acceptation de l'assureur**

**b.2.1. La sélection des risques**

L'intérêt de la sélection des risques est très relatif en ce qui concerne l'assurance en cas de vie. En effet, dès lors que l'âge de l'assuré a été déclaré correctement, aucune fraude n'est à craindre.

En revanche, l'assureur qui se propose de garantir le risque de décès doit être vigilant, car ce type de contrat peut devenir matière à spéculation.

**b.2.1.1. Les objectifs de la sélection**

Découlant directement de la technique de l'assurance, la sélection des risques vise à garantir l'équilibre de leur mutualité tout en permettant le traitement des risques dits « aggravés ».

**a. L'équilibre de la mutualité des risques**

Il importe que l'assureur soit en mesure de garantir à ses assurés la sécurité des opérations qu'il a accepté de prendre en charge, en veillant au bon équilibre de la mutualité qu'il a

organisée.

L'assureur doit apprécier la nature et l'ampleur des risques qu'on lui propose de prendre en charge, afin de les compenser équitablement.

Afin de garantir une juste compensation entre les primes encaissées et les prestations versées, l'assureur constitue des groupes de risques homogènes, au sein desquels les assurés qui présentent des risques de même nature, supportent la charge des sinistres survenus à certains d'entre eux.

L'équilibre de la mutualité peut dès lors être assuré, tout en permettant aux personnes qui présentent des risques supérieurs à la moyenne, de bénéficier sous certaines réserves, de la protection dont elles ont besoin.

*b. Le traitement des risques aggravés*

En raison de leur état de santé, présent ou passé, de leurs antécédents familiaux, de leurs habitudes, ou de leur profession, certaines personnes présentent un risque dit « de surmortalité ».

Les assureurs ont alors le choix entre plusieurs possibilités :

- Exiger une surprime payable à la souscription ou pendant toute la durée du contrat ;
- Retenir pour la tarification un âge supérieur à l'âge réel de l'assuré ;
- Proposer une combinaison différente de celle qui était demandée, avec des garanties moindres ;
- Procéder à certaines exclusions ;
- Ajourner leur décision en refusant momentanément de prendre en charge le risque, et réexaminer la proposition ultérieurement (par exemple 6 mois, 1an)

Refuser purement et définitivement le risque.

Qu'il s'agisse de garantir l'équilibre de la mutualité ou de déterminer les conditions d'assurabilité des risques, la sélection des risques revêt donc une importance primordiale et il importe que les assureurs aient les moyens nécessaires pour la mener à bien.



***b.2.1.2. Le moyen de la sélection***

Afin d'évaluer correctement les risques qui lui sont proposés, l'assureur doit pouvoir disposer d'éléments précis et fiables concernant la personne de l'assuré.

Les éléments d'évaluation du risque :

En assurance vie, l'évaluation du risque, au moment de la souscription, est indispensable car les aggravations qui surviennent en cours de contrat, n'ont pas à être déclarées.

Pour ce faire une opinion sur le risque qu'on lui propose de prendre en charge, l'assureur dispose en premier des éléments contenus dans la proposition elle-même.

On a vu que l'assureur avait tout intérêt à établir un questionnaire complet et précis.

En pratique, les assureurs prennent généralement le soin d'insérer dans les formulaires de déclaration du risque différents types de questions :

- Des questions portant sur des faits :

Exemple : Avez-vous dû cesser vos occupations au cours des deux dernières années ? Combien de jours ?

- Des questions portant sur des états :

Exemple : Etes-vous sujet aux bronchites ? Toussez-vous ?

Dans l'hypothèse où les prestations garanties ne sont pas très élevées et où les réponses de l'assuré sont satisfaisantes, l'assureur se contente des questionnaires dans les formulaires de déclaration du risque pour opérer sa sélection.

En revanche, si les capitaux assurés sont importants ou si les réponses au questionnaire le justifient, l'assureur peut demander à l'assuré de se soumettre à un ou plusieurs examens médicaux complémentaires (analyses, radiographies, échographies, électrocardiogrammes, etc...)

Au vu des résultats, l'assureur pourra procéder à une appréciation correcte du risque qui lui est proposé.

Cependant, la pratique généralement adaptée par NY HAVANA veut que ces examens soient :

- à la charge du souscripteur ou de l'assuré, si la durée du contrat est égale ou inférieure à trois ans ;
- à la charge de l'assureur, si la durée du contrat est supérieure à trois ans.

Toutefois, la prise en charge des frais y afférents par l'assureur est subordonnée à la réalisation effective de l'affaire.

### **b.2.2. La définition de la garantie**

Afin d'éviter toute contestation ultérieure, l'assureur doit clairement définir au moment de la souscription, la garantie qu'il entend accorder.

S'agissant d'un contrat d'assurance en cas de vie, aucune réserve particulière n'est à émettre, le versement des prestations devant intervenir dès lors que l'assuré est en vie à une époque déterminée.

La situation est en revanche plus complexe pour un contrat d'assurance en cas de décès.

Certaines causes de décès ne peuvent en effet légalement entraîner la garantie de l'assureur, et ce dernier peut en outre, conventionnellement exclure certains risques s'il les estime trop hasardeux ou difficiles à apprécier.

On distingue donc :

- les exclusions légales et ;
- les exclusions conventionnelles.

#### **b.2.2.1. Les exclusions légales**

##### **a. Le suicide de l'assuré au cours des deux premières années d'assurance.**

Conformément aux dispositions de l'article 171 de la loi 99-013 portant code des assurances :

*« L'assurance en cas de décès est de nul effet si l'assuré se donne volontairement et consciemment la mort au cours des deux premières années du contrat ».*

##### **b. Le meurtre de l'assuré par le bénéficiaire**

Comme en matière de suicide, le caractère aléatoire du contrat d'assurance disparaît en cas de meurtre de l'assuré par le bénéficiaire.

Aussi, l'article 182 alinéas 1 de la loi 99-013 portant code des assurances :

*« Le contrat d'assurance cesse d'avoir effet à l'égard du bénéficiaire qui a été condamné pour avoir donné volontairement la mort à l'assuré, ou tenté de la donner ».*

Le montant de la provision mathématique doit être versé par l'assureur au contractant ou

à ses ayants cause, à moins qu'ils ne soient condamnés comme auteurs ou complices du meurtre de l'assuré<sup>1</sup>.

#### **b.2.2.2. Les exclusions conventionnelles**

L'assureur étant libre de déterminer la garantie qu'il souhaite accorder, peut prévoir, en sus des exclusions légales, des exclusions conventionnelles.

L'assureur est en principe autorisé à exclure tous les risques qu'il ne souhaite pas garantir.

C'est ainsi qu'il peut écarter du bénéfice de l'assurance les décès survenus à la suite d'une acrobatie aérienne, dans le cadre d'une compétition sportive ou à l'occasion de la participation à une rixe.

Il importe que l'assuré ait une parfaite connaissance de l'existence de l'exclusion et de son contenu.

L'exclusion doit donc être précise, claire et non équivoque.

### **b.3 Le contrat d'assurance**

Le contrat d'assurance vie étant un contrat consensuel, il est valablement formé dès l'accord de l'assureur et du souscripteur sur l'objet de la garantie et le montant de la prime.

Il n'existe aucune disposition réglementaire sur la détermination de la date d'effet. En conséquence, une clause spécifique du contrat prévoit en général de façon claire et précise le point de départ des garanties.

Il peut s'agir de la signature de la police par l'assuré.

Le contrat d'assurance encore appelé « police d'assurance » est le document qui constitue la preuve de la convention intervenue entre le souscripteur et l'assuré.

Sa forme et son contenu sont strictement réglementés par le code des assurances.

La police d'assurance vie se présente sous la forme d'imprimés établis par l'assureur. Elle comporte d'une part, des clauses qui intéressent tous les contrats d'une même catégorie, dénommées « **conditions générales** », et, d'autre part, des clauses spécifiques à chaque assuré, qui permettent d'individualiser le contrat, et appelées « **conditions particulières** ».

Aux termes de l'article 9 alinéa premier de la loi 99-013 portant code des assurances, ce contrat doit être écrit en termes simples et en caractères lisibles.

---

<sup>1</sup> Art. 154 du décret n° 2000-986 du 20 Décembre 2000 relatif aux opérations d'assurances.

Selon l'article 168 de la loi 99-013 portant code des assurances : « le contrat d'assurance sur la vie ou de capitalisation doit indiquer les énonciations mentionnées dans l'article 9. D'autres mentions peuvent être prévues par décret.

Les mentions obligatoires énoncées dans l'article 9 :

- Les noms et domiciles des parties contractantes ;
- La personne assurée ;
- La nature des risques garantis ;
- Le moment à partir duquel le risque est garanti et la durée de la garantie ;
- Le montant de la garantie
- La cotisation ou la prime d'assurance à payer par l'assuré et la sanction prévue en cas de non paiement ;
- Les obligations de l'assuré à la souscription et en cours de contrat en ce qui concerne la déclaration de la nature du risque, la déclaration des autres assurances souscrites sur le même risque et les sanctions applicables ; ...

Selon l'article 48 du décret n°2000-986 du 20 Décembre 2000 relatif aux opérations d'assurances.

- Le contrat d'assurance sur la vie doit indiquer, outre les énonciations mentionnées dans l'article 9 de la loi 99-013 portant code des assurances :
  - Les noms, prénoms et date de naissance du ou des assurés ;
  - L'événement ou le terme duquel dépend l'exigibilité du capital ou de la rente garantis ;
  - Les modalités de règlement du capital ou de la garantie.
- Le contrat de capitalisation doit indiquer :
  - Le montant du capital remboursable à l'échéance ;
  - La date de prise d'effet ainsi que la date d'échéance ;
  - Le montant et la date d'exigibilité des cotisations à verser ;
  - Les modalités de règlement du capital.

c. **La tarification du contrat et la constitution de provisions mathématiques**

L'opération d'assurance ayant tout à la fois pour objet d'assurer un risque et de constituer une épargne, les sociétés d'assurances sont soumises à des règles de tarification particulières et tenues de constituer, au profit de l'assuré, une créance spécifique dénommée

« provision mathématique ».

**c.1 La tarification du contrat**

La tarification permet de déterminer le montant de la prime que le souscripteur doit acquitter en contrepartie de la garantie fournie par l'assureur.

Cette opération suppose de calculer, en premier lieu, la prime pure, c'est à dire le coût du risque déterminé à partir des tables de mortalité et du taux d'intérêt retenu.

A ce montant sont ensuite ajoutés les chargements ou frais nécessaires à l'assureur pour faire face à ses dépenses de commercialisation et de gestion, ainsi que les éventuelles taxes.

Le total de ces sommes détermine le montant de la prime commerciale, c'est à dire le tarif de l'assurance.

**Les tables de mortalité**

Les tables de mortalité donnent la probabilité qu'a un individu d'un certain âge d'être encore vivant à telle époque.

**L'établissement des tables :**

Les tables sont établies d'après les observations statistiques d'une population donnée à un moment déterminé.

Les tables réglementaires utilisées pour la tarification sont la table TD 60/64 pour la tarification des contrats d'assurance en cas de décès et la table TV 60/64 pour la tarification des contrats d'assurance en cas de vie (*Voir annexe 04*)

En application de cette table, on estime par exemple que sur un million d'individus nés l'année « n », 959.350 personnes atteindront l'âge de 35 ans, 1271 personnes devant décéder entre 35 et 36 ans .

L'utilisation d'une même table par plusieurs assureurs ne permet pourtant pas d'obtenir les mêmes résultats, ceux-ci pouvant être très variables.

En matière d'assurance en cas de décès en effet, le bénéfice de risque est étroitement lié à la politique de souscription suivie par l'assureur et notamment à sa compétence en matière de sélection médicale, de détection et de tarification des risques aggravés.

**les taux d'intérêt**

Entre le moment où le souscripteur paie les primes d'assurance et celui où l'assureur procède, conformément à ses engagements, au versement des prestations, il s'écoule un temps

variable en fonction de la durée du contrat.

Pendant cette période, l'assureur investit les sommes qu'il a perçues sur des investissements surs pour les faire fructifier.

**la revalorisation**

L'assurance est revalorisable, en principe de 6,5 %, tant en ce qui concerne les prestations que les primes.

La revalorisation est faite pour pallier aux conséquences des dépréciations monétaire ou d'une dévaluation éventuelles.

Le taux de 6,5 % ne sera pas indiqué au contrat, car aucune police vie ni à Madagascar ni ailleurs (en Europe par exemple) ne peut garantir formellement un taux de revalorisation.

**c.2 La constitution de provision mathématique**

Les provisions mathématiques sont constituées par les fonds que les sociétés d'assurance mettent en réserve pour pouvoir faire face aux engagements qu'elles ont pris envers leurs assurés.

Les provisions mathématiques peuvent être définies de la façon suivante :

Provisions Mathématiques	=	Valeur actuelle probable des engagements de l'assureur (prestations futures)	—	Valeur actuelle probable des engagements de l'assuré (primes futures)
-----------------------------	---	--	---	---

**C. L'exécution du contrat**

**a.. Le paiement de la prime**

Si le paiement de la prime d'un contrat d'assurance vie constitue la juste contrepartie des garanties accordées par l'assureur, il ne revêt cependant à aucun moment un caractère obligatoire.

L'assurance vie étant en effet considéré comme un acte d'épargne et de prévoyance à long terme, elle obéit sur ce point à un régime spécifique.

**a.1 Les conditions du paiement de la prime**

Bien que le paiement de la prime soit facultatif, il importe d'identifier le souscripteur à qui l'assureur doit adresser les avis d'échéance.

**a.1.1. Le débiteur de la prime**

Le paiement de la prime incombe normalement au souscripteur du contrat.

Cependant toute personne est autorisée à y procéder, dans la mesure où elle y a intérêt.

Aux termes de l'article 178 de la loi 99-013 portant code des assurances : « tout *intéressé* peut se substituer au contractant pour payer les cotisations ou les primes ».

**a.1.2. les modalités de paiement de la prime**

L'époque du paiement :

La date du paiement est fixée dans le contrat ;

La prime est toujours payable d'avance.

La prime est tantôt unique, son versement intervient au moment de la souscription, tantôt périodique, le paiement devant alors avoir lieu à chaque date d'anniversaire du contrat.

Dans ce dernier cas cependant, et bien que le montant de la prime soit toujours calculé annuellement, l'assureur peut, pour des raisons commerciales, accepter d'en fractionner le paiement par semestre ou même par trimestre ;

TABLEAU 3 : Voici donc une table montrant le mode de paiement des primes :

Catégories	Unique	Trimestriel	Semestriel	Annuel	Libre
Temporaire Simple et Vie entière	X	non	non	X	Non
Capital différé avec contre-assurance	X	X	X	X	non
Capital différé sans contre-assurance					
Retraite et Prévoyance	X	X	X	X	Non
Retraite	X	X	X	X	X

En pratique, l'assureur adresse au souscripteur un avis d'échéance.

Les dates d'échéance figurant en effet dans le contrat, il appartient au souscripteur de s'acquitter des primes aux époques convenues. A défaut de paiement dans ces délais, l'assureur est autorisé à mettre en œuvre la procédure prévue en cas de non paiement des primes <sup>(1)</sup>.

- Le lieu du paiement

Les primes ainsi que toutes taxes présentes et futures établies sur le contrat d'assurance et récupérables sont payables d'avance au Siège de l'assureur ou au domicile du mandataire désigné par elle à cet effet (Agence centrale, agence générale )

- Les moyens de paiement

Le paiement peut être effectué selon diverses modalités : versement en espèces, chèques, prélèvement sur compte bancaire, virement bancaire etc...)

### ***a.2 Le défaut de paiement de la prime***

- Le caractère facultatif du paiement des primes

Aux termes de l'article 179 alinéa un de la loi 99-013 portant code des assurances, en matière d'assurance vie, contrairement aux autres catégories d'assurances ;

« L'entreprise d'assurance ou de capitalisation n'a pas d'action pour exiger le paiement des cotisations ou des primes ».

Cette solution, très particulière, s'explique par la nature spécifique de l'assurance vie, acte volontaire d'épargne et de prévoyance à long terme par excellence.

- Les conséquences du défaut de paiement des primes

En application de l'article 179 alinéas 2 et 3 de la loi 99-013 portant code des assurances :

« Lorsqu'une cotisation ou prime ou une fraction de cotisation ou prime n'est pas payée dans les dix jours de son échéance, l'assureur adresse au contractant une lettre recommandée par laquelle il l'informe qu'à l'expiration de quarante jours à dater de l'envoi de cette lettre, le défaut de paiement entraîne soit la résiliation du contrat en cas d'inexistence ou d'insuffisance de la valeur de rachat, soit la réduction du contrat ».

Le défaut de paiement d'une cotisation ou de prime d'un contrat de capitalisation ne peut avoir pour sanction que la suspension ou la résiliation pure et simple du contrat et, dans ce dernier cas, la mise à la disposition de l'assuré de la valeur de rachat que ledit contrat a



éventuellement acquise.

**b.. L'affectation des provisions**

Les provisions mathématiques sont constituées à partir des primes versées par les assurés. Elles représentent des montants considérables, dont les sociétés d'assureur n'ont bien évidemment pas la libre disposition.

Il importe en effet que les assureurs disposent à tout moment des sommes nécessaires à l'exécution de leurs engagements, afin non seulement d'être en mesure de régler les prestations garanties au terme des contrats, mais encore de permettre aux souscripteurs d'exercer les droits dont ils disposent avant l'échéance initialement prévue ;

Les droits du souscripteur sur les provisions mathématiques en cours de contrat.

Le souscripteur peut, à tout moment, faire valoir, à l'encontre de l'assureur, le droit de créance qu'il possède sur la provision mathématique de son contrat.

**b.1. La cession du contrat d'assurance vie**

En raison de l'existence d'une provision mathématique, le contrat d'assurance sur la vie a une valeur patrimoniale. Le souscripteur en étant le propriétaire, il peut donc, soit le céder en pleine propriété, soit le donner en gage.

La mise en gage de la police d'assurance vie est l'opération par laquelle le souscripteur donne son contrat en garantie à un créancier.

En pratique, cette opération est souvent utilisée, notamment dans le cadre de la conclusion de prêts.

Par cette mise en gage, le créancier du souscripteur acquiert un droit de préférence qui lui permet, le cas échéant, de se faire rembourser, par priorité, sur le montant du capital garanti par l'assureur.

**b.2. Le paiement à valoir ou avance**

L'avance sur police permet au souscripteur de disposer, en cours de contrat, d'une partie de la provision mathématique, sans compromettre l'économie de l'opération d'assurance.

Ainsi le contrat devient donc un instrument de crédit qui utilise la provision comme un compte courant.

Lorsqu'elle est accordée, l'avance doit donner lieu au paiement d'un intérêt par le

souscripteur. Si l'avance est restituée et si les intérêts sont acquittés avant le terme du contrat, les prestations initialement garanties sont intégralement versées au bénéficiaire désigné. A défaut, le capital assuré n'est pas modifié, mais les prestations initialement prévues sont diminuées du montant de l'avance non – remboursée et des intérêts éventuellement non – réglés.

**b.2.1. les conditions de l'avance**

En principe, seul le souscripteur a qualité pour demander qu'une avance lui soit consentie.

Quand une avance est accordée, elle fait l'objet d'un acte écrit qui en fixe les conditions et constate le versement effectué par l'assureur.

En pratique, l'assureur exige le plus souvent la remise de l'exemplaire de police détenu par le souscripteur. Ceci permet d'éviter que ce dernier ne transmette à des tiers des droits dont ils ignoreraient l'étendue et les limites, en procédant par exemple à une cession du contrat, ou à une mise en gage de celui –ci.

**b.2.2. les effets de l'avance**

Sous réserve que les intérêts soient versés à l'assureur aux échéances convenues, l'avance n'entraîne aucune modification du contrat d'assurance vie.

Le souscripteur reste tenu de payer les primes initialement prévues, et l'assureur demeure lié par l'engagement qu'il a contracté à l'origine.

Dès lors, si le souscripteur a remboursé l'avance consentie avant que les capitaux ne soient exigibles, l'assureur procède au versement des capitaux garantis, dans les conditions définies au contrat, entre les mains du bénéficiaire désigné.

A défaut de ce remboursement, le bénéficiaire recevra le montant des capitaux assurés, sous déduction de l'avance non amortie ;

En cas de non paiement, le montant de l'avance majoré des intérêts non – acquittés peut dépasser la valeur de rachat, mettant ainsi le compte de l'assureur à découvert.

Ainsi, les assureurs prévoient – ils le plus souvent une clause selon laquelle à défaut de paiement d'un seul terme d'intérêt, ils se réservent le droit de mettre fin au contrat en procédant à son rachat d'office.

***b.3. La réduction des garanties***

La réduction peut être définie comme une diminution des engagements de l'assureur, en raison de l'interruption de paiement des primes par le souscripteur .

Au lieu de pouvoir prétendre au capital ou à la rente initialement garantis, le bénéficiaire n'aura droit qu'à des prestations plus modestes, en fonction des primes effectivement versées.

***b.3.1. Les conditions de la garantie***

La réduction peut s'exercer plus simplement, à la demande du souscripteur qui, pour des raisons qui lui sont propres, ne souhaite plus verser les primes prévues au contrat. Dans ce cas, la réduction est constatée par un avenant.

Toutefois, la réduction étant étroitement liée à l'existence d'une provision mathématique substantielle, certains contrats en sont dépourvus. Il en est ainsi des assurances temporaires en cas de décès.

***b.3.2. Les effets de la réduction***

Lorsque la réduction des garanties est effectuée, la provision mathématique du contrat est considérée comme la prime unique d'une nouvelle assurance, qui est nécessairement moindre que celle initialement souscrite.

Il ne s'agit toutefois pas de la conclusion d'un nouveau contrat.

Ainsi, pour déterminer le nouveau capital assuré, c'est le tarif d'inventaire en vigueur au jour de la souscription initiale qui doit être appliqué.

Sous réserve de la diminution des prestations assurées, le contrat continue donc en tous ses autres effets.

***b.4. Le rachat du contrat***

Le souscripteur a la faculté d'interrompre le contrat d'assurance vie avant son terme normal, en demandant à l'assureur que lui soit versée la provision mathématique constituée.

***b.4.1. les conditions du rachat***

Seul le souscripteur a en principe qualité pour demander le rachat.

En effet, le droit au rachat constituant un droit personnel du souscripteur, ni ses créanciers, ni le bénéficiaire ne peuvent l'exercer.

Toutefois, comme pour la mise en gage du contrat et l'avance sur police, le consentement de l'éventuel bénéficiaire acceptant doit être requis, le rachat constituant une révocation de la clause bénéficiaire.

#### **b.4.2. les effets du rachat**

Le rachat a pour effet de rompre définitivement le contrat d'assurance vie.

La rupture du contrat résulte de la seule demande de rachat du contractant et n'est pas subordonnée au versement effectif de la valeur de rachat par l'assureur.

Ainsi, si l'assuré décède entre la demande de rachat et le versement de sa valeur, l'assureur est en droit de régler, non le capital assuré, mais la valeur de rachat, entre les mains soit du souscripteur s'il est distinct de l'assuré, soit des héritiers du contractant si celui-ci était l'assuré.

#### **b.4.3. Le calcul de la valeur de rachat**

Aux termes de l'article 51 du décret n°2000-986 du 20 Décembre 2000 relatif aux opérations d'assurances :

*« Pour tout contrat d'assurance sur la vie comportant de rachat et pour les contrats de capitalisation, la valeur de rachat est égale à la provision mathématique du contrat diminuée, éventuellement, d'un montant qui ne peut dépasser cinq pour cent (5%) de cette provision mathématique. Ce montant doit être nul à l'issue d'une période de dix ans à compter de la date d'effet du contrat ».*

#### **§2. L'assurance vie groupe**

Les assurances collectives, encore appelées assurances de groupe, donnent la possibilité à un grand nombre de personnes d'être assurées contre le risque de décès, de survie, en vertu d'un seul et même contrat.

Les candidats à l'assurance adhèrent en effet à une couverture unique, préalablement conclue entre un assureur et un souscripteur, selon le mécanisme de la stipulation pour autrui.

Bien évidemment, comme en matière d'assurance individuelle, l'assureur prend autant d'engagements qu'il y a de personnes assurés.

Par leur nature même, les assurances collectives permettent ainsi de minimiser le risque d'anti-sélection et de réaliser d'importantes économies au niveau de la gestion des contrats.

**A Les risques couverts par le contrat d'assurance vie de groupe**

Le contrat d'assurance vie de groupe garantit les mêmes risques que le contrat d'assurance vie individuel (risque en cas de décès et en cas de vie).

Il existe deux types de garanties d'assurance vie de groupe :

Garantie retraite ;

Garantie prévoyance.

**a. Retraite :**

L'assurance retraite garantit le versement d'une rente en cas de vie de l'assuré à l'âge de 60 ans. Cette rente est convertible en capital sur demande expresse de celui-ci avant la jouissance de la retraite.

Les régimes du contrat d'assurance retraite ont pour principe la constitution, au nom de chaque salarié y participant, d'un compte individuel de retraite.

Chaque compte ainsi constitué fait l'objet, de la part de l'entreprise souscriptrice et éventuellement du salarié, de versement réguliers de cotisation d'assurance.

Le taux du montant des cotisations est généralement déterminé en pourcentage de tout ou partie du salaire, il peut être uniforme pour tout le personnel ou pour certaines catégories de personnel déterminées : les cadres par exemples et/ou les membres de direction.

**b. Prévoyance :**

Il existe deux catégories de prévoyance :

Prévoyance simple

Prévoyance de prêt (crédit)

**b.1. Prévoyance simple :**

Les contrats d'assurance de groupe souscrits par les chefs d'entreprise aux bénéficiaires de leurs employés visent à garantir les risques de décès, d'ITD

Selon les contrats, les prestations versées à la suite du décès de l'assuré peuvent revêtir la forme d'un capital et /ou d'une rente de conjointe. Certaines conventions garantissent encore le règlement d'une rente d'éducation aux enfants de l'assuré.

**b.2. Prévoyance de prêt (crédit)**

Le contrat d'assurance de groupe souscrit par les établissements de crédit vise à garantir les risques de décès, d'ITD.

En cas de survenance du sinistre, l'assureur se substitue à l'emprunteur pour rembourser par anticipation le capital restant dû ou pour régler, pendant une certaine période, les échéances de prêt.

*« Aucune opération de crédit n'est généralement accordée par un organisme prêteur sans la souscription par l'emprunteur d'une couverture d'assurance en cas de décès ou d'ITD <sup>1</sup> ».*

- **Risque de décès :**

En souscrivant un contrat d'assurance, le prêteur se prémunit contre ce risque. Si le sinistre survient, l'assureur se substituera au débiteur dans le règlement de la dette ou du montant restant dû.

- **ITD ( l'Invalidité Totale et Définitive)**

L'invalidité totale et définitive de l'emprunteur peut donner lieu à plusieurs types de garantie, selon que l'incapacité qui en résulte est totale ou partielle.

Les contrats prévoient que lorsque l'invalidité de l'assuré est totale, elle donne lieu au versement des mêmes prestations qu'en cas de décès.

**B La formation du contrat**

Comme en matière d'assurance individuelle, plusieurs personnes juridiquement distinctes interviennent dans la conclusion et l'exécution d'un contrat d'assurance de groupe.

Aux termes de l'article 186 de la loi 99-013 portant code des assurances :

*« Est un contrat d'assurance de groupe, le contrat souscrit par une personne morale ou un chef d'entreprise en vue de l'adhésion d'un ensemble de personnes répondant à des conditions définies au contrat, pour la couverture des risques dépendant de la vie humaine, des risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité, des risques d'incapacité de travail ou d'invalidité ou du risque de chômage ».*

Il est en outre précisé que *« les adhérents doivent avoir un lien de même nature avec le souscripteur »*

---

<sup>1</sup> Technique, pratique de l'assurance groupe de Pierre CASBAS, la sécuritas éditeur, 1976.

**a. Les parties au contrat**

Conformément aux dispositions de l'article 186 de la loi 99-013 portant code des assurances, le contrat d'assurance de groupe est conclu entre un assureur d'une part, et une personne morale ou chef d'entreprise d'autre part.

**a.1. L'assureur :**

Il s'agit de la société d'assurance qui couvre les risques définis au contrat.

**a.2. Le souscripteur**

Le souscripteur est la personne qui conclut, avec l'assureur, le contrat d'assurance collective, auquel adhéreront ultérieurement les membres du groupe qu'il représente.

Conformément aux dispositions de l'article 186 de la loi 99-013 portant code des assurances, il ne peut s'agir que « **d'une personne morale** » ou « **un chef d'entreprise** ».

Le souscripteur ayant obligatoirement la qualité de personne morale ou chef d'entreprise, une personne physique agissant en tant que simple particulier ne peut donc pas souscrire un contrat d'assurance de groupe.

On distingue en pratique quatre grandes catégories de souscripteurs, à savoir :

- ☞ Un employeur ;
- ☞ Un organisme professionnel ;
- ☞ Une association ;
- ☞ Un établissement de crédit.

**b. Les partenaires du contrat**

Sans être véritablement parties au contrat, deux catégories de personne y sont intéressées.

Il s'agit des adhérents, sur la tête desquels reposent les risques garantis, et des bénéficiaires des prestations.

**b.1. Les adhérents :**

Pour pouvoir profiter de la stipulation faite par le souscripteur, les adhérents doivent bien évidemment faire partie du groupe assurable.

L'article 186 de la loi 99-013 portant code des assurances prévoit que les adhérents au contrat d'assurance de groupe doivent d'une part, « avoir un lien de même nature avec le

souscripteur » et, d'autre part, « à des conditions définies au contrat ».

Le simple fait d'être membre du groupe assurable ne suffit pas toujours pour permettre d'adhérer à la convention.

Il résulte des dispositions du code des assurances que certains individus, mineurs ou incapables majeurs, ne peuvent légalement être assurés si le contrat comporte une garantie en cas de décès.

a. *Les mineurs de moins de douze ans, le majeur en tutelle et les aliénés internés*

Il est interdit à toute personne de contracter une assurance en cas de décès sur la tête d'un mineur<sup>1</sup>.

Ainsi les mineurs de moins de douze ans, les majeurs sous tutelle et les aliénés internés ne peuvent en principe adhérer à un contrat d'assurance de groupe, s'il prévoit une garantie en cas de décès.

La prohibition ne concerne que les assurances en cas de décès<sup>2</sup>.

Par ailleurs, le législateur a expressément autorisé le représentant d'un majeur en tutelle à contracter, sur la tête de celui-ci, une assurance de groupe en cas de décès dans le cadre de son contrat de travail.

L'article 190 de la loi 99-013 portant code des assurances indique en effet :

*« Par dérogation à l'article 166, le représentant légal d'un majeur en tutelle peut adhérer au nom de celui-ci à un contrat d'assurance de groupe en cas de décès conclu pour l'exécution d'une convention de travail ou d'un accord d'entreprise ».*

b. *Les mineurs de plus de douze ans et les autres incapables majeurs :*

Les mineurs de plus de douze ans peuvent adhérer à un contrat d'assurance de groupe prévoyant une garantie en cas de décès.

Conformément à l'article 167 de la loi 99-013 portant code des assurances, doivent consentir à cette opération non seulement le mineur lui-même mais également son représentant légal.

---

<sup>1</sup> Cf. supra page 49 (... le cas particulier des mineurs).

<sup>2</sup> Cf. supra page 49 (... le cas particulier des mineurs).



***b.2. Les bénéficiaires :***

Les bénéficiaires sont les personnes qui percevront les prestations de la part de l'assureur, au moment de la réalisation du risque assuré.

Les conditions de leur détermination, de leur désignation et de leur révocation sont théoriquement identiques à celles applicables en matière d'assurance individuelle<sup>1</sup>.

Il en va un peu différemment en pratique.

***b.2.1. La détermination du bénéficiaire***

La détermination du bénéficiaire appartient à l'adhérent et constitue en principe pour lui un droit fondamental.

Selon l'objectif poursuivi, le bénéficiaire des prestations sera en effet soit l'adhérent, soit un tiers, soit le souscripteur.

***L'adhérent***

En matière d'assurance collective, le bénéficiaire des prestations est le plus souvent l'adhérent lui-même.

Tel est notamment le cas dans les contrats à caractère socioprofessionnel qui garantissent des prestations de retraite, d'incapacité de travail ou d'invalidité.

***Un tiers***

L'adhérent a parfois la possibilité de désigner un tiers en qualité de bénéficiaire des prestations assurées.

En pratique, il s'agit principalement des contrats qui comportent une garantie en cas de décès et dont l'objet n'est pas d'assurer un prêt.

***Le souscripteur***

Lorsque le contrat est souscrit par un établissement de crédit pour se couvrir contre les risques de décès, d'accident de ses emprunteurs, l'adhérent n'a bien évidemment pas la possibilité de choisir lui-même le bénéficiaire des prestations.

En cas de réalisation du risque garantis, l'assureur se substitue purement et simplement au débiteur en procédant au règlement de la dette directement entre les mains de l'établissement

---

<sup>1</sup> Cf. supra page 50, 51.

prêteur.

**b.2.2. La désignation et la révocation du bénéficiaire :**

L'adhérent a en principe, seule qualité pour procéder à la désignation et la révocation du bénéficiaire. En pratique cependant l'exercice de ce droit est parfois limité par l'objet *même des contrats*.

**Les modes de désignations :**

- La forme de désignation

En règle générale, le bénéficiaire des prestations est désigné par l'assuré dans le document qu'il souscrit au moment de son adhésion à l'assurance et intitulé « note d'adhésion ».

Tel n'est cependant pas toujours le cas. En effet le bénéficiaire peut être désigné dans le contrat lui-même.

Il en est lorsque celui-ci vise à garantir des opérations de crédit. Le bénéficiaire est alors désigné dans le contrat d'assurance de groupe proprement dit, comme étant le souscripteur c'est à dire l'établissement prêteur. En signant la note d'adhésion, l'adhérent ne fait que confirmer cette décision à laquelle il ne peut s'opposer.

- Le contenu de la clause bénéficiaire

Quelle que soit la forme de la désignation, le contenu de la clause bénéficiaire doit être suffisamment précis pour permettre de déterminer avec certitude au profit de qui l'adhérent a entendu stipuler.

Lorsque l'assuré lui-même se désigne comme bénéficiaire des prestations, aucune difficulté n'en résulte. La clause est simplement libellée au profit de l'adhérent.

L'identification du bénéficiaire est également simple dans les contrats d'assurance qui visent à garantir des opérations de crédit. La clause bénéficiaire, généralement contenue dans le texte même de la convention, est stipulée au profit de l'établissement prêteur.

Quand l'adhérent souhaite stipuler au profit d'un tiers, il a le choix entre le désigner directement ou par l'énoncé de qualités permettant de l'identifier.

En effet, aux termes de l'article 173, alinéa 2 de la loi 99-013 portant code des assurances :

« Est considérée comme faite au profit de bénéficiaire déterminés, la stipulation par

## **Etude de la procédure et ses problématiques**

---

laquelle le bénéfice de l'assurance est attribué à une ou plusieurs personnes qui, sans être nommément désignées, sont suffisamment définies dans cette stipulation pour pouvoir être identifiées au moment de l'exigibilité du capital ou de la rente garantis ».

### **Les cas de révocation**

En principe, l'adhérent a toujours la possibilité de changer le bénéficiaire qu'il avait précédemment désigné.

Le droit de révocation ne peut être exercé que si la personne désignée n'a pas accepté la stipulation faite à son profit.

L'acceptation du bénéficiaire a en effet pour conséquence de rendre son droit définitif, l'adhérent n'ayant plus la possibilité de le révoquer, sauf exception prévue par la loi.

### **C La prise d'effet du contrat**

La prise d'effet du contrat est subordonnée à l'adhésion des assurés et à l'acceptation de ces adhésions par l'assureur.

#### **a. L'adhésion des assurés**

Le système de l'adhésion est la principale caractéristique du contrat d'assurance de groupe.

La demande d'adhésion de l'assuré au contrat d'assurance de groupe résulte en général de la signature de la note d'adhésion.

Le plus souvent, ce document est accompagné d'une déclaration ou d'un questionnaire destinés à permettre à l'assureur d'apprécier la nature des risques qu'on lui propose de prendre en charge.

#### **b. L'acceptation de l'assureur**

L'adhésion de l'assuré au contrat d'assurance de groupe est conditionnée par l'acceptation des risques par l'assureur.

Comme en matière d'assurance individuelle, l'assureur dispose en effet de la possibilité de sélectionner les risques qui lui sont proposés. Il a ainsi le choix entre accepter les demandes d'adhésions qui lui sont soumises ou, au contraire, les refuser parce qu'il estime les risques inassurables ou trop importants.

La décision de l'assureur revêt donc une importance capitale, il convient dès lors le

principe de sélection des risques et de définir la garantie accordée.

**b.1. La sélection des risques**

Comme en matière d'assurance individuelle, l'assureur est en principe totalement libre d'accepter ou de refuser les adhésions qui lui sont proposées.

Bien que par nature l'assurance de groupe permette d'opérer une relative compensation entre les bons et les mauvais risques, l'assureur doit, avant d'accepter, pouvoir opérer une certaine sélection.

Pour prendre sa décision, il apprécie le risque présenté par chaque adhérent au contrat, par rapport au risque moyen que présente le groupe assurable.

**b.2. La notion de risque moyen**

Pour ne pas rompre l'équilibre du contrat, l'assureur ne doit pas accepter, à tarification identique, des individus qui présentent des risques anormalement supérieurs à la moyenne du groupe.

L'assureur détermine ainsi un risque moyen, auquel il se réfère pour demander un surprime, limiter ses garanties, ajourner sa décision à une date plus ou moins éloignée, ou refuser purement et simplement l'adhésion.

S'il est donc établi que l'assureur puisse exercer un contrôle sur l'admission à un contrat d'assurance de groupe, il convient de savoir dans quelles conditions celui-ci va apprécier le risque à couvrir, pour finalement accorder ou refuser sa garantie.

**b.2.1. Les règles d'appréciation du risque**

L'assureur décide de couvrir le risque, ou de ne pas l'accepter, au vu des éléments contenus dans l'imprimé de déclaration que l'assuré a rempli, en même temps que son bulletin d'adhésion.

L'assuré est en effet supposé avoir fourni dans ce document, qui revêt généralement la forme d'un questionnaire, tous les renseignements utiles à l'assureur, de manière complète et sincère. A défaut, il peut se voir opposer par l'assureur, au moment du sinistre, les dispositions suivantes :

Indépendamment <sup>1</sup> des causes ordinaires de nullité, le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur le sinistre.

L'omission <sup>2</sup> ou la déclaration inexacte de la part de l'assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de l'assurance.

Si elle est constatée avant tout sinistre, l'assureur a le droit soit de maintenir le contrat moyennant une augmentation de cotisation ou de prime acceptée par l'assuré, soit de résilier le contrat dix jours après notification adressée à l'assuré par lettre recommandée ou contresignée, en restituant la portion de la cotisation ou prime payée pour le temps où l'assurance ne court plus.

Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après sinistre, l'indemnité est réduite en proportion du taux des cotisations ou des primes payées par rapport au taux de cotisations ou des primes qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

### **b.3. La définition de la garantie**

Outre la faculté de sélectionner les adhérents qui lui sont proposés, l'assureur dispose en principe de la possibilité de restreindre, au cas par cas, la garantie qu'il entend accorder, en procédant à des exclusions de risques.

L'insertion de telles clauses est toutefois strictement réglementée et certains types d'exclusions sont même purement et simplement interdites.

Comme en matière d'assurance individuelle<sup>3</sup>, l'assureur peut prévoir en sus des exclusions légales qui lui sont imposées, des exclusions conventionnelles.

#### **b.3.1. Les exclusions légales**

Les exclusions légales interdisent à l'assureur de garantir certains risques.

Elles sont communes à l'ensemble des contrats d'assurance et applicables à tous les assurés.

Il convient toutefois, de rappeler sommairement, dans le cadre de ce développement,

---

<sup>1</sup> Art. 14 Alinéa 1 de la loi 99.013 portant codes des assurances.

<sup>2</sup> Art. 14 Alinéa 1, 2, 3 de la loi 99.013 portant codes des assurances.

<sup>3</sup> Cf. supra page 58.

l'étendue de ces exclusions légales<sup>1</sup>.

Elles concernent principalement les sinistres provoqués intentionnellement, c'est à dire le meurtre de l'assuré par le bénéficiaire, et plus fréquemment son suicide.

### **b.3.2. Les exclusions conventionnelles**

Les exclusions conventionnelles permettent à l'assureur de personnaliser les garanties qu'il souhaite accorder aux adhérents d'un contrat d'assurance de groupe.

Il peut tout d'abord exclure certains risques dans contrat de groupe proprement dit : ces exclusions s'appliqueront sans distinction à tous les adhérents.

Ensuite, l'assureur a en principe la faculté de limiter individuellement sa garantie en insérant une ou plusieurs exclusions particulières non plus au niveau du groupe, mais au niveau d'un adhérent.

## **D Le paiement de la prime**

Le paiement de la prime d'assurance de groupe, plus couramment désignée sous le terme de cotisation, obéit à un régime différent de celui applicable en matière d'assurance individuelle.

L'assurance collective étant, par définition, souscrite sur la tête de multiples individus, le montant de la cotisation est en effet déterminé selon des procédés de tarification spécifiques à ce type de contrat.

Il s'ensuit que les conditions de recouvrement de la cotisation et les sanctions applicables en cas de non-paiement à l'échéance sont également particulières.

### **a. La détermination du montant de la prime**

La détermination du montant de la prime suppose en tout premier lieu de calculer le coût du risque présenté par le groupe, c'est à dire de tarifier la prime pure.

A ce montant doivent ensuite être ajoutés les chargements, destinés à couvrir les frais de commercialisation et de gestion, ainsi que les taxes.

Le total de ces deux sommes détermine la prime commerciale, autrement dit le tarif de l'assurance.

La prime commerciale, c'est à dire la prime qui sera effectivement acquittée par le

---

<sup>1</sup> Cf. supra page 57 – 58 (pour un exposé plus complet) .

souscripteur, est obtenue en ajoutant à la prime pure les chargements de commercialisation et de gestion, ainsi que les taxes.

**b. Le recouvrement de la prime**

Les primes d'assurance de groupe sont en principe payables d'avance et annuellement.

Toutefois, si le taux de cotisation est connu dès le début de l'exercice, le montant de la prime effectivement due ne peut normalement être déterminé qu'à posteriori.

La composition du groupe assuré est en effet susceptible de varier sensiblement pendant la période considérée : une année en règle générale.

C'est pourquoi, en pratique, le paiement de la prime est le plus souvent fractionné, l'assureur percevant des provisions en cours d'année et une prime d'ajustement en fin d'exercice.

**b.1. Le débiteur de la prime**

Seul le souscripteur doit en principe être considéré comme débiteur des primes vis à vis de l'assureur.

En pratique, plusieurs situations sont susceptibles de se présenter :

Soit le souscripteur prend véritablement à sa charge les primes d'assurance ;

Soit il n'en supporte qu'une partie, l'autre fraction étant à la charge des adhérents ;

Soit il n'a qu'un rôle d'intermédiaire, qui consiste à collecter les cotisations des adhérents et à les reverser à l'assureur.

**b.2. En cas de non paiement des primes**

Le régime applicable en assurance vie groupe est identique à celui prévu pour les contrats d'assurance vie individuels.

Ainsi, conformément aux dispositions de l'article 179 de la loi 99-013 portant code des assurances, l'assureur ne dispose d'aucune action pour exiger le paiement des primes.

Toutefois, si une prime ou une fraction de prime n'est pas payée dans les dix jours de son échéance, l'assureur est autorisé à adresser au souscripteur défaillant une lettre recommandée, par laquelle il l'informe qu'à l'expiration d'un délai de quarante jours, le défaut de paiement entraînera soit la résiliation du contrat en cas d'inexistence ou d'insuffisance de la valeur de rachat, soit sa réduction.

Le défaut de paiement des primes peut donc déboucher sur deux situations distinctes :

- ✓ La résiliation du contrat, si la valeur de rachat est nulle ou d'un montant trop faible. Sont concernés et par conséquent résiliés les contrats d'assurance temporaire en cas de décès qui ne comportent pas de rachat, ainsi que les contrats d'assurance en cas de vie, dans la mesure où deux primes annuelles, n'ont pas été payées. La résiliation met fin à la relation contractuelle ;
- ✓ La résiliation du contrat, si le montant de la valeur de rachat le permet, c'est à dire s'il existe une provision mathématique disponible. Peuvent ainsi faire l'objet d'une réduction des assurances en cas de vie qui prévoient le paiement de capitaux ou de rente à une époque déterminée, pourvu qu'au moins deux primes annuelles, aient été payées. La réduction permet au contrat de continuer ses effets, mais les engagements de l'assureur sont réduits en proportion du montant des primes payées par rapport à celui qui avait initialement été convenu lors de la souscription du contrat.



## **CHAPITRE II. PROCEDURE D'INDEMNISATION**

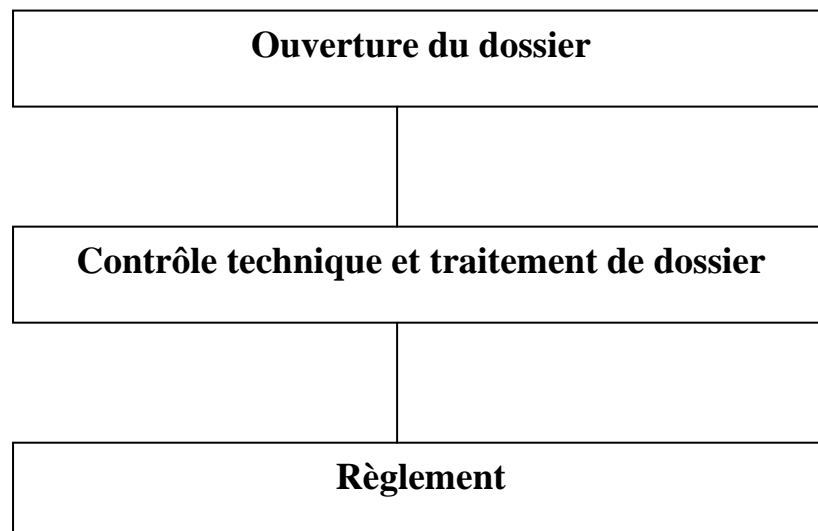
La survenance du risque garanti résulte, soit du décès de l'assuré dans l'assurance en cas de décès, soit de l'échéance prévue au contrat dans l'assurance en cas de vie.

Il appartient au bénéficiaire des prestations d'en faire la déclaration à l'assureur.

Lorsque survient le risque pour lequel le contrat a été souscrit, l'assureur procède au règlement des indemnités, en matière d'assurance sur la vie, il s'agit du règlement des prestations aux bénéficiaires.

Toutefois, avant d'arriver à cette étape de règlement, il y a toute une série d'étapes à suivre.

Figure de la procédure d'indemnisation



### **Section I. Ouverture du dossier**

Au reçu de la déclaration du sinistre, l'assureur doit ouvrir un dossier et l'enregistrer par ordre chronologique comme la loi lui en fait obligation, par la suite, il doit informer clairement et complètement le bénéficiaire de prestation des documents nécessaires au règlement.

Il y a lieu de remettre aux assureurs les pièces ci-après. S'il s'agit des agences, ces derniers les remettent au siège de la société car le traitement des dossiers sinistres relève seulement de la compétence du siège.

- En décès :
  - L'original de la police et s'il y a lieu de ses avenants ;
  - L'acte de décès ;
  - La copie d'acte d'état civil de l'Assuré décédé ;
  - La quittance de la dernière prime payée ;
  - Certificat de cause de décès ;
  - En cas de mort violente, PV de la police ;
  - Une acte de procuration en cas de pluralité du ou des bénéficiaires (le paiement du capital étant indivisible) ;
  - Une copie d'acte d'état civil du ou des bénéficiaires ;
  - L'acte de tutelle si les ou des bénéficiaires sont encore mineurs.
  
- Rachat ou avance
  - L'original de la police et s'il y a lieu de ses avenants ;
  - La quittance de la dernière prime payée ;
  - L'accord écrit du contractant, si l'assuré et le contractant ne sont pas une seule et même personne
  
- En capital échu
  - L'original de la police et s'il y a lieu de ses avenants ;
  - La quittance de la dernière prime payée ;
  - Certificat de vie du ou des assurés établi à la date de l'échéance du contrat, ou postérieurement.

## **Section II. Contrôle technique et traitement de dossier**

Une fois les dossiers complets, l'assureur procède au contrôle technique des pièces et documents formant le dossier sinistre.

- Contrôle de la police pour vérification :
  - De la période garantie ;
  - Des garanties accordées (cf. condition générales et particulières de

la police) ;

- De la proposition ou du bulletin d'adhésion afin de déceler éventuellement une fausse déclaration ou omission passible des sanctions prévues aux articles 14 et 15 de la loi 99-013 portant code des assurances.
- Déceler éventuellement si la réclamation ne se rapporte pas à un fait ou à un sinistre antérieur.
- En cas de perte du dossier de police, déclaration de perte à faire aux Autorités compétentes.

### **Section III. Règlement**

Dès lors que la réalisation du risque a été correctement déclarée à l'assureur et que tous les justificatifs requis par le contrat lui ont été fournis, le versement des prestations ne soulève en principe aucune difficulté particulière.

Certains cas particuliers de règlement doivent cependant être envisagés lorsque le contrat ne s'est pas déroulé sur les bases initialement fixées.

#### **§1 Le principe**

Aux termes de l'article 162 alinéa 1 de la loi 99-013 portant code des assurances :

« En matière d'assurance sur la vie et d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, les sommes assurées sont fixées par le contrat »

Ainsi, l'assurance vie ayant un caractère forfaitaire, l'assureur est tenu au versement des sommes indiquées dans la police, sans avoir à apprécier l'existence d'un quelconque préjudice<sup>1</sup>.

#### **§2 Les cas particuliers de règlement**

- La rétention des primes échues non – payées

Bien qu'en assurance vie, le paiement des primes ait un caractère facultatif, l'assureur est autorisé à retenir les primes échues non – payées.

Celles-ci constituent en effet la juste contrepartie de l'obligation de l'assureur, qui ne saurait être tenu au versement d'une prestation s'il n'a pas reçu la prime correspondante.

---

<sup>1</sup> Cf. supra page 38.

En pratique, la rétention des primes échues et non – payées peut être opérée dans deux cas :

- Si la prime échue n'a pas été payée au jour de la réalisation du risque et que le contrat n'est pas frappé ni de réduction, ni de résiliation. La procédure prévue par l'article 179 de la loi 99-013 portant code des assurances n'ayant pas été appliquée, l'assureur est autorisé à retenir la prime dont il reste créancier, sur les prestations dont il est débiteur.
- Si la prime a été fractionnée par semestre ou par trimestre, et que certaines fractions ne sont pas payées au jour du sinistre. La prime d'assurance ayant un caractère annuel, elle est due en totalité dès que l'année d'assurance a commencé.

- *Le versement de la provision mathématique*

Il résulte des dispositions de l'article 172 de la loi 99-013 portant code des assurances que l'assureur est tenu au seul versement de la provision mathématique, en cas de fausse déclaration intentionnelle de l'assuré, de suicide volontaire et conscient dans les deux ans de la conclusion du contrat.

La sanction de ces deux situations ne saurait en effet porter que sur la partie « **assurance de risque** » du contrat, et non sur sa partie « **opération épargne** ».

Dans tous les cas, le versement de la provision mathématique doit être effectué entre les mains du contractant, ou du bénéficiaire si l'assuré est décédé.

- *Le versement de la valeur de réduction*

Lorsque le contrat a été mis en réduction à la suite du non – paiement des primes, l'assureur n'est bien évidemment tenu qu'au versement d'un capital réduit.

- *La déduction des avances antérieures non – remboursées*

Lorsque l'assureur a consenti au contractant des avances, et que celles-ci n'ont pas été remboursées, le montant des sommes ainsi prêtées, augmenté le cas échéant des intérêts non payés, doit être imputé sur les prestations dues au bénéficiaire.

### **CHAPITRE III. ANALYSE DE LA PROCEDURE**

L'essentiel problème de la qualité de NY HAVANA se situe au niveau du règlement sinistre, puisque 3/10<sup>ème</sup> des clients interviewés rencontrent des problèmes dans ce domaine. La source du problème est le retard dans le règlement.

Les contraintes administratives sont à l'origine de ce problème : le travail du back-office qui analyse le sinistre est soumis à une procédure qui est le principal origine du retard dans le règlement. Or l'instauration de cette procédure vise à protéger les intérêts des deux parties au contrat pour que l'une ou l'autre partie ne soit lésé.

#### **Section I. Intérêt de l'instauration de la procédure au niveau de la société**

Cette procédure vise à protéger la société face à la mauvaise foi de certains assurés.

##### ***§.1. La remise de la police d'assurance***

La remise de la police d'assurance et de ses avenants permet à l'assureur de vérifier le contenu de la clause bénéficiaire.

Cette communication n'est cependant pas indispensable au règlement des prestations.

En effet l'assureur détenant normalement un exemplaire du contrat et de ses avenants, il a en principe connaissance de cette désignation.

Il est à priori, en mesure de procéder au règlement des prestations même si le demandeur n'est pas en possession de la police. Mais cette opération comporte alors des risques pour l'assureur.

Tout d'abord, il se peut que la police d'assurance ait été remise en gage par le souscripteur à l'un de ses créanciers, sans que l'assureur en ait eu connaissance.

On a vu en outre que la désignation du bénéficiaire pouvait, sous certaines réserves, être révoquée et que cette révocation comme la désignation ou l'acceptation, n'était soumise à aucune forme particulière.

Les éléments permettant de déterminer la clause bénéficiaire applicable peuvent donc valablement figurer dans un document distinct du contrat, inconnu de l'assureur.

Afin de protéger l'assureur qui de bonne foi, commet une erreur sur le bénéficiaire, le législateur a prévu aux termes de l'article 183 de la loi 99-013 portant code des assurances :

« Lorsque l'assureur n'a pas eu connaissance de la désignation d'un bénéficiaire par testament, ou autrement, ou de l'acceptation d'un autre bénéficiaire ou de la révocation d'une désignation, le paiement du capital ou de la rente garantis fait à celui qui, sans cette désignation, y aurait eu droit, est libératoire pour l'assureur de bonne foi ».

**§.2. L'identification du bénéficiaire**

L'assureur exige généralement au bénéficiaire la communication d'une copie d'acte d'état civil.

Ce document lui permet de vérifier que le bénéficiaire était bien vivant au jour de l'exigibilité des prestations.

**§.3. La remise de l'acte de décès (en assurance en cas de décès)**

Le bénéficiaire doit principalement établir le décès de l'assuré. Cette preuve est normalement aisée à rapporter par la production d'un acte de décès.

Toutefois, NY HAVANA demande en complément, la communication d'un « **certificat médical** ».

Ce document exposant le genre de maladie ou d'accident duquel l'assuré a succombé ou, à tout le moins, le caractère naturel ou non de la mort, il permet à l'assureur de vérifier que, compte – tenu des circonstances qui l'entourent, le décès entre bien dans le champ d'application de la garantie et qu'il ne fait notamment l'objet d'aucune exclusion légale ou conventionnelle<sup>1</sup>. Il permet par ailleurs de contrôler que l'assuré n'a commis, au moment de la souscription, aucune fausse déclaration de nature à entraîner la nullité du contrat<sup>2</sup>. Il sert enfin à mettre en jeu les garanties complémentaires éventuellement souscrites et notamment le doublement ou le triplement du capital en cas de décès accidentel<sup>3</sup>.

**Section II. Intérêt de l'instauration de la procédure au niveau de la clientèle**

La remise de la police d'assurance, c'est un moyen évident de preuve des liens contractuels avec l'assureur.

---

<sup>1</sup> Sur les exclusions, cf. supra page 64 et 65.

<sup>2</sup> Sur la fausse déclaration et ses sanctions, cf. supra page 91.

<sup>3</sup> Cf. supra page 51.

**Section III. Mode de calcul de prestation**

Age de l'assuré à la souscription = 35 ans

Catégorie d'assurance : Retraite et Prévoyance 10/15

Capital Décès à la souscription = 10 000 000

Durée du contrat = 25 ans

Capital Vie à l'échéance = 72 415 486,62

Taux de Prime annuelle = 533

Date	Capital Décès	Capital Vie	Prime Nette	Accessoire	Taxe d'enregistrement	Prime Totale	Nombre de Primes payées	CUMUL DES Nettes	PRIMES Brutes
0	10.000.000,00	15.000.000,00	533.000,00	2.000,00	16.050,00	551.050,00	1	533.000,00	551.050,00
1	10.650.000,00		567.645,00	200,00	17.035,35	584.880,35	2	1.100.645,00	1.135.930,35
2	11.342.250,00		604.541,93	200,00	18.142,26	622.884,18	3	1.705.186,93	1.758.814,53
3	12.079.496,25		643.837,15	200,00	19.321,11	663.358,26	4	2.349.024,08	2.422.172,80
4	12.864.663,51		685.686,56	200,00	20.576,60	706.463,16	5	3.034.710,64	3.128.635,96
5	13.700.866,63		730.256,19	200,00	21.913,69	752.369,88	6	3.764.966,83	3.881.005,84
6	14.591.422,97		777.722,84	200,00	23.337,69	801.260,53	7	4.542.689,68	4.682.266,37
7	15.539.865,46		828.274,83	200,00	24.854,24	853.329,07	8	5.370.964,50	5.535.595,44
8	16.549.956,71		882.112,69	200,00	26.469,38	908.782,07	9	6.253.077,20	6.444.377,51
9	17.625.703,90		939.450,02	200,00	28.189,50	967.839,52	10	7.192.527,22	7.412.217,03
10	18.771.374,65		1.000.514,27	200,00	30.021,43	1.030.735,70	11	8.193.041,48	8.442.952,73
11	19.991.514,01		1.065.547,70	200,00	31.972,43	1.097.720,13	12	9.258.589,18	9.540.672,86
12	21.290.962,42		1.134.808,30	200,00	34.050,25	1.169.058,55	13	10.393.397,48	10.709.731,40
13	22.674.874,97		1.208.570,84	200,00	36.263,13	1.245.033,96	14	11.601.968,31	11.954.765,36
14	24.148.741,85		1.287.127,94	200,00	38.619,84	1.325.947,78	15	12.889.096,25	13.280.713,14
15	25.718.410,07		1.370.791,26	200,00	41.129,74	1.412.120,99	16	14.259.887,51	14.692.834,14
16	27.390.106,72		1.459.892,69	200,00	43.802,78	1.503.895,47	17	15.719.780,20	16.196.729,60
17	29.170.463,66		1.554.785,71	200,00	46.649,57	1.601.635,28	18	17.274.565,91	17.798.364,89
18	31.066.543,79		1.655.846,78	200,00	49.681,40	1.705.728,19	19	18.930.412,70	19.504.093,08
19	33.085.869,14		1.763.476,83	200,00	52.910,30	1.816.587,13	20	20.693.889,52	21.320.680,21
20	35.236.450,64		1.878.102,82	200,00	56.349,08	1.934.651,90	21	22.571.992,34	23.255.332,11
21	37.526.819,93		2.000.179,50	200,00	60.011,39	2.060.390,89	22	24.572.171,84	25.315.723,00
22	39.966.063,22		2.130.191,17	200,00	63.911,74	2.194.302,90	23	26.702.363,01	27.510.025,90
23	42.563.857,33		2.268.653,60	200,00	68.065,61	2.336.919,20	24	28.971.016,61	29.846.945,11
24	45.330.508,06		2.416.116,08	200,00	72.489,48	2.488.805,56	25	31.387.132,69	32.335.750,67
25		72.415.486,62							

➤ Rachat après 10 primes annuelles payées => Valeur de rachat  $H_k = C_k \times \Phi(t) \times Th_k$

$C_k$  = capital décès après 10 Primes annuelles payées

$Th_k$  = taux de rachat

$\Phi(t)$  = coefficient de déduction de la pénalité de rachat

$$C_k = 17\,625\,703,90$$

$$Th_k = 3.908,42$$

$$\Phi(t) = 0,9250 \implies \text{pénalité de rachat} = 100\% - 92,50\% = 7,5\% \implies \text{Rupture de contrat}$$

$$H_k = 17\,625\,703,90 \times 0,9250 \times (3.908,42/10.000) = 6\,372\,200,46$$

➤ Réduction après 10 primes annuelles payées => Valeur de rachat  $I_k = C_k \times TI_k$

$$TI_k = 4.581,44$$

$$I_k = 17\,625\,703,90 \times (4.581,44/10.000) = 8\,075\,110,49$$

$$I_k > H_k$$

#### **Section IV. Problèmes rencontrés sur le plan administratif**

Nous allons voir dans cette section, les problèmes rencontrés au niveau de la procédure de règlement des prestations.

Le principal inconvénient de cette procédure réside au niveau de l'administration, mais nous pensons qu'il serait préférable de faire d'abord un état de lieu concernant certains points qui peuvent d'ailleurs faire l'objet de notre critique.

Il existe plusieurs facteurs qui peuvent retarder le règlement

1. Premièrement, le traitement de tous les dossiers sinistres vie relèvent de la compétence exclusive du Siège.

Le rassemblement de traitement de tous les dossiers sinistres au siège entraîne le retard de règlement des prestations du seul fait du bon nombre d'agences et sous – agences de NY HAVANA

Il se trouve que la compétence des agences se limite à :

- La transformation directe des contrats temporaires simples dans les conditions et limites ci – après :
  - ✓ Capital inférieur ou égal à dix millions ariary
  - ✓ Appréciation objective des réponses au questionnaire médical dans la proposition. Au besoin, recourir au service du Médecin Expert de la Compagnie sur place, puis contacter la Direction Assurance de Personnes en ayant sous les yeux le RM



- ✓ S'assurer de la bonne détermination de l'âge tarifié et de tarification correspondante (Date de naissance du proposant, date d'effet du contrat et durée du contrat)
- ✓ Veille à faire parvenir à la Direction Assurance de Personnes toutes les pièces nécessaires à la comptabilisation de l'affaire réalisée.
- L'établissement direct des avenants ne nécessitant pas des calculs particuliers et n'entraînant pas impératif de transformation du contrat initial ;

Exemple :

- ↻ changement de bénéficiaire
- ↻ changement d'adresse
- ↻ changement de souscripteur : nouveau numéro, nouvelle adresse

Constitution, regroupement et l'envoi des pièces justificatifs au Direction Assurance de Personnes pour traitement dossiers sinistre.

2. Deuxièmement, la délivrance des pièces justificatives par le bénéficiaire pour constitution du dossier, or ce sont les principales outils qui permettraient à la Compagnie d'effectuer le règlement.

Il se trouve que les bénéficiaires mettent du temps à fournir les pièces justificatifs, surtout s'il s'agit d'une pièce délivrée par le tribunal (ex : acte de tutelle...)

Prenons aussi le cas d'un mort violent, la police met du temps à délivrer le PV de constatation car elle effectue de plus ample enquête avant de délivrer le PV

Il se peut aussi que le bénéficiaire ne puisse pas fournir les pièces à cause de sa situation.

Exemple : Monsieur Rakoto a souscrit un contrat d'assurance temporaire décès. Il a désigné sa maîtresse comme bénéficiaire de la prestation.

A la mort de Monsieur Rakoto, la maîtresse en question se présente à la Compagnie comme quoi, elle est la bénéficiaire du feu Monsieur Rakoto alors que ce sera difficile pour elle de fournir certaine pièces justificatives pour le règlement de la prestations (acte de décès, certificat médical) puisqu'elle ne fait pas partie de la famille de Monsieur Rakoto.

En cas de pluralité des bénéficiaires, ici le problème se pose s'il y a une mésentente entre les bénéficiaires pour l'établissement de l'acte de procuration.

3. Troisièmement, l'envoi des pièces justificatives pour le règlement des prestations de l'agence au siège par le biais des courriers. Il arrive que les courriers soient en retard.
4. Quatrièmement, la distribution des courriers par le planton. Dès l'arrivée des courriers, ce dernier l'enregistre avant de les distribuer à chaque direction.

Ces actions impliquent la lenteur du mécanisme qui est la durée à laquelle l'organisation interne de la Compagnie dure un temps plus long que prévu.

## **Section V. Propositions d'amélioration**

En tenant compte des atouts que disposent la Compagnie NY HAVANA et le modèle fondamental déjà existant, nous tenons à proposer deux grandes solutions afin de promouvoir le système administratif dans le règlement des prestations.

La décentralisation du pouvoir de règlement des prestations au niveau de l'assurance de Personnes

L'adaptation à la technologie et à l'actualité

Ces paragraphes nous amènent à savoir que l'offre technologique est fortement évolutive ; depuis plusieurs années, on constate la dématérialisation des échanges d'information grâce notamment au développement des nouvelles technologies.

Ces technologies sont de nature à modifier profondément la nature des échanges d'information avec les partenaires.

### **§.1. La décentralisation du pouvoir de règlement des prestations au niveau de l'assurance des personnes**

Pour éviter la lenteur de règlement des prestations et la longue procédure, le siège devraient accorder plus d'autonomie aux agences pour le traitement des dossiers sinistres comme pour la transformation directe des contrats

L'autonomie des agences au traitement des dossiers sinistres nécessite l'accroissement et la formation du personnel

**A. Recrutement du personnel au niveau des agences**

L'importance du recrutement au niveau de agence permet de faciliter et d'améliorer le service.

Il permet également d'avoir un service sinistre et un service production séparément.

On vise dans ce recrutement l'amélioration de la cadence du service.

**B. L'élaboration des formations au niveau du personnel**

La formation est un moyen au quel, toute personne améliore leur capacité intellectuelle, leur connaissance et leur savoir faire.

C'est également un moyen de développement humain d'une entreprise.

L'entreprise doit étudier les besoins internes avant de donner une formation pour son personnel, donc le recyclage doit répondre aux besoins actuels de l'entité sans négliger les attentes et les environnements externes.

Ainsi, le personnel aura la faculté de maîtriser leur fonction et améliorerait ainsi la qualité de service de la société.

Elle permet également l'accroissement des compétences individuelles de chaque employé.

**§.2. L'adaptation à la technologie et à l'actualité**

Elle est nécessaire pour améliorer le système de circulation rapide des documents nécessaires au règlement de la prestation.

Pour cela, il suffit d'innover les moyens matériels et d'améliorer la qualité de service :

**A. L'accès à l'Internet pour chaque service**

Actuellement, l'Internet est un moyen de communication qui a pris le plus d'essor dans le monde, l'innovation de celle – ci à la Compagnie se base sur l'E – Mail, elle est l'outil avec laquelle on peut communiquer et transmettre plus rapidement des informations.

Elle facilite la communication entre les personnels de l'agence à ceux du siège.

Elle permet de diminuer les pertes de temps, d'éviter le retard dans le règlement, d'améliorer l'image de la société.

**B. L'amélioration de la qualité de service**

L'interprétation en malgache des conditions générales sur tous les types d'assurance permettraient à la clientèle prospectée de comprendre plus facilement le fonctionnement et les avantages qu'elle pourrait tirer de la souscription à l'assurance

L'assistance à la clientèle pour l'accélération du règlement de la prestation, c'est à dire, fournir de l'aide dans l'explication de la procédure suivie dans le règlement, dans l'explication des éléments du dossier. Cette action permet de rassurer la clientèle et d'orienter les démarches qu'elle devra entreprendre afin d'obtenir au plus vite le règlement.

L'amélioration de la qualité de service permet à la société de faire face à la concurrence qui devient de plus en plus dure à l'heure actuelle.

Cette section se caractérise par la recherche des moyens techniques et humains adaptés. Dans ce domaine, il est particulièrement important d'opérer les bons choix d'organisation de la procédure de règlement des prestations.

On notera que l'amélioration de la qualité administrative découlera assez naturellement de l'analyse critique qui sera conduite à la réorganisation du système administratif.

## CONCLUSION

Au vu des différents services offerts par la Compagnie Malgache d'Assurance et Réassurance NY HAVANA, son existence sur le plan économique est incontournable et importante non seulement pour la protection des personnes et leurs biens contre de nombreux risques potentiellement dangereux et insurmontables, mais pour la garantie d'investissement également.

La première partie met l'accent sur le contexte social et économique de la Compagnie NY HAVANA, suivie par la nécessité de la procédure dans le règlement de la prestation en assurance sur la vie.

Ensuite, nous relatons les inconvénients causés par la procédure existante.

Enfin, elle comporte les solutions possibles pour l'amélioration des conditions, humaines, techniques, financières et économiques de la compagnie.

Beaucoup de Malgaches et d'Entreprises ignorent ou connaissent mal encore ce qu'est l'assurance et en quoi elle est importante, du fait du manquement ou insuffisance d'information ou de la sensibilisation de la population concernant l'assurance en question. Ainsi nombreuses personnes considèrent donc l'assurance comme étant un vol autorisé.

On doit donc sensibiliser les gens par le biais des médias dans le but de changer l'opinion des gens vis à vis de l'assurance.

Le but fondamental de cette analyse vise la réaction envers : les employés, les clients, la compagnie, les actionnaires pour les conditions de travail, les services offerts, la qualité, la productivité.

On a simplement indiqué et apporté de l'aide pour tout usage utile, critique qui conduit à l'évolution totale, cette évolution exige un gros effort de communication, c'est par la communication que se construit et s'exprime la culture de progrès continu induite par le travail des femmes et des hommes qui l'animent.

Nous ne proposons ici qu'un simple guide d'aide à la résolution des problèmes. Ce guide sera d'autant plus efficace qu'il sera soutenu par des méthodes et par des outils permettant d'accomplir les différentes étapes de raisonnement. En effet les critiques pourront conduire à faire des efforts pour atteindre l'esprit d'innovation et de créativité et pour qu'on puisse se référer avec les concurrents et leur faire face.

**TABLE DES MATIERES**

REMERCIEMENT  
SOMMAIRE  
INTRODUCTION

**PARTE I : L'ASSURANCE A MADAGASCAR**

**CHAPITRE I. GENERALITE DE L'ASSURANCE ..... 4**

SECTION I. HISTORIQUE..... 4

SECTION II. EVOLUTION DE L'ASSURANCE..... 4

SECTION III. IMPLANTATION DE L'ASSURANCE A MADAGASCAR ..... 5

    §.1. Avant la nationalisation..... 5

    §.2. Après la nationalisation..... 5

SECTION IV. LE ROLE DE L'ASSURANCE ..... 6

    §.1. Rôle social :..... 6

    §.2. Rôle économique..... 6

    §.3. Rôle financier ..... 6

SECTION V. CLASSIFICATION DE L'ASSURANCE ..... 7

    §.1. Classification juridique : ..... 7

        A. Les assurances de dommages : ..... 7

        B. Les assurances de personnes (non-dommage)..... 7

            a. L'Assurance Individuelle contre les Accidents ou Aro Voina Isambatan'olona (A.V.I) :. 8

            b. L'Assurance santé : ..... 8

            c. L'Assurances vie : ..... 8

    §.2. Classification technique : ..... 8

SECTION VI. LES ENTREPRISES D'ASSURANCES ..... 9

    §.1. Les différents types de société d'assurance ..... 9

        A. Les Sociétés Anonymes d'Assurances : ..... 9

        B. Les Sociétés Mutuelles d'Assurances : ..... 9

        C. Les Sociétés d'Assurance à forme de Mutuelle : ..... 10

    §.2. Le fonctionnement d'une entreprise d'assurance ..... 10

        A. Recettes..... 10

        B. Dépenses ..... 10

        C. Les provisions techniques..... 11

        D. Les placements financiers : ..... 11

SECTION VII. LES CONTRATS D'ASSURANCE ..... 11

    §.1. Définition : ..... 11

    §.2. Formation du contrat : ..... 12

        A. La proposition d'assurance : ..... 12

        B. Les conditions générales : ..... 12

        C. Les conditions particulières : ..... 12

    §.3. La prise d'effet du contrat : ..... 12

    §.4. La durée du contrat : ..... 13

        A. La durée ferme : ..... 13

        B. La tacite reconduction ..... 13

    §.5. La modification du contrat ..... 13

    §.6. La fin du contrat ..... 13

        A. Expiration du contrat ..... 13

        B. La résiliation ..... 14

    §.7. Les obligations respectives des parties au contrat d'assurance : ..... 14

        A. Les obligations de l'assuré / souscripteur : ..... 14

        B. Les obligations de l'assureur ..... 14

SECTION VIII. TYPES D'ASSURANCES ..... 15

    §1. Assurances dommages ..... 15

## Table des matières

A.	Les assurances de choses .....	15
a	Exemple des produits rentrant dans la branche terrestre : .....	15
a.1.	Assurance automobile.....	15
a.2.	Assurance Incendie.....	16
a.3.	Assurance vol .....	17
b	Assurance maritime.....	17
b1.	Assurance corps de navires.....	17
b.1.1.	L'assurance « TOUS RISQUES ».....	18
b.1.2.	Assurances contre perte totale et délaissement.....	18
b.1.3.	Assurances franc d'avaries absolument.....	18
b.1.4.	Assurances « Franc d'Avarie Particulière sauf ».....	18
b2.	Assurances Facultés .....	18
B.	Les assurances de Responsabilité Civile (RC) .....	19
a.	Responsabilité délictuelle.....	19
b.	Responsabilité contractuelle.....	20
§2.	<i>Assurance de Personne</i> .....	22
A.	L'assurance vie : .....	22
a.	L'assurance en cas de décès : .....	22
b.	L'assurance en cas de vie (capital différé) : .....	23
c.	L'assurance retraite: .....	23
d.	L'assurance combinée : .....	23
B.	L'assurance non vie.....	23
a.	L' Aro Voina Isambatanolona (AVI).....	24
b.	L'assurance santé .....	24
c.	L' Assurance Séjour à l'Etranger (ASE).....	24
<b>CHAPITRE II. LES PRATIQUES DE L'ASSURANCE CHEZ NY HAVANA .....</b>		<b>25</b>
SECTION I. PRESENTATION DE L'ENTREPRISE.....		25
§.1.	<i>Historique</i> :.....	25
§.2.	<i>Les chiffres clés</i> : .....	25
A.	Le capital social (en Ariary) : .....	25
B.	Les chiffres d'affaires en milliard ariary : .....	26
§.3.	<i>Structure de la Compagnie Malgache d'Assurance et Réassurance NY HAVANA</i> .....	27
A.	La Direction générale : .....	27
B.	La Direction « Assurances des Personnes » .....	28
SECTION II. RESEAUX DE DISTRIBUTIONS .....		30
§.1.	<i>Les Agences Centrales (AC)</i> .....	31
§.2.	<i>Les Agences Générales d'assurance (AGA)</i> .....	31
SECTION III. ROLE DE LA COMPAGNIE MALGACHE D'ASSURANCE ET REASSURANCE NY HAVANA.....		31
§.1.	<i>NY HAVANA : Prévoyance et Conseils</i> .....	31
§.2.	<i>NY HAVANA : Institution Financière</i> .....	31
SECTION IV. ACTIVITES .....		32
§.1.	<i>Les assurances</i> : .....	32
§.2.	<i>Les réassurances</i> : .....	32
SECTION V. PRODUCTION .....		32
§.1.	<i>La politique de souscription</i> .....	32
§.2.	<i>La tarification</i> .....	33
§.3.	<i>Rédaction des contrats</i> : .....	33
§.4.	<i>Encaissements</i> : .....	33
SECTION VI. SINISTRES .....		34
§1.	<i>Ouverture des dossiers</i> : .....	35
§2.	<i>Evaluation</i> : .....	35
§3.	<i>Règlements</i> : .....	35
§4.	<i>Les recours</i> : .....	36

**PARTE II : LES PROBLEMATIQUES DE LA PROCEDURE D'INDEMNISATION**

<b>CHAPITRE I. L'ASSURANCE VIE .....</b>	<b>38</b>
SECTION I. DEFINITION.....	38
SECTION II. CARACTERISTIQUES DU CONTRAT D'ASSURANCE VIE.....	38
§1. La nature du contrat d'assurance vie.....	38
§2. Le caractère non indemnitaire des sommes assurées.....	38
A. Le principe :.....	38
B. Ses conséquences :.....	39
SECTION III. LES DIFFERENTES CATEGORIES DU CONTRATS .....	39
§1. L'assurance vie individuelle.....	39
A. Les risques couverts par le contrat : .....	40
a. L'assurance en cas de décès :.....	40
a.1. L'assurance Temporaire simple :.....	40
a.2. L'assurance vie entière :.....	40
b. L'assurance en cas de vie.....	41
b.1. L'assurance à capital différé.....	41
b.1.1. Contrat à capital différé sans contre assurance :.....	41
b.1.2. Contrat à capital différé avec contre assurance : .....	41
b.2. L'assurance retraite.....	41
c. L'assurance combinée (Retraite et Prévoyance) .....	42
d. Garantie complémentaire : .....	44
d.1. La garantie double effet :.....	44
d.1.1. Double effet simple : .....	45
d.1.2. Double effet réciproque :.....	45
d.2. La garantie complémentaire accident : .....	45
d.3. L'incapacité Totale et Définitive (ITD) par suite d'accident : .....	46
B. La formation du contrat .....	46
a. Les parties au contrat.....	46
a.1 L'assureur .....	46
a.2 Le souscripteur.....	46
a.3 L'assuré : .....	46
a.3.1. La nécessité du consentement de l'assuré dans les assurances en cas de décès : ..	47
a.3.2. Le cas particulier des mineurs et des incapables majeurs :.....	47
a.3.2.1.1 Les mineurs de moins de douze ans, les majeurs en tutelle et les aliénés	
internés .....	47
a.3.2.1.2 Les mineurs de plus de douze ans .....	48
a.4 Le bénéficiaire .....	48
a.4.1. La détermination du bénéficiaire .....	48
a.4.1.1. La désignation du bénéficiaire .....	49
a.4.1.2. La révocation du bénéficiaire.....	49
a.4.2. Les droits du bénéficiaire.....	50
a.4.2.1. Le bénéficiaire face aux héritiers du souscripteur.....	50
a.4.2.2. Le bénéficiaire face aux créanciers du souscripteur .....	51
b. L'établissement de la police d'assurance vie .....	51
b.1 La proposition du souscripteur.....	51
b.1.1. La déclaration du risque .....	52
b.1.2. La valeur juridique de la proposition.....	52
b.1.2.1. Au moment de la souscription .....	52
b.1.2.2. Après l'acceptation de la proposition par l'assureur.....	53
b.2 L'acceptation de l'assureur .....	53
b.2.1. La sélection des risques .....	53
b.2.1.1. Les objectifs de la sélection .....	53
b.2.1.2. Le moyen de la sélection .....	55
b.2.2. La définition de la garantie.....	-



## Table des matières

---

b.2.2.1. Les exclusions légales .....	56
b.2.2.2. Les exclusions conventionnelles .....	57
b.3 Le contrat d'assurance .....	57
c. La tarification du contrat et la constitution de provisions mathématiques .....	58
c.1 La tarification du contrat .....	59
c.2 La constitution de provision mathématique .....	60
C. L'exécution du contrat .....	60
a. Le paiement de la prime .....	60
a.1 Les conditions du paiement de la prime .....	61
a.1.1. Le débiteur de la prime .....	61
a.1.2. les modalités de paiement de la prime .....	61
a.2 Le défaut de paiement de la prime .....	62
b. L'affectation des provisions .....	63
b.1. La cession du contrat d'assurance vie .....	63
b.2. Le paiement à valoir ou avance .....	63
b.2.1. les conditions de l'avance .....	64
b.2.2. les effets de l'avance .....	64
b.3. La réduction des garanties .....	65
b.3.1. Les conditions de la garantie .....	65
b.3.2. Les effets de la réduction .....	65
b.4. Le rachat du contrat .....	65
b.4.1. les conditions du rachat .....	65
b.4.2. les effets du rachat .....	66
b.4.3. Le calcul de la valeur de rachat .....	66
§2. <i>L'assurance vie groupe</i> .....	66
A Les risques couverts par le contrat d'assurance vie de groupe .....	67
a. Retraite : .....	67
b. Prévoyance : .....	67
b.1. Prévoyance simple : .....	67
b.2. Prévoyance de prêt (crédit) .....	68
B La formation du contrat .....	68
a. Les parties au contrat .....	69
a.1. L'assureur : .....	69
a.2. Le souscripteur .....	69
b. Les partenaires du contrat .....	69
b.1. Les adhérents : .....	69
b.2. Les bénéficiaires : .....	71
b.2.1. La détermination du bénéficiaire .....	71
b.2.2. La désignation et la révocation du bénéficiaire : .....	72
C La prise d'effet du contrat .....	73
a. L'adhésion des assurés .....	73
b. L'acceptation de l'assureur .....	73
b.1. La sélection des risques .....	74
b.2. La notion de risque moyen .....	74
b.2.1. Les règles d'appréciation du risque .....	74
b.3. La définition de la garantie .....	75
b.3.1. Les exclusions légales .....	75
b.3.2. Les exclusions conventionnelles .....	76
D Le paiement de la prime .....	76
a. La détermination du montant de la prime .....	76
b. Le recouvrement de la prime .....	77
b.1. Le débiteur de la prime .....	77
b.2. En cas de non paiement des primes .....	77

<b>CHAPITRE II. PROCEDURE D'INDEMNISATION .....</b>	<b>79</b>
SECTION I. OUVERTURE DU DOSSIER.....	
SECTION II. CONTROLE TECHNIQUE ET TRAITEMENT DE DOSSIER .....	80
SECTION III. REGLEMENT .....	81
§1 <i>Le principe</i> .....	81
§2 <i>Les cas particuliers de règlement</i> .....	81
<b>CHAPITRE III. ANALYSE DE LA PROCEDURE .....</b>	<b>83</b>
SECTION I. INTERET DE L'INSTAURATION DE LA PROCEDURE AU NIVEAU DE LA SOCIETE .....	83
§.1. <i>La remise de la police d'assurance</i> .....	83
§.2. <i>L'identification du bénéficiaire</i> .....	84
§.3. <i>La remise de l'acte de décès (en assurance en cas de décès)</i> .....	84
SECTION II. INTERET DE L'INSTAURATION DE LA PROCEDURE AU NIVEAU DE LA CLIENTELE .....	84
SECTION III. MODE DE CALCUL DE PRESTATION .....	85
SECTION IV. PROBLEMES RENCONTRES SUR LE PLAN ADMINISTRATIF .....	86
SECTION V. PROPOSITIONS D'AMELIORATION.....	88
§.1. <i>La décentralisation du pouvoir de règlement des prestations au niveau de l'assurance des personnes</i> .....	88
A. Recrutement du personnel au niveau des agences .....	89
B. L'élaboration des formations au niveau du personnel .....	89
§.2. <i>L'adaptation à la technologie et à l'actualité</i> .....	89
A. L'accès à l'Internet pour chaque service .....	89
B. L'amélioration de la qualité de service.....	90
CONCLUSION	
ANNEXES	
GLOSSAIRE	
LISTE DES TABLEAUX	
LISTE DES FIGURES	
BIBLIOGRAPHIE	
TABLE DES MATIERES	