

**CONVENTION D'INDEMNISATION
CORPORELLE AUTOMOBILE « CICA »**

Version Mai 2012

Sommaire

INTRODUCTION.....	4
PREMIERE PARTIE. DISPOSITIONS GENERALES	5
1. Objet et principes fondamentaux de la convention	5
2. Champ d'application de la convention.....	5
3. Véhicules concernés.....	5
4. Victimes concernées.....	6
5. Dommages concernés	6
6. Exclusions.....	6
DEUXIEME PARTIE. REGLES DE GESTION.....	7
1. Désignation de l'assureur Gestionnaire	7
2. Rôle de l'assureur Gestionnaire	7
3. Rôle de l'assureur régleur	8
4. Limites des pouvoirs accordés à l'assureur Gestionnaire	8
5. Identification des parties de l'accident	8
6. Détermination de la responsabilité.....	9
7. Evaluation du dommage.....	9
8. Mise en œuvre de l'expertise médicale.....	9
9. Contre-expertise médicale	10
10. Règles de calcul de l'indemnité	10
11. Du règlement de la victime.....	12
TROISIEME PARTIE. REGLES DE RECOURS	13
1. Principes généraux	13
2. Justificatifs à produire.....	13
3. Délai de présentation des recours.....	14
4. Système de compensation	14
QUATRIEME PARTIE. COMMISSION DE SUIVI ET D'ARBITRAGE	15
1. Missions et Attributions	15
2. Composition de la commission	15
3. Modalités de fonctionnement.....	15
4. Sanctions	16
5. Processus de gestion des réclamations.....	16

Convention d'Indemnisation Corporelle Automobile « CICA »

6. Engagement de la FMSAR	17
CINQUIEME PARTIE. ENTREE EN VIGUEUR – ADHESION - RETRAIT	18
1. Entrée en vigueur	18
2. Champs d'application	18
3. Adhésion	18
4. Retrait	18
5. Cas de retrait d'agrément	18
ANNEXES.....	19
LISTE DES ENTREPRISES D'ASSURANCES SIGNATAIRES	20

INTRODUCTION

Au début des années soixante-dix, le secteur des assurances a introduit au Maroc la Convention Indemnisation Directe des dommages matériels, connue sous le sigle de la « CID ».

Après quatre décennies de pratique, cette convention a non seulement contribué à soulager les différentes juridictions du Royaume à statuer sur les sinistres automobiles engendrant des dommages matériels, mais elle a également permis une nette amélioration de gestion et de prestations rendues aux assurés.

Constants dans leur recherche de l'innovation et de l'amélioration de la filière des sinistres automobiles, les assureurs ont décidé d'étendre la même approche de gestion afin qu'elle concerne cette fois-ci, l'indemnisation des dommages corporels.

Dans ce cadre, la présente convention s'assigne comme objectif de mettre en place, un dispositif simple et rapide permettant de procéder à l'indemnisation des dommages corporels causés par un véhicule terrestre à moteur, soumis à l'obligation d'assurance en fixant les périmètres suivants :

- ✓ La convention s'applique aux accidents de la circulation survenus au Maroc, ayant entraîné des lésions corporelles et impliquant seulement deux véhicules entre eux ;
- ✓ Les victimes concernées, sont tous les occupants (conducteurs et passagers) des deux véhicules impliqués dans l'accident ;
- ✓ La convention s'applique pour indemniser les préjudices corporels à la condition que le taux d'IPP soit inférieur ou égal à 10%.

D'autre part, la convention a arrêté de manière précise le rôle de l'assureur gestionnaire, qui a la charge du processus transactionnel ainsi que celui dévolu à l'assureur régleur et ce, conformément aux dispositions légales et réglementaires en vigueur, et plus particulièrement celles du Dahir portant loi n° 1-84-77 du 02 Octobre 1984, relatif à l'indemnisation des victimes d'accidents causés par des véhicules terrestres à moteur, ainsi que celles du Décret n° 2-84-744 du 14 janvier 1985 relatif au Barème Fonctionnel des Incapacités.

En adhérant à cette convention, les assureurs expriment de manière forte, un acte volontariste :

- Initier et gérer le processus transactionnel, tant il est vrai, qu'ils sont intimement convaincus des avantages attachés habituellement à la transaction en termes de rapidité d'indemnisation pour la victime,
- Améliorer la qualité du service aux assurés en procédant directement à leur indemnisation

Ils sont aussi persuadés que cette démarche contribuera à alléger les tribunaux marocains, autant que faire se peut, du poids des dossiers contentieux qui leur sont soumis.

PREMIERE PARTIE. DISPOSITIONS GENERALES

1. Objet et principes fondamentaux de la convention

La présente convention a pour but d'organiser et d'accélérer l'indemnisation amiable des dommages corporels causés par un véhicule terrestre à moteur, soumis à l'obligation d'assurance dans les conditions prévues à l'article 120 de la loi N° 17-99 portant code des assurances.

A cette fin, la convention :

- ✓ Détermine les règles de désignation de l'assureur en charge de l'instruction du dossier d'indemnisation
- ✓ Organise les échanges entre les sociétés d'assurance adhérentes
- ✓ Fixe les règles régissant les recours entre les assureurs des deux véhicules

Les dispositions de la présente convention s'imposent aux assureurs adhérents, qui s'interdisent d'appliquer des règles de gestion différentes, mais sont inopposables aux victimes dont l'indemnisation est effectuée en application des dispositions du Dahir portant loi N° 1-84-177 du 02 Octobre 1984 relatif à l'indemnisation des victimes d'accidents causés par des véhicules terrestres à moteur.

2. Champ d'application de la convention

La convention s'applique aux accidents de la circulation survenus au Maroc ayant entraîné des lésions corporelles, impliquant seulement deux véhicules entre eux et sanctionnés par un procès-verbal de la police ou de la gendarmerie.

Les accidents ayant entraîné un ou plusieurs décès sont exclus du champ d'application de la présente convention.

3. Véhicules concernés

Tous les véhicules terrestres à moteur non liés à une voie ferrée et/ou ses remorques soumis à l'obligation d'assurance responsabilité civile conformément à l'article 120 du code des assurances institué par la loi 17-99 du 03 Octobre 2002.

4. Victimes concernées

Tous les occupants (conducteurs et passagers) des deux véhicules impliqués dans l'accident.

5. Dommages concernés

Les préjudices indemnifiables dans le cadre de la présente convention sont ceux prévus par les articles 2 et 3 du Dahir du 02 Octobre 1984, à condition que le taux d'IPP soit inférieur ou égal à 10% et que les soins, frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation soient engagés exclusivement au Maroc.

6. Exclusions

Outre les exclusions prévues par les articles 4, 5, 6 et 7 des conditions générales fixées par l'arrêté du ministre des finances et de la privatisation N° 1053-06 du 26 Mai 2006 fixant les conditions générales types des contrats d'assurance responsabilité civile automobile, la présente convention ne s'applique pas aux :

- ✓ Accidents dont l'un des deux véhicules impliqués n'est pas assuré ;
- ✓ Accidents dont l'un des deux véhicules impliqués est immatriculé à l'étranger et assuré par une entreprise d'assurance étrangère ;
- ✓ Accidents ayant entraîné un ou plusieurs décès ;
- ✓ Personnes blessées dans l'accident lorsqu'elles ne figurent pas parmi les occupants de l'un des deux véhicules mis en cause ;
- ✓ Réclamations faites par voie judiciaire. Dans ce cas, l'entreprise d'assurance à l'encontre de laquelle la réclamation est dirigée est seule compétente pour la gérer tant sur le plan judiciaire que sur le plan amiable. L'assureur régleur est tenu d'aviser sans délai, l'assureur gestionnaire de la réclamation présentée à son encontre devant le tribunal pour qu'il en tienne compte ;
- ✓ Demandes d'aggravation formulées par les victimes.

DEUXIEME PARTIE. REGLES DE GESTION

L'assureur gestionnaire, en sa qualité de mandataire de l'assureur régleur, remplit les obligations incombant à ce dernier et il est garant des obligations découlant de l'application du Dahir du 02 Octobre 1984 au bénéfice de la victime. A ce titre, il s'oblige à :

- ✓ Accorder aux intérêts de l'assureur concerné les mêmes soins que s'ils étaient les siens,
- ✓ Lui communiquer les informations et les documents qu'il détient sur les circonstances de l'accident, sur l'identité des victimes et sur l'importance de leur préjudice, de manière à lui permettre l'ouverture de son dossier et de connaître l'étendue de ses engagements futurs.

1. Désignation de l'assureur Gestionnaire

Chaque entreprise d'assurance adhérente à la présente convention, sera en charge d'initier et de gérer le processus transactionnel auprès des occupants du véhicule qu'elle assure et s'interdit de transiger avec les autres victimes pour les dossiers qui rentrent dans le cadre de cette convention.

2. Rôle de l'assureur Gestionnaire

L'assureur gestionnaire gère le processus transactionnel dans le respect des formalités déterminées par la présente convention, et s'engage à n'exercer le recours que si la victime dispose d'un droit à indemnisation et si elle a été effectivement indemnisée.

Il prend les mesures nécessaires à l'évaluation du préjudice corporel subi par la victime, adresse une offre d'indemnisation dans les délais prévus par la présente convention, et procède au règlement lorsque l'offre est acceptée par la victime.

Dès réception du PV d'un accident entrant dans le champ d'application de la présente convention, l'assureur gestionnaire transmet obligatoirement à l'assureur régleur avec accusé de réception un avis de sinistre accompagné d'une copie dudit document et de toute autre pièce justificative.

Les actions suivantes sont alors mises en œuvre :

- ✓ Réalisation par l'assureur gestionnaire de l'expertise médicale et détermination du taux d'IPP ;
- ✓ Etablissement du rapport par le médecin expert mandaté ;

Convention d'Indemnisation Corporelle Automobile « CICA »

- ✓ Proposition à la victime d'une offre d'indemnisation sur la base des éléments du dossier et dans un délai de 10 jours – si le taux d'IPP est inférieur ou égal à 10% ;
- ✓ Envoi de l'offre et des pièces justificatives à l'assureur régleur ;
- ✓ Emission en cas d'acceptation de l'offre par la victime, de la quittance et mise à disposition du chèque de règlement.

3. Rôle de l'assureur régleur

En cas de réception par l'assureur régleur du PV d'un accident entrant dans le champ d'application de la présente convention, ce dernier doit obligatoirement transmettre à l'assureur gestionnaire avec accusé de réception un avis de sinistre accompagné d'une copie dudit document et de toute autre pièce justificative.

L'assureur régleur est tenu de faire connaître sa position quant à la prise en charge du sinistre dans un délai de 30 jours calendaires en communiquant les références de son dossier. Au-delà de ce délai de forclusion, l'absence de réponse vaut accord.

4. Limites des pouvoirs accordés à l'assureur Gestionnaire

Les pouvoirs de l'assureur gestionnaire sont limités aux cas explicitement définis dans les dispositions générales sus mentionnées et s'arrêtent pour la victime concernée dès lors que :

- ✓ Le taux d'IPP dépasse 10% ;
- ✓ Un recours d'un tiers payeur est activé (Agent judiciaire, CNSS...);
- ✓ Une procédure judiciaire est déclenchée par l'assuré ;
- ✓ L'assureur régleur émet une opposition avant la communication de l'offre à la victime par l'assureur gestionnaire

5. Identification des parties de l'accident

L'assureur gestionnaire s'appuie sur le PV de l'accident émis par la police ou la gendarmerie, les informations communiquées par son propre assuré ou tout document reçu permettant l'identification des parties concernées, de la typologie de l'accident et ses circonstances afin d'en déterminer les responsabilités encourues. Dans ce cas, l'assureur gestionnaire procède à l'envoi de l'avis de sinistre type en annexe.

6. Détermination de la responsabilité

Les sociétés d'assurances adhérentes conviennent d'appliquer le barème de responsabilité annexé à la présente convention dans la détermination des responsabilités avec pour ambition de répondre aux exigences de transparence et de célérité dans l'indemnisation des victimes.

7. Evaluation du dommage

L'évaluation du dommage corporel s'effectue sous la responsabilité de l'assureur gestionnaire, avec un recours obligatoire à l'expertise médicale qui doit s'effectuer conformément au décret du 14 Janvier 1985 relatif au barème fonctionnel des incapacités.

L'expert médical missionné doit arrêter ses conclusions et les consigner dans un rapport conforme au modèle type en annexe.

8. Mise en œuvre de l'expertise médicale

Dès que l'assureur « régleur » aura confirmé sa garantie ou, s'il ne réagit pas à l'avis de sinistre dans le délai imparti sus cité, l'assureur gestionnaire entame la procédure de règlement amiable selon les prescriptions des articles 18 et 19 du dahir du 02 Octobre 1984.

Il doit, cependant, en l'absence de réponse de l'assureur « régleur » et avant toute démarche, veiller à vérifier si :

- ✓ Les éléments du dossier ne révèlent pas l'existence d'un cas de non garantie non équivoque que ce dernier est en droit d'invoquer ;
- ✓ La réclamation de la victime n'est pas atteinte par la prescription, tel que prévu dans le Dahir du 02 Octobre 1984 ;
- ✓ Le sinistre ne risque pas de donner lieu à une réclamation de la part d'un tiers payeur qui serait subrogé dans les droits et actions de la victime pour en tenir compte.

Par ailleurs, si l'assureur « régleur » reçoit une demande de règlement transactionnel de la part d'une victime qui occupait le véhicule assuré auprès de l'assureur gestionnaire ou de la part de son avocat, l'assureur régleur doit la diriger vers l'assureur gestionnaire afin qu'elle soit traitée dans le cadre de la présente convention.

Lorsque l'initiative du déclenchement de la procédure transactionnelle émane de la victime ou de son avocat et à condition que la demande soit recevable, l'assureur gestionnaire doit dans un délai de 60 jours :

- ✓ Proposer à la victime le recours à une expertise médicale amiable par son médecin conseil ;

Convention d'Indemnisation Corporelle Automobile « CICA »

- ✓ Réclamer à la victime, les pièces justificatives des frais médicaux et pharmaceutiques ainsi que, le cas échéant, les justificatifs de son salaire ou de ses gains professionnels à la date du sinistre.

D'autre part, en l'absence d'une demande transactionnelle de la part de la victime, l'assureur gestionnaire pourra se rapprocher de cette dernière en vue de lui proposer le règlement de son préjudice à l'amiable après une expertise médicale par son médecin conseil, tout en lui réclamant les pièces justificatives sus citées.

9. Contre-expertise médicale

En cas de désaccord manifesté par la victime sur les conclusions du médecin conseil de l'assureur gestionnaire et, si le taux d'IPP retenu par ce dernier est inférieur ou égal à 10%, une deuxième expertise médicale peut être mise en œuvre avec la possibilité offerte à la victime de se faire assister par le médecin de son choix. L'assureur gestionnaire prend en charge les honoraires des deux médecins sollicités dans le cadre de ces deux expertises, et ce, tout en informant l'assureur « régleur ». Les honoraires du médecin choisi par la victime restent à la charge de ce dernier.

A réception du rapport issu de la contre-expertise médicale, l'assureur gestionnaire en adresse une copie à l'assureur « régleur » en indiquant le montant de l'indemnité transactionnelle proposé.

10. Règles de calcul de l'indemnité

L'indemnité transactionnelle que l'assureur gestionnaire propose à la victime doit être calculée en tenant compte des éléments ci-après :

- ✓ **La responsabilité du sinistre** : il y a lieu de préciser qu'il devra régler la totalité de l'indemnité et présenter à l'assureur régleur son recours sur la base de la part de responsabilité incombant à son assuré conformément au barème conventionnel annexé.
- ✓ **Le rapport d'expertise médicale** : Les conclusions du rapport doivent être conformes au Décret n° 2-84-744 du 14 Janvier 1985 relatif au barème fonctionnel des incapacités.
- ✓ **Les dispositions du Dahir du 02 Octobre 1984** en ce qui concerne le mode de calcul des indemnités correspondant aux différents postes de préjudices indemnisables.
- ✓ **Les pièces justificatives produites par la victime** : ces pièces doivent être conformes à celles retenues par la présente convention pour chaque catégorie socio-professionnelle :
 - **Fonctionnaires des administrations de l'Etat (civils et militaires), des collectivités locales et des établissements et services publics** : les états d'engagements établissant le salaire

Convention d'Indemnisation Corporelle Automobile « CICA »

perçu à la date du sinistre et/ou tout document établi par l'administration compétente dont dépend le fonctionnaire,

- **Employés du secteur privé** : l'attestation de salaire et les bordereaux de la CNSS correspondant aux 3 mois précédant le sinistre,
- **Salariés non affiliés à la CNSS** : la détermination du capital de référence réel se fera sur la base du SMIG applicable dans le secteur privé,
- **Victimes exerçant une profession libérale soumise à l'impôt sur le revenu professionnel (médecins, architectes, experts, avocats, etc....)** : les attestations fiscales couvrant l'exercice antérieur au sinistre et/ou l'année de survenance de celui-ci, qui seront soumises à l'appréciation d'un expert conseil de l'assureur gestionnaire en vue de déterminer leurs gains professionnels le cas échéant.
- **Victimes patentées, exploitant leurs propres biens mais ne pouvant fournir de telles attestations (artisans, commerçants, menuisiers, etc...)** : il est possible de recourir dans ce cas, à une expertise comptable en vue de déterminer leurs gains professionnels,
- **Retraités** : le justificatif de la pension de retraite, et le cas échéant, tout justificatif fiscal de tout autre gain professionnel.
- **Pour toutes les autres victimes** : il y a lieu de faire application des dispositions du Dahir du 02 Octobre 1984 relatives à la détermination du capital de référence réel applicable.

11. Du règlement de la victime

L'assureur gestionnaire s'engage à transmettre son offre de règlement à la victime ou à son mandataire dans un délai de 10 jours à compter de la date de réception du rapport de son médecin conseil et des autres documents composant le dossier de réclamation.

La victime dispose d'un délai de 30 jours pour faire connaître sa position quant à la proposition émise. En cas d'accord, l'assureur gestionnaire devra lui transmettre la quittance transactionnelle dans un délai de 10 jours selon le modèle annexé à la présente convention. L'assureur gestionnaire procédera à la préparation du chèque de règlement qui devra être remis en contrepartie de ladite quittance en retour dûment signée et légalisée et ce, sous réserve des articles 15 et suivants du Dahir du 02 Octobre 1984 relatifs aux indemnités devant être servies sous forme de rentes.

Dans le cas où la première et/ou la deuxième expertise font ressortir un taux d'IPP supérieur à 10%, l'assureur gestionnaire orientera la victime vers l'assureur régleur pour la poursuite des pourparlers amiables. Il en est de même si la victime rejette les offres communiquées par l'assureur gestionnaire même après le recours à une deuxième expertise.

Toutefois, si le sinistre doit donner lieu à un partage de responsabilité, l'assureur gestionnaire conserve le droit de négocier avec la victime une indemnité transactionnelle à hauteur de sa part de responsabilité et sur les bases qui lui semblent appropriées.

D'autre part, l'assureur gestionnaire s'engage à envoyer une copie de la quittance à l'assureur régleur dans un délai de 15 jours après la date d'émission de cette quittance.

TROISIEME PARTIE. REGLES DE RECOURS

1. Principes généraux

Le recours en matière de dommage corporel, s'exerce selon la part de responsabilité imputable à l'assuré de l'assureur régleur.

Il porte sur les différents postes de préjudices indemnifiables en vertu du Dahir du 02 Octobre 1984.

Les frais et honoraires des prestataires conseils de l'assureur gestionnaire (avocats, médecins et experts) ainsi que les frais de gestion restent à la charge de l'assureur gestionnaire et ne doivent faire l'objet d'aucun recours.

L'assureur gestionnaire ne peut en aucun cas exiger une avance ou provision pour faire face aux indemnités dont il doit s'acquitter à l'égard des victimes.

Le recours s'effectue sur la base des coûts réels.

Sont exclus du recours :

- ✓ Les dommages et intérêts en cas de non-paiement ou retard dans le paiement d'une indemnité.
- ✓ Les amendes infligées dans le cadre des sanctions administratives.

Le recours pour l'indemnité réglée à une victime ne peut faire l'objet que d'une seule présentation, à l'exception du règlement des frais médicaux lorsqu'ils sont réglés ultérieurement.

2. Justificatifs à produire

Les pièces justificatives à présenter dans le cadre du recours sont les suivantes :

- ✓ Bordereau de recours corporel,
- ✓ Les rapports d'expertises,
- ✓ L'original de la quittance d'indemnité (1 exemplaire) dûment revêtue de la signature légalisée du bénéficiaire du règlement,
- ✓ Copie du chèque de règlement,
- ✓ Reçu du C.D.R.A. (Compte de Dépôt et de Règlement des Avocats) au cas où la victime est représentée par un avocat,

Convention d'Indemnisation Corporelle Automobile « CICA »

- ✓ Reçu de la C.N.R.A. (Caisse Nationale de Retraites et d'Assurances) au cas où la victime est mineure,
- ✓ Désistement de l'avocat au profit de la victime le cas échéant (voir modèle en annexe).

3. Délai de présentation des recours

Le délai de présentation du recours est de trois ans à compter de la date du règlement de l'indemnité par l'assureur gestionnaire. Il s'agit là d'un délai de forclusion qui ne peut être interrompu par aucun événement et à l'expiration duquel l'assureur gestionnaire n'a plus aucun droit au remboursement.

4. Système de compensation

Le fonctionnement de la compensation s'effectue suivant le processus ci-après :

- ✓ Pour chaque mois, l'assureur gestionnaire établit un bordereau de recours suivant le modèle annexé à la présente convention. Ce bordereau est transmis à la FMSAR, sous pli fermé avec l'ensemble des pièces justificatives, au plus tard le 10 du mois suivant le mois de clôture. Chaque bordereau doit être accompagné d'une fiche récapitulative suivant le modèle annexé à la présente convention.
- ✓ Le 15 de chaque mois, la FMSAR adresse à chaque assureur régleur les bordereaux de recours reçus des assureurs gestionnaires.
- ✓ L'assureur régleur a un délai de deux mois, à compter de la réception des bordereaux, pour contester un recours. A défaut, le recours est considéré comme accepté et sera crédité au compte de l'assureur gestionnaire et débité au compte de l'assureur régleur.
- ✓ A la fin de chaque semestre, la FMSAR établit le solde de chaque entreprise d'assurance adhérente. Ce solde est dégagé à partir des recours présentés et reçus par chaque entreprise adhérente corrigés éventuellement par les redressements.
- ✓ En cas de solde débiteur, l'entreprise adhérente s'oblige à établir le chèque de règlement dans les 15 jours suivants la notification de la FMSAR. Ce chèque est libellé au nom de la FMSAR.
- ✓ Après encaissement des chèques afférents aux soldes débiteurs, la FMSAR établit au profit de chaque assureur créditeur le chèque de règlement de son solde.

QUATRIEME PARTIE. COMMISSION DE SUIVI ET D'ARBITRAGE

1. Missions et Attributions

Pour assurer la bonne marche de la présente convention, une commission de suivi et d'arbitrage est chargée de :

- ✓ Veiller à l'application et au respect des dispositions de la convention ;
- ✓ Proposer des modifications à la convention ;
- ✓ Statuer sur les cas de désaccord et concilier les parties en litige ;
- ✓ Proposer des axes d'amélioration ;
- ✓ Proposer au comité directeur les sanctions à appliquer en cas de manquements graves et répétitifs aux dispositions de la convention.

Cette commission a un mandat de trois ans.

2. Composition de la commission

La commission de suivi et d'arbitrage est composée de 5 membres nommément désignés par le Comité Directeur :

- ✓ Un représentant de la FMSAR ;
- ✓ 4 représentants des entreprises adhérentes à la convention ;

Par ailleurs, afin d'assurer le bon fonctionnement de cette convention, chaque entreprise d'assurance désignera un point focal « CICA ».

3. Modalités de fonctionnement

La commission de suivi et d'arbitrage se réunit en cas de besoin et au moins une fois par trimestre. Elle peut se réunir aussi à la demande d'une entreprise d'assurance adhérente.

En matière d'arbitrage, les décisions de la commission sont irréversibles, et leurs applications s'imposent aux entreprises adhérentes.

Convention d'Indemnisation Corporelle Automobile « CICA »

En cas de manquement grave et/ou répétitif aux dispositions de la convention, la Commission peut soumettre le dossier au comité directeur pour prendre les mesures appropriées.

4. Sanctions

Selon le degré de gravité des infractions constatées, le comité directeur peut décider l'une des sanctions suivantes :

- ✓ Avertissement ;
- ✓ Blâme ;
- ✓ Suspension temporaire ;
- ✓ Retrait définitif.

En cas de suspension ou de retrait de la convention, l'entreprise adhérente reste tenue par l'ensemble des engagements pris avant la décision de suspension ou de retrait.

5. Processus de gestion des réclamations

Préalablement à la saisie de la Commission de Suivi et d'Arbitrage, les entreprises adhérentes s'engagent à explorer les voies et moyens pour résoudre directement et amiablement leur différend.

Toute contestation doit faire l'objet d'un avis suivant le modèle annexé à la présente convention.

L'assureur régleur a un délai de deux mois, à compter de la réception des bordereaux, pour contester un recours. A défaut, le recours est considéré comme accepté.

L'assureur gestionnaire, saisi d'une contestation, a un délai d'un mois pour faire connaître sa position. Passé ce délai, la contestation est considérée comme acceptée, et le recours fait l'objet d'un redressement systématique.

En cas d'accord sur la contestation, l'assureur gestionnaire transmet à l'assureur régleur et à la FMSAR un avis de redressement, suivant le modèle annexé à la présente convention.

En cas de désaccord, l'assureur gestionnaire doit aviser l'assureur régleur. Le différend est alors porté devant la Commission de Suivi et d'arbitrage par la partie la plus diligente.

Toute contestation soumise à la Commission de Suivi et d'Arbitrage doit être accompagnée de l'entier dossier.

La Commission de Suivi et d'Arbitrage peut demander le cas échéant la fourniture de tout document qu'elle jugera utile pour l'instruction du dossier.

Convention d'Indemnisation Corporelle Automobile « CICA »

Le secrétariat de la Commission de Suivi et d'Arbitrage est assuré par la FMSAR.

6. Engagement de la FMSAR

La FMSAR est tenue de restituer, à une fréquence régulière, aux signataires de la convention, des indicateurs sur le fonctionnement de cette convention.

CINQUIEME PARTIE. ENTREE EN VIGUEUR – ADHESION - RETRAIT

1. Entrée en vigueur

La présente convention entre en vigueur le 1^{er} janvier 2013.

2. Champs d'application

Cette convention s'applique aux sinistres survenus après la date d'entrée en vigueur de cette convention.

3. Adhésion

Toute entreprise qui entend adhérer à la présente Convention doit en faire la demande au Comité Directeur de la FMSAR par lettre avec accusé de réception.

4. Retrait

Toute entreprise qui désire se retirer de la présente convention doit en faire la demande au Comité Directeur par lettre avec accusé de réception, en respectant un préavis de 3 mois avant le 31 décembre de l'année en cours.

Toute entreprise qui se retire de la présente convention reste tenue par tous les engagements pris antérieurement à la date de son retrait.

5. Cas de retrait d'agrément

Les effets de la présente convention cessent en cas de retrait de l'agrément de l'entreprise adhérente selon les dispositions de l'article 267 de la loi 17-99.

ANNEXES

- Annexe 1 : Dahir portant loi n° 1-84-177 du 6 moharram 1405 (2 octobre 1984)
- Annexe 2 : Avis de sinistre type envoyé par l'assureur gestionnaire
- Annexe 3 : Barème conventionnel des responsabilités
- Annexe 4 : Rapport type d'expertise médicale
- Annexe 5 : Modèle d'ordre de mission
- Annexe 6 : Modèles types des quittances
- Annexe 7 : Document de déconstitution de l'avocat au profit de la victime
- Annexe 8 : Modèle pour le bordereau de recours
- Annexe 9 : Fiche récapitulative des recours
- Annexe 10 : Avis de contestation adressé à la Commission de Suivi et d'Arbitrage
- Annexe 11 : Avis de redressement
- Annexe 12 : Schéma descriptif des acteurs et étapes du processus conventionnel

LISTE DES ENTREPRISES D'ASSURANCES SIGNATAIRES

Entreprises d'assurances adhérentes à la Convention d'Indemnisation Corporelle Automobile

(Date d'entrée en vigueur le 1^{er} Janvier 2013)

Entreprise d'assurance	Responsable	Emargement
ATLANTA	M. Mohamed Hassan BENSALAH	
AXA ASSURANCE MAROC	M. Michel HASCOET	
CNIA SAADA ASSURANCE	M. Mehdi TAZI	
COMPAGNIE D'ASSURANCE TRANSPORT « CAT »	M. Bachir BADDOU	
MAMDA-MCMA	M. Hicham BELMRAH	
MUTUELLE D'ASSURANCE DES TRANSPORTS UNIS « MATU »	M. Ahmed MAAZOUZ	

Convention d'Indemnisation Corporelle Automobile « CICA »

Entreprise d'assurance	Responsable	Emargement
RMA WATANYA	M. Zouheir BENSAID	
SANAD	M. Mohamed Hassan BENSALAH	
WAFA ASSURANCE	M. Ramsès ARROUB	
ZURICH ASSURANCE	M. Berto FISLER	

Annexe n°1 :

Dahir portant loi n° 1-84-177 du 6 moharram 1405 (2 octobre 1984)

Annexe n°2 :

Avis de sinistre type envoyé par l'assureur gestionnaire

Annexe n°3 :

Barème conventionnel des responsabilités

Annexe n°4 :

Rapport type d'expertise médicale

Annexe n°5 :

Modèle d'ordre de mission

Annexe n°6 :

Modèles types des quittances

Annexe n°7 :

Document de déconstitution de l'avocat au profit de la victime

Annexe n°8 :

Modèle pour le bordereau de recours

Annexe n°9 :

Fiche récapitulative des recours

Annexe n°10 :

Avis de contestation adressé à la Commission de Suivi et
d'Arbitrage

Annexe n°11 :

Avis de redressement

Annexe n°12 :

Schéma descriptif des acteurs et étapes du processus conventionnel