

REPUBLIQUE DU BURUNDI



CABINET DU PRESIDENT

**LOI N°1/ 06 DU 17 JUILLET 2020 PORTANT REVISION DE LA LOI
N°1/02 DU 07 JANVIER 2014 PORTANT CODE DES ASSURANCES DU
BURUNDI**

LE PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE,

Vu la Constitution de la République du Burundi ;

Vu le Code Civil, Livre III ;

Vu la Loi n°1/05 du 10 septembre 2002 portant Réforme du Régime d'Assurance-Maladie-Maternité des Agents Publics et assimilés ;

Vu la Loi n°1/011 du 29 novembre 2002 portant Réorganisation des Régimes de Pensions et des Risques Professionnelles en faveur des Travailleurs régis par le Code du Travail et assimilés ;

Vu la Loi n°1/014 du 29 novembre 2002 portant Réforme du Statut de la Profession d'Avocat ;

Vu la Loi n°1/02 du 04 février 2008 portant Lutte contre le Blanchiment de Capitaux et le Financement du Terrorisme ;

Vu la Loi n°1/04 du 17 avril 2009 portant sur les Transports Intérieurs Routiers ;

Vu la Loi n°1/04 du 27 janvier 2010 portant Réorganisation des Réformes de Pensions et des Risques Professionnels des Fonctionnaires, des Magistrats et des Agents de l'Ordre Judiciaire ;

Vu la Loi n°1/11 du 16 mai 2010 portant Code de la Navigation et du Transport Lacustre ;

Vu la Loi n°1/09 du 30 mai 2011 portant Code des Sociétés Privées et à Participation Publique ;

Vu la Loi n°1/26 du 23 novembre 2012 portant Code de la Circulation Routière ;

Vu la Loi n°1/18 du 6 septembre 2013 relative aux Procédures Fiscales ;

Vu la Loi n°1/01 du 16 janvier 2015 portant Révision du Code de Commerce ;

Vu la Loi n°1/27 du 29/12/2017 portant Révision du Code Pénal ;

Vu la Loi n°1/05 du 23 janvier 2018 portant Insolvabilité du Commerçant au Burundi ;

Vu la Loi n°1/07 du 12 mars 2020 portant Modification de la Loi n°1/012 du 30 mai 2018 portant Code de l'Offre des Soins et Services de Santé au Burundi ;

Vu la Loi n°1/012 du 12 mai 2020 portant Code de la Protection Sociale au Burundi ;

Revu le Décret-loi n°1/18 du 29 juin 1977 instaurant l'Assurance Obligatoire de la Responsabilité Civile en matière de Véhicules automoteurs ;

Revu la Loi n°1/02 du 7 janvier 2014 portant Code des Assurances au Burundi ;

Le Conseil des Ministres ayant délibéré ;

L'Assemblée Nationale et le Sénat ayant adopté;

PROMULGUE :

TITRE I: DU CONTRAT D'ASSURANCE

CHAPITRE I: DES ASSURANCES EN GENERAL

Section 1: Des dispositions générales

Paragraphe 1 : Le champ d'application

Article 1 : Le présent Code s'applique à toutes les opérations d'assurances et de réassurances effectuées au Burundi, non régies par des lois particulières. Il régit également les personnes résidant au Burundi, les biens situés ou immatriculés au Burundi, les responsabilités encourues au Burundi ainsi que les marchandises transportées à destination ou en provenance du Burundi.



Article 2 : Le Code s'applique aux types d'opérations ci-après :

- 1° les opérations réalisées par les entreprises contractant des engagements dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine ou faisant appel à l'épargne en vue de la capitalisation et prenant des engagements déterminés en échange de versements uniques ou périodiques, directs ou indirects ;
- 2° les opérations effectuées par les entreprises d'assurances de toute nature, autres que celles visées au point 1°, y compris les activités d'assistance.

Article 3 : Les entreprises pratiquant les opérations visées à l'article 2 sont soumises au contrôle de l'Organe de supervision et de régulation des assurances.

Article 4 : Sont exclus du champ d'application du présent titre, les contrats relatifs aux assurances sociales, à l'assurance crédit, à l'assurance caution ainsi qu'aux opérations de réassurances.

Article 5 : Les dispositions du présent Code, sauf celles qui donnent expressément aux parties une simple faculté, ne peuvent être dérogées par convention.

Paragraphe 2: Les définitions

Article 6 : Au sens du présent Code, on entend par :

agent général, une personne physique qui, justifiant de connaissances professionnelles suffisantes, représente une société d'assurance en vertu d'un traité de nomination ;

assurance responsabilité civile, le contrat par lequel, moyennant paiement d'une prime par le preneur d'assurance, l'assureur s'engage à payer, en lieu et place de l'auteur responsable de dommage, une indemnité en réparation des dommages subis par la ou les personne(s) lésée(s) ;

assurance dommages ouvrage, une assurance obligatoire qui assure, en dehors de toute recherche de responsabilité, le paiement de la totalité des travaux de réparation des dommages à l'ouvrage.

Avant la réception des travaux, elle permet le paiement des réparations nécessaires lorsque le contrat de louage d'ouvrage conclu avec l'entrepreneur est résilié pour inexécution par celui-ci de ses obligations, après mise en demeure restée infructueuse.

Après la réception des travaux, elle permet, d'une part, de réparer les désordres apparents signalés par le maître d'ouvrage soit au moyen des réserves mentionnés au procès-verbal de réception, soit par voie de notification écrite pour ceux révélés postérieurement, lorsque l'entrepreneur n'a pas exécuté ses obligations après mise en demeure restée infructueuse. D'autre part, elle permet de réparer les dommages à l'ouvrage relevant de la responsabilité décennale des intervenants, dans l'attente de l'établissement des responsabilités. Elle a une durée de dix ans à compter de la réception des travaux ;

assurance tous risques chantier, une assurance souscrite par le maître de l'ouvrage pour le compte des entreprises intervenant sur le chantier et couvrant l'ensemble des dommages pouvant intervenir en cours de chantier ;

assuré, la personne garantie par l'assurance contre les pertes patrimoniales dans une assurance de dommages, la personne sur la tête de laquelle reposent les risques de survenance de l'événement assuré dans une assurance de personnes ;

assureur, une personne morale qui s'engage par un contrat d'assurance, moyennant paiement de la prime, à couvrir le risque et qui paie une prestation à l'assuré si le risque se réalise ;

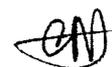
assureur apériteur, un assureur qui prend la tête d'un groupement d'assureurs et généralement négocie le contrat avec le preneur d'assurance lorsque les risques à couvrir sont jugés trop importants pour être supportés par un seul assureur ;

attestation d'assurance du constructeur, une attestation comportant les dates de validité de l'assurance, l'adéquation entre les activités assurées et celles qui seront exercées sur le chantier, les références à la garantie décennale et l'identité de l'entreprise assurée ;

bénéficiaire, une personne en faveur de laquelle sont stipulées les prestations d'assurance ou une personne qui reçoit, s'il survient un sinistre, les prestations dues par l'assureur ;

chargement, un montant prélevé par un assureur qui prend la forme de frais prélevés lors du versement de fonds par un assuré sur un contrat d'assurance ; le chargement est fonction du taux de chargement qui est le rapport entre les charges financières et les frais collectés ;

commission, une rémunération versée aux intermédiaires d'assurance en contrepartie de leurs prestations, dont le taux est fixé de gré à gré en tenant compte équitablement des conditions dans lesquelles il produit et gère ;

constructeur, une personne participant à la réalisation d'un ouvrage en tant qu'architecte, entrepreneur ou ingénieur qui est lié au maître d'ouvrage par un contrat de louage d'ouvrage et qui est présumé responsable envers le maître d'ouvrage ou l'acquéreur des dommages de nature décennale ;

contrat d'assurance, un contrat en vertu duquel, moyennant le paiement d'une prime fixe ou variable, une partie, l'assureur, s'engage envers une autre partie, le preneur d'assurance, à fournir une prestation stipulée dans le contrat au cas où surviendrait un événement incertain ou un terme indéterminé, que, selon le cas, l'assuré ou le bénéficiaire a intérêt à ne pas voir se réaliser ;

contrat d'assurance direct, contrat qui est souscrit directement au près d'une entreprise d'assurance agréée au Burundi ;

contrat d'assurance unique, contrat qui couvre en même temps plusieurs risques ;

contrat de rente viagère, contrat prévoyant une prestation versée au bénéficiaire jusqu'à son décès ;

contrat de louage d'ouvrage, un contrat passé entre le maître d'ouvrage et une entreprise en vertu duquel celle-ci s'engage à réaliser tout ou partie de l'ouvrage en contrepartie du paiement du prix par le premier ;

convention de collaboration, un accord écrit entre un courtier ou une société de courtage d'assurance et une entreprise d'assurance qui fixe les conditions de leur collaboration et de leur rémunération ;

courtier ou société de courtage, un commerçant dont les connaissances techniques en assurance lui permettent d'apporter une aide en conseils pour assister l'assuré qu'il représente ; il peut également conclure une convention de collaboration avec les compagnies d'assurance ;

cyclomoteur, tout véhicule à deux ou trois roues, qui est pourvu d'un moteur thermique, électrique ou autre de propulsion d'une cylindrée tout au plus égale à 50 cm³ et dont la limite de vitesse par construction n'excède pas 50 km à l'heure; la bicyclette et le cyclomoteur non montés ne sont pas considérés comme des véhicules ;

déclaration d'ouverture du chantier, une déclaration faite au maire ou à l'administrateur de la commune, par le bénéficiaire d'une autorisation de construire, lors de l'ouverture d'un chantier, pour lui permettre d'exercer ses pouvoirs de police en matière de sécurité ;

§

em

dommages corporels, les conséquences pécuniaires de lésions corporelles ou du décès provoqué par un accident ;

dommages matériels, les conséquences pécuniaires directes découlant de la remise en état ou du remplacement des biens détériorés par un accident ;

dommage moral, un préjudice extrapatrimonial constitué par les atteintes la personne dans son affection, son honneur ou sa réputation ; ;

émeute, un mouvement séditionnel accompagné de violences, dirigé contre l'autorité en vue d'obtenir la satisfaction de certaines revendications d'ordre politique ou social ;

entreprise affiliée, une entreprise participante ou une entreprise dans laquelle une participation est détenue ;

entreprise apparentée, une entreprise participante ou une entreprise affiliée à des entreprises participantes de l'entreprise d'assurance ;

entreprise d'assurance, une entreprise ayant reçu l'agrément conformément aux dispositions du présent Code ;

entreprise d'assurance d'un pays tiers, une entreprise n'ayant pas son siège social au Burundi et qui, si elle opérait dans cet espace, serait tenue d'être agréée conformément aux dispositions de l'article 326 du présent Code ;

entreprise de réassurance, une entreprise autre qu'une entreprise d'assurance ou une entreprise d'assurance d'un pays tiers, dont l'activité principale consiste à accepter des risques cédés par une entreprise d'assurance ou une entreprise de réassurance ;

entreprise filiale, une entreprise contrôlée de manière exclusive ou conjointe par une entreprise mère ainsi que toute entreprise sur laquelle une entreprise mère exerce effectivement une influence dominante ; toute entreprise filiale d'une entreprise filiale est également considérée comme filiale de l'entreprise mère ;

entreprise mère, une entreprise qui contrôle de manière exclusive ou conjointe une ou plusieurs autres entreprises ou qui exerce une influence dominante sur une autre entreprise en raison de l'existence de liens de solidarité importants et durables résultant d'engagements financiers de dirigeants ou de services communs ;

entreprise participante, une entreprise mère ou une entreprise qui détient une participation dans une autre entreprise ;

§

EM

faculté, toute marchandise à bord d'un navire s'appliquant par extension à toute marchandise transportée par route, air, rail ; le contrat d'assurance sur faculté permet au propriétaire de la marchandise d'assurer celle-ci pendant le temps où elle est confiée à un transporteur professionnel ;

garantie biennale, une assurance dont la durée est de deux ans à compter de la réception des travaux couvrant le remplacement des éléments mis en œuvre par le constructeur ou les entreprises présentant un défaut de fabrication ;

garantie décennale, une garantie de dix ans à la charge de tout constructeur d'ouvrage envers le maître de l'ouvrage ou l'acquéreur qui couvre l'ensemble des dommages résultant d'un vice du sol, compromettant la solidité de l'ouvrage ou l'affectant dans l'un de ses éléments constitutifs ou dans l'un de ses éléments d'équipement et le rendant impropre à sa destination ;

garantie FAP sauf/Franc d'avaries particulières sauf celles résultant d'un événement, une formule d'assurance qui correspond à une assurance restreinte couvrant généralement les dommages survenus aux marchandises lors des opérations de chargement, de déchargement ainsi que les dommages qui atteignent la cargaison et le vecteur de transport sauf celles énumérées ou résultant d'un ou des événements énumérés au contrat ;

garantie financière, une garantie pouvant résulter d'un engagement de caution pris par un établissement de crédit ou une entreprise d'assurance agréée, qui permet à l'intermédiaire défaillant de faire face à ses engagements vis-à-vis de l'assureur ou de l'assuré ;

garantie tous risques, une forme d'assurance qui garantit les dommages et les pertes matériels, les pertes de poids ou de quantité subis par les marchandises à moins qu'il ne résulte d'une exclusion prévue dans la police ou dans la loi ;

groupe d'assurances, un ensemble constitué par au moins deux entreprises d'assurances d'une entreprise d'assurance ayant son siège dans un pays tiers et une entreprise de réassurance ou une société de groupe d'assurance et une entreprise de réassurance ; les entreprises doivent être liées entre elles par l'entreprise mère et l'entreprise apparentée ;

guerre civile, un affrontement armé entre citoyens d'un même pays ;

guerre étrangère, un affrontement armé entre différents pays, impliquant ou non le Burundi ;

maître d'ouvrage, une personne morale ou physique pour le compte de laquelle une construction est réalisée ;

mandataire non salarié, un collaborateur non rémunéré d'une compagnie ou d'un intermédiaire d'assurance, agissant sous l'entière responsabilité de son mandant et percevant une commission ;

mandataire salarié, un producteur désigné par la société et travaillant sous son autorité, capable de diriger un bureau direct d'une entreprise d'assurance ; il est lié à une compagnie ou à un intermédiaire d'assurance par un contrat de travail ;

mouvement populaire, tout mouvement, spontané ou concerté d'une foule désordonnée causant des dommages ;

participation significative, le fait de détenir, directement ou indirectement 20 % ou plus de droits de vote ou du capital d'une entreprise ;

personne lésée, une personne qui, dans une assurance de responsabilité, est victime d'un dommage dont l'assuré est responsable ;

preneur d'assurance ou souscripteur, une personne physique ou morale qui signe ou au nom de laquelle la police est signée et qui s'engage envers l'assureur ;

prestation d'assurance, le montant payable ou le service à fournir par l'assureur en exécution du contrat d'assurance ;

prime, la somme payée par le preneur d'assurance en contrepartie de l'engagement de l'assureur de prendre en charge le risque ;

proposition d'assurance, un formulaire émanant de l'assureur, à remplir par le preneur et destiné à éclairer l'assureur sur la nature de l'opération, sur les faits et les circonstances qui constituent pour lui des éléments d'appréciation du risque ;

rachat, le versement anticipé de la totalité ou d'un pourcentage du capital constitutif du titre d'un contrat d'assurance sur la vie ;

remorque ou semi-remorque, les véhicules terrestres construits en vue d'être attelés à un véhicule terrestre à moteur et destinés au transport de personnes ou de choses ou bien tout appareil terrestre attelé à un véhicule terrestre à moteur ;

réserve mathématique, la différence entre les valeurs actuelles des engagements respectivement pris par l'assureur et par les assurés ;

risque, un événement futur, aléatoire et incertain ou un terme indéterminé, en dehors de la volonté des parties, contre lequel l'assuré veut se prémunir ;

sinistre, la réalisation totale ou partielle de l'événement faisant l'objet de l'assurance ;

société de groupe d'assurance, une entreprise dont l'activité principale consiste à prendre et à gérer des participations dans des entreprises d'assurances ou dans des entreprises de réassurance situées à l'intérieur ou à l'extérieur du pays ;

société de groupe mixte d'assurance, les entreprises mères disposant d'au moins une entreprise d'assurance, autres que les sociétés de groupe d'assurance et les entreprises d'assurances et ayant son siège social dans le pays ;

sous-traitance, une opération par laquelle un entrepreneur dit entrepreneur principal, confie par une convention appelée sous-traité ou contrat de sous-traitance et sous sa responsabilité à une autre personne nommée sous-traitant, tout ou partie de l'exécution d'un contrat d'entreprise ou du marché public conclu avec le maître de l'ouvrage ;

tiers payeur, la personne ou l'organisme qui, en tout ou en partie, a été appelée à indemniser une personne victime d'un dommage corporel bénéficiaire de la subrogation légale instituée par le présent Code ; la personne ou l'organisme peut engager une action subrogatoire contre l'auteur de l'accident ou son assureur pour être remboursé des sommes versées à la victime ou à ses ayants droit ;

traité de nomination, un contrat qui fixe le cadre dans lequel l'agent général exerce ses fonctions comme mandataire d'une entreprise d'assurance et les conditions de sa rémunération ;

valeur FOB/Free on board ou sans frais à bord, le prix de la marchandise chargée sur le bateau d'un port sans le coût du déchargement, de l'assurance et du transport vers le client ;

véhicule automoteur, tout véhicule destiné à circuler sur le sol et qui peut être actionné par une force mécanique sans être lié à une voie ferrée ; la remorque attelée ou non à un véhicule est considérée comme en faisant partie.




Paragraphe 3: La souscription d'assurance

Article 7 : L'assurance peut être contractée, en vertu d'un mandat général ou spécial ou même sans mandat, pour le compte d'une personne déterminée. Dans ce dernier cas, l'assurance profite à la personne pour le compte de laquelle elle a été conclue alors même que la ratification n'aurait lieu qu'après sinistre.

L'assurance peut aussi être contractée pour le compte de qui il appartiendra.

La clause vaut tant comme assurance au profit du souscripteur du contrat que comme stipulation pour autrui au profit du bénéficiaire connu ou éventuel de ladite clause.

Le souscripteur d'une assurance contractée pour le compte de qui il appartiendra est seul tenu envers l'assureur. Toutefois, les exceptions que l'assureur peut lui opposer sont également opposables au bénéficiaire du contrat, quel qu'il soit.

Article 8 : Sauf autorisation de l'Organe de supervision et de régulation des assurances, il est interdit aux personnes physiques et morales résidant au Burundi de souscrire des contrats d'assurance directs ou de rente viagère non libellés en monnaie nationale.

Sont nuls de plein droit les contrats souscrits en violation des dispositions de l'alinéa premier à dater de l'application du présent Code.

Article 9 : Les parties peuvent convenir, à tout moment, qu'un tiers peut prétendre au bénéfice de l'assurance aux conditions qu'elles déterminent.

Le tiers ne doit pas nécessairement être désigné, ni même exister au moment de la stipulation. Toutefois, il doit être déterminable au jour de l'exigibilité des prestations d'assurance.

Article 10 : Plusieurs risques différents, notamment par leur nature ou par leur taux de prime, peuvent être assurés par un contrat d'assurance unique.

Article 11 : Plusieurs assureurs qui opèrent au Burundi peuvent s'engager par un même contrat d'assurance. Sauf convention contraire, la coassurance n'implique pas la solidarité.

En cas de coassurance, un apériteur doit être désigné dans le contrat. L'apériteur est réputé mandataire des autres assureurs pour recevoir les déclarations prévues par le contrat, percevoir les primes à charge pour lui de les répartir entre les coassureurs en fonction de leurs parts respectives et faire toute diligence requise en vue du règlement des sinistres, en ce compris la détermination du montant de l'indemnité.

L'assuré peut adresser à l'apériteur désigné toutes les significations et les notifications, sauf celles relatives à une action en justice intentée contre les autres coassureurs.

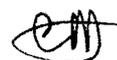
Article 12 : Lorsque l'apériteur n'a pas été désigné dans le contrat, l'assuré peut considérer n'importe lequel des coassureurs comme apériteur pour l'application de l'article 11. Dans ce cas, l'assuré doit s'adresser au même coassureur comme apériteur.

Section 2: De la formation du contrat

Article 13 : Sous peine de nullité, toute police d'assurance contient les mentions suivantes:

- 1° la date du jour où elle est établie ;
- 2° les noms et les domiciles des parties contractantes et, le cas échéant, l'identité de l'assuré et du bénéficiaire déterminé ;
- 3° la chose ou la personne assurée ;
- 4° la nature et l'étendue des risques garantis;
- 5° le montant de la garantie ;
- 6° le moment à partir duquel le risque est garanti et la durée du contrat ;
- 7° les cas et les conditions de prorogation, de tacite reconduction si elle est stipulée, de résiliation du contrat ou de cessation de ses effets ;
- 8° la prime, la cotisation de l'assurance ou la manière de la déterminer ;
- 9° les conditions et les modalités de la déclaration à faire en cas de sinistre ainsi que les mesures à prendre ;
- 10° la procédure et les principes relatifs à la détermination du montant à payer par l'assureur en exécution de la garantie d'assurance pour les assurances autres que celles des risques de responsabilité;
- 11° le délai endéans lequel les prestations sont effectuées ;
- 12° la prescription des actions dérivant du contrat.

8



Article 14 : L'Organe de supervision et de régulation des assurances peut imposer des clauses-types à faire figurer dans les polices d'assurance.

Sous peine de nullité ou de sanctions prévues à l'alinéa 1^{er} de l'article 546, les clauses ainsi édictées doivent être insérées dans les polices d'assurance.

L'assureur qui a posé des questions par écrit au souscripteur ne peut se prévaloir du fait que ce dernier n'a pas déclaré une circonstance non visée au questionnaire, que l'une ou l'autre question n'a pas reçu de réponse ou qu'une question exprimée en termes généraux n'a reçu qu'une réponse imprécise, s'il a conclu le contrat malgré cette omission ou cette imprécision.

Article 15 : La proposition d'assurance n'oblige, ni le candidat preneur d'assurance, ni l'assureur, à conclure le contrat.

La proposition d'assurance acceptée sert de base au contrat d'assurance et en fait partie intégrante.

Est considérée comme acceptée la demande faite, par lettre recommandée ou contre récépissé ou tout autre moyen offrant les mêmes garanties de réception, de prolonger, de modifier un contrat ou de remettre en vigueur un contrat suspendu, si l'assureur ne refuse pas la proposition dans les trente jours après qu'elle lui est parvenue.

Les dispositions de l'alinéa 3 ne sont pas applicables en matière d'assurance sur la vie.

Article 16 : Lors de la souscription, l'assureur est tenu de délivrer au preneur d'assurance une copie de la proposition acceptée, un exemplaire signé de la police et, le cas échéant, des avenants constatant les conventions intervenues. En tout temps, il est tenu de délivrer au preneur d'assurance ou à tout ayant-droit, à sa demande et à ses frais, une copie de la proposition d'assurance, de la police et des avenants.

Section 3: De la preuve du contrat d'assurance

Article 17 : Le contrat d'assurance est constaté par un écrit rédigé dans une des langues officielles en caractères apparents et signé par les parties.

Toute addition ou toute modification au contrat d'assurance doit être constatée par un avenant signé par les parties.

Article 18 : Même avant la délivrance de la police ou de l'avenant, les dispositions de l'article 16 ne font pas obstacle à ce que l'assureur et le preneur d'assurance soient engagés l'un à l'égard de l'autre par la remise d'une note de couverture de l'assureur.

La note de couverture doit préciser les risques assurés, le montant pour lequel ils sont couverts et la durée de la garantie.

Article 19 : Les clauses des polices édictant des nullités, des déchéances, des exclusions ou toutes autres sanctions affectant la garantie d'assurance ne sont valables que si elles sont mentionnées en caractères très apparents et bien lisibles.

Article 20 : Sous réserve des dispositions relatives à l'âge de l'assuré en matière d'assurance sur la vie, le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part du preneur d'assurance, quand la réticence ou la fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé a été sans influence sur le sinistre.

Sauf en matière d'assurance sur la vie, les primes payées demeurent acquises à l'assureur qui a droit au paiement de toutes les primes échues à titre de dommages et intérêts.

Article 21 : L'omission ou la déclaration inexacte n'entraîne pas la nullité du contrat lorsque la mauvaise foi du souscripteur n'est pas établie.

Toutefois, dès qu'il a connaissance de l'omission ou de la déclaration inexacte, l'assureur peut, à son choix, résilier ou maintenir le contrat moyennant une augmentation de prime à déterminer sur base du tarif en vigueur au moment de sa conclusion.

La décision doit être prise et communiquée au preneur d'assurance dans les trente jours de la connaissance des faits.

Lorsque l'assureur propose le maintien du contrat moyennant une augmentation de la prime, le preneur d'assurance a le droit de résilier le contrat dans les trente jours suivant l'offre qui lui est faite.

Lorsque l'assureur opte pour la résiliation du contrat, celle-ci se fait par lettre recommandée ou contre récépissé ou par tout autre moyen offrant les mêmes garanties de réception. La résiliation prend effet à l'expiration du trentième jour de la date de réception de la lettre. L'assureur restitue la fraction de la prime afférente au temps pour lequel il n'assume plus le risque.

Article 22 : Dans le cas où un sinistre se produit avant la régularisation du contrat ou avant que la résiliation visée à l'article 21 n'ait produit ses effets, la prestation de l'assureur peut être réduite dans la proportion du taux des primes payées par rapport au taux des primes qui auraient été dues si les éléments du risque avaient été exactement et complètement déclarés, alors même que la circonstance ignorée de l'assureur a été sans influence sur le sinistre. La proportion se détermine sur la base du tarif en vigueur au moment de la conclusion du contrat.

L'assureur a le droit de décliner toute la garantie s'il prouve que la circonstance non déclarée est telle que, d'après les règles techniques de son exploitation, elle rendrait le risque non assurable pour lui. La prestation est alors limitée au remboursement de la totalité des primes payées.

Article 23 : En cas de contentieux, les clauses obscures, ambiguës, équivoques ou contradictoires s'interprètent en faveur de l'assuré. S'il y a contradiction entre les conditions générales et les stipulations particulières, ces dernières l'emportent sur les premières.

Section 4: Du risque assuré

Article 24 : Lorsque, au moment de la conclusion du contrat, le risque n'existe pas ou s'est déjà réalisé, l'assurance est nulle. Il en est de même de l'assurance d'un risque futur si celui-ci ne naît pas à la date ou dans le délai prévu.

Les primes payées sont restituées au preneur d'assurance sauf dans le cas où celui-ci savait en contractant que le risque s'était déjà réalisé.

Article 25 : Lorsque, au cours d'un contrat d'assurance, le risque cesse d'exister à la suite d'un événement non couvert par la police, l'assurance prend fin de plein droit, sauf application des dispositions relatives à l'aliénation de la chose.

L'assureur restitue la portion de prime afférente au temps ayant suivi la notification de la disparition du risque par le preneur d'assurance.

Article 26 : Lorsque, au cours d'un contrat d'assurance, autre que l'assurance sur la vie ou l'assurance maladie, le risque diminue par la disparition partielle de l'objet assuré, la réduction de sa valeur ou par la disparition de circonstances aggravantes dont il a été tenu compte pour l'établissement de la prime, le preneur d'assurance a le droit de résilier le contrat sans indemnité pour l'assureur, si celui-ci ne consent pas une diminution de prime correspondante sur base du tarif en vigueur au moment de la diminution du risque.




Article 27 : Le preneur d'assurance est tenu, sauf s'il s'agit d'un contrat d'assurance sur la vie ou d'assurance maladie, de déclarer à l'assureur les circonstances nouvelles ou les modifications de circonstances qui, au cours du contrat, ont pour conséquence de rendre inexacts ou caduques les réponses faites à l'assureur dans le questionnaire ayant servi à l'appréciation des risques, en aggravant ceux-ci ou en en créant de nouveaux.

Article 28 : En cas d'aggravation des risques en cours de contrat, tel que, si les circonstances nouvelles avaient été déclarées lors de la conclusion ou du renouvellement du contrat, l'assureur n'aurait pas contracté ou ne l'aurait fait que moyennant une prime plus élevée, l'assureur a la faculté soit de dénoncer le contrat, soit de proposer la modification du contrat avec effet rétroactif au jour de l'aggravation.

Article 29 : En cas de dénonciation du contrat, la résiliation ne peut prendre effet qu'à l'expiration d'un délai de trente jours à compter de la notification de la décision au preneur d'assurance par lettre recommandée ou contre récépissé ou tout autre moyen de communication offrant les mêmes garanties. L'assureur doit alors restituer la portion de prime afférente à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru pour lui.

Article 30 : Lorsque l'assureur choisit la modification du contrat, si le preneur d'assurance ne donne pas suite à la proposition de l'assureur ou s'il refuse expressément la modification de prime dans le délai de trente jours à compter de la proposition, l'assureur peut résilier le contrat au terme dudit délai et avec effet immédiat.

Article 31 : L'assureur ne peut plus se prévaloir de l'aggravation des risques quand, après en avoir été informé de quelque manière que ce soit, il a manifesté son consentement au maintien de l'assurance, spécialement en continuant à recevoir les primes ou en payant une indemnité après un sinistre.

Si la constatation de l'aggravation n'a lieu qu'après la survenance d'un sinistre, les dispositions de l'article 22 sont d'application.

Article 32 : Les dispositions des articles 28 à 30 ne sont applicables ni aux assurances sur la vie ni à l'assurance maladie lorsque l'état de santé de l'assuré se trouve modifié.



Section 5: De la prime d'assurance

Article 33 : Le preneur d'assurance est tenu de payer la prime d'assurance aux époques convenues.

Sauf convention contraire, la prime d'assurance est payable au domicile de l'assureur ou du mandataire désigné par lui.

Elle n'est valablement payée que sur remise d'une quittance signée de l'assureur, de son mandataire ou de celui qui apparaît comme tel.

La prise d'effet de la garantie est subordonnée au paiement préalable de la première prime d'assurance.

Article 34 : A chaque échéance de la prime annuelle, en cas de contrat renouvelé par tacite reconduction, l'assureur est tenu d'aviser, au moins trente jours calendaires à l'avance, le preneur d'assurance ou l'assuré, de la date d'échéance et du montant de la somme dont il est redevable, en précisant la nature du contrat d'assurance correspondant à l'avis d'échéance.

Article 35 : Lorsqu'une prime ou une fraction de prime d'un contrat renouvelé par tacite reconduction est impayée dix jours après son échéance, la garantie est suspendue trente jours après la réception de la mise en demeure de l'assuré.

Au cas où la prime annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non paiement d'une des fractions de prime, produit ses effets jusqu'au terme du contrat sans qu'il soit besoin de la renouveler.

Article 36 : Le contrat non résilié reprend pour l'avenir ses effets à midi le lendemain du jour où ont été payées, à l'assureur ou au mandataire désigné par lui à cet effet, la prime arriérée ou en cas de fractionnement de la prime annuelle, les fractions de prime ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, le cas échéant, les frais de poursuite et de recouvrement.

Article 37 : L'assureur ne peut, par une clause du contrat, déroger à l'obligation de la mise en demeure. Passé le délai de trente jours de mise en demeure, tout contrat non renouvelé perd sa validité.



Article 38 : La mise en demeure ou la résiliation pour non paiement de prime doit se faire par lettre recommandée ou lettre contresignée.

Toutefois, l'assureur qui donne sa garantie, en fixant une date de prise d'effet dans les documents contractuels sans pour autant que la prime ait été payée, ne peut en aucun cas se prévaloir des dispositions de l'article 36 pour refuser la prise en charge d'un sinistre qui surviendrait lorsque les dispositions de l'article 37 n'ont pas été mises en application.

Article 39 : Les dispositions des articles 35 à 38 ne sont pas applicables à l'assurance sur la vie.

Section 6: Des obligations de l'assuré en cas de sinistre

Article 40 : L'assuré doit donner à l'assureur avis dès qu'il en a connaissance et au plus tard dans un délai de quinze jours, sauf cas de force majeure, de tout événement de nature à entraîner la garantie de l'assureur.

Toutefois, le délai maximum est ramené à quatre jours en matière d'assurance contre la grêle, à deux jours pour le cas de vol et à vingt-quatre heures en cas de mortalité de bétail.

Les délais visés aux alinéas 1^{er} et 2 peuvent être prolongés de commun accord entre les parties.

L'avis du sinistre, donné sous une forme quelconque, doit être confirmé et complété par une déclaration écrite.

Article 41 : Dans toute assurance à caractère indemnitaire, le preneur d'assurance doit faire diligence pour prévenir ou atténuer les dommages pouvant résulter d'un sinistre.

Le preneur d'assurance doit fournir sans retard tous les renseignements utiles qu'il détient et qui sont demandés par l'assureur pour lui permettre de déterminer les circonstances du sinistre et fixer l'étendue des prestations dues ; à défaut, le preneur d'assurance peut voir le montant de sa garantie réduite par l'assureur.

Article 42 : Est nulle toute clause édictant la déchéance de la garantie en raison du retard dans la déclaration du sinistre ou dans la production de pièces, sans préjudice pour l'assureur de réclamer une indemnité proportionnelle au dommage lui causé par le retard.



Article 43 : Est nulle toute clause générale frappant de déchéance l'assuré en cas de violation des lois ou des règlements, à moins que la violation ne constitue un crime ou un délit intentionnel.

Article 44 : L'assureur peut décliner sa garantie si, dans le but de l'induire en erreur, le preneur d'assurance omet de déclarer ou déclare inexactement des faits qui auraient exclu ou restreint l'obligation de l'assureur, s'il exagère sciemment et volontairement l'importance du dommage dans le but d'obtenir une indemnité plus forte que celle à laquelle il a droit, ou si, dans le même but, il omet de faire ou fait tardivement les communications des pièces ou des renseignements demandés par l'assureur.

Section 7: Des obligations de l'assureur en cas de sinistre

Article 45 : L'assureur répond des pertes et des dommages occasionnés par des cas fortuits ou causés par la faute de l'assuré sauf exclusion formelle et limitée contenue dans la police.

Article 46 : Nonobstant toute convention contraire, l'assureur ne peut être tenu de fournir sa garantie à l'égard de quiconque a causé intentionnellement le sinistre.

La charge de la preuve du caractère intentionnel incombe à l'assureur.

Article 47 : Sauf convention contraire, l'assureur ne répond pas des pertes et des dommages résultant directement du fait de la guerre étrangère, de la guerre civile, des émeutes ou des mouvements populaires.

Article 48 : L'assureur, saisi d'une réclamation, est tenu d'avertir par écrit, dans un délai maximum de trois mois, l'assuré et les personnes lésées, de son intention d'intervenir ou non dans l'indemnisation. Lorsque l'assureur estime ne pas devoir intervenir ou si le dossier est incomplet, l'information est motivée et indique les éléments qui font défaut.

Article 49 : Lorsque le contrat couvre plusieurs garanties au profit d'un même bénéficiaire, la prestation doit être exécutée pour chaque garantie distinctement et sans attendre les conclusions relatives aux autres garanties.

Article 50 : La réclamation est considérée comme acceptée dans tous ses éléments si l'assureur n'y a pas donné une suite quelconque conformément aux dispositions de l'article 48.

Toutefois, pour les assurances de dommages, l'alinéa 1^{er} est interprété dans le sens des dispositions de l'article 79.

§



Article 51 : L'assureur doit exécuter la prestation déterminée d'après le contrat dans un délai n'excédant pas trente jours qui suivent la date de fixation du montant par accord des parties ou par application de l'alinéa 1^{er} de l'article 50.

Article 52 : Dans tous les cas où l'assureur se réassure contre les risques assurés, il reste seul responsable vis-à-vis de l'assuré.

Article 53 : Les sommes non versées dans le délai prescrit à l'article 51 produisent de plein droit un intérêt calculé au taux légal ou judiciaire depuis la date d'exigibilité jusqu'au paiement effectif.

Article 54 : Dès qu'il est déterminé de commun accord entre le bénéficiaire de la prestation et l'assureur, s'il s'agit d'une assurance de choses, le montant de la prestation de l'assurance est dû au bénéficiaire et doit être intégralement payé à ce dernier dans les délais, conformément aux dispositions de l'article 51.

Le montant de la prestation sert à la reconstruction du patrimoine par la remise effective à l'état initial du bien endommagé, excepté dans le cas où la remise en état est irréalisable ou s'avère pratiquement difficile à réaliser.

Section 8: De la durée, de la fin et de la transmission du contrat

Article 55 : La durée du contrat d'assurance est fixée dans la police et doit être mentionnée en caractères apparents et bien lisibles.

Pour les contrats de plus de trois ans, la durée doit figurer directement au-dessus de la signature du souscripteur.

Exceptée l'assurance sur la vie, la durée du contrat ne peut pas dépasser dix ans.

Article 56 : Les parties peuvent stipuler que le contrat sera prorogé tacitement lorsque ni l'assureur ni le preneur d'assurance n'a déclaré vouloir y renoncer.

La police doit, dans ce cas, mentionner que la durée de chacune des prorogations successives du contrat par tacite reconduction ne peut en aucun cas être supérieure à une année.

Article 57 : Chacune des parties peut, pour les contrats d'assurance d'une durée supérieure à un an, résilier le contrat chaque année à la date d'échéance annuelle moyennant un préavis d'au moins un mois.

Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas à l'assurance sur la vie.

§

AM

Article 58 : Dans le cas où une police prévoit pour l'assureur la faculté de résilier le contrat après sinistre, la résiliation ne peut prendre effet qu'après l'expiration d'un délai d'un mois à dater de la notification au preneur d'assurance faite au plus tard un mois après le paiement ou le refus de paiement de la prestation.

La résiliation peut prendre effet lors de la notification lorsque le preneur d'assurance, l'assuré ou le bénéficiaire a manqué à l'une des obligations nées de la survenance du sinistre dans l'intention de tromper l'assureur.

La police reconnaît au preneur d'assurance le même droit, dans le délai d'un mois de la notification de la résiliation de la police frappée par le sinistre, de résilier les autres contrats d'assurance qu'il peut avoir souscrits auprès de l'assureur ; la résiliation prenant effet immédiat à dater de la notification à l'assureur.

Article 59 : La faculté de résiliation ouverte à l'assureur et au preneur d'assurance par application de l'article 58 comporte la restitution par l'assureur des portions de primes afférentes à la période pour laquelle les risques ne sont plus garantis.

Article 60 : La faculté de l'assureur de résilier le contrat après sinistre n'existe pas en matière d'assurance sur la vie ou d'assurance maladie.

Toute stipulation contraire est réputée non écrite.

Article 61 : En cas de faillite ou de liquidation judiciaire du preneur d'assurance, l'assurance subsiste au profit de la masse des créanciers qui devient débitrice envers l'assureur du montant des primes à échoir à partir de l'ouverture de la faillite ou de la liquidation judiciaire.

Toutefois, l'assureur et le curateur de la faillite ont, à partir de l'ouverture de la faillite ou de la liquidation judiciaire, le droit de résilier le contrat dans les trois mois. La portion de prime afférente au temps pendant lequel l'assureur ne couvre plus le risque est restituée à la masse.

Article 62 : En cas de faillite ou de liquidation judiciaire de l'assureur, les contrats qu'il détient dans son portefeuille cessent de plein droit d'avoir effet le quarantième jour à midi à compter de la déclaration de la faillite ou de la liquidation judiciaire.

Les primes sont dues proportionnellement à la période de garantie.

Article 63 : En cas de transmission à la suite du décès du preneur d'assurance, l'assurance continue de plein droit au profit de l'héritier à charge pour lui d'exécuter toutes les obligations dont le preneur d'assurance était tenu vis-à-vis de l'assureur en vertu du contrat.

S'il y a plusieurs héritiers, ils sont tenus solidairement au paiement des primes jusqu'à leur sortie de l'indivision. Après le partage de l'héritage, l'héritier qui recueille le bien reste seul tenu à cette obligation.

Il est toutefois loisible à l'héritier de résilier le contrat d'assurance dans un délai de trois mois à partir de la date du décès ou à l'assureur à partir de la date où il a pris connaissance du décès. La portion de prime afférente au temps pendant lequel l'assureur ne couvre plus le risque est restituée à l'héritier.

Article 64 : En cas de cession entre vifs d'un bien immobilier, l'assurance prend fin de plein droit trois mois après la date de l'enregistrement de la vente. Jusqu'à l'expiration de ce délai, la garantie accordée au cédant est acquise au cessionnaire, sauf si ce dernier bénéficie d'une garantie résultant d'un autre contrat.

Article 65 : En cas de cession entre vifs d'un bien meuble autre qu'un véhicule automoteur, l'assurance prend fin de plein droit dès que l'assuré n'a plus la possession du bien, sauf si les parties au contrat d'assurance conviennent d'une autre date.

Article 66 : En cas de cession entre vifs d'un véhicule automoteur, le contrat d'assurance est suspendu de plein droit à partir du cinquième jour franc suivant l'aliénation; il peut être résilié par chacune des parties moyennant préavis de dix jours.

Article 67 : A défaut de remise en vigueur par l'accord des parties ou de résiliation par l'une d'elles, le contrat est résilié de plein droit à l'expiration d'un délai de six mois à dater de l'aliénation.

Le preneur d'assurance est tenu d'informer l'assureur de la date d'aliénation.

Section 9: Des compétences et des prescriptions

Article 68 : Dans toutes les instances relatives à l'application du présent Code, le défendeur est assigné devant le tribunal de son domicile, de quelque espèce d'assurance qu'il s'agisse, sauf en matière d'immeubles ou de meubles par nature, auquel cas le défendeur est assigné devant le tribunal de la situation des objets assurés.

Toutefois, s'il s'agit d'assurance de la responsabilité ou contre les accidents de toute nature, l'assureur peut être assigné devant le tribunal du lieu où s'est produit le fait dommageable.

Article 69 : Toute action dérivant d'un contrat d'assurance est prescrite par trois ans à compter du jour de l'événement qui y donne ouverture.

Toutefois, le délai court :

1° en cas de réticence, d'omission, de déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru ou sur le sinistre, du jour où l'assureur en a eu connaissance ;

2° en cas de sinistre, du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là, sans pouvoir excéder dix ans à dater de l'événement.

Article 70 : L'action, résultant du droit propre que la personne lésée possède contre l'assureur en vertu des dispositions légales qui ne sont pas en contradiction avec le présent Code, se prescrit à compter du fait donnant ouverture à ce droit.

Article 71 : Sauf en cas de fraude, l'action récursoire de l'assureur contre le preneur d'assurance ou l'assuré se prescrit à compter du jour du paiement par l'assureur.

Article 72 : La durée de la prescription est portée à dix ans pour le preneur d'assurance, l'assuré, le bénéficiaire ou la personne lésée qui se trouve, par cas de force majeure soit dans l'impossibilité d'agir dans les délais, soit dans l'ignorance du contrat ou de son droit aux prestations d'assurance.

Article 73 : La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie et dans les contrats d'assurance contre les accidents lorsque le bénéficiaire est une personne autre que le preneur d'assurance.

Article 74 : La prescription court même contre les mineurs, les interdits et les incapables lorsqu'ils sont pourvus d'un tuteur, d'un conseil judiciaire ou d'un curateur conformément à leur statut personnel.

Article 75 : La durée de la prescription ne peut être abrégée par une clause de la police d'assurance.

Article 76 : Lorsque la réclamation des prestations est introduite en temps utile, la prescription est interrompue jusqu'au moment où l'assureur a fait connaître par écrit sa décision.

8

Sans préjudice des dispositions relatives à l'interruption de la prescription en matière civile, la prescription est également interrompue par :

- 1° la désignation d'experts à la suite d'un sinistre ;
- 2° l'envoi d'une lettre recommandée ou contre récépissé adressée par l'assuré, le bénéficiaire ou la personne lésée à l'assureur.

La prescription de l'action en paiement de la prime est interrompue par l'envoi d'une lettre recommandée ou contre récépissé adressée par l'assureur au preneur d'assurance.

CHAPITRE II: DES DISPOSITIONS PROPRES AUX ASSURANCES DE DOMMAGES

Section 1: Des règles générales

Article 77 : L'assurance de dommages est celle dans laquelle la prestation de l'assureur dépend d'un événement incertain qui cause un dommage dont la réparation protège le patrimoine de l'assuré.

Article 78 : L'assuré doit pouvoir justifier d'un intérêt économique à la conservation de la chose ou à l'intégrité du patrimoine. Dans le cas d'une assurance pour compte de qui il appartiendra, l'assuré est celui qui justifie de l'intérêt d'assurance lors de la survenance du sinistre.

Article 79 : Les prestations en assurance de dommages doivent réparer intégralement le préjudice subi par l'assuré ou dont celui-ci est responsable sans pouvoir dépasser ni la limite du préjudice ni les garanties figurant dans le contrat.

La privation d'usage d'un bien ainsi que le manque de gain prouvé peuvent être des éléments constitutifs de dommage.

Article 80 : Les frais raisonnablement exposés par l'assuré, de sa propre initiative ou à la demande de l'assureur, pour prévenir le sinistre en cas de danger imminent ou s'il a commencé, pour en atténuer les conséquences, sont à charge de l'assureur, alors même que leur montant joint à celui du dommage excéderait la somme assurée et que les diligences faites auraient été sans résultat. Les frais sont refusés en tout ou en partie s'ils ont été faits de manière inconsidérée ou s'il y a fraude.

Article 81 : Les parties peuvent convenir que l'assuré reste son propre assureur pour une quotité déterminée ou qu'il supporte une déduction fixée d'avance sur l'indemnité du sinistre.

§



Article 82 : Nul ne peut réclamer le bénéfice d'une assurance dommage s'il n'a pas éprouvé un préjudice. Il appartient à celui qui revendique une indemnité de fournir la preuve du dommage dans sa cause et dans son ampleur.

Article 83 : Sauf convention contraire, les prestations dues en exécution d'un contrat d'assurance à caractère indemnitaire ne sont pas diminuées des prestations dues en exécution d'une garantie à caractère forfaitaire.

Article 84 : Lorsque plusieurs assurances contre un même risque et pour un même intérêt sont contractées de manière dolosive ou frauduleuse, le contrat d'assurance est nul en application de l'article 20, premier alinéa.

Article 85 : Lorsque les assurances sont contractées sans fraude, chacune d'elles produit ses effets dans les limites des garanties du contrat et suivant les modalités prévues par les dispositions de l'article 86, quelle que soit la date à laquelle l'assurance a été souscrite. Dans ces limites, le bénéficiaire peut obtenir l'indemnisation des dommages en s'adressant à l'assureur de son choix.

Article 86 : Dans les rapports entre assureurs, la contribution de chacun d'eux est déterminée en appliquant au montant du dommage le rapport existant entre l'indemnité qu'il aurait versée s'il avait été seul et le montant cumulé des indemnités qui auraient été à la charge de chaque assureur s'il avait été seul.

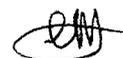
Article 87 : Sauf convention contraire, si la valeur de l'intérêt assurable peut être déterminée et si le montant assuré lui est inférieur, l'assureur n'est tenu que dans la proportion dudit montant à ladite valeur et l'assuré supporte sa part proportionnelle du dommage.

Article 88 : L'assureur qui a payé l'indemnité est subrogé, jusqu'à concurrence du montant de celle-ci, dans les droits et les actions de l'assuré ou du bénéficiaire contre le tiers responsable du dommage.

Si par le fait de l'assuré ou du bénéficiaire, la subrogation ne peut plus produire ses effets en faveur de l'assureur, celui-ci peut lui réclamer la restitution de l'indemnité versée dans la mesure du préjudice subi.

La subrogation ne peut nuire à l'assuré ou au bénéficiaire qui n'aurait été indemnisé qu'en partie. Dans ce cas, il peut exercer ses droits, pour ce qui lui reste dû, par préférence à l'assureur.

8



Par dérogation aux dispositions des alinéas 1^{er} et 2 du présent article, l'assureur n'a aucun recours contre le conjoint, les enfants, les descendants, les ascendants et les alliés en ligne directe, les préposés, les employés, les ouvriers ou les domestiques et généralement toute personne vivant au foyer de l'assuré ainsi que ses hôtes.

Toutefois, l'assureur peut exercer un recours contre les personnes visées à l'alinéa 4 en cas de malveillance ou dans la mesure où leur responsabilité est effectivement garantie par un contrat d'assurance.

Section 2: Des dispositions communes aux assurances de chose

Article 89 : Les montants assurés sont fixés par le preneur d'assurance et sous sa responsabilité.

Les parties peuvent convenir de commun accord :

1° de la valeur de reconstruction, de reconstitution ou de remplacement, même sans réduction de la dépréciation résultant de la vétusté ;

2° de la valeur qu'elles entendent attribuer à des biens déterminés.

Article 90 : Lorsqu'un contrat d'assurance a été consenti pour une somme supérieure à la valeur de la chose assurée, s'il y a eu dol ou fraude de l'une des parties, l'autre partie peut en demander l'annulation et réclamer en outre des dommages et intérêts, s'il y a lieu.

En l'absence de dol ou de fraude, le contrat est valable jusqu'à concurrence de la valeur réelle des objets assurés et l'assureur n'a pas droit aux primes pour l'excédent. Seules les primes échues lui restent définitivement acquises ainsi que la prime de l'année courante quand elle est à terme échu.

Article 91 : Sauf convention contraire, les déchets, les diminutions et les pertes subies par la chose assurée provenant de son vice propre ne sont pas à la charge de l'assureur.

Article 92 : Sauf convention contraire, l'assuré ne peut faire aucun abandon des objets assurés.

Article 93 : L'assuré ne peut, de sa propre autorité, apporter sans nécessité aux biens, après sinistre, des modifications de nature à rendre impossible ou plus difficile la détermination des causes du sinistre ou de l'estimation du dommage.

Si l'assuré se comporte en contradiction avec les dispositions de l'alinéa 1^{er} et qu'il en résulte un préjudice pour l'assureur, celui-ci a le droit de prétendre à une réduction de sa prestation à concurrence du préjudice subi ou de réclamer des dommages et intérêts.

L'assureur peut décliner sa garantie, si dans une intention frauduleuse, l'assuré n'a pas respecté les dispositions de l'alinéa 1^{er}.

Article 94 : Les indemnités dues en vertu d'un contrat d'assurance de choses sont attribuées, sans qu'il y ait besoin de délégation expresse, aux créanciers privilégiés ou hypothécaires suivant leur rang, dans la mesure où elles ne sont pas affectées contractuellement à la reconstruction, à la reconstitution, au remplacement ou à la réparation effective des biens assurés.

Aucune exception ou aucune déchéance dérivant d'un fait postérieur au sinistre ne peut être opposée par l'assureur au créancier hypothécaire et privilégié.

La suspension de la garantie de l'assureur, la réduction du montant de l'assurance et la résiliation du contrat sont opposables au créancier sauf si ce dernier a averti préalablement l'assureur de son droit de préférence au quel cas, l'opposabilité à son égard ne prend cours que trente jours après la notification de la réduction, de la suspension ou de la résiliation faite par l'assureur au créancier.

Toutefois, le paiement fait de bonne foi à l'assuré avant opposition, libère valablement l'assureur.

Article 95 : L'assureur a un privilège sur la chose assurée pour la prime relative à la période pendant laquelle il a couvert effectivement le risque, avec un maximum de deux primes annuelles.

Ledit privilège est dispensé de toute inscription et prend rang immédiatement après celui des frais de justice.

Section 3: Des dispositions propres à l'assurance incendie

Article 96 : L'assureur contre l'incendie s'engage à indemniser l'assuré des pertes et des dommages matériels causés aux biens assurés par l'incendie, la foudre, les implosions, les explosions ainsi que par la chute ou le heurt d'appareils de navigation aérienne ou spatiale, par des objets qui en tombent ou qui en sont projetés et par le heurt de véhicules.

Sont compris dans la garantie d'assurance, même lorsque le sinistre se produit en dehors des biens assurés, les dégâts occasionnés par :

- 1° les secours et tout moyen d'extinction, de préservation ou de sauvetage, considérément portés ou utilisés ;
- 2° les démolitions et les destructions ordonnées pour arrêter les progrès d'un incendie ;
- 3° l'effondrement de bâtiment pour autant qu'il soit la conséquence directe et exclusive d'un sinistre couvert.

Les détériorations, les pertes et les disparitions survenues pendant l'incendie ou les opérations de sauvetage sont garanties par l'assureur, sauf s'il est prouvé que les pertes ou les disparitions proviennent d'un vol.

Article 97 : Sans préjudice des dispositions relatives aux conséquences de l'aggravation ou de la diminution du risque, l'assurance continue à couvrir les objets assurés qui ont été transférés à la suite d'un sinistre en un autre lieu que celui indiqué dans le contrat.

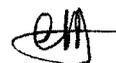
Article 98 : Moyennant convention expresse dans le contrat, l'assurance contre l'incendie peut être étendue aux dommages d'incendie et aux autres dégâts causés directement par les éruptions de volcans, les tremblements de terre, les tempêtes, les ouragans, les cyclones et les autres cataclysmes de la nature.

Article 99 : La police d'assurance contre l'incendie peut étendre les garanties à la couverture des réclamations de tiers et aux frais encourus consécutivement à la survenance d'un sinistre couvert.

Sauf convention expresse contraire, les dommages résultant de lésions corporelles ne sont pas garantis.

Article 100 : Sauf convention contraire, s'il n'y a eu ni incendie ni commencement d'incendie susceptible de dégénérer en incendie véritable, l'assureur contre l'incendie ne répond pas des dommages causés aux biens assurés par :

- 1° la seule action de la chaleur, de la lumière ou par le contact direct et immédiat du feu ou d'une substance incandescente ;
- 2° les émanations, les projections ou les chutes de combustibles ;

3° la combustion spontanée ou d'autres vices propres de la chose assurée ;

4° les phénomènes d'ordre électrique s'exerçant sur les appareils électriques ou électroniques, partiellement ou totalement.

Sauf stipulation contraire, la destruction totale ou partielle d'objets tombés, jetés ou posés dans ou sur un foyer est exclue de la garantie.

Article 101 : Sans préjudice des dispositions de l'article 54, les parties peuvent convenir, notamment lorsque la valeur assurée est fixée en valeur à neuf, que l'indemnité n'est payable qu'au fur et à mesure de la reconstruction ou de la reconstitution des biens assurés.

Le défaut ou l'impossibilité de reconstruction ou de reconstitution desdits biens pour une cause étrangère à la volonté de l'assuré est sans effet sur le calcul de l'indemnité sauf sur l'application de la valeur à neuf.

Dans ce cas, le paiement de l'indemnité doit être effectué dans les trente jours qui suivent la date de fixation du montant des dommages par accord des parties ou par décision judiciaire.

Article 102 : L'indemnité due par l'assureur de la responsabilité locative est dévolue, tant en cas de location que de sous-location, au propriétaire du bien loué, à l'exclusion des autres créanciers du locataire ou du sous-locataire.

L'indemnité due par l'assureur en cas de recours des tiers est dévolue exclusivement à ces derniers.

Le propriétaire et les tiers possèdent un droit propre contre l'assureur.

Section 4: Des dispositions communes aux assurances de responsabilité

Article 103 : Les assurances de responsabilité ont pour objet de garantir l'assuré contre toute demande d'indemnité fondée sur la survenance du dommage prévu au contrat et de tenir, dans les limites de la garantie, son patrimoine indemne de toute dette résultant d'une responsabilité établie, étant entendu que les sanctions pénales demeurent formellement exclues de l'assurance.

Article 104 : L'assureur de la responsabilité est garant des pertes et des dommages causés au tiers par le fait, l'omission, l'imprudence ou la négligence de l'assuré ainsi que de ceux causés par les personnes dont l'assuré est civilement responsable, quelles que soient la nature et la gravité des fautes de ces personnes ou par des choses dont il a la garde.

Sauf convention contraire, la garantie porte sur les dommages survenus pendant la durée du contrat et s'étend aux réclamations formulées après la fin du contrat.

Article 105 : Dans les assurances de responsabilité, lorsque la responsabilité a été établie, l'assureur n'est tenu que si, à la suite du fait dommageable prévu au contrat, une réclamation amiable ou judiciaire est faite par le tiers lésé, à l'assuré ou à l'assureur.

L'indemnité due par l'assureur est acquise à la personne lésée à l'exclusion des autres créanciers de l'assuré.

Article 106 : L'assurance fait naître au profit de la personne lésée un droit propre, assorti d'une action directe contre l'assureur dans les limites de la garantie prévue au contrat d'assurance.

L'assureur ne peut payer à un autre que le tiers lésé ou ses ayants-droit tout ou partie de la somme due par lui, tant que ledit tiers n'a pas été désintéressé, jusqu'à concurrence de ladite somme, des conséquences pécuniaires du fait dommageable ayant entraîné la responsabilité de l'assuré.

Article 107 : L'assureur peut stipuler qu'aucune reconnaissance de responsabilité, aucune transaction, aucune indemnisation ou promesse d'indemnisation faite par l'assuré à la personne lésée sans son accord préalable ne lui sont opposables.

Toutefois, l'assureur ne peut pas décliner sa garantie dans le cas où l'assuré ne pouvait, sans manquement grave à l'équité, éviter de faire cette reconnaissance ou de désintéresser le tiers lésé.

Le simple aveu de la matérialité d'un fait, la prise en charge par l'assuré des premiers secours pécuniaires et des soins médicaux immédiats ne peuvent constituer une cause de refus de garantie par l'assureur. Celui-ci ne peut davantage se prévaloir d'une reconnaissance spontanée de responsabilité si la reconnaissance ne constitue pas la seule preuve de responsabilité.

§

en

Article 108 : A partir du moment où la garantie de l'assureur est susceptible d'être mise en œuvre et pour autant qu'il y soit fait appel, l'assureur a l'obligation de prendre fait et cause pour l'assuré tant au pénal qu'au civil dans les limites de la garantie.

Pour les actes civils et dans la mesure où les intérêts de l'assureur et de l'assuré coïncident, l'assureur a le droit de réagir, à la place de l'assuré, à la réclamation de la personne lésée et peut l'indemniser s'il y a lieu.

Les interventions de l'assureur n'impliquent aucune reconnaissance de responsabilité dans le chef de l'assuré et ne peuvent lui causer préjudice.

Le contrat d'assurance de responsabilité civile ne peut contenir aucune clause interdisant à l'assuré de mettre en cause son assureur ni de l'appeler en garantie à l'occasion d'un règlement du sinistre. Toute stipulation contraire est réputée non écrite.

Article 109 : Tout acte judiciaire ou extrajudiciaire relatif à un sinistre doit être transmis à l'assureur dès sa notification, sa signification ou sa remise à l'assuré, sous peine de répondre, en cas de négligence, de tous dommages et intérêts dus à l'assureur en réparation du préjudice subi.

Article 110 : Dans tout procès intenté par la personne lésée contre l'assuré ou l'assureur, celui contre lequel l'action est dirigée doit appeler l'autre à la cause. Selon le cas, l'assureur ou l'assuré peut décider d'intervenir volontairement dans le procès intenté par la personne lésée contre l'un ou l'autre. Le preneur d'assurance, s'il est autre que l'assuré, peut intervenir volontairement ou être mis en cause dans tout procès intenté contre l'assureur ou l'assuré.

Le tiers lésé et ses ayants droit ne peuvent se prévaloir à l'égard de l'assureur d'un jugement de condamnation aux dommages et intérêts rendu contre l'assuré, sauf s'il est établi que l'assureur a été appelé à l'instance ou qu'il a assuré la direction du procès.

Article 111 : Sauf dispositions contraires relatives aux assurances obligatoires de la responsabilité civile, l'assureur ne peut opposer à la personne lésée que les exceptions, les nullités et les déchéances dérivant de la loi ou du contrat d'assurance et trouvant leur cause dans un fait antérieur au sinistre.

Article 112 : A concurrence de la garantie, l'assureur paie l'indemnité due en principal et même au-delà des limites de la garantie les intérêts afférents à l'indemnité due en principal.

L'assureur paie, même au-delà des limites de la garantie, les frais afférents aux actions civiles, les honoraires des avocats et des experts ainsi que les frais engagés par ces derniers, seulement dans la mesure où les frais ont été exposés par lui ou avec son accord. En cas de conflit d'intérêts, l'assureur paie le montant global arrêté par voie d'arbitrage ou par le juge.

Article 113 : Toute procédure de règlement transactionnel d'un sinistre doit être clôturée par une offre écrite établie par l'assureur ou le bénéficiaire de la garantie d'assurance. L'offre mentionne les éléments du dommage sur lesquels elle porte et indique le montant du règlement et son mode de paiement.

A défaut d'offre transactionnelle préalable, la transaction peut être dénoncée dans un délai de huit jours ouvrables.

CHAPITRE III: DES DISPOSITIONS RELATIVES AUX ASSURANCES DE PERSONNES

Section 1: Des règles communes

Article 114 : En matière d'assurance sur la vie, d'assurance contre les accidents corporels et d'assurance maladie, les sommes assurées sont fixées par le contrat, hors les cas où les montants à allouer sont fixés en fonction du préjudice réellement subi.

Article 115 : L'assureur qui a exécuté les prestations assurées n'est pas subrogé dans les droits du preneur d'assurance ou du bénéficiaire.

Article 116 : Les prestations que le bénéficiaire obtient au titre d'un contrat d'assurance sur la vie ne réduisent pas les indemnités ou les prestations qui lui reviennent à quelque autre titre.

Article 117 : La police doit être établie au nom du preneur d'assurance ; elle ne peut être ni à ordre ni au porteur.

Toute police établie en contravention du présent article est nulle de plein droit.

Article 118 : Le médecin choisi par l'assuré ou désigné par l'assureur remet à l'assuré qui lui en fait la demande les certificats médicaux nécessaires à la conclusion ou à l'exécution du contrat.

§

211

Les examens médicaux nécessaires à la conclusion ou à l'exécution du contrat ne peuvent être fondés que sur les antécédents déterminant l'état de santé actuel du candidat assuré et non sur des techniques d'analyse génétique propres à déterminer son état de santé futur.

Pour autant que l'assureur justifie de l'accord préalable de l'assuré, le médecin de celui-ci transmet au médecin-conseil de l'assureur un certificat établissant la cause de décès.

Section 2: Des contrats d'assurance sur la vie

Article 119 : Les dispositions de la présente section s'appliquent à tous les contrats d'assurance de personnes dans lesquels la survenance de l'événement assuré ne dépend que de la durée de la vie humaine. Les assurances de personnes ont exclusivement un caractère forfaitaire.

Article 120 : La vie d'une personne peut être assurée par la personne elle-même ou par un tiers. Plusieurs personnes peuvent contracter une assurance réciproque sur la tête de chacune d'elles par un seul et même acte.

Article 121 : L'assurance en cas de décès contractée par un tiers sur la tête de l'assuré est nulle si ce dernier n'a pas donné son consentement par écrit avec indication du capital ou de la rente initialement garantie.

Sous peine de nullité absolue, pour les enfants mineurs de plus de cinq ans, le consentement doit être accompagné de l'autorisation de la personne qui est investie de l'autorité parentale sur eux.

Le consentement de l'assuré doit, à peine de nullité, être donné par écrit pour toute cession ou toute constitution de gage et pour le transfert du bénéfice du contrat souscrit sur sa tête par un tiers.

Article 122 : Est nulle toute disposition prévoyant des prestations en cas de décès d'une personne âgée de moins de cinq ans, sauf si le capital souscrit est limité au coût des frais funéraires.

Est nulle toute disposition prévoyant des prestations en cas de décès reposant sur la tête d'un majeur en tutelle, d'un interdit, d'une personne placée dans un établissement psychiatrique d'hospitalisation.

La nullité est prononcée à la demande de l'assureur, du preneur d'assurance ou du représentant de l'incapable.

L'assureur doit restituer les primes du contrat déclaré nul.

Article 123 : Dès la prise d'effet du contrat d'assurance sur la vie, l'assureur ne peut plus invoquer les omissions ou les inexactitudes non intentionnelles dans les déclarations du preneur d'assurance ou de l'assuré.

Article 124 : L'erreur sur l'âge de l'assuré n'entraîne la nullité de l'assurance que lorsque son âge véritable se trouve en dehors des limites fixées pour la conclusion des contrats par les tarifs de l'assureur.

Dans tout autre cas, par suite d'une erreur de ce genre, si la prime payée est inférieure à celle qui aurait dû être acquittée, le capital est réduit en proportion de la prime perçue et de celle qui aurait correspondu à l'âge véritable de l'assuré.

Si au contraire une prime trop forte a été payée, l'assureur est tenu de restituer la portion de prime reçue en trop, sans intérêts.

Dans l'un ou l'autre cas, l'adaptation des garanties est effectuée sur base du tarif en vigueur au jour de la souscription.

Article 125 : L'assurance en cas de décès est de nul effet si l'assuré se donne volontairement la mort au cours des deux premières années qui suivent la date de sa souscription ou de sa remise en vigueur.

Le contrat d'assurance ne produit pas ses effets quand le preneur d'assurance ou le bénéficiaire a occasionné volontairement la mort de l'assuré. Le montant de la réserve mathématique doit, dans ce cas, être versé au contractant ou à ses ayants droit, le cas échéant.

L'assureur ne garantit pas le décès de l'assuré lorsqu'il a pour cause immédiate et directe un crime ou un délit intentionnel dont l'assuré est l'auteur ou le coauteur et dont il a pu prévoir les conséquences.

Dans ces cas, le montant de la réserve mathématique limitée à la prestation assurée en cas de décès doit être, le cas échéant, versé au contractant ou à ses ayants droit.

Article 126 : Sauf convention contraire, le contrat d'assurance sur la vie ne produit ses effets qu'à partir du jour où la première prime est payée.

Article 127 : Le défaut de paiement d'une prime ne donne lieu à aucune exécution forcée de la part de l'assureur. Il entraîne la résiliation du contrat si celui-ci n'a pas de réserve mathématique ou la réduction si le contrat a une réserve mathématique.

8

OM

Article 128 : Le preneur d'assurance a le droit de désigner un ou plusieurs bénéficiaires. Le droit lui appartient à titre exclusif et ne peut être exercé ni par son conjoint, ni par ses représentants légaux, ni par ses héritiers ou ayants cause, ni par ses créanciers.

Le bénéficiaire doit être une personne dont l'identité est déterminable lorsque les prestations assurées deviennent exigibles.

Lorsque l'assurance est souscrite sur la tête d'un tiers, l'assuré doit donner par écrit son accord sur la désignation du bénéficiaire. Si le tiers est un mineur, la personne qui exerce sur lui l'autorité parentale doit également donner son accord.

Article 129 : Lorsque le contrat d'assurance ne comporte pas de désignation de bénéficiaire ou lorsque la désignation du bénéficiaire ne peut produire d'effet ou a été révoquée, les prestations d'assurance sont dues au preneur d'assurance ou à sa succession.

Article 130 : Lorsque le conjoint est nommément désigné comme bénéficiaire, le bénéfice du contrat lui est, sauf stipulation contraire, maintenu en cas de remariage du conjoint ou si le divorce a été prononcé contre lui.

Lorsque le conjoint n'est pas nommément désigné, le bénéfice du contrat est attribué à la personne ayant cette qualité au moment de l'exigibilité des prestations assurées.

Article 131 : Lorsque les enfants ne sont pas nommément désignés, le bénéfice du contrat est attribué aux personnes ayant cette qualité lors de l'exigibilité des prestations assurées. Les descendants en ligne directe viennent par représentation de l'enfant prédécédé.

Article 132 : Lorsque un conjoint et ses enfants, avec ou sans indication de leurs noms, sont désignés comme bénéficiaires, le bénéfice du contrat est attribué, sauf stipulation contraire, pour moitié au conjoint et pour moitié aux enfants.

Article 133 : En cas de décès du bénéficiaire désigné avant l'exigibilité des prestations d'assurance même si le bénéficiaire avait accepté le bénéfice, les prestations sont dues à sa succession et, le cas échéant, au preneur d'assurance à moins qu'un autre bénéficiaire n'ait été désigné.

Article 134 : Tant qu'il n'y a pas acceptation par le bénéficiaire, le preneur d'assurance a le droit de révoquer l'attribution au bénéficiaire jusqu'au moment de l'exigibilité des prestations assurées. Le droit de révocation appartient exclusivement au preneur d'assurance.

Si le bénéficiaire désigné a accepté la stipulation faite à son profit, la révocation ne peut être poursuivie que pour cause d'ingratitude. Dans ce cas, l'action entamée par le preneur d'assurance peut être poursuivie par ses héritiers. De même, ils peuvent agir en leur qualité d'héritiers si le preneur décède dans l'année qui suit le délit constitutif de l'ingratitude.

Sauf dans le cas de la révocation pour cause d'ingratitude, si l'assurance est souscrite sur la tête d'un tiers, l'assuré doit donner par écrit son accord sur la révocation et, éventuellement, sur la désignation d'un nouveau bénéficiaire.

Article 135 : La révocation de l'attribution bénéficiaire fait perdre tout droit au bénéfice des prestations assurées.

Article 136 : Le droit au rachat et à la réduction appartient exclusivement au preneur d'assurance. En cas d'acceptation du bénéfice, l'exercice du droit au rachat est subordonné au consentement du bénéficiaire.

Article 137 : Lorsque le contrat a été réduit, il peut être remis en vigueur selon les conditions convenues entre les parties.

Article 138 : Le droit d'obtenir une avance sur les prestations assurées appartient exclusivement au preneur d'assurance. Lorsque le bénéficiaire est désigné et que l'acceptation du bénéfice est intervenue, l'exercice du droit à l'avance est subordonné au consentement du bénéficiaire.

Article 139 : Les droits résultant du contrat peuvent être mis en gage ou cédés en tout ou en partie par le preneur d'assurance à l'exclusion de toute autre personne. La mise en gage ou la cession des droits est constatée dans un avenant signé par le cédant, le cessionnaire, le créancier gagiste ou l'assureur, le cas échéant.

En cas d'acceptation du bénéfice, l'exercice des droits est subordonné au consentement de l'assuré ou du bénéficiaire.

Article 140 : Le preneur d'assurance peut stipuler dans le contrat qu'à son décès, ses droits sont transmis à la personne désignée à cet effet.

Article 141 : Par le seul fait de sa désignation, le bénéficiaire a un droit propre aux prestations d'assurance qui devient irrévocable par l'acceptation du bénéfice, sous réserve des dispositions de l'article 134.

L'assureur est libéré de toute obligation lorsqu'il a, de bonne foi, effectué le paiement au bénéficiaire avant la réception de tout écrit modifiant la désignation.

8

EM

Article 142 : Le bénéficiaire peut accepter le bénéfice de l'assurance à tout moment, même après que les prestations d'assurance sont devenues exigibles. Ledit droit appartient exclusivement au bénéficiaire.

Sans préjudice de la révocation pour cause d'ingratitude, l'acceptation du bénéfice rend irrévocable le droit aux prestations d'assurance.

Article 143 : Tant que le preneur d'assurance est en vie, l'acceptation ne peut se faire que par un avenant à la police, signée par le bénéficiaire d'assurance, le preneur d'assurance et l'assureur.

Après le décès du preneur d'assurance, l'acceptation peut être tacite ou expresse.

Elle n'a toutefois d'effet à l'égard de l'assureur que si elle lui est notifiée par écrit.

Article 144 : En cas de décès du preneur d'assurance, ses héritiers peuvent faire des réclamations sur les prestations dues aux bénéficiaires.

Toutefois, sont seules sujettes à rapport ou à réduction les primes payées par le preneur d'assurance dans la mesure où les versements effectués sont manifestement exagérés eu égard à sa situation de fortune, sans toutefois que le rapport ou la réduction puisse excéder le montant des prestations exigibles.

Article 145 : Les créanciers du preneur d'assurance n'ont aucun droit sur les prestations d'assurance dues au bénéficiaire.

Les créanciers du preneur d'assurance ne peuvent réclamer au bénéficiaire à titre gratuit, le remboursement des primes payées par le preneur d'assurance que dans la mesure où les versements effectués de ce chef étaient manifestement exagérés eu égard à sa situation de fortune et seulement dans le cas où ces versements ont eu lieu en fraude de leurs droits. Le remboursement ne peut excéder le montant des prestations d'assurance dues au bénéficiaire.

Section 3: De la participation des assurés aux bénéfices techniques et financiers

Article 146 : Les entreprises d'assurances sur la vie ou de capitalisation doivent faire participer les assurés aux bénéfices techniques et financiers qu'elles réalisent, dans les conditions fixées par le présent Code.

Le montant minimal de la participation est déterminé globalement pour les contrats individuels et collectifs de toute nature souscrits sur le territoire, à l'exception des contrats collectifs en cas de décès.

8



Les modalités d'application du présent article sont précisées par l'ordonnance du Ministre ayant les assurances dans ses attributions.

Article 147 : Pour chaque entreprise, le montant minimal de la participation aux bénéfices à attribuer au titre d'un exercice est déterminé globalement à partir d'un compte de participation aux résultats.

A l'exclusion des sommes correspondant aux rubriques relatives à la participation aux excédents liquidés, aux primes cédées aux réassureurs et des sommes correspondant aux sous-totaux des produits financiers nets, des sinistres et des charges incombant aux réassureurs, le compte comporte les éléments de dépenses et de recettes suivants :

- 1° des éléments de recette : les primes nettes, les produits financiers nets ;
- 2° des éléments de dépense : les prestations échues, les charges de provisions.

Le compte comporte également en dépenses la participation de l'assureur aux bénéfices de la gestion technique constituée par 10 % du solde créditeur des éléments prévus à l'alinéa 2.

Il est ajouté en recette du compte de participation aux résultats 85 % au moins du compte financier prévu à l'article 149. Le compte de participation aux résultats comporte enfin les sommes correspondant au solde de réassurance cédée, calculées conformément aux dispositions de l'article 150 et, s'il y a lieu, le solde débiteur du compte de participation aux résultats de l'exercice précédent.

Article 148 : Le montant minimal de la participation aux résultats est le solde créditeur du compte de participation aux résultats défini à l'article 147. Le montant minimal annuel de la participation aux bénéfices est égal au montant fixé à l'article 147 diminué du montant des intérêts crédités aux provisions mathématiques.

Article 149 : Le compte financier visé à l'article 147 comprend :

1° en recettes :

- la quote-part des produits financiers de toute nature ;
- la quote-part des plus-values par estimation de valeurs.

2° en dépenses :

§



- la quote-part des moins-values par estimation de valeurs ;
- la quote-part des résultats que la société a dû affecter aux fonds propres pour maintenir la marge de solvabilité réglementaire sur autorisation de l'Organe de supervision et de régulation des assurances et après justification.

La part des produits financiers à inscrire en recettes du compte est égale au produit du taux de rendement des placements de l'entreprise par le montant moyen au cours de l'exercice des provisions techniques brutes de cession en réassurance des contrats considérés.

Le taux de rendement est égal :

- 1° au rapport du produit des placements net de charges augmenté des plus-values sur cessions d'éléments d'actif, nettes des moins-values et du montant des réévaluations d'actif net des amortissements éventuels ;
- 2° au rapport du montant moyen, au cours de l'exercice, de l'ensemble des placements et des autres éléments d'actif pouvant être admis en représentation des provisions techniques, à l'exception des valeurs remises par les réassureurs.

Article 150 : Pour l'application de l'article 147, il est prévu, dans le compte de participation aux résultats, une rubrique intitulée « solde de réassurance cédée ».

Seule est prise en compte la réassurance de risque, dans laquelle l'engagement des cessionnaires porte exclusivement sur tout ou partie de la différence entre le montant des capitaux en cas de décès ou d'invalidité et celui des provisions mathématiques des contrats correspondants.

Dans les traités limités à la réassurance de risque, le solde de réassurance cédée est égal à la différence entre le montant des sinistres à la charge des cessionnaires et celui des primes cédées. Il est inscrit, selon le cas, au débit ou au crédit du compte de participation aux résultats.

Dans les autres traités, le solde de réassurance cédée est établi en isolant la réassurance de risque à l'intérieur des engagements des cessionnaires. Les modalités de calcul du solde sont précisées par ordonnance du Ministre ayant les assurances dans ses attributions, en référence aux conditions normales du marché de la réassurance de risque.

8



Article 151 : Le montant de participation aux bénéfices des assurés peut être affecté directement aux provisions mathématiques ou porté, partiellement ou totalement, à la provision pour participation aux excédents mentionnée à l'article 146. Les sommes portées à cette dernière provision sont affectées à la provision mathématique ou versées aux cours des cinq exercices suivant celui au titre duquel elles ont été portées à la provision pour participation aux excédents.

TITRE II: DES ASSURANCES OBLIGATOIRES

CHAPITRE I: DE L'ASSURANCE OBLIGATOIRE DE LA RESPONSABILITE CIVILE EN MATIERE DE VEHICULES AUTOMOTEURS

Section 1 : Du domaine d'application

Article 152 : Toute personne physique ou morale dont la responsabilité civile peut être engagée en raison de l'utilisation d'un véhicule automoteur, de ses remorques ou de ses semi-remorques, doit être couverte, pour faire circuler ledit véhicule sur la voie publique, sur les terrains ouverts au public, sur les terrains non publics mais ouverts à un certain nombre de personnes ayant le droit de les fréquenter, par une assurance garantissant la responsabilité conformément aux dispositions du présent chapitre.

Article 153 : L'assurance responsabilité civile automobile couvre la responsabilité civile de toute personne ayant la garde ou la conduite, même non autorisée du véhicule, celle des passagers du véhicule objet de l'assurance, du souscripteur du contrat ainsi que celle du propriétaire du véhicule.

Toutefois, les causes du comportement du conducteur ne doivent pas provenir de la délinquance ou de la criminalité.

L'assureur est subrogé dans les droits que possède le créancier de l'indemnité contre la personne responsable de l'accident lorsque la garde ou la conduite du véhicule a été obtenue à l'insu ou contre le gré du propriétaire.

Les membres de la famille du conducteur ou de l'assuré sont considérés comme des tiers couverts au sens de l'alinéa 1^{er}.

Article 154 : Le contrat d'assurance ne couvre pas la responsabilité civile des professionnels de la réparation, de la vente et du contrôle des véhicules automoteurs.




Article 155 : Les professionnels de la réparation, de la vente et du contrôle de l'automobile sont tenus de s'assurer pour leur propre responsabilité, celle des personnes travaillant dans leur exploitation et celle des personnes ayant la garde ou la conduite du véhicule ainsi que celle des passagers.

Section 2: De l'étendue de l'obligation d'assurance

Article 156 : L'assurance obligatoire de la responsabilité civile en matière de véhicules automoteurs comporte une garantie civile s'étendant sur tout le territoire national. Lorsque la garantie est appelée à jouer hors du Burundi, elle est accordée par l'assureur dans les limites et les conditions prévues par la législation applicable dans l'Etat sur le territoire duquel s'est produit le sinistre.

Article 157 : L'indemnisation en cas de dommages corporels est limitée aux plafonds fixés aux articles 218 à 235 du présent Code.

Article 158 : L'obligation d'assurance s'applique à la réparation des dommages corporels ou matériels résultant :

1° des accidents, des incendies ou des explosions causés par le véhicule, les accessoires et les produits servant à son utilisation, les objets et les substances qu'il transporte ;

2° de la chute des accessoires, des objets, des substances ou des produits.

Article 159 : Par dérogation aux dispositions de l'article 158, l'obligation d'assurance ne s'applique pas à la réparation :

1° des dommages subis :

- par la personne conduisant le véhicule;

- par les salariés ou les préposés de l'assuré responsable des dommages pendant leur service.

2° des dommages ou de l'aggravation des dommages causés par des armes ou des engins destinés à exploser par modification de structure du noyau de l'atome ou par tout combustible nucléaire, tout produit ou tout déchet radioactif ou par toute autre source de rayonnements ionisants qui engage la

responsabilité exclusive d'un exploitant d'installation nucléaire;

3° des dommages atteignant les immeubles, les choses ou les animaux loués ou confiés au conducteur à n'importe quel titre ;

4° des dommages causés aux marchandises et aux objets transportés, à l'exception des vêtements des personnes transportées détériorés à la suite d'un accident corporel.

Article 160 : Le contrat d'assurance peut comporter des clauses prévoyant une exclusion de garantie dans les cas suivants :

1° lorsqu'au moment du sinistre, le conducteur n'a pas l'âge requis ou ne possède pas les certificats en état de validité exigés par la réglementation en vigueur pour la conduite du véhicule, sauf en cas de vol, de violence ou d'utilisation du véhicule à l'insu de l'assuré ;

2° lorsque le transport n'est pas effectué dans les conditions suffisantes de sécurité fixées par la réglementation en vigueur, en ce qui concerne les dommages subis par les personnes transportées.

Article 161 : Le contrat peut comporter des clauses de déchéance non prohibées par la loi, sous réserve qu'elles soient insérées aux conditions générales et que la déchéance soit motivée par des faits postérieurs au sinistre.

Article 162 : L'exclusion prévue au point 1° de l'article 160 ne peut être opposée au conducteur détenteur d'un certificat déclaré à l'assureur lors de la souscription ou du renouvellement du contrat, lorsque le certificat est sans validité pour des raisons tenant au lieu, à la durée de résidence de son titulaire ou lorsque les conditions restrictives d'utilisation, autres que celles relatives aux catégories de véhicules portées sur celui-ci, n'ont pas été respectées.

Article 163 : Sont valables les clauses des contrats ayant pour objet d'exclure de la garantie la responsabilité encourue par l'assuré du fait :

1° des dommages causés par le véhicule lorsqu'il transporte des sources de rayonnements ionisants destinées à être utilisées hors d'une installation nucléaire, dès lors que lesdites sources ont provoqué ou aggravé le sinistre ;

8



- 2° des dommages subis par les personnes transportées à titre onéreux, sauf en ce qui concerne les contrats souscrits par des transporteurs de personnes pour les véhicules servant à l'exercice de leur profession ;
- 3° des dommages causés par le véhicule, lorsqu'il transporte des matières inflammables, explosives, corrosives ou comburantes et à l'occasion desquels lesdites matières auraient provoqué ou aggravé le sinistre ; sauf en cas de transport d'huiles, d'essences minérales ou de produits similaires, ne dépassant pas 500 kg ou 600 litres, y compris l'approvisionnement de carburant liquide ou gazeux nécessaire au moteur ;
- 4° des dommages survenus au cours d'épreuves, de courses, de compétitions ou d'essais, soumis par la réglementation en vigueur à l'autorisation préalable des pouvoirs publics.

Article 164 : Il peut être stipulé au contrat d'assurance que l'assuré conserve à sa charge une partie de l'indemnité due au tiers lésé.

Article 165 : Ne sont pas opposables aux victimes ou à leurs ayants droits :

- 1° la limitation de garantie prévue à l'article 164 sauf dans le cas où le sinistre n'ayant causé que des dégâts matériels, le montant de ceux-ci n'excède pas la somme fixée par une décision de l'Organe de supervision et de régulation des assurances ;
- 2° les déchéances, à l'exception de la suspension régulière de la garantie pour non paiement de prime ;
- 3° la réduction de l'indemnité à la suite d'une fausse déclaration non intentionnelle prévue à l'article 21 ;
- 4° les exclusions de garantie prévues aux articles 160 à 163.

Dans les cas visés à l'alinéa premier du présent article, l'assureur procède au paiement de l'indemnité pour le compte du responsable et peut exercer contre ce dernier une action récursoire pour toutes les sommes qu'il a ainsi payées ou mises en réserve à sa place.

Article 166 : Est réputée non écrite toute clause stipulant la déchéance de la garantie de l'assuré en cas de condamnation pour conduite en état d'ivresse ou sous l'emprise d'un état alcoolique.

Toutefois, une telle clause est opposable à l'assuré pour les garanties non obligatoires.

8

OM

Section 3: Des critères de fixation des tarifs

Article 167 : Les entreprises d'assurances déterminent librement leurs tarifs en responsabilité civile automobile.

Les tarifs doivent être au moins égaux au tarif minimal fixé par l'Organe de supervision et de régulation des assurances.

Le tarif minimal repose notamment sur les critères suivants :

- 1° les caractéristiques et l'usage du véhicule ;
- 2° le statut socio-professionnel et les caractéristiques du conducteur habituel.

Section 4: Du contrôle de l'obligation d'assurance

Paragraphe 1: Les preuves du respect de l'obligation d'assurance

Article 168 : Tout conducteur d'un véhicule doit avoir un document faisant présumer que l'obligation d'assurance a été satisfaite.

La présomption résulte de la production, aux fonctionnaires ou aux agents chargés de constater les infractions au Code de la circulation routière, d'un des documents dont les conditions d'établissement et de validité sont fixées par le présent Code.

Les documents se composent d'une attestation d'assurance conservée par le propriétaire du véhicule et d'un certificat d'assurance détaché de l'attestation apposé sur le véhicule automoteur.

A défaut de ces documents, la justification est fournie à l'autorité judiciaire par tous les moyens. Les documents n'impliquent pas une obligation de garantie de la part de l'assureur.

Article 169 : L'entreprise d'assurance doit délivrer, sans frais, un document justificatif faisant présumer que l'obligation d'assurance a été satisfaite pour chacun des véhicules concernés par la police d'assurance.

Lorsque la garantie du contrat s'applique à la fois à un véhicule à moteur et à ses remorques ou à ses semi-remorques, un seul document justificatif peut être délivré, à la condition qu'il précise le type de remorques ou de semi-remorques qui peuvent être utilisées avec le véhicule ainsi que, le cas échéant, leur numéro d'immatriculation.

8



Pour les contrats d'assurance concernant les personnes visées à l'article 153, le document justificatif de la police d'assurance doit être délivré par l'entreprise d'assurance en autant d'exemplaires qu'il est prévu par le contrat.

Le document justificatif doit mentionner :

- 1° la dénomination et l'adresse de l'entreprise d'assurance ;
- 2° le nom, le prénom et l'adresse du souscripteur du contrat ;
- 3° le numéro de la police d'assurance ;
- 4° la période d'assurance correspondant à la prime ou à la portion de prime payée ;
- 5° les caractéristiques du véhicule notamment son numéro d'immatriculation ou, à défaut, le numéro du moteur ;
- 6° la profession du souscripteur.

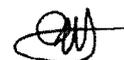
Article 170 : La présomption qu'il a été satisfait à l'obligation d'assurance est établie par la présentation du document justificatif pour la période mentionnée sur le document.

Article 171 : Le document justificatif mentionné à l'article 169 est délivré dans un délai maximal de quinze jours à compter de la souscription du contrat et renouvelé lors du paiement des primes ou des portions de primes subséquentes.

A défaut d'établissement immédiat du document, l'entreprise d'assurance délivre sans frais, à la souscription du contrat ou en cours de contrat, une attestation provisoire qui établit la présomption d'assurance pendant la période qu'elle détermine, dont la durée ne peut excéder un mois.

L'attestation, qui est éventuellement établie en autant d'exemplaires que le document justificatif correspondant, doit mentionner :

- 1° la dénomination et l'adresse de l'entreprise d'assurance ;
- 2° le nom, le prénom et l'adresse du souscripteur du contrat ;
- 3° la nature et le type du véhicule ou, en ce qui concerne les contrats d'assurance mentionnés à l'article 153, la profession du souscripteur ;
- 4° la période pendant laquelle elle est valable.

Article 172 : Les dimensions et la couleur de l'attestation d'assurance mentionnée à l'article 168, alinéa 3 et de l'attestation provisoire de l'assurance mentionnée à l'article 171 sont définies par l'Organe de supervision et de régulation des assurances.

Article 173 : En cas de perte ou de vol de l'attestation, l'assureur en délivre un duplicata sur demande de la personne au profit de laquelle le document original a été établi.

Paragraphe 2 : Le certificat d'assurance

Article 174 : Tout souscripteur d'un contrat d'assurance prévu par l'article 152 doit apposer sur le véhicule automoteur assuré un certificat d'assurance qui est une partie détachable de l'attestation d'assurance.

Article 175 : Toute entreprise d'assurance agréée au Burundi doit délivrer sans frais un certificat d'assurance pour chacun des véhicules couverts par le contrat, à l'exception des remorques.

Le certificat d'assurance doit mentionner :

- 1° la dénomination de l'entreprise d'assurance ;
- 2° un numéro permettant l'identification du souscripteur ;
- 3° le numéro d'immatriculation du véhicule ;
- 4° le numéro du moteur lorsque le véhicule n'est pas soumis à immatriculation ;
- 5° les dates de début et de fin de validité.

Par dérogation au deuxième alinéa, le certificat délivré aux personnes mentionnées à l'article 155 ne doit comporter que les indications visées aux points 1°, 2° et 5° et en termes apparents le mot «garage».

Tout conducteur d'un véhicule sur lequel est apposé le certificat décrit à l'alinéa précédent doit également se munir des documents justifiant que la conduite du véhicule lui a été confiée par une des personnes mentionnées à l'article 155.

Article 176 : Le certificat d'assurance mentionné à l'article 174 est délivré par l'entreprise d'assurance dans un délai maximal de quinze jours à compter de la souscription du contrat et est renouvelé lors du paiement des primes ou portions de primes subséquentes.

A défaut d'établissement immédiat du certificat, l'entreprise d'assurance délivre, sans frais, à la souscription du contrat ou en cours de contrat, un certificat provisoire.

Les dates de validité portées sur le certificat provisoire sont les mêmes que celles portées sur l'attestation et l'attestation provisoire.

Article 177 : En cas de perte ou de vol du certificat d'assurance, l'assureur en délivre un duplicata sur la demande justifiée du souscripteur du contrat.

Article 178 : La garantie de l'assureur prend fin à la date fixée dans les conditions particulières du contrat.

Section 5: De l'indemnisation des victimes

Paragraphe 1: Le champ d'application

Article 179 : Les dispositions de la présente section s'appliquent aux victimes d'un accident causé par un véhicule automoteur ainsi que ses remorques ou ses semi-remorques aussi bien lors de la transaction que lors de la procédure judiciaire.

Les mêmes dispositions s'appliquent également aux victimes transportées en vertu d'un contrat.

Paragraphe 2 : Le régime juridique de l'indemnisation

Article 180 : Les victimes, y compris les conducteurs des véhicules impliqués dans l'accident, ne peuvent se voir opposer la force majeure ou le fait d'un tiers par le conducteur ou le gardien d'un véhicule mentionné à l'article 179.

Article 181 : La faute commise par le conducteur du véhicule automoteur a pour effet de limiter ou d'exclure l'indemnisation des dommages corporels ou matériels qu'il a subis.

La limitation ou l'exclusion de l'indemnisation est opposable aux ayants droit du conducteur et aux personnes lésées par ricochet.

Lorsque le conducteur d'un véhicule automoteur n'en est pas le propriétaire, la faute du conducteur peut être opposée au propriétaire pour l'indemnisation des dommages causés à son véhicule. Le propriétaire dispose d'un recours contre le conducteur sous réserve des dispositions prévues en matière de subrogation de l'assureur.

8

EW

Lorsque les circonstances d'une collision entre deux ou plusieurs véhicules ne permettent pas d'établir les responsabilités encourues, chacun des conducteurs ne reçoit de la part du ou des assureurs du ou des autres conducteurs que la moitié de l'indemnisation du dommage corporel ou matériel qu'il a subi.

Article 182 : Les victimes, hormis les conducteurs de véhicules automoteurs, sont indemnisées des dommages résultant des atteintes à leur personne, sans que puisse leur être opposée leur propre faute à l'exception du cas où elles ont volontairement recherché les dommages subis.

Les fournitures et les appareils délivrés sur prescription médicale donnent lieu à l'indemnisation selon les mêmes règles.

La faute non intentionnelle commise par la victime a pour effet de limiter ou d'exclure l'indemnisation des dommages aux biens qu'elle a subis.

Article 183 : Le préjudice subi par les personnes physiques qui établissent être en communauté de vie avec la victime directe de l'accident peut ouvrir droit à réparation dans les limites ci-après :

- 1° en cas de blessures graves réduisant totalement la capacité de la victime directe atteignant au moins 80% d'incapacité permanente partielle, seul le ou la conjoint (e) est admis à obtenir réparation du préjudice moral subi, et ce dans la limite de six fois le produit national brut annuel par habitant visé à l'article 222 ;
- 2° en cas de décès de la victime directe, les personnes lésées, autres que celles prévues aux articles 231 à 235 du présent Code, capables de prouver qu'elles étaient à la charge de la victime sont assimilées, selon leur âge, aux enfants majeurs ou mineurs. A ce titre, elles entrent parmi les bénéficiaires énumérés aux articles 231 à 235 du présent Code.

La réparation à laquelle elles peuvent prétendre entre dans la limite des plafonds fixés par les dispositions du présent chapitre.

Paragraphe 3 : La procédure d'offre d'indemnité

Article 184 : Un exemplaire de tout procès-verbal relatif à un accident corporel ou matériel de la circulation doit être transmis par l'officier de police judiciaire au Ministère public et aux assureurs concernés par l'accident dans un délai de quinze jours ouvrables à compter de la date de survenance de l'accident. L'officier du Ministère public dispose d'un délai de deux mois, à compter de la date de réception du dossier transmis par l'officier de police judiciaire, pour envoyer le procès-verbal aux assureurs concernés par l'accident.

8

DM

La forme et le contenu des procès-verbaux sont fixés par ordonnance du Ministre ayant la Justice dans ses attributions.

Toutefois, dans le cas où l'accident de circulation routière n'a causé que des dégâts matériels, un système de constat amiable institué par voie réglementaire permettra aux assureurs impliqués d'établir la responsabilité en vue d'une gestion rapide du sinistre.

Article 185 : Quelle que soit la nature du dommage, dans le cas où la responsabilité n'est pas contestée et que le dommage a été entièrement quantifié, l'assureur qui garantit la responsabilité civile du fait d'un véhicule automoteur est tenu de présenter à la victime une offre d'indemnité dans le délai de trois mois à compter de la date de demande d'indemnisation qui lui est présentée.

Article 186 : L'offre d'indemnité doit être faite à la victime ayant subi une atteinte à sa personne dans le délai maximum de douze mois à compter de la date de l'accident.

En cas de décès de la victime, l'offre est faite à ses ayants droit tels qu'ils sont définis aux articles 231 à 235 dans les huit mois qui suivent le décès. L'offre comprend alors tous les éléments indemnifiables du préjudice, y compris les éléments relatifs aux dommages aux biens lorsqu'ils n'ont pas fait l'objet d'un règlement préalable.

Article 187 : L'offre d'indemnité présentée ne peut être inférieure au montant qui résulterait de l'application des modalités de calcul prévues par les articles 218 et suivants du présent Code.

Article 188 : L'offre d'indemnisation peut avoir un caractère provisionnel lorsque l'assureur n'a pas, dans les six mois de l'accident, été informé de la consolidation de l'état de la victime. L'offre définitive d'indemnisation doit alors être faite dans un délai de six mois suivant la date à laquelle l'assureur a été informé de la consolidation.

Article 189 : En cas de pluralité de véhicules et d'assureurs, l'offre est faite par l'assureur désigné dans la convention d'indemnisation pour compte d'autrui visée aux articles 236 et suivants.

Article 190 : Les dispositions des articles 185 à 189 ne sont pas applicables aux victimes à qui l'accident n'a occasionné que des dommages aux biens tels les véhicules et les objets transportés.

Article 191 : Lorsque l'offre d'indemnisation n'a pas été faite dans les délais impartis par les articles 185, 186 et 188, le montant de l'indemnité produit un intérêt de plein droit au taux judiciaire. La pénalité est réduite ou annulée en raison des circonstances non imputables à l'assureur, notamment lorsqu'il ne dispose pas de l'adresse de la victime.

Article 192 : A l'occasion de sa première correspondance adressée à la victime, l'assureur est tenu, à peine de nullité relative de la transaction qui pourrait intervenir, d'informer la victime qu'elle peut obtenir de sa part sur simple demande, la copie du procès-verbal d'enquête judiciaire et de lui rappeler qu'elle peut à son libre choix et à ses frais, se faire assister d'un conseil de son choix.

Article 193 : L'assureur doit soumettre, pour autorisation, au juge compétent ou au conseil de famille, suivant le cas, tout projet de transaction concernant un majeur sous tutelle ou un mineur.

L'assureur doit également donner avis sans formalité au juge compétent ou au conseil de famille, quinze jours au moins à l'avance, du paiement du premier arrérage d'une rente ou de toute somme devant être versée à titre d'indemnité au représentant légal de la personne protégée.

Article 194 : Le paiement qui n'a pas été précédé de l'avis requis ou la transaction qui n'a pas été autorisée peut être annulée à la demande de tout intéressé ou du Ministère public à l'exception de l'assureur.

Article 195 : Toute clause par laquelle le représentant légal se porte fort de la ratification par le mineur ou le majeur en tutelle de l'un des actes mentionnés à l'alinéa premier de l'article 193 est nulle.

Article 196 : La victime peut, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, dénoncer la transaction dans les quinze jours de sa conclusion pour des motifs de non respect des dispositions du présent chapitre.

Toute clause de la transaction par laquelle la victime abandonne son droit de dénonciation est nulle.

Les dispositions des alinéas 1^{er} et 2 doivent être reproduites en caractères très apparents et bien lisibles dans l'offre de transaction et dans la transaction sous peine de nullité relative de cette dernière.

Article 197 : Le paiement des sommes convenues doit intervenir dans un délai d'un mois après l'expiration du délai de dénonciation fixé à l'article 196.

Dans le cas contraire, les sommes non versées produisent de plein droit, un intérêt au taux judiciaire.

Article 198 : Lorsque l'assureur invoque une exception de garantie légale ou contractuelle prévue à l'article 165, il est tenu de satisfaire aux prescriptions des articles 185 à 197 pour le compte de qui il appartiendra.

Article 199 : Lorsque l'assureur qui garantit la responsabilité civile et la victime ne sont pas parvenus à un accord dans les délais prévus aux articles 185, 186, 188, 193, 196 et 197, l'indemnité due par l'assureur est calculée suivant les modalités fixées aux articles 222 et suivants.

Le litige entre l'assureur et la victime ne peut être porté devant l'autorité judiciaire qu'à l'expiration des délais prévus aux articles 185, 186 et 188.

Le juge fixe l'indemnité suivant les modalités fixées aux articles 218 et suivants.

Article 200 : La victime est tenue, à la demande de l'assureur, de lui donner les renseignements ci-après :

- 1° le nom et le prénom ;
- 2° la date et le lieu de naissance ;
- 3° l'activité professionnelle et l'adresse de son ou de ses employeurs ;
- 4° le montant de ses revenus professionnels avec les justificatifs utiles ;
- 5° la description des atteintes à sa personne accompagnée d'une copie du certificat médical initial et des autres pièces justificatives en cas de consolidation ;
- 6° la description des dommages causés à ses biens ;
- 7° le nom, le prénom et l'adresse des personnes à sa charge au moment de l'accident ;
- 8° la liste des tiers payeurs appelés à lui verser des prestations ;
- 9° le lieu où les correspondances doivent être adressées.

La victime est également tenue, à la demande de l'assureur, de produire les documents suivants :

- 1° la carte d'identité ;
- 2° un extrait d'acte de naissance ;
- 3° un extrait d'acte de mariage.




Article 201 : L'offre d'indemnité doit être présentée aux ayants droit de la victime, à son (sa) conjoint (e) ou aux personnes mentionnées aux articles 231 à 235, chacune de ces personnes est tenue, à la demande de l'assureur, de lui donner les renseignements ci-après :

- 1° le nom et le prénom ;
- 2° la date et le lieu de naissance ;
- 3° le nom et le prénom, la date et le lieu de naissance de la victime ;
- 4° les liens avec la victime ;
- 5° l'activité professionnelle et l'adresse de son ou de ses employeurs ;
- 6° le montant de ses revenus avec les justifications utiles ;
- 7° la description de son préjudice notamment les frais de toute nature exposés du fait de l'accident ;
- 8° la liste des tiers payeurs appelés à lui verser des prestations ainsi que leurs adresses ;
- 9° le lieu où les correspondances doivent être adressées.

A la demande de l'assureur, les mêmes personnes sont tenues de produire les documents suivants :

- 1° un certificat de décès de la victime ;
- 2° le jugement définitif d'investiture des héritiers, le cas échéant ;
- 3° un certificat de vie des ayants droit ;
- 4° le certificat indiquant le genre de mort ;
- 5° les actes d'état civil des ayants droit et leurs pièces d'identité.

Article 202 : La correspondance adressée par l'assureur à la victime ou à ses ayants droit en application des articles 185 à 189 et 201 mentionne, outre les informations prévues à l'article 192, le nom de la personne chargée de suivre le dossier de l'accident. Elle rappelle à l'intéressé les conséquences d'un défaut de réponse ou d'une réponse incomplète. Elle indique que la copie du procès-verbal d'enquête judiciaire qu'il peut demander en vertu de l'article 192 lui sera délivrée sans frais.

8

EM

Article 203 : L'offre comprend tous les éléments indemnifiables du préjudice, y compris les éléments relatifs aux dommages des biens lorsqu'ils n'ont pas fait l'objet d'un règlement préalable.

L'offre d'indemnité doit indiquer l'évaluation de chaque chef de préjudice et les sommes qui reviennent au bénéficiaire.

L'offre précise, le cas échéant, les limitations ou les exclusions d'indemnisation, retenues par l'assureur ainsi que leurs motifs. En cas d'exclusion d'indemnisation, l'assureur n'est pas tenu, dans sa notification, de fournir les indications et les documents prévus au premier alinéa.

Article 204 : En cas d'examen médical pratiqué en vue de l'offre d'indemnité mentionnée à l'article 186, l'assureur ou son mandataire avise la victime, quinze jours au moins avant l'examen, de l'identité et des titres du médecin chargé d'y procéder, de l'objet, de la date et du lieu d'examen ainsi que du nom de l'assureur pour le compte duquel il est fait. Il informe en même temps la victime qu'elle peut se faire assister, à ses frais, d'un médecin de son choix.

Article 205 : Dans un délai de vingt jours à compter de l'examen médical, le médecin-conseil de l'assuré adresse un exemplaire de son rapport à l'assureur, à la victime et, le cas échéant, au médecin qui l'a assistée.

Article 206 : L'offre d'indemnité doit indiquer, outre les mentions exigées par l'article 203, les créances de chaque tiers payeur et les sommes qui reviennent au bénéficiaire. Elle est accompagnée de la copie des décomptes produits par les tiers payeurs.

Si la victime ou ses ayants droit n'a pas communiqué à l'assureur la liste des tiers payeurs, le paiement effectué est libératoire ; les tiers payeurs devant adresser leurs recours à la victime ou ses ayants droit bénéficiaires de l'indemnité.

Paragraphe 4 : L'allongement et la suspension des délais

Article 207 : Lorsque l'assureur qui garantit la responsabilité civile du fait d'un véhicule automoteur n'a pas été avisé de l'accident de la circulation dans le mois de l'accident, le délai prévu à l'article 186 pour présenter une offre d'indemnité est suspendu à l'expiration du délai d'un mois jusqu'à la réception de cet avis par l'assureur.

8

EM

Article 208 : Lorsque la victime d'un accident de la circulation décède plus d'un mois après le jour de l'accident, le délai prévu à l'article 186 alinéa 2 pour présenter une offre d'indemnité de la victime est prorogé du temps écoulé entre la date de l'accident et le jour du décès.

Article 209 : Lorsque, dans un délai de six semaines à compter de la présentation de la correspondance par laquelle l'assureur demande les renseignements qui doivent lui être adressés conformément aux articles 200 et 201, l'assureur n'a reçu aucune réponse ou n'a reçu qu'une réponse incomplète, le délai prévu à l'article 185 est suspendu à compter de l'expiration du délai de six semaines et jusqu'à la réception de la lettre contenant les renseignements demandés.

Article 210 : Lorsque l'assureur n'a reçu aucune réponse ou n'a reçu qu'une réponse incomplète dans les six semaines de la présentation de la correspondance par laquelle, informé de la consolidation de l'état de la victime, il a demandé à cette dernière des renseignements mentionnés à l'article 200 qui lui sont nécessaires pour présenter l'offre d'indemnité, le délai prévu à l'article 185 est suspendu à compter de l'expiration du délai de six semaines jusqu'à la réception de la réponse contenant les renseignements demandés.

Article 211 : Lorsque la victime ou ses ayants droit fournissent une partie des renseignements demandés par l'assureur et que la réponse ne permet pas, en raison d'absence de renseignements suffisants, d'établir l'offre d'indemnité, l'assureur dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception de la réponse incomplète pour présenter à l'intéressé une nouvelle demande portant sur les renseignements qui font défaut.

Dans le cas où l'assureur n'a pas respecté le délai prévu à l'alinéa 1^{er}, la suspension des délais prévus aux articles 209 et 210 cesse à l'expiration d'un délai d'un mois à compter de la réception de la réponse incomplète. Lorsque la réponse est parvenue à l'assureur au-delà du délai de six semaines prévues aux articles 209 et 210 et que l'assureur n'a pas demandé, dans un délai de quinze jours à compter de sa réception, les renseignements nécessaires, il n'y a pas lieu à suspension des délais prévus aux articles 185, 186 et 188.

Article 212 : Lorsque la victime ne se soumet pas à l'examen médical visé à l'article 204 ou lorsqu'elle soulève une contestation sur le choix du médecin sans qu'un accord puisse intervenir avec l'assureur, la désignation, à la demande de l'assureur, d'un médecin à titre d'expert d'un commun accord entre le médecin de l'assureur et le médecin de la victime, proroge d'un mois le délai imparti à l'assureur pour présenter l'offre d'indemnité.

§

OM

Article 213 : En cas de divergence sur les conclusions de l'examen médical, l'expert de l'assureur et l'expert choisi par la victime désignent un tiers expert d'un commun accord. L'avis du tiers expert s'impose. Le délai imparti à l'assureur pour présenter l'offre d'indemnité est prorogé d'un mois.

Article 214 : Lorsque la victime réside à l'étranger, les délais qui lui sont impartis en vertu des articles 209 et 210 sont augmentés d'un mois. Le délai imparti à l'assureur pour présenter l'offre d'indemnité est prorogé de la même durée.

Paragraphe 5 : Le recours des tiers payeurs

Article 215 : Ouvrent droit à un recours contre la personne tenue à la réparation, les prestations à caractère indemnitaire énumérées ci-après :

En cas de décès :

- 1° les capitaux décès versés par les organismes sociaux quels qu'ils soient ;
- 2° les pensions de réversion et les rentes servies par lesdits organismes ou les débiteurs divers au profit du conjoint survivant ainsi que des enfants de la victime.

En cas de blessures :

- 1° les prestations versées par les organismes sociaux au titre ;
 - a) des frais de traitement médical et de rééducation ;
 - b) des prestations en espèces pour incapacité temporaire ou permanente.
- 2° les salaires et les accessoires du salaire maintenu par l'employeur;
- 3° les prestations versées par les groupements mutualistes ;
- 4° les prestations servies par l'assureur ayant indemnisé l'assuré dans le cadre d'un contrat d'avance sur recours.

Article 216 : La demande adressée par l'assureur à un tiers payeur en vue de la production de ses créances indique les nom, prénom, adresse de la victime, son activité professionnelle et l'adresse de son employé ou de ses employeurs.




Le tiers payeur précise à l'assureur pour chaque somme dont il demande le remboursement, la disposition législative, réglementaire ou conventionnelle en vertu de laquelle la somme est due à la victime.

Dans tous les cas, le défaut de production des créances des tiers, dans un délai de quatre mois à compter de la demande émanant de l'assureur, entraîne la déchéance de leurs droits à l'encontre de l'assureur et de l'auteur du dommage.

Dans le cas où la demande émanant de l'assureur ne mentionne pas la consolidation de l'état de la victime, les créances produites par les tiers payeurs conservent un caractère provisionnel.

Paragraphe 6 : La prescription

Article 217 : Les actions en responsabilité civile extra-contractuelle, auxquelles le présent chapitre est applicable, se prescrivent par un délai de cinq ans à compter de la survenance de l'accident.

Toutefois, pour les accidents dont le délai de prescription restant à courir est supérieur ou égal à cinq ans, le délai court à compter de la date d'entrée en vigueur du présent Code.

Ne sont pas concernés par les dispositions du présent article, les accidents dont le délai de prescription restant à courir à l'entrée en vigueur du présent Code est inférieur à cinq ans.

Paragraphe 7: Les modalités d'indemnisation des préjudices subis par la victime directe

Article 218 : En plus du préjudice prévu à l'article 183, les préjudices susceptibles d'être indemnisés sont ceux mentionnés aux articles 219 à 235.

Le produit national brut annuel par habitant peut être ajusté, en fonction de la conjoncture économique, par ordonnance du Ministre ayant les assurances dans ses attributions

Toutefois, au cas où le Salaire Minimum Interprofessionnel Garanti (SMIG) sera déterminé, il pourra remplacer le Produit National Brut (PNB) par habitant dans les conditions qui seront définies par ordonnance du Ministre ayant les assurances dans ses attributions.

Article 219 : Les frais de toute nature sont remboursés à la victime sur présentation des pièces justificatives ou pris en charge directement par l'assureur du véhicule ayant causé l'accident.

Toutefois, lorsque les soins médicaux administrés à la victime dans un hôpital privé sont disponibles dans un hôpital public, leur coût ne peut dépasser deux fois le tarif le plus élevé des hôpitaux publics en service au Burundi.

Cependant, lorsque l'état de la victime requiert des soins non disponibles dans les hôpitaux publics et que la victime doit se faire soigner dans un hôpital privé, l'entreprise d'assurance doit prendre en charge l'intégralité de leur coût.

En cas d'évacuation sanitaire justifiée par une commission médicale, le coût des soins médicaux ne peut dépasser une fois le tarif le plus élevé des hôpitaux publics du pays d'accueil.

Article 220 : La commission médicale chargée de se prononcer sur l'évacuation de la victime dans un autre pays doit comprendre un médecin conseil de l'assureur. La compagnie d'assurance n'est pas tenue au remboursement des frais engagés si l'évacuation n'a pas satisfait à cette exigence.

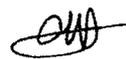
Article 221 : La prise en charge médicale des traumatisés de la voie publique se fait dans toute structure de soins, tant publique que privée, sans exigence préalable de paiement jusqu'à ce que le danger mortel soit écarté.

Toutefois, lorsque le paiement d'une caution est exigé pour la poursuite des soins, l'assureur du véhicule ayant causé l'accident ou celui du véhicule dans lequel la victime était transportée est tenu de payer ladite caution et de délivrer, dans la limite des tarifs prévus à l'article 219, une lettre de garantie pour la prise en charge des frais médicaux, à la demande de la victime ou de ses ayants-droit.

Article 222 : La durée de l'incapacité temporaire est fixée par expertise médicale. En cas de perte de revenus, lorsque la victime n'a pas droit au préjudice économique lié à l'incapacité permanente prévu à l'article 225 l'évaluation du préjudice est basée sur :

- 1° le revenu net tels les salaires, les avantages ou les primes de nature statutaire perçu au cours des six mois précédant l'accident, pour les personnes salariées ;
- 2° les déclarations fiscales des deux dernières années précédant l'accident, pour les personnes non salariées disposant de revenus;

8



3° le produit national brut annuel par habitant déterminé par une ordonnance, pour toute victime, ayant atteint l'âge de seize ans au moment de l'accident et ne pouvant pas justifier de gains professionnels. Le produit national brut annuel par habitant peut être réajusté, le cas échéant, dans les conditions prévues à l'article 218 alinéa 2.

Dans les deux premiers cas, l'indemnité à verser est plafonnée à trente fois le produit national brut annuel par habitant.

Article 223 : Le mineur ou l'incapable ayant subi un préjudice corporel est assimilé au majeur ne justifiant pas de revenus pour le calcul de son indemnité en cas de blessures ou de celle de ses parents au premier degré en cas de décès.

Article 224 : Le taux d'incapacité est, pour le préjudice physiologique, fixé par expertise médicale en tenant compte de la réduction de la capacité physique. Le taux varie de 0 à 100%.

L'indemnité prévue dans le cas où l'assureur et la victime ne sont pas parvenus à un accord dans le délai fixé par les articles 185, 186 et 188 est calculée suivant l'échelle de valeur de point d'incapacité ci-dessous:

Valeur du point d'incapacité permanente (en pourcentage du produit national brut annuel par habitant)								
TAUX D'INCAPACITE PERMANENTE %	AGE DU BLESSE							
	Moins de 15 ans	De 15 ans à 19 ans	De 20 ans à 24 ans	De 25 ans à 29 ans	De 30 ans à 39 ans	De 40 ans à 59 ans	De 60 ans à 69 ans	De 70 ans et plus
Moins de 5	6	6	6	6	6	6	5	5
De 6 à 10	12	12	12	12	12	12	10	10
De 11 à 15	14	14	14	14	14	12	10	10
De 16 à 20	16	16	14	14	14	12	12	12
De 21 à 30	17	17	16	16	16	14	14	12

§

De 31 à 40	18	18	17	17	16	14	14	13
De 41 à 50	18	18	18	17	17	16	15	13
De 51 à 70	19	19	19	18	18	17	16	14
De 71 à 90	25	20	20	19	19	18	17	15
De 91 à 100	29	24	24	22	22	20	19	18

Article 225 : L'indemnité est, pour le préjudice économique, calculée de la manière suivante :

- 1° en fonction de la perte réelle et justifiée, pour les salariés ;
- 2° en fonction de la perte de revenus établie et justifiée, pour les actifs non-salariés pouvant justifier de revenus ;
- 3° sur base du produit national brut annuel par habitant, pour les actifs non-salariés ne pouvant justifier de revenus.

Dans tous les cas, l'indemnité est plafonnée à deux cent fois le produit national brut annuel par habitant.

Article 226 : L'indemnité est fixée, pour le préjudice moral, à six fois le montant du produit national brut annuel par habitant.

Le barème fonctionnel indicatif des incapacités est fixé par Ordonnance conjointe des Ministres ayant respectivement les Assurances et la Santé Publique dans leurs attributions pour servir dans la fixation des taux d'incapacité et dans l'appréciation des préjudices qui en résultent

Article 227 : La victime n'a droit à une indemnité pour assistance d'une tierce personne qu'à condition que celle-ci fasse objet d'une prescription du médecin traitant.

L'indemnité allouée à ce titre correspond à 25 % de l'indemnité fixée pour l'incapacité permanente.

Dans tous les cas, l'indemnité est plafonnée à huit fois le produit national brut annuel par habitant.

Article 228 : La souffrance physique et le préjudice esthétique sont indemnisés séparément. Ils sont qualifiés par expertise médicale et sont indemnisés selon le barème exprimé en pourcentage du produit national brut annuel par habitant comme suit :

8



1° Très léger.....	5%
2° Léger.....	10%
3° Modéré.....	20%
4° Moyen.....	40%
5° Assez important.....	60%
6° Important.....	100%
7° Très important.....	150%
8° Exceptionnel.....	300%

Article 229 : Le préjudice de carrière s'entend de la perte de chance justifiée d'une carrière que peut raisonnablement espérer une victime.

Dans le cas d'une victime qui n'avait pas encore commencé la carrière au moment de l'accident, l'indemnité à allouer ne peut dépasser douze fois le produit national brut mensuel par habitant.

La victime qui, au moment de l'accident, était déjà engagée dans la vie active, reçoit une indemnité limitée à six mois de revenus calculés et plafonnés à cent cinquante fois le produit national brut mensuel par habitant.

Paragraphe 8 : Les modalités d'indemnisation des préjudices subis par les ayants droit de la victime décédée

Article 230 : Les frais funéraires sont remboursés sur présentation des pièces justificatives et dans la limite de deux fois le produit national brut annuel par habitant.

Article 231 : Chaque enfant à charge, le conjoint et chaque ascendant en ligne directe de la victime reçoit un capital égal au produit d'un pourcentage des revenus annuels du décédé, dûment prouvés par la valeur du prix d'un franc de rente correspondant à son âge, selon la table de conversion fixée par décision de l'Organe de supervision et de régulation des assurances.

A défaut de revenus justifiés, le calcul du préjudice économique subi par les personnes précitées est effectué dans les mêmes conditions sur base d'un revenu correspondant à douze fois le produit national brut mensuel par habitant.

Article 232 : Pour les enfants, la capitalisation est limitée à vingt-cinq ans sauf s'ils prouvent qu'ils étaient encore à la charge de la victime décédée, auquel cas cette limitation ne s'applique pas.

8

EW

Article 233 : Les revenus du décédé diminués d'un tiers sont répartis en pourcentage entre le conjoint, les enfants et les ascendants comme indiqués dans les tableaux ci-après :

CLE DE REPARTITION JUSQU'A QUATRE ENFANTS A CHARGE			
En pourcentage du revenu annuel de la victime	Ascendants avec répartition uniforme entre eux	Conjoint	Enfant (s) avec répartition uniforme entre eux
% du revenu annuel à capitaliser selon l'âge du bénéficiaire	5 %	40 %	55 %

CLE DE REPARTITION AU-DELA DE QUATRE ENFANTS A CHARGE			
En pourcentage revenu annuel de la victime	Ascendants avec répartition uniforme entre eux	Conjoint	Enfant (s) avec répartition uniforme entre eux
% du revenu annuel à capitaliser selon l'âge du bénéficiaire	5 %	35 %	60 %

CLE DE REPARTITION SANS CONJOINT			
En pourcentage du revenu annuel de la victime	Ascendants avec répartition uniforme entre eux	Conjoint	Enfant (s) avec répartition uniforme entre eux
% du revenu annuel à capitaliser selon l'âge du bénéficiaire	5 %		85 %

CLE DE REPARTITION SANS CONJOINT ET SANS ENFANTS	
En pourcentage du revenu annuel	Ascendants avec répartition uniforme entre eux
% du revenu annuel à capitaliser selon l'âge du bénéficiaire	50 %

CLE DE REPARTITION SANS ASCENDANTS ET SANS CONJOINT	
En pourcentage du revenu annuel de la victime	Enfant (s) avec répartition uniforme entre eux
% du revenu annuel à capitaliser selon l'âge du bénéficiaire	85 %

CLE DE REPARTITION SANS ENFANTS		
En pourcentage du revenu annuel de la victime	Ascendants avec répartition uniforme entre eux	Conjoint
% du revenu annuel à capitaliser selon l'âge du bénéficiaire	15 %	65 %

CLE DE REPARTITION SANS ASCENDANTS ET SANS ENFANTS	
En pourcentage du revenu annuel de la victime	Conjoint
% du revenu annuel à capitaliser selon l'âge du bénéficiaire	65 %

CLE DE REPARTITION SANS ASCENDANTS		
En pourcentage du revenu annuel de la victime	Conjoint	Enfant (s) avec répartition uniforme entre eux
% du revenu annuel à capitaliser selon l'âge du bénéficiaire	35 %	60 %

8

Article 234 : Les quotités visées à l'article 233 sont réparties entre les enfants à charge, les père et mère, d'une manière égale à l'intérieur de chacun des groupes des bénéficiaires.

Dans tous les cas, le montant total des indemnités de tous les bénéficiaires ne peut dépasser deux cent soixante fois le produit national brut annuel par habitant.

Le cumul des indemnités ne peut être inférieur à quatre fois le produit national brut annuel par habitant.

Article 235 : Seul le préjudice moral du conjoint, des enfants mineurs, des enfants majeurs, des ascendants et des frères et sœurs de la victime décédée est indemnisé. Les indemnités sont déterminées, par personne bénéficiaire, selon le tableau ci-dessous :

En pourcentage du produit national brut annuel par habitant

Conjoint.....	150 %
Enfants mineurs.....	75 %
Enfants majeurs.....	50 %
Ascendants au premier degré.....	50 %
Frères et sœurs en vie.....	25 %

Toutefois, les indemnités de l'ensemble des bénéficiaires donnent lieu à une réduction proportionnelle lorsque leur cumul dépasse de huit fois le produit national brut annuel par habitant.

Dans tous les cas, le montant total de l'indemnité des ayants droit ne peut être inférieur à cinq fois le produit national brut annuel par habitant.

Paragraphe 9: L'indemnisation pour compte d'autrui

Article 236 : En cas d'accident mettant en cause un seul véhicule, la procédure d'offre incombe à l'assureur de responsabilité civile du véhicule quelle que soit la qualité de la victime, personne transportée ou tiers circulant.

Lorsque plusieurs véhicules participent à la survenance d'un accident à conséquences corporelles, l'offre d'indemnisation aux victimes intervient selon les modalités prévues aux articles 237 à 241.

Article 237 : En cas d'accident provoqué par plusieurs véhicules, la procédure d'offre incombe :

- 1° à l'assureur de responsabilité du véhicule dans lequel les victimes ont pris place, vis-à-vis des personnes transportées ;
- 2° à l'assureur du véhicule ayant heurté la victime, à l'égard des tiers circulants. Si le véhicule n'est pas identifié, l'offre est présentée par l'assureur du véhicule dont le numéro de la plaque d'immatriculation est le plus ancien ;
- 3° à l'assureur qui, à tout moment, estime que la responsabilité de son assuré est prépondérante.

Article 238 : Dans les rapports entre conducteurs régis par l'article 237 et pour les dommages corporels et matériels, la procédure d'offre incombe s'il y a lieu :

- 1° en cas d'accident entre deux véhicules, à l'assureur désigné par le barème de responsabilité fixé par l'Organe de supervision et de régulation des assurances ;
- 2° en cas d'accident mettant en cause plus de deux véhicules, à l'assureur du véhicule dont le numéro de la plaque d'immatriculation est le plus ancien.

Article 239 : L'assureur qui intervient pour le compte d'autrui reçoit mandat d'agir comme s'il s'agissait de ses propres intérêts.

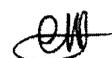
Les intérêts de retard éventuellement supportés restent à sa charge.

Article 240 : L'assureur ayant versé les sommes dues à la victime ainsi qu'aux tiers-payeurs est subrogé dans les droits des personnes indemnisées à concurrence des paiements effectués.

Article 241 : Le médecin ou l'expert technique désigné par l'assureur mandaté doit justifier soit :

- 1° de la qualité d'expert judiciaire inscrit sur la liste établie à cet effet ;
- 2° de la possession de diplômes appropriés ;
- 3° de cinq années d'activités ininterrompues dans le domaine concerné.

Un répertoire des experts habilités à exercer l'expertise technique doit être tenu par les services compétents.

Article 242 : Les paiements effectués en conformité avec les dispositions des articles 236 à 240 ne peuvent donner lieu à contestation.

Article 243 : La contribution des assureurs après l'indemnisation des personnes lésées par l'assureur mandaté s'établit, vis-à-vis de chacune d'elles, en fonction de la part de responsabilité incombant à chaque conducteur.

Les indemnités sont déterminées selon le barème fixé par l'Organe de supervision et de régulation des assurances.

Le barème s'applique également en cas d'indemnisation directe des victimes lorsque le sinistre n'a occasionné que des dommages matériels.

Le montant du dommage indemnisé est partagé entre les assureurs de responsabilité par parts égales en cas d'impossibilité de se prononcer sur l'étendue des responsabilités encourues.

Article 244 : Lorsque l'auteur ou le coauteur de l'accident de la circulation routière est inconnu ou non assuré, l'indemnisation est supportée par le Fonds national de garantie automobile pour les victimes.

La création, l'organisation, les missions et le fonctionnement du Fonds national de garantie automobile sont déterminés par décret.

Article 245 : Lorsque les responsabilités ne peuvent être établies, chaque conducteur conserve à sa charge la moitié des dommages matériels et corporels qu'il a subis ou que ses ayants droit ont subis du fait de son décès.

Indemnisée en vertu du mandat, l'autre moitié est supportée à parts égales par les assureurs de responsabilité civile de chacun des autres co-auteurs ayant participé à la collision.

Article 246 : Les conflits nés de l'exercice du recours sont soumis à un arbitrage auprès de la Commission nationale d'arbitrage composée de trois assureurs étrangers aux sociétés représentées dans le litige.

Les membres composant la Commission nationale d'arbitrage rendent leur sentence en qualité d'amiables compositeurs dans le mois de leur saisine. Le mandat d'une durée annuelle leur est dévolu par l'association des assureurs automobiles.

Article 247 : Les sommes dues et réclamées, non remboursées, portent intérêt au taux judiciaire.

CHAPITRE II : DE L'ASSURANCE OBLIGATOIRE DES MARCHANDISES OU DE FACULTES A L'IMPORTATION

Section 1 : De l'obligation et du domaine d'application

Article 248 : Il est institué une obligation d'assurance des marchandises ou de facultés à l'importation.

Article 249 : Les personnes physiques ou morales habilitées à effectuer des importations doivent couvrir par une assurance les risques de transport des marchandises en provenance de l'étranger sous réserve d'exemptions qui sont établies par l'ordonnance du Ministre ayant les assurances dans ses attributions.

L'assurance doit être souscrite auprès d'une entreprise d'assurance agréée au Burundi pour pratiquer le risque "Transport".

L'assurance peut être souscrite directement auprès de l'organisme visé à l'alinéa précédent ou par l'intermédiaire des personnes physiques ou morales habilitées.

Les marchandises ou les facultés à l'importation concernées doivent atteindre une valeur minimale dont le montant est fixé par une ordonnance conjointe des Ministres ayant respectivement les assurances et le commerce extérieur dans leurs attributions.

Article 250 : Sont concernés par le présent chapitre, les modes de transport ci-après : les transports routier, lacustre, maritime, ferroviaire, aérien et fluvial.

Section 2 : Des personnes assujetties à l'obligation d'assurance

Article 251 : Sont concernées par le présent chapitre, toutes les personnes visées à l'alinéa 1^{er} de l'article 249 ayant la qualité de résident et effectuant des importations de marchandises ou de facultés.

Section 3 : Des garanties d'assurance

Article 252 : L'assurance contre les risques de transport précédemment visés à l'article 250 doit comporter l'une des garanties suivantes :

1° une garantie FAP sauf ;

2° une garantie tous risques.

&

EU

Article 253 : Les parties peuvent convenir d'une couverture d'assurance portant sur les risques préliminaires et/ou complémentaires au transport maritime.

Les garanties complémentaires ou préliminaires au transport maritime doivent être souscrites, le cas échéant, auprès des compagnies agréées au Burundi.

Section 4 : Du contrôle de l'obligation d'assurance

Article 254 : L'entreprise d'assurance doit délivrer à l'assuré, sans frais, une attestation d'assurance laissant présumer que l'obligation légale a été satisfaite.

La non délivrance de l'attestation d'assurance ou le simple retard engage la responsabilité de l'assureur pour tous les désagréments pouvant en résulter pour le preneur d'assurance. Le document est conservé par l'importateur des marchandises et délivré par expédition.

La présomption visée à l'alinéa 1^{er} résulte de la production des documents justificatifs aux agents de l'Organe de contrôle et de régulation des assurances.

En cas de perte ou de vol de l'attestation d'assurance, toute entreprise d'assurance agréée doit en délivrer, sur simple demande et à ses frais, un duplicata à la personne au profit de qui le document original a été établi.

Article 255 : L'attestation d'assurance doit, en tout état de cause, mentionner :

- 1° la dénomination et l'adresse de l'entreprise d'assurance ;
- 2° le nom, le prénom et l'adresse du souscripteur, personne physique ;
- 3° la raison sociale, l'adresse, le lieu de résidence ou du principal établissement du souscripteur, personne morale ;
- 4° le numéro de la police d'assurance ;
- 5° la période d'assurance correspondant à la prime ou à la portion de prime payée ;
- 6° la nature, la quantité et la valeur FOB de la marchandise importée ;
- 7° le pays de provenance des marchandises.

Article 256 : L'attestation d'assurance, délivrée par l'entreprise d'assurance, doit être établie en trois exemplaires :

- 1° un exemplaire remis à l'assuré ;
- 2° un exemplaire conservé par la compagnie d'assurance ;
- 3° un exemplaire destiné à l'administration des douanes remis par l'assuré au service compétent au moment du dédouanement de la marchandise ou des facultés assurées.

CHAPITRE III : DE L'ASSURANCE OBLIGATOIRE DE LA RESPONSABILITE CIVILE PROFESSIONNELLE DES MEDECINS

Section 1 : De l'objet et du domaine d'application

Article 257 : Il est institué une obligation d'assurance de la responsabilité civile professionnelle des médecins.

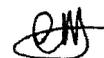
Article 258 : Toute personne physique ou morale, exerçant à titre libéral la profession de médecin, est assujettie à l'obligation de souscrire une assurance auprès d'une entreprise d'assurance agréée, contre les conséquences pécuniaires de la responsabilité civile qu'elle peut encourir dans l'exercice de sa profession en raison des dommages matériels ou corporels causés à autrui, y compris à ses clients, soit de son fait personnel, soit du fait de toute personne dont il est civilement responsable.

Le contrat d'assurance est souscrit préalablement à l'autorisation de l'exercice de la profession par les autorités habilitées et couvre tous les actes que le médecin accomplit dans l'exercice de son activité.

La garantie s'étend aux assistants, aux remplaçants et aux préposés, dans l'exercice de leurs fonctions, à condition qu'ils soient titulaires des diplômes professionnels et des autorisations nécessaires pour exercer et qu'il y ait un lien de préposition avec l'assuré.

Section 2 : De l'étendue de l'obligation d'assurance

Article 259 : L'assurance de la responsabilité civile professionnelle des médecins couvre la responsabilité civile contractuelle et quasi-délictuelle.

Article 260 : Dans le cadre de la responsabilité civile contractuelle, le contrat d'assurance couvre l'assuré contre les conséquences pécuniaires à raison des dommages causés à autrui résultant d'erreurs ou de fautes professionnelles provenant de l'assuré, de ses assistants, de ses élèves, de ses aides ou de ses employés.

Article 261 : L'assurance garantit l'assuré, en sa qualité de médecin, contre les conséquences pécuniaires de la responsabilité civile quasi-délictuelle qu'il peut encourir à raison des dommages corporels et des dégâts matériels résultant d'accidents causés à autrui du fait de l'exercice de sa profession.

Par accident, il faut entendre tout événement fortuit, soudain et extérieur à la victime ou à la chose endommagée constituant la cause d'un dommage corporel ou d'un dommage matériel.

Article 262 : Les plafonds de garantie de la responsabilité civile professionnelle des médecins sont fixés par ordonnance conjointe des Ministres ayant respectivement les assurances et la santé publique dans leurs attributions.

Section 3 : Du contrôle de l'obligation d'assurance

Article 263 : L'entreprise d'assurance doit délivrer à l'assuré, sans frais, une attestation d'assurance, laissant présumer que l'obligation légale a été satisfaite.

La présomption visée à l'alinéa 1^{er} résulte de la production des documents justificatifs aux agents de l'Organe de supervision et de régulation des assurances.

En cas de perte ou de vol de l'attestation d'assurance, toute entreprise d'assurance agréée doit en délivrer, sur simple demande et à ses frais, un duplicata à la personne au profit de qui le document original a été établi.

Article 264 : L'attestation d'assurance doit en tout état de cause mentionner :

- 1° la dénomination et l'adresse de l'entreprise d'assurance ;
- 2° le nom, le prénom et l'adresse du souscripteur, personne physique ;
- 3° la raison sociale, l'adresse et le lieu de résidence du souscripteur, personne morale;
- 4° le numéro de la police d'assurance ;

§

EW

- 5° la période d'assurance correspondant à la prime ou à la portion de prime payée ;
- 6° les remplaçants, les assistants, les préposés et les salariés de l'assuré ;
- 7° les plafonds de garantie respectifs de la responsabilité civile professionnelle.

Article 265 : L'attestation d'assurance délivrée par l'entreprise d'assurance doit être établie en quatre exemplaires :

- 1° un exemplaire remis à l'assuré ;
- 2° un exemplaire conservé par l'entreprise d'assurance ;
- 3° un exemplaire destiné à l'ordre des médecins ;
- 4° un exemplaire à remettre à l'Organe de supervision et de régulation des assurances.

Article 266 : Le contrôle de l'obligation d'assurance est exercé par l'Organe de supervision et de régulation des assurances.

Une ordonnance du Ministre en charge des assurances fixe les modalités de contrôle de l'obligation d'assurance ainsi que les conditions d'établissement et de validité de l'attestation d'assurance en matière de responsabilité civile professionnelle des médecins.

CHAPITRE IV : DE L'ASSURANCE OBLIGATOIRE DE LA RESPONSABILITE CIVILE PROFESSIONNELLE DES AVOCATS

Section 1 : De l'objet et du domaine d'application

Article 267 : Il est institué une obligation d'assurance de la responsabilité civile professionnelle des avocats.

Article 268 : Toute personne physique ou morale, exerçant la profession d'avocat, dans un cabinet ou individuellement, est assujettie à l'obligation de souscrire une assurance auprès d'une entreprise d'assurance agréée, contre les conséquences pécuniaires de la responsabilité civile qu'il peut encourir dans l'exercice de ses fonctions, en raison des dommages matériels ou corporels causés à ses clients, soit de son fait personnel, soit du fait de toute personne dont il est civilement responsable.

§

DM

Section 2 : De l'étendue de l'obligation d'assurance

Article 269 : L'assurance de la responsabilité civile professionnelle des avocats couvre la responsabilité civile contractuelle et quasi-délictuelle.

Article 270 : Dans le cadre de la responsabilité civile contractuelle des avocats, le contrat d'assurance couvre l'assuré contre les conséquences pécuniaires à raison des dommages causés à ses clients résultant d'erreurs de fait, d'oubli, de retard, de faute, d'inexactitude, d'indiscrétion et, d'une manière générale, de tous actes dommageables, notamment par suite de l'inobservation des délais de procédure.

Le contrat couvre également les pertes, les vols, les détériorations ou les destructions, pour quelque cause que ce soit, des minutes, des pièces, des titres et des documents quelconques lui confiés par ses clients.

Article 271 : L'assurance garantit la responsabilité civile quasi-délictuelle que l'assuré peut encourir à raison des dommages corporels ou matériels causés par lui à la clientèle, son personnel, par ses biens meubles ou immeubles, à l'occasion de son activité professionnelle d'avocat.

Article 272 : Les plafonds de garantie de la responsabilité civile professionnelle des avocats sont fixés par ordonnance conjointe des Ministres ayant respectivement les assurances et la justice dans leurs attributions.

Néanmoins, l'assuré a la possibilité de négocier un plafond plus élevé moyennant augmentation de la prime.

Section 3 : Du contrôle de l'obligation d'assurance

Article 273 : L'entreprise d'assurance doit délivrer à l'assuré, sans frais, une attestation d'assurance, laissant présumer que l'obligation légale a été satisfaite.

La présomption visée à l'alinéa 1^{er} résulte de la production des documents justificatifs aux agents de l'Organe de supervision et de régulation et de l'Ordre des avocats.

En cas de perte ou de vol de l'attestation d'assurance, l'entreprise d'assurance agréée au Burundi doit en délivrer, sur simple demande et à ses frais, un duplicata à la personne au profit de laquelle le document original a été établi.

B

QND

Article 274 : L'attestation d'assurance doit en tout état de cause mentionner :

- 1° la dénomination et l'adresse de l'entreprise d'assurance ;
- 2° le nom, le prénom et l'adresse du souscripteur, personne physique ;
- 3° la raison sociale, l'adresse, le lieu de résidence du souscripteur, personne morale ;
- 4° le numéro de la police d'assurance ;
- 5° la période d'assurance correspondant à la prime ou à la portion de prime payée ;
- 6° les préposés et les salariés de l'assuré ;
- 7° les plafonds de garantie de la responsabilité civile professionnelle des avocats ;
- 8° la franchise prévue au contrat à la charge de l'assuré.

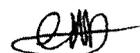
Article 275 : L'attestation d'assurance délivrée par la compagnie d'assurance doit être établie en quatre exemplaires :

- 1° un exemplaire remis à l'assuré ;
- 2° un exemplaire conservé par la compagnie ;
- 3° un exemplaire à remettre à l'Organe de supervision et de régulation des assurances ;
- 4° un exemplaire réservé à l'Ordre des avocats.

Article 276 : Le contrôle de l'obligation d'assurance est exercé par l'Organe de supervision et de régulation des assurances.

Une ordonnance du Ministre en charge des assurances fixe les modalités de contrôle de l'obligation d'assurance, les conditions de l'établissement et de la validité de l'attestation d'assurance en matière de responsabilité civile professionnelle des avocats.

8



CHAPITRE V : DE L'ASSURANCE OBLIGATOIRE DE LA RESPONSABILITE CIVILE DES EXPLOITANTS DES IMMEUBLES COMMERCIAUX EN MATIERE D'INCENDIE OU D'EXPLOSION

Section 1 : De l'objet et du domaine d'application

Article 277 : Il est institué une obligation d'assurance de la responsabilité civile des exploitants des immeubles commerciaux en matière d'incendie ou d'explosion.

Article 278 : Toute personne physique ou morale, exploitant un immeuble commercial destiné au public à quelque titre que ce soit, est assujettie à l'obligation de souscrire un contrat d'assurance auprès d'une entreprise d'assurance agréée, contre les conséquences pécuniaires de la responsabilité civile qu'elle peut encourir, dans le cadre de l'exploitation dudit immeuble, en raison des dommages matériels et corporels causés à autrui, y compris à ses clients de son fait personnel ou du fait des préposés et des salariés dans l'exercice de leurs fonctions.

Le preneur d'assurance souscrit le contrat d'assurance visé à l'alinéa 1^{er}, préalablement à l'ouverture de l'établissement par les autorités habilitées.

La liste des établissements commerciaux concernés par les dispositions susmentionnées est fixée par ordonnance conjointe des Ministres ayant respectivement l'intérieur et les assurances dans leurs attributions. Dans chaque localité, la liste susvisée est conservée par les services de la commune.

Section 2 : De l'étendue de l'obligation d'assurance

Article 279 : Les personnes physiques ou morales visées à l'article 278 sont responsables des dommages corporels et des dégâts matériels causés au tiers par un incendie ou une explosion ayant pris naissance ou ayant eu lieu au sein dudit établissement.

Le contrat d'assurance, conclu en application de l'article 278, garantit la responsabilité contractuelle et la responsabilité quasi-délictuelle.

Article 280 : Dans le cadre de la responsabilité civile contractuelle, le contrat d'assurance couvre l'assuré contre les conséquences pécuniaires à raison des dommages causés à autrui, résultant de l'imprudence ou de la faute professionnelle de l'assuré, de ses préposés et de ses salariés dans l'exercice de leurs fonctions.

§

EW

Article 281 : L'assurance garantit l'assuré contre les conséquences pécuniaires de la responsabilité civile quasi-délictuelle qu'il peut encourir à raison des dommages corporels et matériels causés à autrui du fait de l'exploitation du lieu destiné au public.

Article 282 : Les plafonds de garantie sont fixés par ordonnance conjointe des Ministres ayant respectivement l'intérieur et les assurances dans leurs attributions.

Section 3 : Du contrôle de l'obligation d'assurance

Article 283 : Le contrôle de l'obligation d'assurance de la responsabilité civile des exploitants des immeubles commerciaux en matière d'incendie ou d'explosion est exercé par l'Organe de supervision et de régulation des assurances.

Une ordonnance du Ministre en charge des assurances fixe les modalités de contrôle de l'obligation d'assurance, les conditions de l'établissement et de la validité de l'attestation d'assurance en matière de responsabilité des exploitants des immeubles commerciaux en matière d'incendie ou d'explosion.

Article 284 : L'entreprise d'assurance doit délivrer, sans frais, à l'assuré une attestation d'assurance, laissant présumer que l'obligation légale a été satisfaite.

La présomption prévue à l'alinéa 1^{er} résulte de la production du document justificatif aux fonctionnaires ou agents des administrations chargées du contrôle des établissements destinés au public.

En cas de perte ou de vol de l'attestation d'assurance, toute entreprise d'assurances agréée doit délivrer, sur simple demande et à ses frais, un duplicata à la personne au profit de qui le document original a été établi.

Article 285 : L'attestation d'assurance doit en tout état de cause mentionner :

- 1° la dénomination et l'adresse de l'entreprise d'assurances ;
- 2° le nom, le prénom et l'adresse du souscripteur, personne physique ;
- 3° la raison sociale, l'adresse, le lieu de résidence du souscripteur, personne morale ;
- 4° le numéro de la police d'assurance ;

§

EM

- 5° la période d'assurance correspondant à la prime ou à la portion de prime payée ;
- 6° la liste des préposés et des salariés de l'assuré ;
- 7° les plafonds de garantie de la responsabilité civile.

Article 286 : L'attestation d'assurance délivrée par l'entreprise d'assurance doit être établie en trois exemplaires :

- 1° un exemplaire remis à l'assuré ;
- 2° un exemplaire conservé par l'entreprise d'assurance ;
- 3° un exemplaire destiné aux autorités administratives chargées du contrôle des établissements destinés au public.

Section 4 : Des mesures de prévention et de sécurité

Article 287 : L'exploitant d'un établissement destiné au public visé à l'article 278 doit prendre des mesures de sécurité, de protection et de prévention prescrites par la réglementation en vigueur, afin de protéger le public et le personnel contre les risques d'incendie et d'explosion.

CHAPITRE VI : DE L'ASSURANCE OBLIGATOIRE DES BATIMENTS ADMINISTRATIFS EN MATIERE D'INCENDIE OU D'EXPLOSION

Section 1 : De l'objet, de la garantie et du champ d'application

Article 288 : Il est institué une obligation d'assurance des bâtiments occupés par les administrations publiques en matière d'incendie ou d'explosion.

Dans l'application des présentes dispositions, sont considérés comme administrations publiques les services émergeant au budget de l'Etat.

Article 289 : L'obligation d'assurance comporte dans une même police une garantie couvrant la responsabilité vis-à-vis des tiers et les dommages survenant aux bâtiments administratifs.

Article 290 : Sont assujetties à l'obligation d'assurance visée à l'article 288, l'Etat et les administrations décentralisées, propriétaires ou locataires des bâtiments abritant leurs services.

8

EM

L'Etat et les administrations décentralisées sont tenus de prendre les garanties suivantes :

- 1° la garantie dommage aux bâtiments dont ils sont propriétaires et la garantie contre le recours des tiers en cas d'incendie prenant naissance dans lesdits bâtiments ;
- 2° la garantie responsabilité civile locative pour se couvrir contre le recours du propriétaire des immeubles loués si l'incendie est le fait d'un de ses préposés ou de ses salariés.

Le Ministre en charge de la gestion du patrimoine immobilier de l'Etat et les gestionnaires des administrations décentralisées remplissent les obligations leur incombant ; ils doivent payer la prime et peuvent réclamer les indemnités de sinistre en cas de réalisation du risque.

Section 2 : De l'étendue de l'obligation d'assurance

Article 291 : La garantie d'assurance couvre les dommages matériels causés au tiers par un incendie ou une explosion ayant pris naissance ou ayant eu lieu au sein des bâtiments occupés à quelque titre que ce soit par l'Etat et les administrations décentralisées.

Article 292 : La garantie d'assurance couvre les dommages matériels causés par le feu ou l'explosion aux biens mobiliers et immobiliers, y compris ceux occasionnés aux biens assurés par les secours et les mesures de sauvetage.

Sauf convention contraire expresse, les dommages résultant des lésions corporelles ne sont pas garantis.

Section 3 : Du contrôle de l'obligation d'assurance

Article 293 : Le contrôle de la présente obligation d'assurance est effectué par les agents de l'Organe de supervision et de régulation des assurances.

Une ordonnance du Ministre en charge des assurances fixe les modalités de contrôle de l'obligation d'assurance, les conditions de l'établissement et de la validité de l'attestation d'assurance en matière de responsabilité civile du fait de l'incendie ou de l'explosion des bâtiments administratifs.

Article 294 : Les personnes assujetties à l'obligation d'assurance des bâtiments administratifs en matière d'incendie ou d'explosion doivent être en mesure de justifier qu'elles ont satisfait à l'obligation, en présentant à tout contrôle les documents justificatifs.

8

EM

Article 295 : L'attestation d'assurance doit en tout état de cause mentionner :

- 1° la dénomination et l'adresse de l'entreprise d'assurance ;
- 2° la raison sociale, l'adresse, le lieu de résidence du souscripteur, personne morale ;
- 3° le numéro de la police d'assurance ;
- 4° la période d'assurance correspondant à la prime ou à la portion de prime payée ;
- 5° la liste des préposés et des salariés de l'assuré ;
- 6° les plafonds de garantie de la responsabilité civile, le cas échéant.

Article 296 : L'attestation d'assurance délivrée par l'entreprise d'assurance doit être établie en trois exemplaires :

- 1° un exemplaire remis à l'assuré ;
- 2° un exemplaire conservé par l'entreprise d'assurance ;
- 3° un exemplaire destiné à l'Organe de supervision et de régulation des assurances.

Article 297 : A l'issue du contrôle de l'obligation d'assurance des bâtiments administratifs en matière d'incendie ou d'explosion, si l'Organe de supervision et de régulation des assurances se rend compte que l'obligation n'a pas été respectée, il transmet le rapport de contrôle assorti de recommandations à l'autorité compétente.

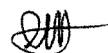
CHAPITRE VII : DE L'ASSURANCE OBLIGATOIRE DES RISQUES DE CONSTRUCTION

Section 1 : De l'objet et du domaine d'application

Article 298 : Il est institué une obligation d'assurance des risques de construction.

Article 299 : Tout constructeur, personne physique ou morale dont la responsabilité peut être engagée envers le maître ou l'acquéreur de l'ouvrage pour les dommages qui compromettent la solidité de l'ouvrage ou qui l'affectent dans l'un des éléments constitutifs ou dans l'un de ses éléments d'équipement le rendant impropre à sa destination, doit être couvert par une assurance de risque de construction.

8



Article 300 : A l'ouverture de tout chantier, le maître de l'ouvrage doit être en mesure de justifier qu'il a souscrit un contrat d'assurance couvrant par une seule et même police les dommages à l'ouvrage et la responsabilité décennale de l'ensemble des intervenants.

Section 2 : Des personnes assujetties à l'obligation d'assurance

Article 301 : Sont assujettis à l'obligation d'assurance des risques de construction:

- 1° le maître d'ouvrage ou son mandataire ;
- 2° les entreprises de construction ;
- 3° les architectes et les bureaux d'étude ;
- 4° les ingénieurs conseils ;
- 5° les promoteurs immobiliers ;
- 6° les contrôleurs techniques.

Tous les sous-traitants sont exclus du champ d'application de l'alinéa premier.

La valeur minimale de l'ouvrage à construire soumis à l'obligation d'assurance est fixée par une ordonnance conjointe des Ministres ayant respectivement les travaux publics et les assurances dans leurs attributions.

Section 3 : De l'étendue de l'obligation d'assurance

Article 302 : Les intervenants visés à l'article 301 doivent souscrire une assurance de responsabilité décennale et une garantie biennale.

Article 303 : Le maître de l'ouvrage est tenu de garantir la réparation rapide des désordres pouvant survenir aux bâtiments en construction. Il est responsable des dommages qui surviennent aux travaux pendant leur exécution quelle qu'en soit la cause.

L'assureur exerce par la suite un recours contre le ou les responsables des défauts qui sont tenus de souscrire une assurance de responsabilité.



Le maître de l'ouvrage doit s'assurer que le constructeur a souscrit une garantie de responsabilité décennale pouvant prendre en charge les désordres susceptibles de :

- 1° compromettre la solidité de l'ouvrage ;
- 2° le rendre impropre à sa destination ;
- 3° affecter la solidité des éléments d'équipement faisant corps avec les ouvrages de viabilité, d'ossature, de clos et de couvert.

Le constructeur doit également couvrir, par une garantie biennale, certains vices cachés à la réception de l'ouvrage, susceptibles d'entraîner de gros dommages.

Les éléments d'équipement sont garantis pendant deux ans.

Article 304 : Quiconque fait réaliser pour le compte d'autrui des travaux de construction doit être garanti par une assurance de responsabilité dans les conditions fixées par l'article 303. Il en est de même lorsque les bâtiments sont construits en vue de la vente.

Article 305 : La garantie de l'assurance de responsabilité civile décennale couvre le paiement des travaux de réparation lorsque la responsabilité du constructeur est engagée. La garantie couvre également les dommages matériels résultant des vices cachés lors de la réception et révélés dans un délai de dix ans à compter de la réception.

Article 306 : Nonobstant toute stipulation contraire, tout contrat d'assurance est réputé comporter une clause d'assurance garantissant le maintien de la garantie pour la durée de la responsabilité incombant à la personne assujettie à l'obligation d'assurance.

Section 4 : Du contrôle de l'obligation d'assurance

Article 307 : Les personnes assujetties à l'obligation d'assurance doivent être en mesure de justifier aux autorités administratives compétentes qu'elles ont satisfait à l'obligation lors de la déclaration d'ouverture du chantier et de présenter à toute réquisition les documents justificatifs.

En l'absence de tout justificatif, sur demande de l'Organe de supervision et de régulation des assurances, les autorités compétentes peuvent refuser au maître de l'ouvrage le démarrage des travaux du chantier.

Article 308 : L'attestation d'assurance doit mentionner :

- 1° la dénomination et l'adresse de l'entreprise d'assurance ;
- 2° le nom, le prénom et l'adresse du preneur d'assurance ;
- 3° le numéro de la police d'assurance ;
- 4° la période d'assurance correspondant à la prime ou à la portion de prime payée ;
- 5° la liste des préposés et des salariés de l'assuré.

Article 309 : L'attestation d'assurance délivrée par l'entreprise d'assurance est établie en trois exemplaires :

- 1° un exemplaire remis à l'assuré ;
- 2° un exemplaire conservé par l'entreprise d'assurance ;
- 3° un exemplaire destiné à l'Organe de supervision et de régulation des assurances.

TITRE III : DES ENTREPRISES D'ASSURANCES

CHAPITRE I : DU REGIME ADMINISTRATIF DES ASSURANCES

Section 1 : Des règles de constitution et de fonctionnement des sociétés d'assurance

Article 310 : Les entreprises d'assurances ou de micro-assurance ne peuvent avoir d'autre objet que celui de pratiquer au Burundi des opérations mentionnées à l'article 2 du présent Code ainsi que celles qui en découlent directement, à l'exclusion de toute autre activité commerciale.

Elles peuvent faire souscrire des contrats d'assurance pour le compte d'autres entreprises agréées avec lesquelles elles ont conclu un accord.

Il est interdit aux assurances autres que celles de capitalisation de stipuler ou de réaliser l'exécution des contrats ou l'attribution du bénéfice par voie du tirage au sort.



Article 311 : Les entreprises d'assurances ou de micro-assurance sont constituées conformément à la loi sur les sociétés commerciales sous la forme de sociétés anonymes ou de sociétés de personnes opérant sous forme de société d'assurance coopérative dite mutuelle. Elles doivent avoir leur siège social au Burundi.

Article 312 : Les entreprises constituées sous forme de société anonyme doivent respecter les dispositions du présent Code relatives à la constitution du capital et la libération des actions souscrites de la manière suivante :

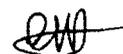
- 1° les sociétés d'assurance exploitant les branches dommages doivent avoir un capital social au moins égal à un milliard de francs burundais, non compris les apports en nature ;
- 2° les sociétés d'assurance exploitant les branches vie et capitalisation doivent justifier d'un capital social au moins égal à cinq cents millions de francs burundais, non compris les apports en nature ;
- 3° avant la constitution définitive de la société, chaque actionnaire doit verser au moins la moitié du montant des actions en numéraire souscrites par lui ;
- 4° à la date d'entrée en vigueur de la présente loi, les sociétés d'assurance qui ont un capital inférieur à ce minimum, doivent le relever au niveau fixé par la loi ;
- 5° l'Organe de supervision et de régulation des assurances peut relever le capital social minimum et fixer les conditions de participation à l'augmentation du capital.

Article 313 : Les entreprises d'assurances coopératives dites mutuelles ont un objet non commercial. Le fonds d'établissement ainsi que les dispositions particulières applicables à cette forme de société d'assurance sont déterminés par voie légale et constituent un complément au présent Code.

Article 314 : Les dispositions spécifiques à la micro-assurance sont déterminées par voie légale et constituent un complément au présent Code.

Article 315 : Le rapport spécial des commissaires aux comptes prévu par la loi sur les sociétés commerciales doit contenir, outre les mentions prévues par ladite loi et concernant les conventions, l'indication du montant des sommes versées aux administrateurs et aux dirigeants à titre de rémunération ou de commission pour les contrats d'assurance et de capitalisation souscrits par leur intermédiaire.

§



Article 316 : Dans les prospectus, les affiches, les circulaires, les notices, les annonces ou les documents quelconques relatifs aux emprunts des entreprises d'assurances, il doit être mentionné de manière explicite que les assurés ont un privilège et que le prêteur, même s'il est assuré, n'en bénéficie pas pour le remboursement de l'emprunt et des intérêts y afférents. La mention doit figurer également en caractères apparents sur les titres d'emprunt.

Article 317 : Les prospectus, les affiches, les circulaires, les notices, les annonces ou les documents quelconques ainsi que les polices émises par les entreprises d'assurances ou de micro-assurances doivent indiquer, en dessous de la mention du montant du capital social, la portion du capital déjà versé.

Article 318 : Une personne physique ou morale ne peut détenir seule, directement ou indirectement, plus de 20% du capital social ou des droits de vote, sauf sur l'autorisation de l'Organe de supervision et de régulation des assurances.

Article 319 : Toute opération de vente ayant pour effet de conférer directement ou indirectement à un actionnaire, personne physique ou morale ou à plusieurs actionnaires, personnes morales liées par des relations de sociétés mère et filiale, une participation atteignant 20 % du capital social ou la majorité des droits de vote à l'assemblée générale d'une entreprise d'assurance mentionnée aux articles 312 et 313, doit être, préalablement à sa réalisation, autorisée par l'Organe de supervision et de régulation des assurances.

Article 320 : Le dossier relatif à la demande d'autorisation de vente des actions ou de participation à l'augmentation du capital doit comprendre toutes les informations relatives à l'acquéreur et à l'opération envisagée et notamment, la part du capital ou les droits de vote déjà détenus par l'acquéreur ou par des personnes appartenant au même groupe, d'une part, la nature, le montant, les objectifs, les effets attendus et les mécanismes de la cession projetée d'autre part.

Article 321 : Lorsqu'il s'agit d'une personne physique, le dossier visé à l'article 320 contient les informations suivantes :

- 1° le nom, le prénom, le domicile, la nationalité, la date et le lieu de naissance;
- 2° un état descriptif de ses activités comprenant les informations mentionnées à l'article 344 ;

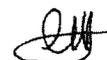
- 3° toutes les informations permettant d'apprécier sa situation patrimoniale ;
- 4° si elle a fait ou est susceptible de faire l'objet d'une enquête ou d'une procédure professionnelle, administrative ou judiciaire prévue par l'article 322.

Article 322 : Lorsqu'il s'agit d'une personne morale, le dossier contient les informations suivantes :

- 1° la dénomination et l'adresse de son siège social ;
- 2° tout document faisant foi de sa constitution régulière selon les lois et les règlements du pays de son siège social ;
- 3° la liste des administrateurs et des dirigeants avec leurs nom, prénom, domicile, nationalité, date et lieu de naissance ;
- 4° la répartition du capital et des droits de vote détenus par chacun d'eux ;
- 5° La description de ses activités et le détail des participations dans des entreprises d'assurances ;
- 6° le bilan et le compte d'exploitation générale des deux derniers exercices clos;
- 7° les sanctions ou les conséquences financières qui en ont résulté ou sont susceptibles d'en résulter si elle a fait ou est susceptible de faire l'objet d'une enquête ou d'une procédure professionnelle, administrative ou judiciaire ;
- 8° les informations relatives à la couverture de la marge de solvabilité et des engagements réglementés conformément à la législation en vigueur, s'il s'agit d'une société d'assurance ;
- 9° des informations fournies par l'Organe de supervision et de régulation des assurances relatives à la solvabilité, s'il s'agit d'une société d'assurance agréée dans un pays étranger.

Article 323 : Dès réception du dossier complet, l'Organe de supervision et de régulation des assurances dispose d'un délai de trois mois pour se prononcer sur la cession.

La cession est réalisée dès réception d'une autorisation de l'Organe de supervision et de régulation des assurances ou, en cas de silence, à l'expiration du délai prévu à l'alinéa 1^{er}.

Article 324 : Les dispositions des articles 318 à 323 s'appliquent également aux cessions d'actions d'entreprise dont l'activité principale consiste à prendre des participations au capital des entreprises d'assurances.

Article 325 : Il ne peut être procédé à une distribution de dividendes qu'après constitution des réserves et des provisions prescrites par les lois et les règlements en vigueur, après amortissement intégral des dépenses d'établissement et après que les dispositions réglementaires relatives à la marge de solvabilité et à la couverture des engagements réglementés ont été satisfaites.

En tout état de cause, les entreprises d'assurances doivent obtenir pour l'opération l'autorisation de l'Organe de supervision et de régulation des assurances qui a un délai de soixante jours ouvrables pour réagir.

Section 2 : De l'agrément

Paragraphe 1 : La délivrance de l'agrément

Article 326 : Les entreprises d'assurances ne peuvent commencer leurs opérations qu'après avoir obtenu un agrément de l'Organe de supervision et de régulation des assurances.

Les entreprises de réassurances ou leurs démembrements ainsi que les entreprises affiliées à des groupes sont tenus d'obtenir au préalable un agrément de l'Organe de supervision et de régulation des assurances.

Toutefois, les opérations d'acceptation en réassurance ne sont pas soumises à l'agrément.

Article 327 : Aucune entreprise ne peut pratiquer en même temps les opérations des branches vie et capitalisation et celles des branches dommages.

L'entreprise ne peut pratiquer que les opérations pour lesquelles elle est agréée.

Article 328 : Toute entreprise réalisant des opérations définies au point 1° de l'article 2 du présent Code ne peut pratiquer en même temps les opérations définies au point 2° du même article.

L'agrément est accordé sur demande de l'entreprise, pour les opérations d'une ou plusieurs branches d'assurance.

§

EM

Article 329 : Les entreprises d'assurances n'ayant pas terminé l'opération de séparation des branches vie et non vie disposent d'un délai de trois ans pour se conformer au prescrit de l'article 327 ci-dessus.

Article 330 : Sous réserves des dispositions de l'article 329, sont nuls les contrats souscrits en violation de l'article 327.

Toutefois, la nullité n'est pas opposable aux assurés, aux souscripteurs et aux bénéficiaires de contrat lorsqu'ils sont de bonne foi.

Article 331 : L'agrément prévu à l'article 326, est accordé branche par branche.

Article 332 : Il existe deux catégories de branches, à savoir :

- la branche incendie, accidents et risques divers ;
- la branche vie.

Article 333 : La branche incendie, accidents et risques divers concerne :

1° les accidents y compris les accidents de travail et les maladies professionnelles :

- les prestations forfaitaires ;
- les prestations indemnitaires ;
- les combinaisons ;
- les personnes transportées.

2° la maladie :

- les prestations forfaitaires ;
- les prestations indemnitaires ;
- les combinaisons.

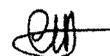
3° le corps de véhicules terrestres autres que ferroviaires : tout dommage subi par :

- les véhicules automoteurs;
- les véhicules terrestres non automoteurs.

§

QW

- 4° le corps de véhicules ferroviaires : tout dommage subi par les véhicules ferroviaires ;
- 5° le corps de véhicules aériens : tout dommage subi par les véhicules aériens ;
- 6° le corps de véhicules maritimes, lacustres et fluviaux : tout dommage subi par :
- les véhicules fluviaux ;
 - les véhicules lacustres ;
 - les véhicules maritimes.
- 7° les marchandises transportées y compris les marchandises, bagages et tous autres biens : tout dommage subi par les marchandises transportées ou bagages, quel que soit le moyen de transport ;
- 8° l'incendie et les éléments naturels : tout dommage subi par les biens autres que les biens compris dans les branches 3, 4, 5, 6 et 7 lorsqu'il est causé par :
- l'incendie ;
 - l'explosion ;
 - la tempête ;
 - les éléments naturels autres que la tempête ;
 - l'énergie nucléaire ;
 - l'affaissement de terrain.
- 9° les autres dommages aux biens : tout dommage subi par les biens autres que les biens compris dans les branches 3, 4, 5, 6 et 7 et lorsque ce dommage est causé par la grêle ou la gelée, la sécheresse et les inondations ainsi que par tout événement, tel le vol, autre que ceux compris dans la branche 8 ;
- 10° la responsabilité civile en matière de véhicules automoteurs: toute responsabilité résultant de l'emploi de véhicules automoteurs y compris la responsabilité du transporteur ;
- 11° la responsabilité civile en matière de véhicules aériens : toute responsabilité résultant de l'emploi de véhicules aériens y compris la responsabilité du transporteur ;



12° la responsabilité civile en matière de véhicules maritimes, lacustres et fluviaux : toute responsabilité résultant de l'emploi de véhicules fluviaux, lacustres et maritimes y compris la responsabilité du transporteur ;

13° la responsabilité civile générale : toute responsabilité autre que celles mentionnées sous les branches 10, 11 et 12.

14° le crédit :

- l'insolvabilité générale ;
- le crédit à l'exportation ;
- la vente à tempérament ;
- le crédit hypothécaire ;
- le crédit agricole.

15° la caution :

- la caution directe ;
- la caution indirecte.

16° Les pertes pécuniaires diverses :

- les risques d'emploi ;
- l'insuffisance de recettes (générale) ;
- le mauvais temps ;
- les pertes de bénéfices ;
- la persistance de frais généraux ;
- les dépenses commerciales imprévues ;
- la perte de la valeur vénale ;
- les pertes de loyers ou de revenus ;
- les pertes commerciales indirectes autres que celles mentionnées précédemment ;
- les pertes pécuniaires non commerciales ;
- les autres pertes pécuniaires.

17° la protection juridique ;

18° l'assistance : assistance aux personnes en difficultés, notamment au cours de déplacements.

Article 334 : Toute entreprise obtenant l'agrément pour un risque principal appartenant aux branches 1 à 18 de l'article 333 peut également garantir des risques compris dans une autre branche sans que l'agrément soit exigé pour ces risques, lorsque ceux-ci sont liés au risque principal.

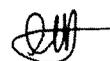
Toutefois, les risques compris dans les branches 14 et 15 de l'article 333 ne peuvent être considérés comme accessoires à d'autres branches.

Article 335 : Les branches vie-décès comprennent :

- 1° l'assurance vie-décès : toute opération comportant des engagements dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine ;
- 2° l'assurance liée à des fonds d'investissement : toutes les opérations comportant des engagements dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine et liées à un fonds d'investissement. Les branches mentionnées aux points 1° et 2° du présent article comportent la pratique d'assurances complémentaires au risque principal, notamment celles ayant pour objet des garanties en cas de décès accidentel ou d'invalidité ;
- 3° les opérations tontinières : toutes les opérations comportant la constitution d'associations réunissant des adhérents en vue de capitaliser en commun leurs cotisations et de répartir l'avoir ainsi constitué, soit entre les survivants, soit entre les ayants droit des décédés ;
- 4° la Capitalisation : toute opération d'appel à l'épargne en vue de la capitalisation et comportant, en échange de versements uniques ou périodiques directs ou indirects, des engagements déterminés quant à leur durée et à leur montant.

Article 336 : Les entreprises agréées pour pratiquer les branches visées aux points 1° et 2° de l'article 335 peuvent réaliser directement, à titre d'assurance accessoire faisant partie d'un contrat d'assurance sur la vie et moyennant paiement d'une prime ou cotisation distincte, des assurances complémentaires contre les risques d'atteintes corporelles incluant l'incapacité professionnelle de travail, de décès accidentel ou d'invalidité à la suite d'accident ou de maladie. Dans ce cas, le contrat doit préciser que les garanties complémentaires prennent fin au plus tard en même temps que la garantie principale.

8



Les demandes de visa des tarifs d'assurance sur la vie, comportant les assurances complémentaires contre les risques mentionnés au premier alinéa que les entreprises sont tenues de présenter, doivent être accompagnées de justifications techniques relatives à ces garanties accessoires.

Paragraphe 2 : Les conditions de l'agrément

Article 337 : Tous les documents accompagnant la demande d'agrément doivent être rédigés dans l'une des langues officielles du Burundi.

Au moment de l'octroi d'un agrément à une entreprise d'assurance, l'Organe de supervision et de régulation des assurances tient en compte des critères ci-après :

- 1° les moyens techniques et financiers ainsi que leur adéquation au programme d'activités de l'entreprise ;
- 2° l'honorabilité et la qualification des personnes chargées de la gestion ;
- 3° la répartition du capital ;
- 4° la mise en place des procédés de contrôle interne et des technologies de l'information et de la communication ;
- 5° l'étude de faisabilité de la société en quête d'agrément.

Article 338 : Toute demande d'agrément présentée par une entreprise d'assurance doit être produite en cinq exemplaires et comporter les éléments suivants :

- 1° la liste des branches que l'entreprise se propose de pratiquer ;
- 2° l'indication des pays étrangers où l'entreprise se propose d'opérer, le cas échéant;
- 3° un des doubles de l'acte authentique constitutif de l'entreprise ou une expédition ;
- 4° le procès-verbal de l'assemblée générale constitutive ;
- 5° deux exemplaires des statuts et une attestation de dépôt bancaire ;

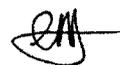
8

DWA

6° la liste des administrateurs et les directeurs ainsi que de toute personne appelée à exercer en fait des fonctions équivalentes avec le nom, le prénom, le domicile, la nationalité, la date et le lieu de naissance de chacun d'eux ;

7° un programme d'activités contenant les pièces suivantes :

- a) un document précisant la nature des risques que l'entreprise se propose de garantir;
- b) deux exemplaires des polices et des imprimés destinés à être distribués au public ou publiés pour chacune des branches faisant l'objet de la demande d'agrément ;
- c) deux exemplaires des tarifs pour chacune des branches faisant l'objet de la demande d'agrément ;
- d) les principes directeurs que l'entreprise se propose de suivre en matière de réassurance ;
- e) le plan d'informatisation de l'entreprise, les prévisions de frais d'installation des services administratifs et du réseau de production ainsi que les moyens financiers destinés à y faire face ;
- f) pour les trois premiers exercices sociaux :
 - les prévisions relatives aux frais de gestion autres que les frais d'installation, notamment les frais généraux et les commissions ;
 - les prévisions relatives aux primes et aux sinistres ;
 - la situation probable de trésorerie ;
 - les bilans, le compte d'exploitation et le compte général des pertes et profits prévisionnels;
 - l'état C1 prévisionnel ;
 - les prévisions relatives aux moyens financiers destinés à la couverture des engagements ;
 - les prévisions relatives à la marge de solvabilité que l'entreprise doit posséder en application des dispositions du présent Code ;



- g) la liste des principaux actionnaires ainsi que la part de capital social détenue par chacun d'eux dans le cas d'une société anonyme ;
- h) le nom et l'adresse du principal établissement bancaire où sont domiciliés les comptes de l'entreprise.

Article 339 : En cas de demande d'extension d'agrément, les documents mentionnés aux points 3, 4 et 5 de l'article 338 ne sont pas exigés.

L'entreprise doit indiquer, s'il y a lieu, toute modification intervenue dans la liste des directeurs et administrateurs de la société, la qualification et l'expérience professionnelle des dirigeants et justifier qu'elle dispose d'une marge de solvabilité au moins égale au montant réglementaire.

Article 340 : Les administrateurs, les directeurs et les personnes exerçant les fonctions équivalentes doivent produire un extrait de casier judiciaire datant de moins de trois mois ou un document équivalent délivré par une autorité judiciaire ou administrative compétente.

Les actuaires, les auditeurs ou les experts sollicités par les sociétés d'assurance ou par l'Organe de supervision et de régulation des assurances sont tenus de produire les pièces justificatives de leur compétence professionnelle et de leur honorabilité avant toute intervention sur le territoire du Burundi.

Si les personnes visées aux alinéas 1 et 2 sont de nationalité étrangère, elles doivent satisfaire aux dispositions légales et réglementaires sur les migrations.

Article 341 : En cas d'opérations d'assurances comportant des engagements dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine, d'opérations complémentaires aux opérations précédentes, l'entreprise doit produire le tarif afférent à toutes les opérations ainsi qu'une note technique exposant le mode d'établissement des tarifs et les bases de calcul des diverses catégories de primes et de cotisations.

Article 342 : En cas d'opérations d'assurances impliquant la capitalisation, l'entreprise doit introduire le tarif complet des versements ou des cotisations, accompagné de tableaux indiquant au moins année par année les provisions mathématiques et les valeurs de rachat correspondantes ainsi que d'une note technique exposant le mode d'établissement des divers éléments.

8

EM

Article 343 : Pendant les trois exercices faisant l'objet des prévisions mentionnées au point 7° de l'article 338, l'entreprise doit présenter à l'Organe de supervision et de régulation des assurances, un compte-rendu d'exécution du programme d'activités pour chaque semestre.

Si les comptes rendus ainsi présentés font apparaître un déséquilibre grave dans la situation financière de l'entreprise, les autorités de contrôle peuvent à tout moment prendre les mesures nécessaires pour faire renforcer les garanties financières jugées indispensables et, à défaut, procéder au retrait de l'agrément.

Article 344 : Lors de l'examen du dossier d'agrément, l'Organe de supervision et de régulation des assurances prend en considération la qualification et l'expérience professionnelles des directeurs et des administrateurs de la société qui doivent produire un état descriptif de leurs activités indiquant notamment :

- 1° la nature des activités professionnelles actuelles et de celles qu'elles ont exercées les dix années précédant la demande d'agrément ;
- 2° s'ils ont fait l'objet de sanctions disciplinaires prises par l'Organe de supervision et de régulation des assurances ou une organisation professionnelle compétente ou d'un refus d'inscription sur une liste professionnelle ;
- 3° s'ils ont fait l'objet d'un licenciement ou d'une mesure équivalente pour faute ;
- 4° s'ils ont exercé des fonctions d'administrateur ou de directeur dans des entreprises ayant fait l'objet des mesures de redressement ou de liquidation judiciaire, des mesures de faillite personnelle, de banqueroute ou de mesures équivalentes à l'étranger.

Article 345 : Sont éligibles au poste de directeur général, les postulants titulaires d'un diplôme universitaire dans les domaines économique, juridique ou ayant trait aux assurances et justifiant d'une expérience professionnelle déterminée par une décision de l'Organe de supervision et de régulation des assurances.

Sont également éligibles au poste de directeur général, les candidats titulaires d'un diplôme universitaire dans d'autres domaines justifiant d'une expérience professionnelle dans le secteur des assurances, déterminée par une décision de l'Organe de supervision et de régulation des assurances.

§

OM

Article 346 : La décision d'agrément est publiée au Bulletin Officiel du Burundi.

Article 347 : En cas de transfert total ou partiel du portefeuille dans une branche ou dans une sous-branche déterminée, l'agrément cesse de plein droit pour la branche ou la sous-branche.

Article 348 : Lorsque une entreprise ayant obtenu l'agrément pour une branche ou une sous-branche n'a pas commencé à pratiquer les opérations correspondantes dans le délai d'un an à dater de la publication au Bulletin Officiel du Burundi de la décision d'agrément ou si une entreprise ne souscrit, pendant deux exercices consécutifs, aucun contrat appartenant à une branche ou une sous-branche pour laquelle elle est agréée, l'agrément cesse de plein droit pour la branche ou la sous-branche considérée.

Article 349 : A la demande d'une entreprise s'engageant à ne plus souscrire à l'avenir de nouveaux contrats entrant dans une ou plusieurs branches ou sous-branches, l'Organe de supervision et de régulation des assurances peut, par décision publiée au Bulletin Officiel du Burundi, constater la caducité de l'agrément pour lesdites branches ou les sous-branches.

Article 350 : La décision d'octroi ou de refus d'agrément est prise au plus tard trois mois après la réception du dossier de demande d'agrément par l'Organe de supervision et de régulation des assurances.

La non-réponse dans le délai imparti est considérée comme une décision implicite de rejet.

Le refus de l'agrément ne peut être donné que si l'entreprise a été préalablement mise en demeure par lettre recommandée de présenter ses observations écrites dans un délai de quinze jours.

La décision de refus est susceptible de recours devant la Cour administrative.

Section 3 : Des privilèges

Article 351 : L'actif mobilier des entreprises d'assurances est affecté par un privilège général au règlement de leurs engagements envers les assurés et les bénéficiaires des contrats. Le privilège prend rang selon l'ordre établi par la législation en vigueur.

Article 352 : Lorsque l'actif affecté par une entreprise à la représentation des provisions qu'elle est tenue de constituer est insuffisant ou lorsque la situation financière de l'entreprise est telle que les intérêts des assurés et des bénéficiaires des contrats sont compromis, les immeubles faisant partie du patrimoine de ladite entreprise peuvent être grevés d'une hypothèque inscrite à la requête de l'Organe de supervision et de régulation des assurances. L'hypothèque est prise lorsque l'entreprise fait l'objet d'un retrait d'agrément.

Article 353 : Lorsque les entreprises pratiquent les opérations vie et capitalisation, la créance garantie par le privilège ou l'hypothèque légale est arrêtée au montant de la provision mathématique diminuée, s'il y a lieu, des avances sur police y compris les intérêts. Le montant obtenu est augmenté, s'il y a lieu, du montant du compte individuel de participation aux bénéfices, ouvert au nom de l'assuré, lorsque les bénéfices ne sont pas payables immédiatement après la liquidation de l'exercice qui les a produits.

La créance garantie pour les assurances directes est arrêtée au montant des indemnités dues à la suite des sinistres et au montant des portions des primes payées d'avance ou des provisions de prime correspondant à la période pour laquelle le risque n'a pas couru, les créances d'indemnité étant payées par préférence.

La créance garantie est arrêtée au montant de la provision mathématique pour les indemnités dues sous forme de rente.

Article 354 : Le montant des provisions correspondant à la créance garantie par le privilège ou l'hypothèque légale mentionnés aux articles 351, 352 et 353 est, pour les opérations de réassurance, arrêté à un montant égal à la différence entre le montant des provisions techniques qui figurent au passif du dernier bilan du cessionnaire au titre des acceptations et le montant de toutes les créances nettes dudit cessionnaire sur le cédant, telles qu'elles figurent au même bilan au titre des acceptations.

Article 355 : Lorsqu'une entreprise d'assurance a constitué dans un pays étranger des garanties au profit des créanciers tenant leurs droits de contrats d'assurance exécutés dans ledit pays, le privilège institué par le présent Code ne peut avoir pour effet de placer les créanciers dans une situation plus favorable que celle de créanciers tenant leurs droits des contrats exécutés sur le territoire national.

CHAPITRE II : DU CONTROLE DE L'ETAT SUR LES ENTREPRISES D'ASSURANCES

Section 1 : Des dispositions générales et du contrôle

Article 356 : Les entreprises d'assurances et/ou de réassurances opérant au Burundi sont soumises au contrôle de l'Etat exercé par l'Organe de contrôle et de supervision des assurances.

Article 357 : L'Organe de supervision et de régulation des assurances peut fixer les montants maximaux et minimaux des tarifications pour certaines branches d'activités.

Article 358 : Les titres de toute nature, les prospectus, les affiches, les circulaires, les plaques, les imprimés et tous les autres documents destinés à être distribués au public ou publiés par une entreprise d'assurance doivent porter, à la suite du nom ou de la raison sociale, la mention ci-après en caractères uniformes : « Entreprise régie par la loi n°... ».

Ils ne doivent contenir aucune allusion au contrôle, ni aucune assertion susceptible d'induire le public en erreur sur la véritable nature de l'entreprise ou l'importance réelle de ses engagements.

Article 359 : Les entreprises d'assurances doivent, avant usage, communiquer à l'Organe de supervision et de régulation des assurances cinq exemplaires rédigés dans l'une des langues officielles du Burundi des conditions générales de leurs polices, des propositions, des bulletins de souscription, des prospectus et des imprimés destinés à être distribués au public, publiés ou remis aux porteurs de contrat ou adhérents.

L'Organe de supervision et de régulation des assurances peut prescrire toute rectification ou toute modification nécessitée par la réglementation en vigueur.

Article 360 : Les entreprises d'assurances doivent, avant d'appliquer leurs tarifs, obtenir le visa de l'Organe de supervision et de régulation des assurances qui statue dans les trois mois à dater du dépôt de trois spécimens de tarifs. Les demandes de visa des tarifs applicables aux contrats d'assurance sur la vie comportant les clauses spéciales relatives aux risques de décès accidentel et d'invalidité doivent être accompagnées des justifications techniques relatives auxdites clauses.

Dans un délai de trois mois à compter de la communication d'un tarif ou de tout autre document d'assurance, l'Organe de supervision et de régulation des assurances peut en prescrire la modification. A l'expiration de ce délai, le document peut être diffusé auprès du public.

Article 361 : S'il apparaît qu'un document mis en circulation est contraire aux dispositions législatives et réglementaires, l'Organe de supervision et de régulation des assurances doit en décider le retrait ou en exiger la modification.

Article 362 : Les entreprises d'assurances régies par le présent Code doivent, avant de soumettre à l'assemblée générale des modifications à leurs statuts, obtenir l'autorisation de l'Organe de supervision et de régulation des assurances qui statue dans les trois mois du dépôt de trois spécimens des projets de modifications des statuts. A l'expiration de ce délai, en absence d'observations de l'Organe de supervision et de régulation des assurances, les modifications sont considérées comme approuvées. Le délai est réduit de cinq jours pour les augmentations de capital social.

Article 363 : Toute entreprise agréée est tenue de soumettre à l'appréciation de l'Organe de supervision et de régulation des assurances, tout changement concernant les fonctions de président du Conseil d'administration ou de directeur général. L'Organe doit se prononcer dans un délai de trois mois. A l'expiration de ce délai, l'absence de réaction vaut acceptation.

Article 364 : Sauf dérogation expresse de l'Organe de supervision et de régulation des assurances, il est interdit de souscrire une assurance directe d'un risque concernant une personne, un bien ou une responsabilité située sur le territoire national auprès d'une entreprise étrangère qui ne s'est pas conformée aux dispositions relatives à la demande d'agrément.

Article 365 : Toute cession en réassurance à l'étranger portant sur plus de 60% d'un risque concernant une personne, un bien ou une responsabilité située sur le territoire national est soumise à l'autorisation de l'Organe de supervision et de régulation des assurances.

En plus, préalablement à tout transfert de risque à l'étranger, les capacités de souscription des entreprises d'assurances agréées au Burundi doivent être épuisées.

Article 366 : La situation du risque est déterminée par :

- 1° le lieu où les biens sont situés, lorsque l'assurance est relative à des immeubles et à leur contenu dans la mesure où ce dernier est couvert par la même police d'assurance ;
- 2° le lieu d'immatriculation, lorsque l'assurance est relative à des véhicules de toute nature ;
- 3° le lieu où a été souscrit le contrat, s'il s'agit d'un contrat d'une durée inférieure ou égale à quatre mois, relatif à des risques encourus au cours d'un déplacement quelle que soit la branche dont ceux-ci relèvent ;
- 4° le lieu où le souscripteur a sa résidence principale.

Section 2 : De l'Organe de supervision et de régulation des assurances

Article 367 : Il est institué un système de contrôle de l'exercice de l'activité d'assurance dans l'intérêt général des assureurs, des intermédiaires d'assurance des assurés, des souscripteurs et des bénéficiaires des contrats d'assurance et pour l'encadrement du secteur, en vue du développement économique et de la protection sociale.

Le contrôle est assuré par un Organe spécialisé chargé de la supervision et de la régulation du secteur des assurances et s'exerce sur les sociétés, les intermédiaires d'assurance et sur les sociétés d'assurance faisant partie d'un groupe.

Les agréments administratifs sont accordés aux entreprises et intermédiaires d'assurance par l'Organe de supervision et de régulation des assurances.

Les frais de fonctionnement de l'Organe de supervision et de régulation des assurances sont couverts par les contributions des compagnies d'assurances, les subsides, les dons et legs ainsi que les recettes diverses, dans les conditions prévues par les textes légaux et réglementaires.

L'organisation, les missions et le fonctionnement de l'Organe de contrôle et de régulation des assurances sont déterminés par décret.

Article 368 : Dans le cadre de sa mission, l'Organe de supervision et de régulation des assurances organise le contrôle sur pièces et sur place des sociétés d'assurance et de réassurance ainsi que celui des groupes d'assurance opérant sur le territoire national.

8

OM

Le contrôle sur place peut être étendu aux sociétés mères, aux filiales des sociétés contrôlées, à tout intermédiaire ou expert technique dans les conditions déterminées par la législation en vigueur.

En cas de contrôle sur place, un rapport contradictoire est établi. Si des observations sont formulées par le contrôleur, il en est donné connaissance à l'entreprise. L'Organe de supervision et de régulation des assurances prend connaissance des observations formulées par le contrôleur et des réponses apportées par l'entreprise.

Dans le cadre du contrôle sur pièces, l'Organe de supervision et de régulation des assurances fixe les modalités de transmission régulière et systématique des informations de nature financière et statistique par tous les assureurs agréés.

Il définit l'étendue et la fréquence des informations et rapports et peut exiger en tant que de besoin des informations bien détaillées.

L'Organe de supervision et de régulation des assurances effectue aussi un contrôle sur place des entreprises d'assurances qui lui permet de vérifier les informations obtenues par le biais du contrôle sur pièces. Les missions de contrôle sur place sont effectuées suivant les modalités et le calendrier fixé par l'Organe de contrôle.

En fonction de l'évolution des principes et standards internationaux de supervision des assurances, un système de contrôle basé sur les risques peut être instauré par un règlement de l'Organe de supervision et de régulation des assurances. Le même règlement précise entre autres les nouvelles règles de détermination de l'état de la couverture des engagements règlementés ainsi que celles relatives au calcul de la marge de solvabilité des entreprises d'assurances.

Section 3 : Des procédures de redressement et de sauvegarde

Paragraphe 1 : Les mesures de sauvegarde

Article 369 : Lorsque la situation financière d'une entreprise d'assurance sociale est telle que les intérêts des assurés, et des bénéficiaires de contrat sont compromis ou susceptibles de l'être, l'Organe de supervision et de régulation des assurances peut prendre l'une des mesures d'urgence suivantes :



- 1° la mise de l'entreprise sous surveillance permanente ;
- 2° la restriction ou l'interdiction de la libre disposition de tout ou partie des actifs de l'entreprise ;
- 3° la désignation d'un administrateur provisoire à qui sont transférés les pouvoirs nécessaires à l'administration et à la direction de l'entreprise.

La désignation d'un administrateur provisoire est faite à la demande des dirigeants de l'entreprise lorsqu'ils estiment ne plus être en mesure d'exercer normalement leurs fonctions ou à l'initiative de l'Organe de supervision et de régulation des assurances lorsque la gestion de l'établissement ne peut plus être assurée dans des conditions normales, en cas de suspension ou de démission d'office des dirigeants responsables.

Article 370 : Les mesures de restriction ou d'interdiction et de désignation d'un administrateur provisoire sont levées ou maintenues par l'Organe de supervision et de régulation des assurances dans un délai de quatre mois après une procédure contradictoire.

Les dirigeants de l'entreprise sont entendus et peuvent se faire assister d'un professionnel en assurance de leur choix.

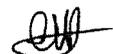
Paragraphe 2 : Le plan de redressement et l'administration provisoire

Article 371 : Lorsqu'une entreprise d'assurance ne respecte pas les dispositions relatives à la réglementation des placements ou à la solvabilité des entreprises d'assurances, l'Organe de supervision et de régulation des assurances exige que lui soit soumis, dans un délai d'un mois :

- 1° un plan de redressement prévoyant toutes les mesures propres à restaurer, dans un délai de trois mois, une couverture conforme à la réglementation des engagements réglementés ou des provisions techniques ;
- 2° un plan de financement à court terme apte à rétablir dans un délai de trois mois, la marge de solvabilité si celle-ci n'atteint pas le minimum fixé par la réglementation.

L'Organe de supervision et de régulation des assurances se réserve le droit de prolonger les délais prévus ci-dessus.

§



Article 372 : L'Organe de supervision et de régulation des assurances peut bloquer ou restreindre la libre disposition des actifs de la société ou charger un contrôleur d'exercer une surveillance permanente de l'entreprise et veiller à l'exécution du plan de redressement. Il dispose à cet effet des droits d'investigation les plus étendus et doit notamment être avisé immédiatement de toutes les décisions prises par le Conseil d'administration ou par la direction de l'entreprise.

Article 373 : Si l'entreprise ne soumet pas dans les délais le plan exigé, si le plan soumis ne recueille pas l'approbation de l'Organe de supervision et de régulation des assurances ou si le programme approuvé n'est pas exécuté dans les conditions et les délais prévus, l'Organe de supervision et de régulation des assurances prend les sanctions administratives appropriées.

Article 374 : Lorsqu'un administrateur provisoire est désigné auprès d'une entreprise d'assurance, l'Organe de supervision et de régulation des assurances met en place un conseil de surveillance dont il désigne les membres.

Le Conseil de surveillance exerce un contrôle permanent de la gestion de l'entreprise et doit notamment être avisé préalablement à leur exécution, de toutes les décisions prises par l'administrateur provisoire. Il approuve les états financiers arrêtés par l'administrateur provisoire ainsi que le rapport de gestion établi par les commissaires aux comptes.

Article 375 : Lorsque l'Organe de supervision et de régulation des assurances est amené à restreindre ou à interdire la libre disposition des actifs d'une entreprise, l'une ou plusieurs des mesures suivantes peuvent être prises :

- 1° la prescription par lettre recommandée à toute société ou à toute collectivité émettrice ou dépositaire de refuser l'exécution de toute opération portant sur les comptes ou les titres appartenant à l'entreprise intéressée ainsi que le paiement des intérêts et des dividendes afférents auxdits titres;
- 2° la subordination de l'exécution des opérations au visa préalable du contrôleur désigné par l'Organe de supervision et de régulation des assurances ou de toute autre personne accréditée à cet effet ;

8

- 3° l'inscription de l'hypothèque sur les immeubles de l'entreprise visée par la loi;
- 4° l'injonction aux conservateurs des hypothèques, par lettre recommandée, de refuser la transcription de tous les actes, l'inscription de toute hypothèque portant sur les immeubles appartenant à l'entreprise ainsi que la radiation d'hypothèque consentie par un tiers au profit de l'entreprise ;
- 5° le dépôt auprès d'une banque des grosses de prêts hypothécaires consentis par l'entreprise d'assurance ;
- 6° le transfert auprès d'une banque de tous les fonds, des titres et des valeurs détenus ou possédés par l'entreprise dans les conditions à déterminer pour y être déposés sur un compte bloqué qui ne peut être débité sur ordre de son titulaire qu'après autorisation expresse de l'Organe de supervision et de régulation des assurances et seulement pour un montant déterminé.

Article 376 : Lorsque les circonstances l'exigent, l'Organe de supervision et de régulation des assurances peut ordonner à une entreprise de suspendre le paiement des valeurs de rachat ou le versement d'avances sur contrat.

Section 4 : Du transfert de portefeuille

Paragraphe 1 : Les Procédures

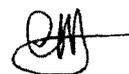
Article 377 : L'entreprise d'assurance peut, avec l'approbation de l'Organe de supervision et de régulation des assurances, transférer en totalité ou en partie leur portefeuille de contrats, avec ses droits et ses obligations, à une ou plusieurs entreprises agréées.

En cas de transfert portant sur la totalité des contrats appartenant à une branche ou à une sous branche déterminée, l'agrément cesse de plein droit d'être valable pour la branche ou la sous branche.

La demande de transfert est portée à la connaissance des créanciers par un avis publié au Bulletin Officiel du Burundi et dans un journal d'information de large diffusion par l'Organe de supervision et de régulation des assurances qui leur impartit un délai de trois mois au moins pour présenter leurs observations.

Les dirigeants de la compagnie d'assurance dont le portefeuille est transféré doivent, au préalable, informer les assurés de la situation.

8



Les assurés disposent d'un délai d'un mois à compter de la publication de l'avis au Bulletin Officiel du Burundi et dans un journal d'information de large diffusion pour résilier leurs contrats. Sous cette réserve, l'Organe de supervision et de régulation des assurances approuve le transfert s'il lui apparaît qu'il est conforme aux intérêts des créanciers et des assurés. L'approbation rend le transfert opposable aux assurés souscripteurs, aux bénéficiaires de contrat et aux créanciers.

L'Organe de supervision et de régulation des assurances s'assure que les attentes raisonnables des assurés en termes de prestation ne sont pas réduites du fait du transfert de portefeuille.

Paragraphe 2 : Le transfert d'office

Article 378 : Lorsque l'Organe de supervision et de régulation des assurances décide d'imposer à une entreprise le transfert d'office de son portefeuille des contrats d'assurance, la décision est portée à la connaissance de l'ensemble des entreprises d'assurances par un avis publié au Bulletin Officiel du Burundi et dans un journal d'information de large diffusion. L'avis fait courir un délai de quinze jours pendant lequel les entreprises qui acceptent de prendre en charge le portefeuille en cause doivent se faire connaître à l'Organe de supervision et de régulation des assurances.

L'entreprise désignée pour prendre en charge le portefeuille des contrats d'assurance transféré en est informé par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

La décision de transfert fixe les modalités et la date de prise d'effet.

Section 5 : De la liquidation

Paragraphe 1 : Le retrait d'agrément

Article 379 : La décision de l'Organe de supervision et de régulation des assurances prononçant le retrait total d'agrément emporte de plein droit la dissolution de l'entreprise à dater de sa publication au Bulletin Officiel du Burundi et dans un journal d'information de large diffusion.

La liquidation est effectuée par un mandataire de justice désigné sur requête de l'Organe de supervision et de régulation des assurances par ordonnance rendue par le Président du tribunal de commerce. Le Président choisit un liquidateur parmi ceux qui sont agréés par le tribunal et figurant sur la liste communiquée par l'Organe de supervision et de régulation des assurances dans sa requête.

Le président du tribunal commet par la même ordonnance, un juge chargé de contrôler les opérations de liquidation. Le juge désigné est assisté, dans l'exercice de sa mission, par un ou plusieurs contrôleurs désignés par l'Organe de supervision et de régulation des assurances.

Le juge et le liquidateur sont remplacés dans les mêmes formes.

Les ordonnances relatives à la nomination ou au remplacement du juge contrôleur et du liquidateur ne peuvent être frappées ni d'opposition, ni d'appel, ni de recours en cassation.

Article 380 : En cas de retrait de l'agrément prononcé à l'encontre d'une entreprise d'assurance de dommages, tous les contrats souscrits par elle cessent de plein droit d'avoir effet le quarantième jour à midi, à compter de la publication au Bulletin Officiel du Burundi et dans un journal d'information de large diffusion de la décision de l'Organe de supervision et de régulation des assurances prononçant le retrait.

Les primes échues avant la date de la décision de retrait et non payées sont dues en totalité à l'entreprise et ne sont définitivement acquises à celle-ci que proportionnellement à la période garantie jusqu'au jour de la résiliation.

Les primes venant à échéance entre la date de la décision et la date de résiliation de plein droit des contrats sont proportionnellement dues à la période garantie.

Article 381 : Après la publication au Bulletin Officiel du Burundi et dans un journal d'information de large diffusion de la décision de l'Organe de supervision et de régulation des assurances prononçant le retrait de l'agrément accordé à une entreprise vie et capitalisation, les contrats souscrits par l'entreprise demeurent régis par leurs conditions générales et particulières tant que la décision de l'Organe de supervision et de régulation des assurances prévue à l'article 380 n'a pas été publiée au Bulletin Officiel du Burundi et dans un journal d'information de large diffusion.

Article 382 : Le liquidateur peut, avec l'approbation du juge contrôleur, surseoir au paiement des sinistres, des échéances et des valeurs de rachat. Les primes encaissées par le liquidateur sont versées sur un compte spécial qui fait l'objet d'une liquidation distincte.

Article 383 : A la demande du liquidateur et sur le rapport du juge contrôleur, l'Organe de supervision et de régulation des assurances :

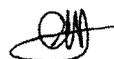
- 1° fixe la date à laquelle les contrats cessent d'avoir effet ;
- 2° autorise leur transfert en tout ou en partie à une ou plusieurs entreprises ;
- 3° proroge leur échéance ;
- 4° décide la réduction des sommes payables en cas de vie ou de décès ainsi que des bénéfices attribués et des valeurs de rachat de manière à ramener la valeur des engagements de l'entreprise au montant que la situation de la liquidation permet de couvrir.

Article 384 : Les dispositions des articles 389, 390 et 394 relatives à la publication de la décision prononçant le retrait total d'agrément, à l'admission des créanciers et à la répartition des créances ne sont pas applicables tant que l'Organe de supervision et de régulation des assurances n'a pas fixé la date à laquelle les contrats cessent d'avoir effet et le délai de dix jours fixé par l'article 389 ne court qu'à compter de la publication au Bulletin Officiel du Burundi et dans un journal d'information de large diffusion.

Article 385 : A la requête de l'Organe de supervision et de régulation des assurances, le tribunal peut prononcer la nullité d'une ou de plusieurs opérations réalisées par les dirigeants d'une entreprise pourvue d'un liquidateur à la suite du retrait de l'agrément. Dans ce cas, l'Organe de supervision et de régulation des assurances doit apporter la preuve que les personnes ayant contracté avec l'entreprise savaient que l'actif était insuffisant pour garantir les créances privilégiées des assurés et que l'opération incriminée devait avoir pour effet de diminuer la garantie.

Article 386 : Lorsqu'une entreprise pratiquant les opérations d'assurances terrestres de véhicules automoteurs fait l'objet d'un retrait de l'agrément, les personnes physiques ou morales exerçant le courtage d'assurance par l'intermédiaire desquelles des contrats comportant la garantie de risques mentionnés à l'article 152 ont été souscrits auprès de cette entreprise, doivent reverser à la liquidation le quart du montant des commissions encaissées, à quelque titre que ce soit, depuis le 1^{er} janvier de l'année précédant celle au cours de laquelle l'agrément est retiré.

La même disposition s'applique aux mandataires non salariés de la même entreprise qui ne sont pas tenus de réserver à celle-ci l'exclusivité de leurs apports de contrats.

Paragraphe 2 : L'ouverture et le fonctionnement de la liquidation

Article 387 : La faillite d'une société régie par le présent Code ne peut être prononcée par le tribunal compétent qu'à la requête de l'Organe de supervision et de régulation des assurances.

Article 388 : Le liquidateur agit sous son entière responsabilité.

Sous réserve des dispositions du présent Code, le liquidateur a les pouvoirs les plus étendus pour administrer, liquider, réaliser l'actif tant mobilier qu'immobilier et pour arrêter le passif, compte tenu des sinistres non réglés. Toute action mobilière ou immobilière ne peut être suivie ou intentée que par lui ou contre lui.

Pendant la durée de la liquidation, l'entreprise demeure soumise au contrôle de l'Organe de supervision et de régulation des assurances et du juge contrôleur qui peuvent demander à tout moment au liquidateur tout renseignement et toute justification et faire effectuer des vérifications sur place. L'Organe de supervision et de régulation des assurances et le juge contrôleur adressent au président du tribunal tout rapport qu'ils estiment nécessaire.

Sur rapport du juge contrôleur ou à la demande de l'Organe de supervision et de régulation des assurances, le président du tribunal peut procéder au remplacement du liquidateur par ordonnance non susceptible de recours.

Article 389 : L'Organe de supervision et de régulation des assurances publie la décision prononçant le retrait total d'agrément sous forme d'extrait ou d'avis au Bulletin Officiel du Burundi et dans un journal d'information de large diffusion, dès sa notification aux dirigeants de l'entreprise d'assurance.

Dans les dix jours de la nomination du liquidateur et à la diligence de celui-ci, l'ordonnance du président du tribunal est également publiée sous forme d'extrait ou d'avis dans le même journal.

Article 390 : Si les créanciers prétendus ont déjà saisi la juridiction compétente ou s'ils la saisissent dans un délai de quinze jours à dater de la réception de la lettre recommandée avec accusé de réception leur notifiant que leurs créances n'ont pas été admises d'office, le liquidateur inscrit au passif, avec l'approbation du juge contrôleur et sous réserve, les créances contestées.




Article 391 : Le liquidateur établit sans retard une situation sommaire active et passive de l'entreprise en liquidation et la remet aussitôt au juge contrôleur et à l'Organe de supervision et de régulation des assurances. Il leur adresse trimestriellement un rapport sur l'état de la liquidation dont il dépose un exemplaire au greffe du tribunal.

Une copie dudit rapport est adressée au président du tribunal, au Ministère public et à l'Organe de supervision et de régulation des assurances. Le rapport doit comprendre au moins une situation comptable trimestrielle, un rapport détaillé des actifs réalisés, du passif apuré ainsi que des perspectives de dénouement des opérations de la liquidation en cours.

Lorsque le liquidateur a connaissance de faits de fraude prévus et punis par l'article 540 commis par des dirigeants de droit ou de fait, apparents ou occultes, rémunérés ou non, de l'entreprise en liquidation, il en informe immédiatement le Ministère public, le juge contrôleur ainsi que l'Organe de supervision et de régulation des assurances.

Article 392 : En cas de liquidation effectuée dans les conditions prévues à l'article 387, les salaires correspondants aux soixante derniers jours du travail et les congés payés dus, plafonnés à trente jours de travail, doivent être payés nonobstant l'existence de tout autre privilège.

Article 393 : Nonobstant l'existence de toute autre créance, les créances que garantit le privilège établi à l'article 392 doivent être payées par le liquidateur, sur simple ordonnance du juge contrôleur, dans les dix jours de la décision de l'Organe de supervision et de régulation des assurances prononçant le retrait total d'agrément, si le liquidateur a en main les fonds nécessaires.

Toutefois, avant tout établissement du montant desdites créances, le liquidateur doit, avec l'autorisation du juge contrôleur et dans la mesure des fonds disponibles, verser immédiatement aux salariés à titre provisionnel, une somme égale à un mois de salaire impayé sur base du dernier bulletin de salaire.

A défaut de disponibilités, les sommes dues en vertu des deux alinéas précédents doivent être acquittées sur les premières rentrées de fonds.

Lorsque lesdites sommes sont payées au moyen d'une avance, le prêteur est, de ce fait, subrogé dans les droits des intéressés et doit être remboursé dès la rentrée des fonds nécessaires sans qu'aucun autre créancier puisse y faire opposition.

8

EN

Article 394 : Le liquidateur procède aux répartitions avec l'autorisation du juge contrôleur et tient compte des privilèges des créanciers. Les répartitions sont effectuées au marc le franc entre créanciers égaux en droits et entre créanciers chirographaires.

A défaut pour les créanciers d'avoir valablement saisi la juridiction compétente dans le délai prescrit, les créances contestées ou inconnues ne sont pas comprises dans les répartitions à faire. Si les créances sont ultérieurement reconnues, les créanciers ne peuvent rien réclamer sur les répartitions déjà autorisées par le juge contrôleur. Ils ont le droit de faire prélever sur l'actif non encore réparti les dividendes afférant à leurs créances dans les répartitions ultérieures.

Les sommes pouvant revenir dans les répartitions aux créanciers contestés qui ont régulièrement saisi la juridiction compétente dans le délai prescrit sont tenues en réserve jusqu'à ce qu'il ait été statué définitivement sur leurs créances. Les créanciers ont le droit de faire prélever sur les sommes mises en réserve les dividendes afférents à leurs créances dans les premières répartitions, sans préjudice de leurs droits dans les répartitions ultérieures.

Article 395 : Les poursuites individuelles des créanciers sont suspendues à dater de la nomination du liquidateur.

Article 396 : Le liquidateur peut, avec l'autorisation du juge contrôleur, transiger sur l'existence ou le montant des créances contestées sur les dettes de l'entreprise.

Sauf autorisation spéciale du juge contrôleur, le liquidateur ne peut aliéner les immeubles appartenant à l'entreprise et les valeurs mobilières non cotées en bourse que par voie d'enchères publiques.

Le juge contrôleur peut ordonner des expertises aux frais de la liquidation.

Paragraphe 3 : La clôture de la liquidation

Article 397 : Le tribunal prononce la clôture de la liquidation sur le rapport du juge contrôleur lorsque tous les créanciers privilégiés tenant leurs droits de l'exécution des contrats d'assurance, de capitalisation ou d'épargne ont été désintéressés ou lorsque le cours des opérations est arrêté pour insuffisance d'actifs.

CHAPITRE III : DU REGIME FINANCIER

Section 1 : Des engagements réglementés et des provisions techniques

Paragraphe 1 : Les dispositions générales

Article 398 : Les entreprises d'assurances pratiquant les opérations visées à l'article 2 doivent, à toute époque, être en mesure de justifier l'évaluation des engagements réglementés suivants :

- 1° les provisions techniques suffisantes pour le règlement intégral de leurs engagements vis-à-vis des assurés ou des bénéficiaires de contrats ;
- 2° les postes du passif correspondant aux autres créances privilégiées ;
- 3° les dépôts de garantie des agents généraux, des assurés et des tiers, s'il y a lieu ;
- 4° une provision de prévoyance en faveur des employés et des agents généraux, destinée à faire face aux engagements pris par l'entreprise envers son personnel et ses collaborateurs.

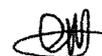
Les provisions techniques mentionnées au point 1° de l'alinéa 1 sont calculées, sans déduction des réassurances cédées à des entreprises agréées ou non dans les conditions déterminées par l'article 403 et les articles 410 à 420.

Les dotations réglementaires aux provisions techniques sont, pour chacun des exercices comptables, imputées au titre des charges de l'exercice et ne donnent lieu à aucun prélèvement fiscal.

Article 399 : Lorsque les garanties d'un contrat sont exprimées dans une monnaie déterminée, les engagements de l'entreprise d'assurance sont, sauf dérogation de l'Organe de supervision et de régulation des assurances, libellés dans cette monnaie.

Article 400 : Lorsque les garanties d'un contrat ne sont pas exprimées dans une monnaie déterminée, les engagements d'une entreprise d'assurance sont libellés dans la monnaie du pays où le risque est situé.

Toutefois, l'entreprise peut choisir de libeller ses engagements dans la monnaie dans laquelle la prime est exprimée si, dès la souscription du contrat, il paraît vraisemblable qu'un sinistre sera payé dans la monnaie dans laquelle la prime a été libellée et non dans la monnaie du pays de situation du risque.

Article 401 : Si un sinistre a été déclaré à l'assureur et si les prestations sont payables dans une monnaie déterminée autre que celle résultant de l'application des dispositions des articles 399 et 400, les engagements de l'entreprise d'assurance sont libellés dans la monnaie dans laquelle l'indemnité à verser par l'entreprise a été fixée par une décision de justice ou par accord entre l'entreprise d'assurance et l'assuré.

Article 402 : Lorsqu'un sinistre est évalué dans une monnaie connue d'avance de l'entreprise d'assurance et différente de celle qui résulte de l'application des dispositions des articles 399 et 400, l'entreprise d'assurance peut libeller ses engagements dans ladite monnaie.

Paragraphe 2 : Les provisions techniques des opérations d'assurances sur la vie et de capitalisation

Article 403 : Les provisions techniques correspondant aux opérations d'assurances sur la vie et aux opérations de capitalisation sont les suivantes :

1° la provision mathématique qui est la différence entre les valeurs actuelles probables des engagements respectivement pris par l'assureur et par l'assuré ;

2° la provision pour participation aux excédents qui est le montant des participations aux bénéfices attribués aux bénéficiaires de contrats lorsque les bénéfices ne sont pas payables immédiatement après la liquidation de l'exercice qui les a produits ;

3° toutes les autres provisions techniques qui peuvent être fixées par l'Organe de supervision et de régulation des assurances.

Article 404 : Les provisions mathématiques de tous les contrats d'assurance sur la vie et de capitalisation dont les garanties sont exprimées en monnaie burundaise ou en unités de compte doivent être calculées en prenant en compte les engagements destinés aux frais d'acquisition dans l'engagement du payeur de primes. Lorsque les chargements ne sont pas connus, ils sont évalués au niveau retenu pour le calcul des valeurs de rachat tel qu'il a pu être exposé dans la note technique déposée pour le visa du tarif.

Dans l'éventualité où, pour un contrat, le niveau n'est pas déterminé, la valeur provisionnée doit être égale au plus à 110 % de la valeur de rachat.




La provision résultant du calcul de l'alinéa 2 ne peut être négative, inférieure à la valeur de rachat du contrat, ou inférieure à la provision correspondant au capital réduit.

Article 405 : Les provisions mathématiques des contrats d'assurance sur la vie doivent être calculées conformément aux tables de mortalité déterminées par l'Organe de supervision et de régulation des assurances ainsi que les taux d'intérêt mentionnés à l'article 449 du présent Code.

Lorsque la durée de paiement des primes est inférieure à la durée du contrat, les provisions mathématiques doivent comprendre, en outre, une provision de gestion permettant de couvrir les frais de gestion pendant la période au cours de laquelle les primes ne sont plus payées.

Les frais de gestion doivent être estimés chaque année à un montant justifiable et raisonnable, sans pouvoir être inférieurs :

- 1° pour les assurances en cas de décès à 0,30 pour mille du capital assuré pour les assurances temporaires et 0,75 pour mille du capital assuré pour les autres assurances ;
- 2° pour les assurances en cas de vie à 0,75 pour mille du capital assuré ;
- 3° pour les rentes immédiates à 3 % du montant de chaque arrérage ;
- 4° pour les assurances comportant simultanément une garantie en cas de décès et une garantie en cas de vie : le taux prévu au point 2° s'applique à la garantie en cas de vie et le taux prévu au point 1° pour les assurances temporaires en cas de décès s'applique à l'excédent de la garantie en cas de décès sur la garantie en cas de vie.

Pour l'application du présent article, les rentes différées sont considérées comme la combinaison d'un capital différé et d'une rente immédiate.

Article 406 : L'Organe de supervision et de régulation des assurances peut, sur justification, autoriser une entreprise à calculer la provision mathématique de tous les contrats en cours mentionnés à l'article 451 en leur appliquant, lors de tous les inventaires annuels, les bases techniques définies à l'article 405.




L'Organe de supervision et de régulation des assurances peut, s'il y a lieu, autoriser l'entreprise à répartir sur une période de cinq ans au plus les effets de la modification des bases de calcul des provisions mathématiques.

Article 407 : Les provisions mathématiques de tous les contrats individuels et collectifs de rentes viagères doivent être calculées en appliquant auxdits contrats, lors de tous leurs inventaires annuels, à partir de cette date, les bases techniques définies à l'article 405 et éventuellement à l'article 408.

Toutefois, l'Organe de supervision et de régulation des assurances peut, sur justification, autoriser une entreprise à répartir sur une période de cinq ans au plus les effets résultant des dispositions prévues à l'alinéa 1^{er} du présent article.

Article 408 : Les provisions mathématiques afférentes aux contrats d'assurance sur la vie et aux contrats de capitalisation visées à l'article 451 doivent être calculées suivant un taux au plus égal au plus faible des taux d'intérêts ci-après :

1° le taux du tarif ;

2° le taux de rendement réel diminué d'un cinquième, de l'actif représentatif des engagements correspondants.

Article 409 : Les primes des contrats d'assurance sur la vie payées d'avance à la date de l'inventaire en sus des fractions échues, doivent être portées en provision mathématique pour leur montant brut, diminué de la commission d'encaissement, escompté au taux du tarif.

Paragraphe 3 : Les provisions techniques des autres opérations d'assurances

Article 410 : Les provisions techniques correspondant aux autres opérations d'assurances sont les suivantes :

1° la provision mathématique des rentes qui est la valeur actuelle des engagements de l'entreprise en ce qui concerne les rentes et les accessoires de rentes mis à sa charge ;

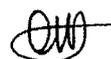
2° la provision pour risques en cours destinée à couvrir les risques et les frais généraux, afférents pour chacun des contrats à prime payable d'avance, à la période comprise entre la date de l'inventaire et la prochaine échéance de prime ou, à défaut, le terme fixé par le contrat ;




- 3° la provision pour sinistres à payer qui est la valeur estimative des dépenses en principal et en frais, tant internes qu'externes, nécessaires au règlement de tous les sinistres survenus et non payés, y compris les capitaux consécutifs des rentes non encore mis à la charge de l'entreprise;
- 4° la provision pour risques croissants pour les opérations d'assurances contre les risques de maladie et d'invalidité et qui est égale à la différence des valeurs actuelles des engagements respectivement pris par l'assureur et par les assurés ;
- 5° la provision pour égalisation destinée à faire face aux charges exceptionnelles afférentes aux opérations garantissant les risques dus à des éléments naturels, le risque atomique, les risques de responsabilité civile dus à la pollution et les risques spatiaux ;
- 6° la provision mathématique des réassurances à constituer par les entreprises de dommages qui acceptent en réassurance des risques cédés par des entreprises d'assurances sur la vie et qui est égale à la différence entre les valeurs actuelles des engagements respectivement pris l'un envers l'autre par le réassureur et le cédant ;
- 7° la provision pour annulation de primes destinée à faire face aux annulations probables à intervenir sur les primes émises et non encaissées ; les modalités de calcul de cette provision technique sont fixées par circulaire de l'Organe de supervision et de régulation des assurances ;
- 8° toute autre provision technique pouvant être fixée par l'Organe de supervision et de régulation des assurances.

Article 411 : Le montant minimal de la provision pour risques en cours doit être calculé conformément aux dispositions des articles 412 à 417.

La provision doit être, en outre, suffisante pour couvrir les risques et les frais généraux afférents, pour chacun des contrats à prime ou à cotisation payable d'avance, à la période comprise entre la date d'inventaire et la prochaine échéance de prime ou de cotisation ou à défaut, le terme fixé par le contrat.



Article 412 : Le montant minimal de la provision pour risques en cours s'obtient en multipliant par le pourcentage de 36 % les primes ou la cotisation de l'exercice inventorié, non annulées à la date de l'inventaire et déterminées comme suit :

- 1° les primes ou les cotisations à échéance annuelle émises au cours de l'exercice ;
- 2° les primes ou les cotisations à échéance semestrielle émises au cours du deuxième semestre ;
- 3° les primes ou les cotisations à échéance trimestrielle émises au cours du dernier trimestre ;
- 4° les primes ou les cotisations à échéance mensuelle émises au cours du mois de décembre.

Les primes ou les cotisations à terme échu sont exclues du calcul.

Les primes ou les cotisations payables d'avance s'entendent y compris les coûts de polices et les accessoires.

Article 413 : En plus du montant minimal déterminé comme il est prévu à l'article 412, il doit être constitué une provision spéciale pour risques en cours, afférente aux contrats dont les primes ou les cotisations sont payables d'avance pour plus d'une année ou pour une durée différente de celle indiquée aux points 1°, 2°, 3° et 4° de l'article 412.

Pour l'année en cours, le taux de calcul est celui prévu dans l'alinéa 1^{er}.

Pour les années suivantes, il est égal à 100 % des primes ou des cotisations.

Article 414 : En cas d'inégale répartition des échéances de primes ou de fractions de primes au cours de l'exercice, le calcul de la provision pour risques en cours peut être effectué par une méthode de prorata temporis. Dans la même hypothèse, l'Organe de supervision et de régulation des assurances peut prescrire à une entreprise de prendre les dispositions appropriées pour le calcul de ladite provision.

Article 415 : Dans le cas où la proportion des sinistres ou des frais généraux par rapport aux primes est supérieure à la proportion normale, l'Organe de supervision et de régulation des assurances peut prescrire à une entreprise d'appliquer un pourcentage plus élevé que celui fixé à l'article 414.

Article 416 : La provision pour risques en cours doit être calculée séparément dans chacune des branches pratiquées par l'entreprise d'assurance.

Article 417 : La provision pour risques en cours relative aux cessions en réassurance ou aux rétrocessions ne doit en aucun cas être portée au passif du bilan pour un montant inférieur à celui pour lequel la part du réassureur ou du rétrocessionnaire dans la provision pour risques en cours figure à l'actif.

Lorsque les traités de cessions en réassurance ou de rétrocessions prévoient, en cas de résiliation, l'abandon au cédant ou au rétrocédant d'une portion des primes payées d'avance, la provision pour risques en cours relative aux acceptations ne doit, en aucun cas, être inférieure au montant des abandons de primes calculé dans l'hypothèse où les traités seraient résiliés à la date de l'inventaire.

Article 418 : La provision pour sinistres à payer est calculée exercice par exercice.

Sans préjudice de l'application des règles spécifiques à certaines branches prévues dans le présent Code, l'évaluation des sinistres connus est effectuée dossier par dossier, le coût d'un dossier comprenant toutes les charges externes individualisables. L'évaluation est augmentée d'une estimation du coût des sinistres survenus et non déclarés. Les modalités d'estimation du coût des sinistres survenus et non déclarés ou des sinistres déclarés tardifs sont fixés par l'Organe de supervision et de régulation des assurances.

La provision pour sinistres à payer doit toujours être calculée pour son montant brut, sans tenir compte des recours à exercer. Les recours à recevoir font l'objet d'une évaluation distincte.

Article 419 : Par dérogation aux dispositions du deuxième alinéa de l'article 418, l'entreprise peut, avec l'accord de l'Organe de supervision et de régulation des assurances, utiliser des méthodes statistiques pour l'estimation des sinistres survenus au cours des deux derniers exercices.

Article 420 : La provision pour sinistres à payer calculée conformément aux articles 418 et 419 est complétée, à titre de chargement, par une évaluation des charges de gestion qui, compte tenu des éléments déjà inclus dans la provision, doit être suffisante pour liquider tous les sinistres et ne peut être inférieure à 5%.

Section 2 : De la réglementation des placements et leurs revenus

Paragraphe 1 : La réglementation des placements

Article 421 : Les engagements réglementés tels que définis à l'article 398 doivent, à toute époque, être représentés par des actifs équivalents, placés et localisés au Burundi où les risques ont été souscrits.

Article 422 : Sous réserve des dérogations prévues aux articles 427 à 429, les engagements réglementés des entreprises réalisant des opérations dans les branches incendies, accidents et risques divers sont représentés à l'actif du bilan de la façon suivante :

1° sont admis dans la limite globale de 50% et avec un minimum de 15% du montant total des engagements réglementés :

- a) les obligations et les autres valeurs émises ou garanties par l'Etat ;
- b) les obligations émises ou garanties par des organismes financiers à caractère public;
- c) les obligations émises ou garanties par une banque ou une institution financière spécialisée dans le développement.

2° sont admis dans la limite globale de 40 % du montant total des engagements réglementés :

- a) les obligations autres que celles visées au point 1° ayant fait l'objet d'un appel public à l'épargne et faisant l'objet de transactions sur un marché au fonctionnement régulier figurant sur une liste arrêtée conjointement par l'Organe de supervision et de régulation des assurances et la Banque de la République du Burundi ;

- b) les actions et les autres valeurs mobilières non obligataires, autres que celles visées aux littéras c) et e), inscrites à la cote officielle d'une bourse de valeurs d'un Etat membre de la Communauté Est africaine ou ayant fait l'objet d'un appel public à l'épargne ou faisant l'objet de transaction sur un marché financier et inscrite sur une liste arrêtée conjointement par l'Organe de supervision et de régulation des assurances et la Banque de la République du Burundi ;
 - c) les actions des entreprises d'assurances ayant leur siège social au Burundi et dont l'Etat est actionnaire ;
 - d) les actions, les obligations, les parts et les droits émis par des sociétés commerciales ayant leur siège social au Burundi, autres que les valeurs visées aux littéras a), b), c), e) du point 2° ;
 - e) les actions des sociétés d'investissement à capital variable et les parts de fonds communs de placement dont l'objet est limité à la gestion d'un portefeuille de valeurs mentionnées aux points 1° et 2° littéras a) et b);
- 3° sont admis dans la limite de 40 % du montant total des engagements réglementés : les droits réels immobiliers afférents à des immeubles situés au Burundi ;
- 4° sont admis dans la limite de 20 % du montant total des engagements réglementés : les prêts obtenus ou garantis par l'Etat burundais ;
- 5° sont admis dans la limite globale de 10 % du montant total des engagements réglementés:
- a) les prêts hypothécaires de premier rang aux personnes physiques ou morales ayant leur domicile ou leur siège social au Burundi dans les conditions fixées par la réglementation ;
 - b) les prêts obtenus ou garantis par les établissements de crédit, les banques et les institutions financières spécialisées dans le développement ayant leur siège social au Burundi.
- 6° sont admis pour un montant minimal de 10 % et dans la limite de 40 % du montant total des engagements réglementés : les comptes ouverts dans un établissement de crédit dont le siège social est situé au Burundi.



Article 423 : La tenue des comptes visés à l'article 422 est effectuée par les établissements de crédit, les comptables du trésor ou les centres de chèques postaux. Les comptes doivent être libellés au nom de l'entreprise d'assurance située sur le territoire où les contrats ont été souscrits et ne peuvent être débités qu'avec l'accord d'un dirigeant ou d'une personne désignée par la société à cet effet.

Article 424 : Les intérêts échus ou courus des placements énumérés à l'article 422 sont assimilés auxdits placements.

Article 425 : Lorsque le paiement d'un ou de plusieurs sinistres dont le coût excède 5 % des primes émises a pour effet de ramener la part des actifs visés à l'article 422, point 6° en dessous du seuil minimal de 10 %, la situation doit être régularisée sous un délai de trois mois.

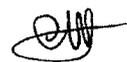
Article 426 : Les règles fixées aux articles 422 à 425 sont applicables aux engagements réglementés des entreprises réalisant des opérations dans les branches vie et capitalisation, le plafond visé à l'article 422, point 6° doit être ramené à 35 %.

Sont admises en représentation des engagements réglementés des entreprises réalisant des opérations dans les branches vie et capitalisation, les avances sur contrats, les primes ou les cotisations restant à recouvrer de trois mois au plus dans les limites respectives de 30 % et de 5 % des provisions mathématiques.

Article 427 : La provision pour risques en cours des entreprises pratiquant les opérations de dommages mentionnées aux branches visées aux points 1° à 18° de l'article 333, à l'exception des branches mentionnées aux points 4° à 7° et aux points 11° et 12°, peut être représentée, jusqu'à concurrence de 30 % de son montant par des primes ou des cotisations nettes d'impôts, de taxes et de commissions et datant d'un an au plus.

Les provisions techniques relatives aux branches mentionnées aux points 4° à 7° et aux points 11° et 12° de l'article 333 peuvent être représentées jusqu'à concurrence de 30 % de leur montant par des primes ou des cotisations nettes d'impôts, de taxes et de commissions datant d'un an au plus.

Article 428 : La valeur au bilan des actifs mentionnés ci-après, rapportée au montant total des engagements réglementés, ne peut excéder, sauf dérogation accordée au cas par cas par l'Organe de supervision et de régulation des assurances :

- 1° 5 % pour l'ensemble des valeurs émises et des prêts obtenus par un même organisme à l'exception des valeurs émises et des prêts obtenus par l'Etat ; toutefois, le ratio de droit commun de 5 % peut atteindre 10 % pour les titres d'un même émetteur, à condition que la valeur des titres de l'ensemble des émetteurs dont les émissions sont admises au-delà du ratio de 5 % n'excède pas 40 % du montant défini ci-dessus ;
- 2° 15 % pour un même immeuble ou pour les parts ou les actions d'une même société immobilière ou foncière ;
- 3° 2 % pour les valeurs mentionnées au littéra d) du point 2° de l'article 422 émises par la même entreprise.

Une entreprise d'assurance ne peut affecter à la représentation de ses engagements réglementés plus de 50 % des actions émises par une même société.

Article 429 : Les provisions techniques relatives aux affaires cédées à un réassureur ne doivent être représentées que par des dépôts en espèces à concurrence du montant garanti.

Pour la représentation des provisions techniques correspondant aux branches mentionnées aux points 4° à 7° et aux points 11° et 12° de l'article 333, les créances sur les réassureurs sont admises dans la limite de 20 % desdites provisions techniques.

Article 430 : Les provisions techniques afférentes aux acceptations en réassurance doivent être représentées à l'actif par des créances espèces détenues sur les cédantes au titre desdites acceptations.

Article 431 : Les entreprises d'assurances ne peuvent acquérir d'immeubles grevés de droits réels représentant plus de 65 % de leur valeur, ni consentir de droits réels sur leurs immeubles, sauf autorisation accordée à titre exceptionnel par l'Organe de supervision et de régulation des assurances.

Article 432 : Les prêts hypothécaires mentionnés au point 5 litera a) de l'article 422 doivent être garantis par une hypothèque de premier rang prise sur un immeuble ou un terrain qui a un titre situé au Burundi, sur un navire ou sur un aéronef. L'ensemble des privilèges et des hypothèques de premier rang ne doit pas excéder 65 % de la valeur vénale de l'immeuble, du navire ou de l'aéronef constituant la garantie du prêt, estimée au jour de la conclusion du contrat.

Article 433 : Les valeurs mobilières et les titres assimilés doivent faire l'objet soit d'une inscription en compte ou d'un dépôt auprès d'un établissement visé aux articles 422 et 423, soit d'une inscription nominative dans les comptes de l'organisme émetteur, à condition que celui-ci soit situé sur le territoire où les risques ont été souscrits.

Les actes de propriété des actifs immobiliers, les actes et les titres consacrant les prêts ou des créances doivent être conservés sur le territoire où les risques ont été souscrits.

Article 434 : La garantie des créances sur les réassureurs mentionnée à l'article 429 alinéa 2 est constituée par des dépôts en espèces, des lettres de crédits bancaires ou d'un nantissement des valeurs visées aux points 1° et 2° de l'article 422.

Les valeurs reçues en nantissement sont évaluées conformément aux dispositions des articles 435 et 436.

Les lettres de crédits mentionnées au premier alinéa ne peuvent être délivrées que par un établissement de crédit ayant son siège sur le territoire du Burundi et n'appartenant pas au même groupe que la cédante ou le réassureur.

Article 435 : Les valeurs mobilières amortissables énumérées aux points 1° et 2° de l'article 422 sont évaluées à leur valeur la plus faible résultant de la comparaison entre la valeur d'acquisition, la valeur de remboursement et la valeur vénale.

Article 436 : A l'exception des valeurs évaluées suivant l'article 435, les actifs mentionnés à l'article 422 font l'objet d'une double évaluation :

1° une évaluation sur la base du prix d'achat ou de revient :

- a) les valeurs mobilières sont retenues pour leur prix d'achat ;
- b) les immeubles sont retenus pour leur prix d'achat ou de revient, sauf lorsqu'ils ont fait l'objet d'une réévaluation acceptée par l'Organe de supervision et de régulation des assurances, auquel cas la valeur réévaluée est retenue ; les valeurs sont diminuées des amortissements pratiqués au taux annuel de 2 % ; le prix de revient des immeubles est celui qui ressort des travaux de construction et d'amélioration à l'exclusion des travaux d'entretien proprement dits ;

- c) les prêts, les nues-propriétés et les usufruits sont évalués suivant les règles déterminées par l'Organe de supervision et de régulation des assurances. Dans tous les cas, sont déduits, s'il y a lieu, les remboursements effectués et les provisions pour dépréciation.

2° une évaluation de la valeur de réalisation des placements :

- a) les titres non cotés sont retenus pour leur valeur vénale correspondant au prix qui en serait obtenu dans les conditions normales de marché et en fonction de l'utilité du bien pour l'entreprise ;
- b) les titres cotés sont retenus pour leur dernier cours coté au jour de l'inventaire ;
- c) les immeubles sont retenus pour une valeur de réalisation dans les conditions fixées dans chaque cas par l'Organe de supervision et de régulation des assurances, soit une valeur déterminée après expertise effectuée conformément à l'article 438.

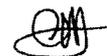
3° la valeur inscrite au bilan est celle qui résulte de l'application du point 1° du présent article.

Article 437 : Dans le cas où la valeur de réalisation de l'ensemble des placements estimée conformément au point 2° de l'article 436 est inférieure à celle retenue conformément au point 3° du même article, il est constitué une provision pour dépréciation égale à la différence entre les deux valeurs.

Article 438 : L'Organe de supervision et de régulation des assurances peut faire procéder à la fixation par une expertise de la valeur de tout ou partie de l'actif des entreprises et notamment des immeubles, des parts et des actions de sociétés immobilières leur appartenant ou sur lesquels elles ont consenti un prêt ou une ouverture de crédit hypothécaire.

La valeur résultant de l'expertise doit figurer dans l'évaluation de la valeur de réalisation des placements prévus à l'article 436, point 2°. Elle peut également être inscrite à l'actif du bilan dans les limites et les conditions fixées dans chaque cas par l'Organe de supervision et de régulation des assurances d'assurance.

Les frais de l'expertise sont à charge des entreprises d'assurances.

Paragraphe 2 : Les revenus des placements

Article 439 : Les entreprises d'assurances sur la vie ou de capitalisation doivent maintenir le revenu net de leurs placements à un montant au moins égal à celui des intérêts dont sont créditées les provisions mathématiques.

Les modalités d'application du présent article sont fixées aux articles 440 à 443.

Article 440 : Le revenu net des placements en valeurs mobilières amortissables s'obtient en ajoutant au montant des coupons nets d'impôts le supplément de revenus correspondant à l'excédent du prix de remboursement des titres sur leur valeur d'affectation aux provisions.

Lorsque la valeur d'affectation des titres est supérieure à leur prix net de remboursement, la perte de revenu correspondant à la différence est déduite du montant des coupons.

Le supplément ou la perte des revenus est calculé en faisant usage d'un taux d'escompte égal au taux moyen des provisions déterminé comme il est indiqué à l'article 441.

Le revenu des placements autres que ceux en valeurs mobilières amortissables est représenté par les coupons ou les loyers du dernier exercice connu, nets d'impôts et de charges.

Article 441 : Le montant des intérêts dont sont créditées les provisions mathématiques s'obtient en multipliant le montant des provisions des entreprises par le taux d'intérêt qui sert de base au calcul des tarifs.

Le montant des intérêts servis aux provisions pour participation aux excédents s'obtient en multipliant le montant des provisions par le taux d'intérêt prévu aux contrats correspondants.

Le taux moyen des provisions s'obtient en divisant le montant des intérêts à servir aux provisions par le montant total des provisions.

Article 442 : Lorsque le revenu total des placements est inférieur au montant total des intérêts dont sont créditées les provisions, il y a lieu d'appliquer à celles-ci une majoration destinée à combler l'insuffisance actuelle et future des revenus des placements afférents aux contrats en cours.




La majoration est portée au passif du bilan sous la rubrique des provisions mathématiques. Le montant de la majoration doit être au moins égal à dix fois l'insuffisance actuelle des revenus et diminué, le cas échéant, de la plus-value accusée par les placements à la date retenue pour le calcul des revenus, estimés, pour les placements, selon les règles énoncées aux articles 436 et 437.

Exceptionnellement, des délais pour la constitution de la majoration peuvent être accordés par l'Organe de supervision et de régulation des assurances.

Article 443 : Les entreprises d'assurances ne sont tenues de faire les calculs mentionnés aux articles 440 à 442 que lorsque le produit national brut annuel par habitant, non compris les bénéfices provenant de ventes ou de conversions, est inférieur au montant des intérêts dont les provisions mathématiques doivent être créditées. Pour lesdites entreprises, les calculs sont faits en se plaçant au 31 décembre de l'exercice et peuvent être révisés chaque année.

Section 3 : De la solvabilité des entreprises d'assurances

Article 444 : Toute entreprise d'assurance agréée au Burundi doit justifier de l'existence d'une marge de solvabilité suffisante, relative à l'ensemble de ses activités.

Article 445 : La marge de solvabilité mentionnée à l'article 444 est constituée, après déduction des pertes, des amortissements restant à réaliser sur commissions, des frais d'établissement ou de développement et des autres actifs incorporels, par les éléments suivants :

- 1° le capital social versé ;
- 2° la moitié de la fraction non versée du capital social ;
- 3° les réserves de toute dénomination, réglementaires ou libres, ne correspondant pas à des engagements ;
- 4° les bénéfices reportés ;
- 5° les plus-values pouvant résulter de la sous-estimation d'éléments d'actif et de la surestimation d'éléments de passif, sur demande et justification de l'entreprise et avec l'accord de l'Organe de supervision et de régulation des assurances, dans la mesure où de telles plus-values n'ont pas un caractère exceptionnel.




Article 446 : Pour toutes les branches mentionnées aux points 1° à 18° de l'article 333, le montant minimum réglementaire de la marge de solvabilité est égal au plus élevé des résultats obtenus par application des deux méthodes suivantes :

1° la méthode de calcul par rapport aux primes : à 20 % du total des primes directes ou acceptées en réassurance émises au cours de l'exercice et nettes d'annulations est appliqué le rapport existant, pour le dernier exercice, entre le montant des sinistres demeurant à la charge de l'entreprise après cession et rétrocession en réassurance et le montant des sinistres bruts de réassurance, sans que le rapport puisse être inférieur à 50 %.

2° la méthode de calcul par rapport à la charge moyenne annuelle des sinistres :

a) au total des sinistres payés pour les affaires directes au cours des trois derniers exercices, sans déduction des sinistres à la charge des cessionnaires et des rétrocessionnaires sont ajoutés, d'une part, les sinistres payés au titre des acceptations en réassurance ou en rétrocession au cours des mêmes exercices, d'autre part, les provisions pour sinistres à payer constituées à la fin du dernier exercice, tant pour les affaires directes que pour les acceptations en réassurance.

b) de la somme obtenue au littéra a) sont déduits, d'une part, les recours encaissés au cours des trois derniers exercices, d'autre part, les provisions pour sinistres à payer constituées au commencement du deuxième exercice précédant le dernier exercice, tant pour les affaires directes que pour les acceptations en réassurance. Il est appliqué un pourcentage de 25 % au tiers du montant ainsi obtenu.

Le résultat déterminé par application de la deuxième méthode est obtenu en multipliant le montant calculé au littéra b) par le rapport existant, pour le dernier exercice, entre le montant des sinistres demeurant à la charge de l'entreprise après cession en réassurance et le montant des sinistres bruts de réassurance, sans que le rapport puisse être inférieur à 50 %.

Article 447 : Pour les branches mentionnées à l'article 335, les assurances complémentaires non comprises, le montant minimal réglementaire de la marge est calculé par rapport aux provisions mathématiques.

Le montant visé à l'alinéa 1^{er} est égal à 5 % des provisions mathématiques relatives aux opérations d'assurances directes sans déduction des cessions en réassurance et aux acceptations en réassurance, multiplié par le rapport existant, pour le dernier exercice, entre le montant des provisions mathématiques après cession en réassurance et le montant des provisions mathématiques brut de réassurance, sans que le rapport puisse être inférieur à 85 %.

Il lui est ajouté le montant correspondant aux assurances complémentaires calculé selon les méthodes définies à l'article 446 pour les branches mentionnées à l'article 333.

Article 448 : Lorsqu'une société réalise à la fois des opérations dans les branches mentionnées à l'article 333 et les branches mentionnées à l'article 335, conformément aux dispositions des articles 326 à 329, le montant minimal réglementaire de la marge de solvabilité est égal à la somme des marges de solvabilité minimales obtenues en appliquant séparément les méthodes définies aux articles 446 et 447 respectivement aux opérations réalisées dans les branches mentionnées à l'article 333 et aux opérations réalisées dans les branches mentionnées à l'article 335.

Section 4 : Des tarifs et des frais d'acquisition et de gestion

Article 449 : Les tarifs présentés au visa de l'Organe de supervision et de régulation des assurances par les entreprises d'assurances sur la vie doivent, sous réserve des dispositions de l'article 451, être établis d'après les éléments suivants :

- 1° les tables de mortalité visées à l'article 405, pour les assurances en cas de décès et pour les assurances en cas de vie ;
- 2° les taux d'intérêt n'excédant pas 3,5 %.

Les tarifs doivent comporter des chargements permettant la récupération par l'entreprise d'assurance d'un montant de frais justifiable et raisonnable.

Article 450 : Pour l'application des dispositions relatives aux modalités de calcul de la valeur de réduction et de la valeur de rachat prévues dans le présent Code, le tarif d'inventaire comprend des chargements permettant la récupération des frais égaux à ceux prévus à l'article 405.

Article 451 : Les tarifs des contrats de rente viagère immédiate souscrits par des personnes âgées d'au moins soixante cinq ans ainsi que ceux des contrats sur la vie et de capitalisation à prime unique d'une durée maximale de dix ans, peuvent être établis d'après un taux d'intérêt supérieur aux taux mentionnés à l'article 449.

Pour chacun des tarifs prévus à l'alinéa 1^{er}, le visa est subordonné aux conditions suivantes :

- 1° l'actif représentatif des engagements correspondant aux contrats doit être isolé dans la comptabilité de l'entreprise;
- 2° l'actif doit pouvoir procurer un taux de rendement supérieur d'au moins un tiers au taux d'intérêt du tarif.

Pour les contrats visés à l'alinéa premier, lorsque le taux de rendement des placements nouveaux effectués au cours de l'exercice et affectés en représentation des engagements correspondant à un tarif déterminé est inférieur au taux du tarif majoré de 33 %, les contrats cessent d'être présentés au public.

CHAPITRE IV : DES DISPOSITIONS DIVERSES

Section 1 : Des groupes d'assurance ou de réassurance

Paragraphe 1 : Le contrôle des groupes d'assurance ou de réassurance

Article 452 : Le contrôle de l'Organe de supervision et de régulation des assurances s'exerce également sur les groupes d'assurance ou de réassurance et en particulier sur :

- 1° les entreprises d'assurances exerçant sur une autre entreprise un contrôle exclusif ou conjoint ou une influence notable ;
- 2° deux ou plusieurs entreprises d'assurances ayant entre elles, en vertu d'un accord, une direction commune ou des services communs à ceux étendus pour engendrer un comportement commercial, technique ou financier commun ;
- 3° les entreprises ayant entre elles des liens de réassurance importants et durables en vertu des dispositions contractuelles, statutaires ou réglementaires.

Lesdites entreprises sont tenues de publier des comptes consolidés dans les conditions fixées par le présent Code.




Article 453 : Les statuts des sociétés de groupe d'assurance ou de réassurance doivent fixer les conditions d'admission, de retrait ou d'exclusion des entreprises affiliées par convention. Ils doivent prévoir que l'admission ou l'exclusion d'une entreprise d'assurance affiliée par convention fait l'objet d'une déclaration préalable auprès de l'Organe de supervision et de régulation des assurances, accompagné d'un dossier dont la composition est fixée à l'article 454.

L'Organe de supervision et de régulation des assurances peut s'opposer à l'opération, si celle-ci apparaît contraire aux intérêts des assurés des entreprises affiliées par convention et dispose d'un délai de trois mois à compter de la réception du dossier pour se prononcer. A l'expiration du délai, l'opération peut, à défaut d'opposition, être réalisée.

Paragraphe 2 : Les conventions et le contrôle d'affiliation

Article 454 : Pour les affiliations aux sociétés de groupe d'assurance visées à l'article 453 et en cas de retrait ou d'exclusion de celles-ci, le dossier est composé des pièces rédigées dans l'une des langues officielles de la République du Burundi.

Les informations relatives aux entités concernées par l'opération sont les suivantes :

- 1° la dénomination et l'adresse de chaque entité concernée pour laquelle l'opération est projetée ;
- 2° un document faisant preuve de la constitution régulière de chacune des entités selon les lois et les règlements du siège social ;
- 3° la liste des principaux dirigeants de chacune des entités, comportant les nom, prénom, domicile, nationalité, date et lieu de naissance ;
- 4° la description des activités de chacune des entités et le détail de leurs participations dans des entreprises d'assurances ayant le siège dans le pays ou dans un pays tiers ;
- 5° pour chacune d'elles, le cas échéant, une liste des principales entités entrant dans le périmètre de combinaison ou de consolidation telle que définie par les règles comptables des sociétés d'assurance en vigueur, complétée par un organigramme détaillé ;

- 6° les bilans, le compte d'exploitation générale et le compte général de pertes et de profits des deux derniers exercices clos ainsi que, le cas échéant, les comptes consolidés ou combinés de chacune des entités concernées des deux derniers exercices clos ;
- 7° les sanctions ou les conséquences financières qui en ont résulté ou sont susceptibles d'en résulter si l'une des entités concernées a fait ou est susceptible de faire l'objet d'une enquête ou d'une procédure professionnelle, administrative ou judiciaire ;
- 8° le taux de couverture de la marge de solvabilité et des engagements réglementés pour l'entreprise désireuse de s'affilier, s'il s'agit d'une entreprise d'assurance ;
- 9° le dossier de surveillance complémentaire de l'ensemble des sociétés affiliées pour la société de groupe.

Les informations relatives à l'opération envisagée sont les suivantes :

- 1° la convention d'affiliation susvisée ;
- 2° la décision de l'assemblée générale de la société demandant l'affiliation ou se prononçant pour la résiliation dans les conditions prévues à l'article 453 et à l'alinéa 1^{er} du présent article ;
- 3° la décision de l'assemblée générale de la société de groupe approuvant l'affiliation ou se prononçant pour l'exclusion ;
- 4° toutes les informations relatives aux objectifs et aux effets attendus de l'opération projetée en particulier :
 - a) dans tous les cas, un programme d'activités prévisionnel du nouvel ensemble consolidé ou combiné sur cinq ans, comportant les comptes de résultat, les bilans prévisionnels, les principaux flux financiers et les prévisions relatives à la marge de solvabilité ;
 - b) en cas de retrait ou d'exclusion, un programme d'activités prévisionnel de l'entité envisageant de résilier la convention d'affiliation ou faisant l'objet d'une exclusion ; le programme d'activités comprend, outre les indications mentionnées au littéra a), les prévisions relatives à la couverture des engagements réglementés ;




- c) toutes les informations relatives aux modalités de suivi et de contrôle des activités et des résultats de la société qui projette de s'affilier.

Article 455 : La convention d'affiliation contient la description des liens, des obligations, des engagements et des modalités de partage des coûts ou de toute autre forme de coopération entre une société de groupe d'assurance et l'entreprise affiliée. La convention doit comporter également l'engagement de l'entreprise affiliée à subordonner son retrait éventuel à la déclaration préalable auprès de l'Organe de supervision et de régulation des assurances.

La convention d'affiliation, sa modification et sa résiliation éventuelle doit être approuvées par les assemblées générales de la société de groupe d'assurance et de l'entreprise affiliée.

Paragraphe 3 : La surveillance complémentaire

Article 456 : Les entreprises d'assurances faisant partie d'un groupe d'assurance font l'objet d'une surveillance complémentaire de leur situation financière, selon les modalités prévues aux articles 457 et 458.

Toute entreprise d'assurance dont l'entreprise-mère est une société de groupe mixte d'assurance, est soumise à une surveillance complémentaire dans les mêmes conditions.

Article 457 : L'Organe de supervision et de régulation des assurances peut décider de ne pas tenir compte, dans la surveillance complémentaire, d'une entreprise ayant son siège social dans un pays tiers où il existe des obstacles juridiques au transfert de l'information nécessaire, sans préjudice des dispositions de l'article 469.

L'organe peut également décider, au cas par cas, de ne pas tenir compte d'une entreprise dans la surveillance complémentaire visée à l'article 456 lorsque l'entreprise à inclure ne présente qu'un intérêt négligeable au regard des objectifs de la surveillance complémentaire des entreprises d'assurances faisant partie d'un groupe d'assurance.

Article 458 : Toute entreprise d'assurance participante doit disposer d'un système de contrôle interne pour la production des données et des informations destinées à permettre l'exercice de la surveillance complémentaire de sa situation financière.

Article 459 : L'Organe de supervision et de régulation des assurances exerce une surveillance générale sur les opérations effectuées par une entreprise d'assurance avec :

1° les entreprises apparentées ;

2° une personne physique détenant une participation dans une ou plusieurs des entreprises apparentées.

Article 460 : La surveillance générale porte notamment sur les opérations suivantes:

1° des prêts ;

2° des garanties et des opérations hors bilan ;

3° des éléments admissibles pour la constitution de la marge de solvabilité ;

4° des investissements ;

5° des opérations de réassurance ;

6° des accords de répartition des coûts ;

7° des conventions d'assistance technique.

L'Organe de supervision et de régulation des assurances exige de l'entreprise qu'elle prenne les mesures nécessaires au rétablissement ou au maintien de la solvabilité si du fait des opérations, il apparaît que la solvabilité de l'entreprise d'assurance est compromise ou susceptible de l'être.

L'absence de proposition ou d'exécution des mesures visées à l'alinéa 2 dans les conditions et les délais prescrits ou acceptés par l'Organe de supervision et de régulation des assurances est passible des sanctions.

Article 461 : L'Organe de supervision et de régulation des assurances peut conclure avec les autorités responsables de la surveillance des autres secteurs financiers des accords ayant pour objet d'échanger des renseignements nécessaires à l'accomplissement de leurs missions respectives.



Les renseignements ainsi recueillis sont couverts par le secret professionnel dans les conditions applicables à l'organisme qui les a communiqués et à l'organisme destinataire.

L'Organe de supervision et de régulation des assurances peut, en outre, transmettre des informations aux autorités chargées de la surveillance des entreprises d'assurances dans les pays avec lesquels le Burundi a conclu des accords, sous réserve de réciprocité et à condition que lesdites autorités soient elles-mêmes soumises au secret professionnel avec les mêmes garanties que celles exigées à l'Organe de supervision et de régulation des assurances.

Paragraphe 4 : La solvabilité ajustée d'une entreprise d'assurance d'un pays tiers

Article 462 : Toute entreprise tenue d'établir des comptes consolidés ou combinés en application des dispositions des règles comptables des sociétés d'assurance, doit justifier d'une solvabilité ajustée positive pour le compte des entités consolidées ou combinées.

Article 463 : La solvabilité ajustée d'une entreprise consolidante ou combinante est la différence entre la marge de solvabilité disponible et le montant minimal de la marge de solvabilité, calculés à partir des données consolidées ou combinées suivant les règles comptables des sociétés d'assurance.

Article 464 : La marge de solvabilité disponible consolidée ou combinée, déterminée conformément aux règles comptables des entreprises d'assurances, est la somme des éléments suivants :

- 1° les éléments de fonds propres énumérés à l'article 445 résultant des comptes consolidés ou combinés après déduction des éléments incorporels de toute nature et après affectation des résultats ;
- 2° les plus-values latentes dans les conditions définies à l'article 466 après élimination des opérations intra groupe ;
- 3° les intérêts minoritaires dans les conditions définies à l'article 466 ;
- 4° les emprunts subordonnés dans les conditions définies à l'article 466 après élimination des opérations intra-groupe.



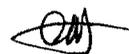

Les plus values latentes visées au point 2° ainsi que les emprunts subordonnés cités au point 4° sont, le cas échéant, corrigés des montants déjà intégrés dans les fonds propres consolidés ou combinés.

Article 465 : Le montant minimal de la marge de solvabilité est la somme :

- 1° des montants minima de marge de solvabilité des entreprises d'assurances consolidées par intégration globale ou combinées ;
- 2° des quotes-parts des montants minima de marge des entreprises d'assurances correspondant aux pourcentages de contrôle des entreprises ; les montants minima mentionnés aux points 1° et 2° sont calculés conformément aux articles 446 et 447 ;
- 3° des montants relatifs aux entreprises d'assurances de pays tiers et aux entreprises de réassurance consolidées ou combinées ; les montants sont calculés dans les mêmes conditions que les montants minima de marge de solvabilité pour des risques assimilables et selon les principes définis aux points 1° et 2°.

Article 466 : Sont considérés comme pouvant constituer la solvabilité ajustée des entreprises consolidantes ou combinantes, les éléments suivants :

- 1° les plus-values latentes sur les actifs ; toutefois, pour les entreprises d'assurances sur la vie ou de capitalisation, les plus-values latentes ne sont admises que dans la limite du montant minimal de marge de solvabilité de l'entreprise à l'actif de laquelle les actifs sont inscrits ; au-delà, les plus-values latentes ne sont prises en compte qu'une fois déduits les droits à participations des assurés, lesquels sont réputés représenter au moins 85 % des plus-values latentes ;
- 2° les intérêts minoritaires dans la mesure où ils sont admis à contribuer à la constitution de la marge de solvabilité de l'entreprise dont ils représentent une partie des fonds propres et dans la limite de la part du montant minimal de marge de solvabilité de l'entreprise correspondant au pourcentage de détention par lesdits intérêts minoritaires ;
- 3° les titres et les emprunts subordonnés, détenus en dehors du groupe dans la mesure où ils sont admis à contribuer à la constitution de la marge de solvabilité de l'entreprise au passif de laquelle ils sont inscrits ; en outre, les titres et les emprunts subordonnés des sociétés de groupe d'assurance sont admis s'ils répondent à des conditions identiques à celles mentionnées dans le présent Code.

Les actifs des entreprises dont le siège est situé dans un Etat exerçant des restrictions aux mouvements de capitaux ne peuvent en aucun cas être considérés comme pouvant constituer la solvabilité ajustée.

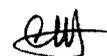
L'Organe de supervision et de régulation des assurances dispose de la capacité de considérer comme admissible une plus ou moins grande part des plus values latentes, des titres et des emprunts subordonnés, en raison de l'adéquation de la répartition à l'intérieur du groupe de l'ensemble des éléments admissibles pour la marge.

Article 467 : L'Organe de supervision et de régulation des assurances peut prendre en compte, pour le calcul de la solvabilité ajustée, les montants minima de marge de solvabilité et les éléments de marge disponible dans lesquels une entreprise d'assurance ou de réassurance ayant son siège dans un pays tiers dont les exigences de solvabilité sont considérées comme équivalentes.

Article 468 : Lorsqu'une entreprise consolidante ou combinante ne justifie pas d'une solvabilité ajustée positive, l'Organe de supervision et de régulation des assurances exige de l'entreprise concernée qu'elle prenne les mesures nécessaires au rétablissement d'une solvabilité ajustée positive.

L'absence de proposition ou d'exécution des mesures dans les conditions et les délais prescrits ou acceptés par l'Organe de supervision et de régulation des assurances est passible de sanctions prévues par le présent Code.

Article 469 : Lorsque l'Organe de supervision et de régulation des assurances ne dispose pas, quelle qu'en soit la raison, des informations nécessaires au calcul de la solvabilité ajustée relative à une entreprise consolidée ou combinée ayant son siège social au Burundi ou dans un pays tiers, la valeur comparable de l'entreprise dans les comptes consolidés ou combinés est déduite de la marge de solvabilité disponible. Dans ce cas, aucune plus-value latente associée à cette participation n'est admise comme élément de la marge de solvabilité disponible.



Section 2 : De la gouvernance d'entreprise et du contrôle interne

Paragraphe 1 : La gouvernance d'entreprise

Article 470 : L'entreprise d'assurance peut, suivant ses statuts, être gouvernée par un Conseil d'administration ou par un Conseil de surveillance.

Article 471 : Dans le cadre de ses responsabilités, le Conseil d'administration ou le Conseil de surveillance :

- 1° définit les politiques et les stratégies de gouvernance, les moyens de leur mise en œuvre ainsi que les procédures correspondantes de contrôle et de suivi ;
- 2° procède régulièrement et au moins une fois par an, à la vérification du respect de ses politiques et stratégies ;
- 3° vérifie que la société est organisée de façon à permettre une gestion prudente et son suivi ;
- 4° est doté de fonctions indépendantes de gestion des risques qui couvrent les différents types de risques garantis et dont il en assure le contrôle ;
- 5° met en place les fonctions d'audit et d'actuariat, les contrôles internes ainsi que des contrôles et des contre pouvoirs;
- 6° délègue ses responsabilités et fixe les procédures de prise de décision ;
- 7° établit à l'intention des administrateurs, de la direction et de l'ensemble du personnel les règles de gestion et de déontologie ;
- 8° veille à ce que l'entreprise se conforme à toutes les réglementations et les règles déontologiques notamment les transactions privées, les délits d'initiés, le traitement préférentiel de certaines entités, en interne comme en externe ainsi que d'autres pratiques commerciales exceptionnelles échappant au libre jeu de concurrence ;
- 9° a accès aux informations et obtient à sa demande tout renseignement et toute analyse complémentaire qu'il estime utiles;
- 10° communique, autant que de besoin, avec l'Organe de supervision et de régulation des assurances.




Article 472 : Le Conseil d'administration ou le Conseil de surveillance peut créer des comités chargés des missions spécifiques telles que les rémunérations, l'audit ou la gestion des risques.

Lorsque les comités spéciaux sont créés au sein du Conseil d'administration ou du Conseil de surveillance, leur mandat, leur composition et leurs procédures de fonctionnement doivent être définis et rendus publics par ledit Conseil.

Article 473 : Le Conseil d'administration ou le Conseil de surveillance doit veiller à ce que le système de rémunération des administrateurs et des cadres dirigeants soit raisonnable au regard des ressources de la société et exclut des primes ou des avantages exceptionnels susceptibles d'encourager des comportements imprudents.

Paragraphe 2 : Le contrôle interne

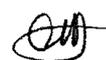
Article 474 : Toute entreprise d'assurance est tenue de mettre en place un dispositif permanent de contrôle interne adapté à la nature, à l'importance et à la complexité des activités.

Le dispositif comprend notamment un manuel de procédures internes écrites, cohérent et recoupant l'ensemble des champs d'activités de l'entreprise. Il doit faire l'objet d'un suivi périodique en vue de vérifier l'application constante des procédures de la société, leur efficacité et de relever les manquements éventuels.

Article 475 : Le Conseil d'administration ou le Conseil de surveillance approuve, au moins annuellement, un rapport sur le contrôle interne à transmettre à l'Organe de supervision et de régulation des assurances.

La première partie du rapport détaille les conditions de préparation et d'organisation des travaux du Conseil d'administration, le taux de présence des administrateurs lors des réunions, les indemnités de session des administrateurs, les rémunérations exceptionnelles et les avantages en nature accordés par le Conseil d'administration à certains administrateurs, et, le cas échéant, les limitations apportées par le Conseil aux pouvoirs du directeur général dans l'exercice de ses fonctions. La partie fournit également des informations sur l'appartenance des administrateurs aux Conseils d'administration des autres sociétés tout en les précisant.

8



La seconde partie du rapport détaille :

- 1° les objectifs, la méthodologie, la position et l'organisation générale du contrôle interne au sein de l'entreprise ; les mesures prises pour assurer l'indépendance et l'efficacité du contrôle interne et notamment la compétence et l'expérience des équipes chargées de la mettre en œuvre ainsi que les suites données aux recommandations des personnes ou des instances chargées du contrôle interne ;
- 2° les procédures permettant de vérifier que les activités de l'entreprise sont menées selon les politiques et les stratégies établies par les organes dirigeants et les procédures permettant de vérifier la conformité des opérations d'assurances aux dispositions législatives et réglementaires ;
- 3° les méthodes utilisées pour assurer l'évaluation et le contrôle des placements, en particulier l'évaluation de la qualité des actifs et de la gestion actif-passif ;
- 4° le dispositif interne de contrôle de la gestion des placements, incluant les délégations de pouvoirs, la diffusion de l'information, les procédures internes de contrôle ou l'audit et la répartition interne des responsabilités au sein du personnel, les personnes chargées d'effectuer les transactions ne pouvant être également chargées de leur suivi ;
- 5° les procédures et les dispositifs permettant d'identifier, d'évaluer, de gérer et de contrôler les risques liés aux engagements de l'entreprise ainsi que les méthodes utilisées pour vérifier la conformité des pratiques en matière d'acceptation et de tarification du risque, de cession en réassurance et de provisionnement des engagements réglementés aux normes de l'entreprise dans ces domaines ;
- 6° les mesures prises pour assurer le suivi de la gestion des sinistres, le suivi des filiales, la maîtrise des activités externalisées et des modes de commercialisation des produits de l'entreprise ainsi que les risques qui pourraient en résulter ;
- 7° les procédures d'élaboration et de vérification de l'information financière et comptable.



Article 476 : Le Conseil d'administration ou le Conseil de surveillance fixe, au moins annuellement, les lignes directrices de la politique de placement. Il se prononce en particulier sur les modalités de choix des intermédiaires financiers, sur la gestion actif-passif, sur la qualité et la répartition des actifs au regard des impératifs de diversification et de dispersion.

Le Conseil d'administration ou le Conseil de surveillance s'appuie sur le rapport de gestion mentionné au premier alinéa qui, dans une partie distincte relative aux placements, présente les résultats obtenus au cours de la période écoulée pour chaque portefeuille et chaque catégorie de placements.

Article 477 : Le Conseil d'administration ou le Conseil de surveillance approuve, au moins annuellement, les lignes directrices de la politique de réassurance.

Un rapport relatif à la politique de réassurance lui est soumis annuellement.

Le rapport décrit :

- 1° les orientations prises par l'entreprise en matière de cessions en réassurance, en particulier en ce qui concerne la nature et le niveau de protection visé et le choix des entreprises cessionnaires ;
- 2° les critères qualitatifs et quantitatifs sur lesquels l'entreprise se fonde pour s'assurer de l'adéquation des cessions en réassurance avec les risques souscrits ;
- 3° les orientations de la politique de réassurance concernant les risques souscrits au cours de l'exercice suivant le dernier exercice clos ainsi que les principales cessions de réassurance ;
- 4° l'organisation concernant la définition, la mise en œuvre et le contrôle du programme de réassurance ;
- 5° les méthodes d'analyse et de suivi qu'utilise l'entreprise concernant le risque de contrepartie lié aux opérations de cession en réassurance ainsi que les conclusions résultant de l'emploi de ces méthodes.

Après son approbation, le rapport est transmis à l'Organe de supervision et de régulation des assurances.



TITRE IV : DES INTERMEDIAIRES D'ASSURANCE

CHAPITRE I : DES REGLES COMMUNES AUX INTERMEDIAIRES D'ASSURANCE

Section 1 : Des dispositions générales

Article 478 : L'Organe de supervision et de régulation des assurances doit s'assurer que les entreprises d'assurances et les intermédiaires réservent un traitement équitable à leurs clients en prenant en considération leurs besoins d'informations.

L'Organe de supervision et de régulation fixe les normes concernant les relations des entreprises et des intermédiaires d'assurance avec les consommateurs. Il s'assure que les entreprises et les intermédiaires d'assurance disposent d'une politique permettant un traitement équitable des clients ainsi que des systèmes de formation garantissant le respect de ces politiques par leurs collaborateurs chargés de la vente.

Article 479 : L'Organe de supervision et de régulation des assurances doit, afin de permettre à un grand nombre de consommateurs de comprendre et d'évaluer les produits d'assurance, s'assurer que les entreprises et les intermédiaires d'assurance :

1° mettent à la disposition des assurés des informations leur permettant de décider en pleine connaissance de cause au moment de conclure le contrat ;

2° informent les assurés de leurs droits et de leurs obligations pendant la durée du contrat.

Les entreprises d'assurances doivent établir des normes concernant le contenu et le moment de la communication des informations portant sur le produit et sur d'autres sujets relatifs à la vente.

Article 480 : L'Organe de supervision et de régulation des assurances doit exiger des entreprises et des intermédiaires d'assurance de traiter les plaintes et les réclamations de manière efficace et juste, selon une procédure simple, facilement accessible et équitable.

Les entreprises et les intermédiaires d'assurance doivent établir des règles de traitement des informations relatives à leurs clients en veillant à la protection des informations d'ordre privé.




Section 2 : Des principes généraux

Article 481 : Est considérée comme une présentation d'une opération pratiquée par les entreprises d'assurances mentionnées à l'article 2, le fait pour une personne physique ou morale, de solliciter ou de recueillir la souscription d'un contrat d'assurance ou l'adhésion à un tel contrat ou d'exposer oralement ou par écrit à un souscripteur ou à un adhérent éventuel, les conditions de garantie d'un tel contrat.

Article 482 : Les opérations pratiquées par les entreprises d'assurances ne peuvent être présentées que par les personnes suivantes :

- 1° les personnes physiques et les sociétés immatriculées au registre de commerce pour le courtage d'assurance et agréées par l'Organe de supervision et de régulation des assurances ainsi que les associés et les tiers ayant le pouvoir de gérer ou d'administrer les sociétés ;
- 2° les personnes physiques ou morales titulaires d'un mandat d'agent général d'assurance ;
- 3° les personnes physiques salariées commises à cet effet par une entreprise d'assurance ou par une personne ou une société visée au point 1°;
- 4° les personnes physiques non salariées, mandatées et rémunérées à la commission.

Article 483 : Les opérations visées à l'article 2 peuvent être présentées par les membres du personnel salarié de l'entreprise ou par une personne physique ou morale mentionnée aux points 1° et 2° de l'article 482 :

- 1°. au siège de l'entreprise ou auprès de la personne physique ;
- 2° dans tout bureau de production de ladite entreprise ou de la personne dont le responsable remplit les conditions de capacité professionnelle exigées des courtiers ou des agents généraux d'assurance.

Article 484 : Les opérations ci-après définies peuvent être présentées, sous forme de souscriptions d'assurances individuelles ou d'adhésions à des assurances collectives, par les personnes respectivement énoncées dans chaque cas :

8

EA

- 1° les assurances contre les risques de décès, d'invalidité, de perte de l'emploi ou de l'activité professionnelle souscrites expressément et exclusivement en vue de servir de garantie au remboursement d'un prêt : le prêteur ou les personnes concourant à l'octroi de ce prêt ;
- 2° les assurances de transport et de marchandises ou de facultés par voie fluviale : les courtiers de fret ;
- 3° les assurances couvrant à titre principal les frais des interventions d'assistance liées au déplacement et effectuées par des tiers : les dirigeants, le personnel des agences de voyages, les banques et les établissements financiers ainsi que leurs préposés ;
- 4° les banques, les établissements financiers, les institutions de micro finance agréées, les caisses d'épargne et la poste pouvant présenter des opérations d'assurances à leurs guichets dès lors que la personne habilitée à présenter ces opérations est titulaire de la carte professionnelle.

Article 485 : Les adhésions à des assurances de groupe peuvent être, par dérogation, présentées par le souscripteur, ses préposés ou ses mandataires ainsi que les personnes physiques ou morales désignées expressément à cet effet dans le contrat d'assurance de groupe.

Article 486 : Lorsque la présentation d'une opération d'assurance est effectuée par une personne habilitée conformément aux dispositions de l'article 482, l'employeur ou le mandant est civilement responsable du dommage causé par la faute, l'imprudence ou la négligence de ses employés ou de ses mandataires agissant en cette qualité, lesquels sont considérés, pour l'application du présent article, comme des préposés nonobstant toute convention contraire.

Section 3 : Des conditions d'honorabilité

Article 487 : Ne peuvent exercer la profession d'agent général ou de courtier d'assurance :

- 1° les personnes ayant été définitivement condamnées à une peine supérieure à 6 mois d'emprisonnement ;
- 2° les personnes ayant fait l'objet d'une mesure de faillite personnelle ou d'une autre mesure d'interdiction relative au redressement et à la liquidation judiciaire des entreprises;




3° les personnes ayant fait l'objet d'une mesure de destitution de fonction d'officier ministériel en vertu d'une décision de justice.

Les condamnations et les mesures visées au 1^{er} alinéa entraînent pour les mandataires et les employés des entreprises, les agents généraux, les courtiers et les entreprises de courtage, l'interdiction de présenter des opérations d'assurances.

Article 488 : Les opérations visées à l'article 2 ne peuvent être présentées par des personnes étrangères aux catégories définies aux points 1° à 4° de l'article 482 que dans les cas et les conditions fixées par les articles 483 à 485 sous réserve que ces personnes ne soient frappées d'aucune des incapacités prévues à l'article 487.

Section 4 : Des conditions de capacité

Article 489 : Sous réserve des dérogations prévues aux articles 484 et 485, toute personne physique mentionnée à l'article 482 doit:

- 1° avoir la majorité légale ;
- 2° remplir les conditions de capacité professionnelle prévues, pour chaque catégorie et fixée par la réglementation en vigueur ;
- 3° ne pas être frappée d'une des incapacités prévues à l'article 487.

Pour exercer l'une des professions ou des activités énumérées au point 1° de l'article 482, toute personne mentionnée au premier alinéa du présent article doit pouvoir, à tout moment, justifier qu'elle remplit les conditions exigées par ledit alinéa.

Les contrats d'assurance ou de capitalisation souscrits en infraction aux dispositions de l'article 482 ainsi que les adhésions à de tels contrats obtenues en infraction à ces dispositions peuvent, pendant une durée de deux ans à compter de cette souscription ou adhésion, être résiliés à toute époque par le souscripteur ou adhérent, moyennant préavis d'un an au moins.

L'assureur n'a dans ce cas droit qu'à la partie de la prime correspondant à la couverture du risque jusqu'à la résiliation et il doit restituer le surplus éventuellement perçu.

B

EW

Article 490 : Toute personne qui, dans une entreprise d'assurance mentionnée à l'article 2, dans une entreprise de courtage ou dans une agence générale, a sous son autorité des personnes chargées de présenter des opérations d'assurances ou de capitalisation, est tenue de veiller à ce que celles-ci remplissent les conditions prévues aux articles 482 et 489.

Toute personne qui, dans les entreprises d'assurances, pratiquant les opérations visées à l'article 2, remet un mandat à un agent général d'assurance ou à une personne chargée des fonctions d'agent général d'assurance doit préalablement avoir, à l'Organe de supervision et de régulation des assurances, fait la déclaration prescrite à l'article 498 relative à l'intéressé et avoir vérifié qu'il ressort des pièces communiquées, que celui-ci remplit les conditions requises d'âge, de nationalité et de capacité professionnelle.

Article 491 : Toute personne physique mentionnée aux points 2° et 4° de l'article 482 ainsi que les personnes visées au point 4° de l'article 484 doivent produire une carte professionnelle délivrée par l'Organe de supervision et de régulation des assurances.

La validité de la carte est limitée à deux ans et est renouvelable.

La carte doit être conforme au modèle fixé par l'Organe de supervision et de régulation des assurances.

Article 492 : L'Organe de supervision et de régulation des assurances peut retirer la carte professionnelle pour non respect des dispositions prévues aux articles 482, 485 et 489. La décision est immédiatement exécutoire et peut faire l'objet, par tout intéressé, d'un recours devant le tribunal compétent.

Lorsque, d'initiative ou sur l'injonction de l'Organe de supervision et de régulation des assurances, la personne qui a délivré le mandat veut le retirer, elle le notifie à son titulaire par lettre recommandée. La mesure prend effet à la date de réception de ladite lettre.

Toute modification aux conditions de capacité prévues à l'article 489 ainsi que tout retrait de mandat doivent être notifiés à l'Organe de supervision et de régulation des assurances.

Article 493 : La capacité professionnelle prévue par l'article 489 se justifie par la présentation du diplôme requis, du livret de stage ou de l'attestation de fonctions définis à l'article 494.




Article 494 : Le livret de stage doit être conforme au modèle fixé par l'Organe de supervision et de régulation des assurances.

Les signatures apposées sur le livret par les responsables des entreprises auprès de qui un stage a été effectué valent certification des indications du livret concernant le stage.

Le livret doit être remis à son titulaire dans un délai n'excédant pas dix jours.

L'attestation de fonction doit être établie conformément à un modèle fixé par l'Organe de supervision et de régulation des assurances par la personne ou l'entreprise auprès de laquelle ont été exercées les fonctions requises.

Article 495 : Le courtier et l'agent général d'assurance doivent préalablement justifier à leur entrée en fonction soit :

- 1° d'un diplôme de fin des humanités ou un autre document équivalent et de l'accomplissement d'un stage professionnel de deux ans dans une société, un cabinet de courtage, une société de courtage ou une agence générale d'assurance ;
- 2° d'un diplôme de fin des humanités ou un autre document équivalent et d'une expérience professionnelle de trois ans en qualité de cadre dans une société, un cabinet de courtage, une société de courtage ou une agence générale d'assurance dans les fonctions relatives à la production ou aux sinistres;
- 3° de l'exercice pendant au moins trois ans en qualité de cadre technique dans un Organe de supervision et de régulation des assurances ;
- 4° de l'exercice au moins pendant trois ans des fonctions de mandataire non salarié dans une société, un cabinet de courtage, une société de courtage ou une agence générale d'assurance.

Article 496 : Les intermédiaires d'assurance, à l'exception des personnes physiques salariées exerçant les fonctions de responsable de bureau de production ou ayant la charge d'animer un réseau de production doivent, préalablement à leur entrée en fonction, justifier :

- 1° pour un mandataire salarié d'une société d'assurance :




a) un diplôme de fin des humanités ou un autre document équivalent au minimum ;

b) l'exercice pendant au moins trois ans des fonctions d'agent de maîtrise dans les services de production dans une société, un cabinet de courtage, une société de courtage ou une agence générale d'assurance.

2° pour un mandataire non salarié d'une société ou exerçant pour le compte d'un intermédiaire d'assurance :

a) un diplôme de fin des humanités ou un autre document équivalent au minimum ;

b) l'accomplissement d'un stage de six mois dans une entreprise, un cabinet de courtage, une société de courtage ou une agence générale d'assurance.

Article 497 : Les stages professionnels mentionnés aux articles 495 et 496 doivent être effectués en une seule période. Ils comportent une période d'enseignement théorique et une période de formation pratique.

L'enseignement théorique doit, préalablement à la formation pratique dont la durée ne peut excéder la moitié de la durée totale du stage professionnel, être dispensé par des professionnels qualifiés.

La formation pratique est effectuée sous le contrôle permanent et direct de personnes habilitées à présenter des opérations d'assurances ou de capitalisation.

Les stages professionnels peuvent également être effectués auprès d'un centre professionnel de formation en assurance.

Les stages professionnels doivent avoir une durée raisonnable et suffisante sans pouvoir être inférieure à cinq cent heures.

Article 498 : En vue de permettre de vérifier les conditions d'honorabilité telles qu'elles résultent des dispositions de l'article 487, une déclaration doit être faite à l'Organe de supervision et de régulation des assurances dans les conditions prévues aux articles 499 et 500 concernant toute personne physique entrant dans une des catégories définies aux points 1° à 4° de l'article 482 avant que cette personne ne présente des opérations d'assurances telles que prévues à l'article 481.




Article 499 : L'obligation de souscrire la déclaration à l'Organe de supervision et de régulation des assurances incombe :

- 1° aux associés ou aux tiers ayant pouvoir de gérer, d'administrer une société de courtage d'assurance et aux intéressés pour les courtiers d'assurance ;
- 2° aux entreprises proposant de mandater les agents généraux d'assurance en cette qualité ;
- 3° à l'entreprise ayant la qualité d'employeur ou de mandant pour les intermédiaires mentionnés aux points 3° et 4° de l'article 482.

Article 500 : La déclaration est formulée à partir d'une fiche établie selon le modèle fixé par l'Organe de supervision et de régulation des assurances.

Article 501 : Toute modification des indications incluses dans la déclaration prévue à l'article 499, toute cessation de fonctions d'une personne ayant fait l'objet d'une déclaration ou tout retrait de mandat doivent être déclarés à l'Organe de supervision et de régulation des assurances par la personne ou l'entreprise à qui incombe l'obligation de déclarer.

Article 502 : Il incombe à l'Organe de supervision et de régulation des assurances qui a reçu la déclaration prévue à l'article 499, de s'assurer que la personne qui a fait l'objet de la déclaration n'est pas frappée ou ne vient pas à être frappée d'une des incapacités prévues à l'article 489.

Lorsque l'Organe de supervision et de régulation des assurances constate une telle incapacité, il le notifie dans un délai n'excédant pas cinq jours :

- 1° au greffier compétent pour recevoir l'immatriculation au registre du commerce pour le courtage d'assurance si l'incapacité concerne un courtier, un associé ou un tiers ayant le pouvoir de gérer ou administrer ;
- 2° à l'entreprise déclarante si l'incapacité concerne un agent général d'assurance ;
- 3° au déclarant si l'incapacité concerne les personnes salariées ou non salariées.

L'Organe de supervision et de régulation des assurances peut procéder au retrait de la carte professionnelle.

Article 503 : Le nom de toute personne ou de toute société mentionnée à l'article 482 par l'entremise de laquelle a été souscrit un contrat d'assurance ou une adhésion à un tel contrat, doit figurer sur l'exemplaire du contrat ou de tout document équivalent, remis au souscripteur ou à l'adhérent.

Article 504 : Toute correspondance ou toute publicité émanant d'une personne ou d'une société mentionnée au point 1° de l'article 2, agissant en qualité de courtier d'assurance, doit comporter, dans son en-tête, le nom de la personne ou la raison sociale de la société, suivi des mots « courtier d'assurance » ou « société de courtage d'assurance ».

Toute publicité, quelle qu'en soit la forme, émanant d'une telle personne ou d'une telle société et concernant la souscription d'un contrat auprès d'une entreprise d'assurance ou l'adhésion à un tel contrat, ou exposant, en vue de la souscription ou de l'adhésion, les conditions de garantie du contrat doit indiquer le nom de ladite entreprise.

Toute correspondance ou toute publicité émanant de personnes autres que celles mentionnées au point 1° de l'article 2 et tendant à proposer la souscription d'un contrat auprès d'une entreprise d'assurance déterminée ou l'adhésion à un tel contrat ou à exposer, en vue de la souscription ou de l'adhésion, les conditions de garantie du contrat, doit indiquer la qualité de la personne qui fait la proposition ainsi que le nom ou la raison sociale de ladite entreprise.

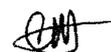
CHAPITRE II : DE LA GARANTIE FINANCIERE

Article 505 : Tout agent général, tout courtier ou toute société de courtage d'assurance est tenu à tout moment de justifier d'une garantie financière.

La garantie ne peut résulter que d'un engagement de caution pris par un établissement de crédit habilité à cet effet ou une entreprise d'assurance agréée.

Article 506 : Le montant de la garantie financière doit être au moins égal à la somme de vingt millions de francs burundais.

Article 507 : L'engagement de caution est pris pour la durée de chaque année civile ; il est reconduit tacitement au 1^{er} janvier. Le montant de la garantie est révisé à la fin de chaque période annuelle.

Le garant peut exiger la communication de tous les registres et les documents comptables qu'il estime nécessaires à la détermination du montant de la garantie.

Le garant délivre à la personne garantie une attestation de garantie financière. L'attestation est renouvelée annuellement lors de la reconduction de l'engagement de caution.

Article 508 : La garantie financière est mise en œuvre sur la seule justification que l'agent général, le courtier ou la société de courtage d'assurance garanti est défaillant sans que le garant puisse opposer au créancier le bénéfice de discussion.

La défaillance de la personne garantie est acquise un mois après la date de réception par celle-ci d'une lettre recommandée exigeant le paiement des sommes dues ou d'une sommation de payer, demeurée sans effet. Elle est également acquise par un jugement prononçant la liquidation judiciaire.

Le paiement est effectué par le garant à l'expiration d'un délai de trois mois à compter de la présentation de la première demande écrite.

Si d'autres demandes sont reçues pendant le délai, une répartition a lieu au marc le franc dans le cas où le montant total des demandes excède le montant de la garantie.

Article 509 : La garantie cesse en raison de la dénonciation du contrat à son échéance. Elle cesse également par le décès ou la cessation d'activités de la personne garantie ou, s'il s'agit d'une personne morale, par la dissolution de la société.

La garantie ne peut, en aucun cas, cesser avant l'expiration d'un délai de trois jours francs suivant la publication, à la diligence du garant, d'un avis dans le Bulletin Officiel du Burundi et dans un journal quotidien à large diffusion.

Toutefois, le garant n'accomplit pas les formalités de publicité prescrites si la personne garantie apporte la preuve de l'existence d'une nouvelle garantie financière prenant la suite de la précédente sans interruption.

La cessation de garantie n'est pas opposable au créancier, pour les créances nées pendant la période de validité de l'engagement de caution dans tous les cas prévus aux alinéas 1, 2 et 3.

CHAPITRE III : DES REGLES SPECIFIQUES RELATIVES AUX AGENTS GENERAUX ET AUX COURTIER D'ASSURANCE

Section 1 : De l'agent général d'assurance

Article 510 : Le contrat ou le traité de nomination passé entre une entreprise d'assurance et un agent général, sans détermination de durée, peut toujours cesser par la volonté d'une des parties contractantes.

La résiliation du contrat par la volonté d'un seul des contractants peut toutefois donner lieu à des dommages-intérêts.

Les parties ne peuvent, à l'avance, renoncer au droit éventuel de demander des dommages intérêts en vertu des dispositions de l'alinéa 2.

Le traité de nomination reçoit le visa de l'Organe de supervision et de régulation des assurances.

Section 2 : Du courtier et de la société de courtage d'assurance

Article 511 : L'exercice de la profession de courtier est soumis à l'agrément de l'Organe de supervision et de régulation des assurances qui établit et met à jour annuellement une liste des courtiers qu'il transmet aux compagnies agréées.

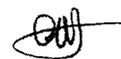
Il est interdit à une entreprise d'assurance de souscrire des contrats d'assurance par l'intermédiaire d'un courtier non autorisé.

Article 512 : Le courtier d'assurance est un commerçant soumis à toutes les obligations imposées à un commerçant.

Les actes civils accomplis dans le cadre du courtage sont réputés actes commerciaux.

Article 513 : Sans préjudice des dispositions légales ou réglementaires régissant l'exercice de certaines professions ou portant Statut général des fonctionnaires, sont incompatibles avec l'exercice de la profession du courtier, les activités exercées par :

- 1° les administrateurs, les dirigeants, les inspecteurs et les employés des sociétés d'assurance ;
- 2° les constructeurs d'automobiles et leurs filiales, les garagistes concessionnaires, les agents de vente ou les réparateurs automobiles, les entreprises ou les agents d'entreprises de crédit automobile ;

- 3° les entrepreneurs de travaux publics et de bâtiment, les architectes ;
- 4° les représentants de sociétés industrielles et commerciales ;
- 5° les experts comptables, les conseillers juridiques et fiscaux et les experts d'assurance ;
- 6° les agents immobiliers, les administrateurs de biens, les mandataires en vente ou location de fonds de commerce, les administrateurs et les agents de sociétés de construction ou de promotion immobilière ;
- 7° les personnes physiques ou morales appartenant à une entreprise quelconque pour la négociation ou la souscription des contrats d'assurance de l'entreprise ou de ses filiales.

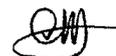
Il est interdit à un agent général d'assurance de gérer et d'administrer, directement ou par personne interposée, un cabinet de courtage d'assurance lorsqu'il a généralement un intérêt quelconque dans ledit cabinet.

La même interdiction s'applique par réciprocité au courtier et à une société de courtage d'assurance.

Sauf autorisation de l'Organe de supervision et de régulation des assurances, il est interdit aux agents généraux et aux courtiers d'assurance d'exercer toute autre activité industrielle et commerciale.

Article 514 : La demande d'autorisation est instruite par l'Organe de supervision et de régulation des assurances après le dépôt par l'intéressé des originaux ou des copies certifiées conformes de tous les documents et de toutes les pièces ci-après :

- 1° pour les personnes physiques :
 - a) un extrait d'acte de naissance ou un jugement supplétif en tenant lieu datant de moins de six mois ;
 - b) un extrait de casier judiciaire datant de moins de trois mois ;
 - c) des diplômes et des attestations professionnelles ;



- d) un récépissé d'inscription au registre de commerce ;
- e) une fiche de déclaration, visée par l'Organe de supervision et de régulation des assurances, des personnes habilitées à présenter des opérations d'assurances au public ;
- f) une attestation d'identité complète ;
- g) tout autre document jugé nécessaire.

2° pour les personnes morales :

- a) les statuts de la société ;
- b) un certificat notarié indiquant le montant du capital social libéré ;
- c) les documents et les pièces figurant aux littéras d) et e) du point 1° ;
- d) la liste des actionnaires ou des porteurs de parts avec indication de leur nationalité et du montant de leur participation ;
- e) la liste, selon la forme de la société, des administrateurs, des directeurs généraux et des gérants avec indication de leur nationalité ;
- f) les pièces concernant les présidents, les directeurs généraux, les gérants ou les représentants légaux de la société, et figurant aux littéras a), b) et c) du point 1° ;
- g) les comptes prévisionnels détaillés pour les trois premiers exercices ;
- h) tout autre document jugé nécessaire.

Les personnes physiques et morales doivent justifier d'un établissement permanent au Burundi.

Article 515 : L'autorisation ou le retrait d'autorisation fait l'objet d'une décision de l'Organe de supervision et de régulation des assurances.

Les décisions d'autorisation ou de retrait d'autorisation sont publiées dans le Bulletin Officiel du Burundi et dans un journal d'information de large diffusion.




Article 516 : En cas de contrôle sur place ou sur pièces d'un courtier ou d'une société de courtage, un rapport contradictoire est établi. Les observations formulées par le contrôleur sont portées à la connaissance du courtier.

L'Organe de supervision et de régulation des assurances prend connaissance des observations ainsi que des réponses apportées par le courtier.

Les résultats des contrôles sont communiqués au courtier par l'Organe de supervision et de régulation des assurances.

Article 517 : Lorsque l'Organe de supervision et de régulation des assurances constate de la part d'une société de courtage ou d'un courtier d'assurance soumis à son contrôle, un comportement contraire ou une infraction à la réglementation des assurances, il enjoint le courtier ou la société de courtage de corriger les manquements constatés dans un délai d'un mois.

Article 518 : L'autorisation est réputée caduque dans les cas suivants :

1° pour les personnes physiques par :

- a) le décès du courtier ;
- b) le non exercice effectif de la profession de courtier pendant une période continue de six mois ;
- c) la faillite du courtier.

2° pour les personnes morales par :

- a) le non exercice effectif de la profession de courtier pendant une période continue de six mois ;
- b) la faillite ou la liquidation de la société de courtage ;
- c) la dissolution de la société de courtage.

L'Organe de supervision et de régulation des assurances constate la caducité de l'autorisation accordée et engage la procédure de retrait d'autorisation. Le courtier ou la société de courtage d'assurance, dont la caducité de l'autorisation est constatée, ne peut plus exercer la profession de courtier d'assurance. Pour des opérations en cours, l'Organe de supervision et de régulation des assurances, compte tenu des intérêts en cause, édicte les mesures destinées à assurer leur bonne fin.




Article 519 : En cas de décès ou de démission du représentant légal ou du gérant d'une société de courtage, celle-ci doit, dans un délai de trois mois à compter du décès ou de la démission, soumettre à l'approbation de l'Organe de supervision et de régulation des assurances la candidature d'un nouveau représentant légal ou d'un nouveau gérant.

Section 3 : De la responsabilité professionnelle des courtiers d'assurance

Article 520 : Tout courtier ou toute société de courtage d'assurance doit être en mesure de justifier à tout moment de l'existence d'un contrat d'assurance le couvrant contre les conséquences pécuniaires de la responsabilité civile professionnelle.

Article 521 : Le contrat d'assurance de responsabilité civile professionnelle prévu par l'article 520 comporte pour les entreprises d'assurances des obligations énoncées dans les alinéas qui suivent.

Le contrat prévoit une garantie de cent millions de francs burundais par année pour un même courtier ou toute société de courtage d'assurance assuré.

Il peut fixer une franchise par sinistre qui ne doit pas excéder 20 % du montant des indemnités dues. La franchise n'est pas opposable aux victimes.

Le contrat garantit la personne assurée de toutes les réclamations présentées entre la date d'effet et la date d'expiration du contrat quelle que soit la date du fait dommageable ayant entraîné sa responsabilité dès lors que l'assuré n'en a pas eu connaissance au moment de la souscription.

Il garantit la réparation de tout sinistre connu de l'assuré dans un délai maximum de douze mois à compter de l'expiration du contrat, à condition que le fait générateur du sinistre se soit produit pendant la période de validité du contrat.

Article 522 : Le contrat d'assurance de responsabilité civile professionnelle est reconduit tacitement au 1^{er} janvier de chaque année. L'assureur délivre à la personne garantie une attestation d'assurance qui est renouvelée annuellement lors de la reconduction du contrat.

Article 523 : Sous peine de nullité relative, tout document à usage professionnel émanant d'un courtier d'assurance doit comporter la mention « garantie financière et assurance de responsabilité civile professionnelle ».

Section 4 : De l'encaissement des primes

Article 524 : Sauf mandat exprès de l'entreprise d'assurance, il est interdit aux courtiers et aux sociétés de courtage d'assurance, d'encaisser des primes ou des fractions de primes.

Il est interdit aux courtiers et aux sociétés de courtage d'assurance, sauf accord exprès de l'entreprise d'assurance, de retenir le montant de leurs commissions sur la prime encaissée.

Article 525 : Les primes ou les fractions de primes encaissées par les courtiers ou les sociétés de courtage d'assurance doivent être reversées aux sociétés d'assurance dans un délai maximum de cinq jours suivant leur encaissement.

Les primes ou les fractions de primes non versées dans le délai produisent de plein droit des intérêts de retard au taux d'intérêt judiciaire.

Article 526 : Il est interdit aux courtiers et aux sociétés de courtage d'assurance de délivrer une note de couverture sans un mandat exprès de l'entreprise d'assurance.

Article 527 : Les commissions dues aux courtiers d'assurance doivent être versées dans les trente jours suivant la remise des primes à l'entreprise d'assurance.

Les commissions non payées au courtier dans le délai produisent de plein droit des intérêts de retard au taux d'intérêt judiciaire.

L'Organe de supervision et de régulation des assurances fixe les taux minima et maxima des rémunérations des courtiers et des sociétés de courtage d'assurance.

TITRE V : DES SANCTIONS

CHAPITRE I : DES SANCTIONS ADMINISTRATIVES ET CIVILES

Article 528 : Lorsqu'il constate à l'encontre d'une personne physique ou morale soumise à son contrôle une violation ou un comportement contraire à la réglementation des assurances, l'Organe de supervision et de régulation des assurances prononce les sanctions suivantes :

- 1° l'avertissement ;
- 2° le blâme ;
- 3° la limitation ou l'interdiction de tout ou partie des opérations ;
- 4° la suspension ou la démission d'office des dirigeants responsables ;

5° le retrait d'agrément.

Toutefois, les sanctions ne peuvent être prises qu'à l'issue d'une procédure contradictoire au cours de laquelle la société d'assurance ou l'intermédiaire d'assurance a été invitée à présenter ses observations.

Lorsque la sanction de retrait d'agrément est prononcée, l'Organe de supervision et de régulation des assurances saisit le président du tribunal compétent aux fins de désignation d'un liquidateur.

Article 529 : L'Organe de supervision et de régulation des assurances peut également infliger des amendes administratives et prononcer le transfert d'office du portefeuille des contrats.

Article 530 : Lorsqu'il constate de la part d'une société d'assurance la non observation de la réglementation des assurances ou un comportement mettant en péril l'exécution des engagements contractés envers les assurés, l'Organe de supervision et de régulation des assurances enjoint à la société concernée de prendre toutes les mesures de redressement qu'elle estime nécessaires.

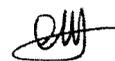
L'absence d'exécution des mesures de redressement dans les délais prescrits est passible de sanctions énumérées aux articles 528 et 529.

Article 531 : Pour l'exécution des sanctions visées aux points 3°, 4° et 5° de l'article 528, l'Organe de supervision et de régulation des assurances nomme, le cas échéant, un administrateur provisoire.

Lorsque les décisions de l'Organe de supervision et de régulation des assurances nécessitent la nomination d'un liquidateur, il adresse une requête en ce sens au Président du tribunal compétent.

Article 532 : Les décisions visées à l'alinéa 2 de l'article 531 doivent être motivées et ne peuvent être prononcées qu'après que, les responsables de la société en cause, qui peuvent requérir l'assistance d'un représentant de leur association professionnelle, aient été invités à formuler leurs observations par écrit ou lors d'une audition.

L'exécution du contrôle sur place et la mise en œuvre des sanctions mentionnées aux articles 528 et 529 revêtent un caractère contradictoire.

Article 533 : La sanction de retrait d'agrément n'intervient qu'à l'expiration d'un délai d'un mois à compter de la communication de la décision. Le délai ne court pas en cas de saisine régulièrement formée de l'Organe de supervision et de régulation suivant les procédures prévues par la réglementation.

Le délai ne reprend son cours normal qu'après notification de la réponse définitive au saisissant.

Article 534 : En cas de liquidation effectuée dans les conditions prévues à l'article 379 et lorsque la situation financière de l'entreprise dissoute à la suite du retrait total de l'agrément fait apparaître une insuffisance d'actif par rapport au passif qui doit être réglé au cours de la liquidation, le tribunal peut, en cas de faute de gestion ayant contribué à l'insuffisance d'actif, décider, à la demande du liquidateur ou même d'office, que les dettes de l'entreprise soient supportées en tout ou partie, avec ou sans solidarité, par tous les dirigeants, rémunérés ou non, ou par certains d'entre eux.

L'action se prescrit par trois ans à compter du dépôt au greffe du huitième rapport trimestriel du liquidateur.

CHAPITRE II : DES SANCTIONS PENALES

Article 535 : Tout conducteur d'un véhicule automoteur qui le met en circulation, étant non assuré, est puni conformément aux dispositions pertinentes du Code de la circulation routière.

Article 536 : La peine prévue à l'article 535 s'applique lorsqu'un véhicule automoteur se trouve en circulation sur les terrains ouverts au public, sur les terrains non publics mais ouverts à un certain nombre de personnes ayant le droit de les fréquenter sans être muni d'une attestation ou d'un certificat d'assurance prévu à l'article 168.

Article 537 : Les dirigeants des entreprises d'assurances, des entreprises de réassurance ou de leurs démembrements qui commencent leurs opérations sans avoir préalablement obtenu l'agrément sont punissables d'une peine d'un emprisonnement de six mois à deux ans et d'une amende de quatre cent cinquante mille à quatre million cinq cent mille francs burundais ou de l'une de ces deux peines seulement.

Sont considérés comme dirigeants d'entreprise, le président directeur général, le président du Conseil d'administration, les administrateurs, les directeurs généraux, les directeurs généraux adjoints, les directeurs, les membres du Conseil de surveillance et du directoire, les gérants et tout dirigeant de fait d'une entreprise.




Article 538 : Sont punissables d'un emprisonnement de huit à quinze jours et d'une amende de quatre cent mille à huit millions de francs burundais ou de l'une de ces deux peines seulement, les dirigeants d'entreprise qui méconnaissent les obligations ou interdictions résultant des articles 316, 358, 359, 363, de l'article 399 à 402 et 421.

En cas de récidive, la peine d'emprisonnement peut être portée à un mois et celle d'amende de huit millions à seize millions de francs burundais.

Article 539 : Toute infraction aux dispositions des articles 364 et 365 est punissable d'une amende de 50 % du montant des primes émises à l'extérieur ou cédées en réassurance à l'étranger au-dessus du plafond fixé aux mêmes articles.

En cas de récidive, l'amende est portée à 100 % du même montant. Le jugement de condamnation est publié aux frais des condamnés ou des entreprises civilement responsables.

Article 540 : Sont punissables du chef de banqueroute toute personne ayant dirigé, administré, géré l'entreprise ainsi que les commissaires aux comptes lorsque, par sa fraude, la situation financière de l'entreprise dissoute par retrait total de l'agrément est telle que celle-ci n'offre plus de garantie suffisante pour l'exécution de ses engagements.

Article 541 : Est punissable d'un emprisonnement d'un an et d'une amende de cent mille à un million de francs burundais, tout liquidateur ou toute personne ayant participé à l'administration de la faillite qui se rend acquéreur pour son compte, directement ou indirectement, des biens de l'entreprise.

Est punissable des mêmes peines tout liquidateur qui se rend coupable de malversation dans sa gestion.

Article 542 : Le tribunal peut, le cas échéant, prononcer une des peines complémentaires prévues par le Code pénal.

Article 543 : S'il y a condamnation, le trésor public ne peut exercer son recours contre le débiteur qu'après la clôture de la liquidation.

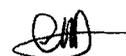
Les frais de poursuite intentée par un créancier sont supportés, s'il y a condamnation, par le trésor public, sauf recours contre le débiteur dans les conditions prévues à l'alinéa 1^{er} du présent article et, s'il y a relaxe, par le créancier poursuivant.

Article 544 : Sont punis d'un emprisonnement de un à cinq ans et d'une amende de huit cent mille à un million six cent mille francs burundais ou de l'une de ces deux peines seulement ceux qui sciemment :

- 1° ont fait état de souscriptions de contrats qu'ils savaient fictives ou ont déclaré des versements de fonds qui n'ont pas été définitivement mis à la disposition de l'entreprise dans la déclaration prévue pour la validité de la constitution de l'entreprise ;
- 2° ont obtenu ou tenté d'obtenir des souscriptions de contrats par simulation de souscriptions de contrats ou par publication ou allégation de souscriptions qui n'existent pas ou de tous autres faits faux ;
- 3° ont publié les noms de personnes désignées contrairement à la vérité comme étant ou devant être attachées à l'entreprise à un titre quelconque pour provoquer des souscriptions de contrats;
- 4° ont procédé à toutes autres déclarations ou dissimulations frauduleuses dans tout document produit à l'Organe de supervision et de régulation des assurances ou porté à la connaissance du public.

Article 545 : Sont punis d'un emprisonnement de un à cinq ans et d'une amende de huit cent mille à un million six cent mille francs ou de l'une de ces peines seulement, le président, les administrateurs, les gérants ou les directeurs généraux des entreprises commerciales mentionnées à l'article 2, points 1° et 2° qui :

- 1° ont sciemment publié ou présenté à l'assemblée générale un bilan inexact en vue de dissimuler la véritable situation de l'entreprise ;
- 2° ont, de mauvaise foi, fait des biens ou du crédit de l'entreprise, un usage qu'ils savaient contraire à l'intérêt de celle-ci, à des fins personnelles ou pour favoriser une autre entreprise dans laquelle ils étaient intéressés directement ou indirectement ;
- 3° ont, de mauvaise foi, fait des pouvoirs qu'ils possédaient ou des voix dont ils disposaient en cette qualité un usage qu'ils savaient contraire aux intérêts de l'entreprise, à des fins personnelles ou pour favoriser une autre entreprise dans laquelle ils étaient intéressés directement ou indirectement.



Les mêmes peines sont applicables à toute personne qui, directement ou indirectement par personne interposée, a, en fait, exercé la direction, l'administration ou la gestion desdites entreprises sous le couvert ou en lieu et place de leurs représentants légaux.

Article 546 : Toute infraction aux dispositions relatives aux clauses-types prévues à l'article 14 est punie d'une amende de quatre cent mille à huit cent mille francs burundais.

En cas de concours réel d'infractions aux dispositions de l'article 14, l'amende est prononcée pour chacune des infractions constatées sans que le total des amendes encourues puisse excéder sept millions cinq cent mille francs burundais.

Article 547 : Les sanctions prévues à l'article 546 sont également applicables en cas de non production de documents à l'Organe de supervision et de régulation des assurances.

Article 548 : Toute infraction aux règles relatives à la forme des entreprises, à l'agrément, à la publicité, aux procédures de sauvegarde prévue aux articles 311, 360, al.2, 326 à 329 et 376 est punie d'une peine d'emprisonnement de un mois à cinq ans et d'une amende de huit cent mille à un million six cent mille francs burundais ou de l'une de ces deux peines seulement.

Article 549 : Toute entrave à l'exercice des missions de l'Organe de supervision et de régulation des assurances ou des contrôleurs des assurances est punissable d'un emprisonnement d'un mois à six mois et d'une amende de huit cent mille à deux millions cinq cent mille francs burundais ou de l'une de ces peines seulement.

Article 550 : Toute personne qui présente des opérations d'assurances définies à l'article 481 en violation des règles prévues aux articles 482 à 489 est passible d'une amende d'un million à un million cinq cent mille francs burundais.

Est également passible des sanctions prévues au premier alinéa du présent article toute personne visée à l'article 490, alinéa 2 qui fait appel ou par suite d'un défaut de surveillance, laisse faire appel, par une personne placée sous son autorité, à des personnes ne remplissant pas les conditions définies aux articles 482 à 489.

Article 551 : Toute personne qui présente en vue de leur souscription ou fait souscrire des contrats pour le compte d'une entreprise non agréée pour la branche dans laquelle entrent ces contrats, est punie d'une amende d'un million à deux millions de francs burundais.

En cas de récidive, le coupable est passible d'une amende de deux millions à cinq millions de francs burundais.

Article 552 : Est également passible des sanctions prévues à l'article 551, tout courtier ou toute société de courtage d'assurance qui ne se conforme pas aux dispositions de l'article 511.

L'amende prévue au présent article est prononcée pour chacun des contrats proposés ou souscrits en violation des dispositions de l'article 511, sans que le total des amendes encourues puisse excéder un million cinq cent mille francs burundais.

En cas de récidive, l'amende ne peut excéder cinq millions de francs burundais.

Article 553 : Toute infraction aux prescriptions des articles 491, 492, 499, 501, 503, 505, 511, 513, 517, 520, 524 et 526 est punie d'une amende d'un million à un million cinq cent mille francs burundais.

Article 554 : Toute personne physique ou morale habilitée à effectuer des importations qui souscrit une assurance pour risques de transport auprès d'un organisme d'assurance étranger en violation des dispositions de l'article 249 est punie d'une amende de 10 % de la valeur de la marchandise assurée.

En cas de récidive, l'amende est portée à 25 %.

Article 555 : Est passible d'une amende d'un million de francs burundais, toute personne physique ou morale exerçant à titre libéral la profession de médecin sans souscrire une assurance de responsabilité civile auprès d'une entreprise d'assurance agréée conformément aux dispositions de l'article 258.

Article 556 : Est passible d'une amende d'un million de francs burundais, toute personne physique ou morale exerçant la profession d'avocat, dans un cabinet ou individuellement, sans souscrire une assurance de responsabilité civile auprès d'une entreprise d'assurance agréée, conformément aux dispositions de l'article 268.

Article 557 : Est passible d'une amende d'un million de francs burundais, toute personne physique ou morale exploitant un immeuble commerciale destiné au public sans souscrire une assurance de responsabilité des immeubles commerciaux en matière d'incendie et d'explosion conformément aux dispositions de l'article 278.

Article 558 : Est passible d'une amende allant de dix millions à quinze millions de francs burundais toute personne physique ou morale dont la responsabilité peut être engagée sans qu'elle ait souscrit une assurance de responsabilité civile du constructeur conformément aux dispositions de l'article 299.

TITRE VI : DES DISPOSITIONS TRANSITOIRES ET FINALES

Article 559 : Les accidents n'ayant pas donné lieu à une décision judiciaire passée en force de chose jugée ou à une transaction passée entre les parties le jour de la promulgation du présent Code seront gérés sur base du régime juridique en vigueur à la date de leur survenance.

Article 560 : Les dispositions du titre II, chapitre VI relatives à l'assurance obligatoire des bâtiments administratifs en matière d'incendie et d'explosion prennent effet après un délai de douze mois suivant la date de la promulgation du présent Code.

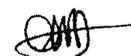
Article 561 : Les sociétés d'assurance et les intermédiaires d'assurances constituées antérieurement sont tenues de procéder à la mise en harmonie de leurs statuts.

Article 562 : Les entreprises d'assurances qui pratiquent les opérations Vie et non Vie doivent relever leur capital social au niveau fixé par le présent Code.

Article 563 : A défaut de mise en conformité des statuts avec le présent Code dans les délais prescrits, les clauses statutaires contraires aux dispositions du présent Code sont réputées non écrites.

Article 564 : Les personnes physiques ou morales qui, à la date d'entrée en vigueur du présent Code, exercent la profession de courtier d'assurance ou d'agent général doivent se mettre en conformité avec les dispositions du présent Code.

Les personnes physiques ou morales doivent déposer auprès de l'Organe de supervision et de régulation des assurances, une demande de régularisation d'autorisation conformément aux dispositions de l'article 514.

Article 565 : Les entreprises d'assurances qui pratiquent les opérations vie et non vie sont tenues de mettre en place un dispositif de contrôle interne.

Article 566 : Une ordonnance du Ministre en charge des assurances fixe :

1° les conditions d'application des dispositions relatives au contrôle de l'obligation d'assurance, aux conditions d'établissement et de validité de l'attestation d'assurance en matière de la responsabilité civile professionnelle des médecins, de la responsabilité civile des avocats ;

2° les conditions d'application relatives à la forme, au contenu et aux conditions de validité de l'attestation d'assurance et du répertoire en matière d'assurance obligatoire de responsabilité civile des exploitants d'immeubles commerciaux en matière d'incendie ou d'explosion.

Article 567 : Le Ministre ayant les assurances dans ses attributions et les Ministres sectoriels concernés sont chargés de l'application des assurances obligatoires prévues dans le présent Code.

Article 568 : Toutes dispositions antérieures contraires à la présente loi sont abrogées.

Article 569 : La présente loi entre en vigueur le jour de sa promulgation.

Fait à Gitega, le 17 juillet 2020

Evariste NDAYISHIMIYE.-

PAR LE PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE,

VU ET SCHELLE DU SCEAU
DE LA REPUBLIQUE,

LE MINISTRE DE LA JUSTICE,



Jeanine NIBIZI

