ROYAUME DU MAROC

acaps

هيئة مراقبة التأمينات و الاحتياط الاجتماعي

Autorité de Contrôle des Assurances et de la Prévoyance Sociale

NEWSLETTER 2026

EDITO

La **fraude en assurance** constitue aujourd'hui un enjeu majeur pour le secteur, constituant à la fois un défi constant pour les entreprises et un facteur aux conséquences significatives pour les assurés. Elle s'impose comme une réalité incontournable que **les assureurs doivent intégrer dans leur dispositif de gestion des risques**, au même titre que les autres contraintes inhérentes à leur activité. Dans ce contexte, il est indispensable d'identifier rigoureusement les risques de fraude et de mettre en œuvre des mécanismes de contrôle adaptés pour les prévenir efficacement.

Au Maroc, comme dans de nombreux autres pays, le secteur des assurances est confronté à ce phénomène sous diverses formes : omission volontaire d'informations, falsification de documents, usage de faux, ou encore déclarations mensongères lors de sinistres. Ces pratiques, qu'il s'agisse d'escroqueries organisées ou de comportements malintentionnés, **nuisent à la stabilité du secteur, compromettent sa pérennité et fragilisent sa crédibilité.**

D'un **point de vue juridique,** les fraudeurs s'exposent à des conséquences particulièrement lourdes, pouvant aller de la nullité du contrat d'assurance à des sanctions civiles, telles que l'obligation de restituer les indemnités indûment perçues. Ils peuvent également faire l'objet de poursuites pénales pour escroquerie, passibles d'amendes et de peines d'emprisonnement.

Il convient de préciser que la **lutte contre la fraude** constitue une priorité pour les secteurs des assurances à l'échelle internationale. Au-delà de la protection des entreprises, elle vise avant tout à **préserver les droits et les intérêts des assurés.** A cette fin, des investissements importants sont consacrés au déploiement d'outils technologiques avancés, tels que l'intelligence artificielle, ainsi qu'à la mise en place de dispositifs d'expertise spécialisés pour repérer et contrer les tentatives frauduleuses. Ces actions contribuent ainsi à **renforcer la confiance**, à **garantir l'équité** entre les assurés et à **assurer la pérennité** du système assurantiel.

Dans ce 14ème numéro de la newsletter, nous vous proposons d'***explorer ce fléau majeur*** qui concerne aussi bien les assurés que les assureurs, à savoir la fraude. Nous analyserons **ses différentes formes**, **ses impacts sur les assurés**, **le secteur des assurances** ainsi que **les mesures mises en place** pour la prévenir et la détecter.

FRAUDE À L'ASSURANCE : UN DANGER POUR LES ASSURÉS

La **fraude à l'assurance** est un phénomène complexe et multiforme, nécessitant une surveillance permanente et une collaboration accrue entre les acteurs du secteur et les autorités compétentes. Elle se manifeste sous différentes formes, selon l'intention, le moment de la fraude et le type de contrat concerné.

Commençons par définir le terme **"Fraude"** de manière générale.

Qu'est-ce que la fraude ?

La fraude désigne ***un acte délibéré et intentionnel*** qui viole les règles éthiques et les principes moraux propres à une profession ou une organisation. Elle implique souvent la **tromperie, la falsification ou la dissimulation d'informations** dans le but d'obtenir un avantage illégitime, financier ou autre, au détriment d'autrui.

Voici les éléments qui caractérisent la fraude :

Intention de tromper	La personne qui commet la fraude a l'intention de mentir ou de cacher des informations pour induire autrui en erreur ;
Préjudice	La fraude cause généralement un préjudice, souvent financier, à la victime. Cela peut être une perte d'argent, de biens ou de droits ;
Obtention d'un bénéfice	L'auteur de la fraude cherche à bénéficier d'un droit ou d'un gain qu'il ne pourrait revendiquer légalement.

La **fraude** peut prendre de nombreuses formes, comme la fraude fiscale, la fraude à l'assurance, l'escroquerie en ligne (hameçonnage), l'usurpation d'identité....

Code pénal marocain

Au Maroc, le code pénal, même s'il ne traite pas directement de la notion de fraude, contient des définitions et prévoit des peines pour les délits d'escroquerie, d'abus de confiance, de faux et usage de faux et enfin de faux témoignage.

L'Escroquerie
Article 540 : « *Quiconque, en vue de se procurer ou de procurer à un tiers, un profit pécuniaire illégitime, induit astucieusement en erreur une personne par des affirmations fallacieuses, ou par la dissimulation de faits vrais, ou exploite astucieusement l'erreur où se trouvait une personne et la détermine ainsi à des actes préjudiciables à ses intérêts pécuniaires ou à ceux d'un tiers, est coupable d'escroquerie et puni de l'emprisonnement d'un à cinq ans et d'une amende de 500 à 5.000 dirhams...* »

Abus de confiance
Article 547: « *Quiconque de mauvaise foi détourne ou dissipe au préjudice des propriétaires, possesseurs ou détenteurs, soit des effets, des deniers ou marchandises, soit des billets, quittances, écrits de toute nature contenant ou opérant obligations ou décharges et qui lui avaient été remis à la condition de les rendre ou d'en faire un usage ou un emploi déterminé, est coupable d'abus de confiance et puni de l'emprisonnement de six mois à trois ans et d'une amende de 200 à 2.000 dirhams...* »

Faux et usage de faux
Article 351 : « *Le faux en écritures est l'altération frauduleuse de la vérité, de nature à causer un préjudice et accomplie dans un écrit par un des moyens déterminés par la loi.* »

Faux témoignage
Article 368 : « *Le faux témoignage est l'altération volontaire de la vérité, de nature à tromper la justice en faveur ou au détriment de l'une des parties, faite sous la foi du serment, par un témoin au cours d'une procédure pénale, civile ou administrative dans une déposition devenue irrévocable.* »

La fraude en assurance

Après avoir présenté la fraude dans son acception générale, il convient désormais d'en examiner les manifestations dans un secteur spécifique : celui de **l'assurance**. En effet, si les caractéristiques fondamentales de la fraude demeurent les mêmes, leur expression prend des formes particulières lorsqu'elles se déploient dans le cadre des contrats d'assurance. Ce secteur, marqué par l'inversion du cycle de production, la complexité des produits, l'asymétrie d'information entre assureurs et assurés et la circulation d'importantes masses financières, constitue un terrain propice aux comportements frauduleux.

La fraude en assurance ne se limite pas à un simple manquement éthique. Elle représente un véritable risque systémique, susceptible d'affecter la solidité financière des assureurs, de fausser la mutualisation des risques et, in fine, de pénaliser l'ensemble des assurés.

C'est pourquoi il est essentiel **d'identifier et de définir clairement** ce que recouvre la fraude en matière d'assurance afin d'en mesurer l'ampleur et de mettre en place des dispositifs adaptés de prévention et de contrôle.

Les conséquences de la fraude en assurance

La fraude en assurance n'affecte pas uniquement les entreprises d'assurances, mais entraîne également des conséquences directes et indirectes pour l'ensemble des assurés :

1. Hausse des niveaux de primes

- Les indemnisations indues versées aux fraudeurs augmentent les charges des assureurs ;
- Pour compenser ces pertes, les entreprises répercutent ces coûts sur les primes, ce qui renchérit les contrats d'assurance pour tous les assurés.

2. Diminution de la qualité de service

- Les ressources financières et humaines mobilisées pour traiter les dossiers frauduleux ralentissent le traitement des dossiers légitimes ;
- Résultat : retards dans l'indemnisation et alourdissement des procédures de contrôle pour les assurés de bonne foi.

3. Risque de restriction des garanties et conditions plus strictes

- Pour limiter les abus, les assureurs peuvent instaurer des exclusions, franchises plus élevées ou contrôles renforcés ;
- Ces mesures pénalisent surtout les assurés honnêtes, qui se retrouvent avec des couvertures moins avantageuses.

A cet effet, une fraude généralisée affaiblit la rentabilité des entreprises d'assurances, ce qui peut freiner l'innovation, réduire les investissements dans de nouveaux produits ou encore menacer la solidité financière des assureurs. In fine, c'est la protection des assurés eux-mêmes qui est fragilisée.

International Association of Insurance Supervisors (IAIS)

Parmi les principes de base de l'**Association Internationale des Contrôleurs d'Assurance**, le PBA 21 « *Lutte contre la fraude dans le secteur des assurances* » traite spécifiquement de la fraude :

> **Le contrôleur exige que les assureurs et les intermédiaires d'assurance prennent des mesures efficaces pour dissuader, prévenir, détecter et rapporter les cas de fraudes en assurance et y remédier**

Il met particulièrement l'accent sur le rôle central d'un contrôleur, qui doit :

Avoir une compréhension approfondie et globale des types de risque de fraude auxquels sont exposés les assureurs et les intermédiaires.

Evaluer régulièrement les risques de fraude dans le secteur des assurances, et exiger qu'assureurs et intermédiaires d'assurance prennent des mesures efficaces pour faire face à ces risques.

Disposer d'un cadre de contrôle efficace pour contrôler et faire respecter par les assreurs et les intermédiaires les règles de lutte contre la fraude en assurance.

Examiner régulièrement l'efficacité des mesures prises par les assureurs, les intermédiaires et par le contrôleur lui-même pour dissuader, prévenir, détecter, signaler et remédier aux fraudes. Et prend ainsi toute mesure nécessaire pour améliorer leur efficacité.

Disposer de mécanismes efficaces lui permettant de coopérer, de coordonner et d'échanger des informations avec d'autres autorités compétentes, telles que les autorités policières, ainsi qu'avec d'autres contrôleurs concernant l'élaboration et la mise en œuvre de politiques et d'activités visant à dissuader, prévenir, détecter, signaler et remédier à la fraude en matière d'assurance.

Typologies de fraude

1. Fraude lors de la souscription

Elle intervient avant même la signature du contrat, lorsque l'assuré fournit de fausses informations qui influencent l'appréciation du risque par l'assureur.

A titre d'exemple :

Déclaration inexacte de l'usage d'un véhicule (l'assuré déclare que le véhicule est stationné dans un garage fermé, alors qu'il est dehors).

Falsification de l'historique médical (l'assuré ne déclare pas une maladie chronique ou un antécédent médical pour obtenir une prime plus basse ou éviter une exclusion).

Déclarer un logement comme résidence principale alors qu'il s'agit d'une résidence secondaire plus exposée aux risques.

Utiliser les informations d'un tiers (nom, adresse, documents falsifiés) pour souscrire un contrat et bénéficier d'une couverture sans être traçable.

2. Fraude à la déclaration du sinistre

Cette fraude intervient après la survenance d'un événement couvert par le contrat d'assurance. Elle inclut :

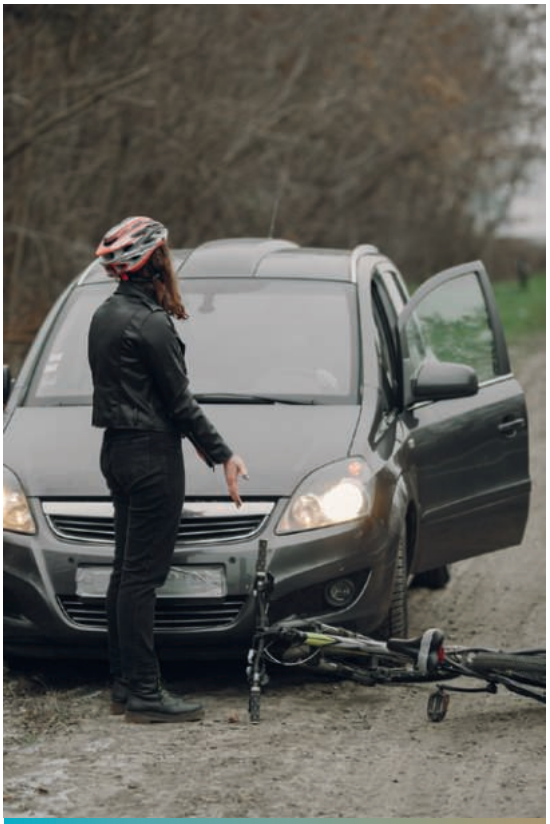
Exagération des dommages : Déclarer des dégâts plus importants qu'ils ne le sont réellement, gonflement des factures auprès de prestataires (garagistes, dentistes, opticiens) ;

Demande d'indemnisation pour des dommages non liés ;

Fausses déclarations et complicité de certains prestataires pour transformer un soin non remboursable en soin remboursable voire monter de faux dossiers de sinistres ;

Falsification de documents justificatifs pour appuyer une demande d'indemnisation ;

Modification des circonstances réelles pour obtenir une indemnisation plus élevée au préjudice réel.



3. Fraude institutionnelle ou organisée

Fraude institutionnelle :

Réseaux organisés impliquant plusieurs complices (assurés, intermédiaires, experts, professionnels de santé ou de réparation) qui mettent en place des stratagèmes complexes pour escroquer les entreprises d'assurances ;

Blanchiment d'argent :

Utiliser les canaux d'assurance et de réassurance pour injecter des fonds d'origine illicite dans le circuit financier via les produits d'assurance (souvent vie ou capitalisation), afin de leur donner une apparence légale ;

Fraude interne :

Commise par des employés des entreprises d'assurances ou des intermédiaires (courtiers, agents) qui détournent des fonds, facilitent des fraudes externes, ou manipulent des dossiers.

Une autre distinction peut être faite :

- **Fraude préméditée :** Il s'agit d'une fraude planifiée et intentionnelle, où le fraudeur cherche dès le départ à obtenir un avantage illégitime. Cela peut inclure des accidents de la route fictifs, des surfacturations ou des vols simulés.
- **Fraude multi assurance :** Consiste à souscrire plusieurs contrats d'assurance couvrant le même risque auprès de différentes entreprises dans le but d'obtenir, en cas de sinistre, des indemnisations supérieures à la valeur réelle du dommage.

Le code des assurances marocain et la fraude

En plus des dispositions générales prévues par le **Dahir des obligations et contrats (DOC)**, notamment celles relatives au dol, à l'escroquerie et à la nullité des conventions conclues sur la base de manœuvres frauduleuses, la lutte contre la fraude à l'assurance est encadrée, au Maroc, par le **Code des assurances** qui consacre plusieurs dispositions à la répression des fausses déclarations et manœuvres frauduleuses des assurés ou bénéficiaires.

L'article 30 du **Code des assurances** prévoit que : "*Le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur le sinistre.*"

Cette disposition consacre le principe selon lequel le contrat d'assurance repose sur la bonne foi de l'assuré, et que toute fraude lors de la souscription peut entraîner l'annulation pure et simple du contrat.

L'article 31, dispose que "*L'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de l'assurance.*
Si ladite omission ou déclaration inexacte est constatée avant tout sinistre, l'assureur a le droit soit de maintenir le contrat moyennant une augmentation de prime acceptée par l'assuré, soit de résilier le contrat dix (10) jours après notification adressée à l'assuré par lettre recommandée, en restituant la portion de la prime payée pour le temps où l'assurance ne court plus...
"

Cet article vise à distinguer la simple erreur ou omission de l'assuré (sans mauvaise foi) d'un véritable cas de fraude intentionnelle. Il reflète donc une volonté de protéger la bonne foi de l'assuré tout en préservant les intérêts de l'assureur, en introduisant une solution proportionnelle et non radicale.

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

L'article 41 : "*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 la nullité et réclamer, en outre, des dommages et intérêts. S'il n'y a eu ni dol ni fraude, le contrat est valable, mais seulement jusqu'à concurrence de la valeur réelle des objets assurés, et l'assureur n'aura pas droit aux primes pour l'excédent. Seules, les primes échues lui resteront définitivement acquises ainsi que la prime de l'année courante quand elle est à terme échu.*"

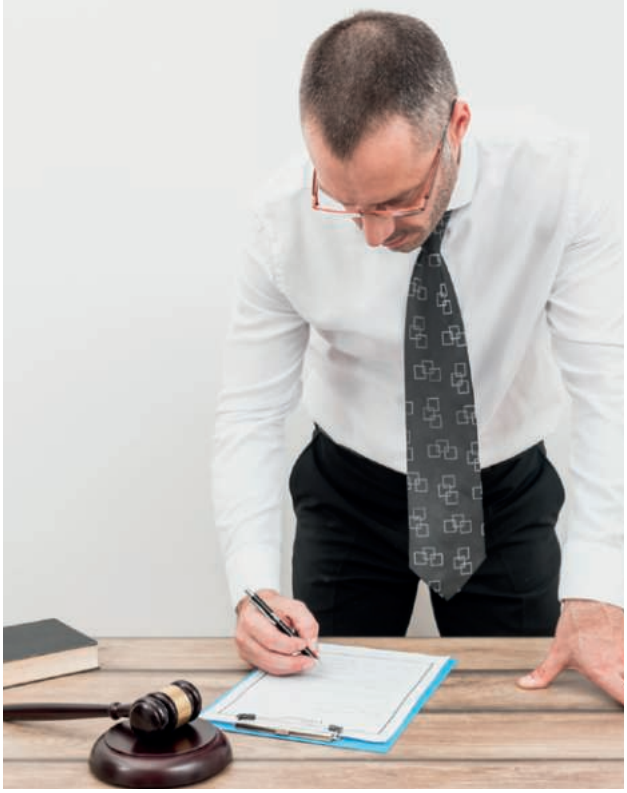
En cas de sur-assurance, le contrat est nul s'il résulte d'un dol ou d'une fraude, avec possibilité de dommages et intérêts ; à défaut de fraude, il reste valable dans la limite de la valeur réelle du bien, l'assureur ne pouvant conserver que les primes échues et celle de l'année en cours.

L'article 42 : *"Celui qui s'assure pour un même intérêt, contre un même risque, auprès de plusieurs assureurs, doit donner immédiatement à chaque assureur connaissance de l'autre assurance. L'assuré doit, lors de cette communication, faire connaître les dénominations des assureurs avec lesquels d'autres assurances ont été contractées et indiquer les sommes assurées.*
Quand plusieurs assurances contre un même risque sont contractées sans fraude, soit à la même date, soit à des dates différentes, chacune d'elles produit ses effets dans les limites des garanties du contrat sans que l'indemnité totale octroyée au bénéficiaire du contrat ne dépasse le montant des dommages. Dans ces limites, le bénéficiaire du contrat peut obtenir l'indemnisation des dommages en s'adressant à l'assureur de son choix.
Si ces assurances sont contractées avec l'intention de fraude, il est fait application des sanctions prévues au 1er alinéa de l'article 41 ci-dessus. Toutefois, le défaut d'information prévu au 1er alinéa du présent article n'entraîne pas la nullité du contrat dans le cas où la mauvaise foi de l'assuré n'est pas établie."

En cas de multi-assurance pour un même risque, l'assuré doit informer chaque assureur ; si elle est contractée sans fraude, l'indemnisation est partagée sans dépasser le montant du dommage, mais en cas de fraude, les sanctions de nullité et de dommages-intérêts s'appliquent.

Ainsi, le **Code des assurances marocain** appréhende la fraude à différents stades : à **la souscription** (fausse déclaration du risque), au **calcul des primes** (erreurs ou omissions volontaires), en cas de **multi-assurance et lors de la déclaration de sinistre** (exagération des dommages). Les sanctions prévues vont de la nullité du contrat à la déchéance des droits, en passant par le remboursement des sinistres indûment perçus.

Cette approche démontre que la fraude à l'assurance est considérée comme une menace grave pour l'équilibre du marché des assurances marocain, car elle fausse la mutualisation des risques, renchérit les coûts supportés par les assurés honnêtes, et fragilise la solidité financière des entreprises d'assurances.



ENGAGEMENTS DU SECTEUR MAROCAIN EN MATIÈRE DE LUTTE CONTRE LA FRAUDE

Les **acteurs du secteur de l'assurance** ont mis en place plusieurs initiatives visant à renforcer les dispositifs de contrôle et de détection des fraudes. Parmi celles-ci, la **Fédération Marocaine de l'Assurance (FMA)** assure la coordination et la consolidation des différents reporting transmis par les entreprises d'assurances et de réassurance, selon l'accord conclu entre les deux parties.

Les efforts se concentrent principalement sur **la fraude liée aux dommages matériels automobiles**, avec un accent particulier sur **l'application de la (CID),** dans sa version la plus récente entrée en vigueur en janvier 2022. Les entreprises d'assurances s'engagent, dans ce cadre, à déployer leurs meilleurs efforts pour lutter efficacement contre la fraude à l'assurance :

- **Mettre en place des mesures** permettant de lutter efficacement contre la fraude ;
- **Mutualiser** à chaque fois que possible **leurs moyens** pour suivre la fréquence de sinistres et détecter les mauvaises pratiques de certains assurés et certains prestataires ;
- **Communiquer à la FMA un rapport** semestriel détaillant les travaux d'investigation et les résultats obtenus.

La **FMA** s'engage pour sa part à **mettre en place une cellule de lutte « anti-fraude »** en la dotant d'une ressource dédiée et d'analyser les données croisées des EAR pour les aider à lutter efficacement contre certaines pratiques. Elle déclenche également des actions d'investigations et structure pour le compte des EAR des poursuites judiciaires communes lorsqu'elles s'imposent. La fédération s'engage par ailleurs à réaliser des contrôles périodiques, sur base d'échantillons, des informations renseignées par les entreprises d'assurances.

Dans le cadre de la signature de la nouvelle convention CID en janvier 2022, trois dispositifs complémentaires ont été mis en place pour suivre de près les comportements observés au sein du marché par rapport à la fraude :

A. Baromètre de la convention CID :

Il comporte une **synthèse des cas de soupçons** de fraude et de fraudes avérées détectés par les EAR, analysés par usage, ville, typologie et autres éléments relatifs aux dossiers sinistres.

B. Le Web Service Multi-assurance :

La fédération s'appuie sur **les remontées mensuelles des EAR au niveau du Web Service Multi-assurance** afin de remonter des statistiques consolidées aux EAR sur les consultations réalisées lors de la souscription, ainsi que l'état du chargement sur l'Extranet sinistres (le nombre des sinistres et les photos des véhicules avant sinistres).

c. La communication périodique des résultats des analyses des scénarios de fraude :

La **FMA communique trimestriellement aux EAR des scénarios de fraude,** et ce afin de renforcer leur vigilance. Des exemples de scénarios remontés sont les suivants :

Scénario 1	Déclaration d'au moins deux sinistres chez la même entreprise pour un même véhicule ou chez plusieurs entreprises pour un même véhicule ;
Scénario 2	Souscriptions de plusieurs contrats d'assurance auprès de plusieurs entreprises d'assurances (Tolérance de 2 jours de chevauchement) ;
Scénario 3	Déclaration d'un sinistre antérieur à la date d'effet du contrat d'assurance (Survenance le premier mois qui suit la date de souscription du deuxième contrat) ;
Scénario 4	Sinistre déclaré par constat amiable avec une partie adverse non assurée ;
Scénario 5	Assurer un véhicule techniquement reformé[1].

[1] *Scénarios FMA 2022*

NOUVEAUTÉS

Lettre circulaire au sujet de l'indemnisation en cas de partage de responsabilité en assurance automobile (3 juin 2025)

L'Autorité rappelle aux entreprises d'assurances que, dans le cadre des garanties annexes au contrat automobile (tierce, dommages collision, etc.), certaines pratiques constatées entraînent **une atteinte aux droits des assurés.**

En effet, il a été observé que certaines entreprises déduisent la totalité de la franchise du montant de l'indemnité, même lorsque l'assuré est seulement partiellement responsable.

Or, **conformément à l'article 47 du Code des assurances,** l'assureur qui a indemnisé son assuré est subrogé dans ses droits pour exercer un recours contre le responsable du sinistre.

Lorsque ce recours aboutit, le montant récupéré doit être partagé équitablement avec l'assuré, en fonction de la part du dommage qui n'a pas été couvert au départ (notamment la franchise ou la part liée à sa responsabilité).

Ainsi, l'assureur doit verser à l'assuré un complément d'indemnité calculé selon la formule suivante :

Complément d'indemnité = montant du recours X (montant non pris en charge / dommage subi)

Cette précision vise à garantir une indemnisation juste et à éviter que les assurés ne soient privés d'une partie de leurs droits en cas de responsabilité partagée.

À LA UNE

PUBLICATION DU RAPPORT SUR LA STABILITÉ FINANCIÈRE AU TITRE DE L'ANNÉE 2024

L'ACAPS, Bank Al-Maghrib et l'AMMC ont publié la 12ème édition du Rapport sur la Stabilité Financière au titre de l'exercice 2024.

À travers cette communication, **les autorités du secteur financier** visent à fournir au public une vision transversale sur la situation du système financier marocain et les risques susceptibles de l'affecter ainsi qu'une analyse des principales tendances économiques et financières.

Ce **rapport s'articule autour de quatre chapitres** retraçant respectivement :

- Les principaux développements macroéconomiques aux plans international et national, les risques associés et leurs incidences sur le système financier marocain ;

- L'évolution de la situation financière des agents non financiers (ménages et entreprises) et leur aptitude à respecter leurs obligations vis-à-vis du système financier ;

- L'évaluation de la solidité des institutions financières et leur résilience, à travers l'analyse des principaux indicateurs et des résultats de stress tests ainsi que des risques afférents aux secteurs bancaire, assurantiel et celui des régimes de retraite ;

- Les évolutions du marché de capitaux et des infrastructures de marché, tout en mettant l'accent sur l'évaluation des risques majeurs pesant sur la stabilité des marchés et des infrastructures d'importance systémique.

PUBLICATIONS ET ÉVÉNEMENTS

Clôture de la première édition du programme émergence : l'ACAPS fédère les acteurs du secteur des assurances autour de la transformation numérique

L'Autorité de Contrôle des Assurances et de la Prévoyance Sociale (ACAPS) a clôturé, le jeudi 16 octobre 2025 à Casablanca, la première édition du Programme Émergence, en présence de nombreux représentants de l'écosystème assurantiel.
Lancé en avril 2025, ce programme visait à encourager l'innovation et à accélérer la transformation numérique du secteur des assurances. Il a permis de rassembler les différents acteurs du marché autour d'un objectif commun : impulser une dynamique de modernisation et faire émerger des solutions concrètes, en phase avec les réalités opérationnelles du terrain.

https://www.acaps.ma/fr/actualites/cloture-de-la-premiere-edition-du-programme-emergence-lacaps-federe-les-acteurs-du

L'ACAPS prend part à la 9e Rencontre annuelle de la FNACAM

L'ACAPS a participé à la 9ème édition de la Rencontre annuelle des intermédiaires d'assurance, organisée l**e mercredi 8 octobre 2025 à Casablanca par la Fédération Nationale des Agents et Courtiers d'Assurance du Maroc (FNACAM).**

Placée sous le thème « **Les assurances obligatoires et l'intermédiaire d'assurance face à l'intelligence artificielle**» , cette édition a réuni les principaux acteurs du secteur autour des enjeux liés à la modernisation du marché, à l'intégration progressive de l'intelligence artificielle et à l'évolution du rôle de l'intermédiation dans un environnement en pleine mutation.

https://www.acaps.ma/fr/actualites/lacaps-prend-part-la-9-rencontre-annuelle-de-la-fnacam

ROYAUME DU MAROC

acaps

هيئة مراقبة التأمينات و الاحتياط الاجتماعي

ⵓⵏⴰⵎⵓⵙ ⵏ ⵜⵎⵉⵙⵍⵉⵜ ⵏ ⵜⵓⵏⵏⵓⵏⵜ ⴷ ⵜⵉⵏ ⵉⵎⵉⵙⵍⵉⵜⵏ ⴰⵏⴰⵎⵓⵔⴰⵏ

Autorité de Contrôle des Assurances et de la Prévoyance Sociale