



Canadian
Institute
of Actuaries

Institut
canadien
des actuaires

Note éducative

Évaluation du passif des polices d'assurance collective de personnes

Document 20067

Ce document a été remplacé par le document 210034

Ce document a été archivé le 11 avril 2023

ARCHIVÉ



NOTE ÉDUCATIVE

Les notes éducatives ne constituent pas des normes de pratique. Elles visent à aider les actuaires en ce qui concerne l'application de normes de pratique dans des cas spécifiques. Le mode d'application de normes en pareilles circonstances demeure la responsabilité du spécialiste.

ÉVALUATION DU PASSIF DES POLICES D'ASSURANCE COLLECTIVE DE PERSONNES

ARCHIVÉ

**COMMISSION DES RAPPORTS FINANCIERS DES
COMPAGNIES D'ASSURANCE-VIE**

NOVEMBRE 2000

© 2000 Institut Canadien des Actuaires

Document 20067

This publication is available in English



NOTE DE SERVICE

À : Tous les membres et étudiants de l'ICA intéressés aux questions liées à l'assurance-vie et aux assurances IARD

DE : Simon Curtis, président, Commission des rapports financiers des compagnies d'assurance-vie;

DATE : Le 27 novembre 2000

OBJET : **Note éducative sur l'évaluation du passif des polices d'assurance collective de personnes**

Vous trouverez ci-joint une note éducative portant sur «L'évaluation du passif des polices d'assurance collective de personnes» et rédigée par la Commission des rapports financiers des compagnies d'assurance-vie (CRFCAV).

Cette note éducative, qui constitue un complément à l'exposé-sondage du 31 mars 2000 intitulé «Normes de pratique pour l'évaluation du passif des polices des assureurs-vie» («Normes de pratique sur l'assurance-vie»), donne des exemples et des renseignements sur la façon dont ces normes s'appliquent aux polices d'assurance collective de personnes.

Une fois en vigueur, les normes de pratique sur l'assurance-vie remplaceront toutes les anciennes normes de pratique portant sur cette question. Le contenu éducatif de cette note éducative est tiré de plusieurs projets de DTÉ sur l'assurance collective dont la rédaction avait été confiée à la CRFCAV. Aux fins de la présente note, la CRFCAV a recueilli les commentaires d'un grand nombre de spécialistes pratiquant dans le domaine de l'assurance collective de personnes.

Les notes éducatives ne constituent pas des normes de pratique. Elles visent à aider les actuaires en ce qui concerne l'application de normes de pratique dans des cas spécifiques. Le mode d'application de normes en pareilles circonstances demeure la responsabilité du spécialiste.

La matière couverte dans cette note éducative comprend ce qui suit :

- Aperçu des prestations couramment versées aux participants à des régimes d'assurance collective de personnes (p. ex., invalidité de longue durée, invalidité de courte durée, assurance-maladie, assurance-soins dentaires, assurance-vie temporaire, assurance-crédit et régimes d'association), ainsi que d'autres types d'ententes financières en assurance collective (p. ex., mises en commun, tarification prospective, tarification rétrospective et régimes de services de gestion seulement)
- Exemples de l'application de la méthode canadienne axée sur le bilan, telle que décrite dans les normes de pratique sur l'assurance-vie, aux fins du calcul du passif des polices d'assurance collective. Dans la présente note, on analyse le concept de la « durée du passif » en assurance collective en donnant une description du processus de projection des sinistres subis, des primes et des frais d'administration généraux. Les flux monétaires liés aux prestations et aux frais pour sinistres sont projetés jusqu'à la fin de la période d'indemnisation. Des renseignements supplémentaires au sujet de considérations spéciales sont également fournis (p. ex., recouvrement du déficit, frais d'acquisition reportés, facteurs d'ordre fiscal et questions relatives aux données).
- Les ristournes d'expérience et autres facteurs ayant une incidence sur la durée du passif des ristournes d'expérience, y compris la façon dont on traite l'écart entre le passif selon les PCGR au Canada et le passif souscripteur, le risque de taux d'intérêt et divers aspects de la tarification rétrospective.
- Autres questions analysées, y compris l'évaluation des primes non acquises et d'autres considérations au sujet du passif des sinistres futurs (méthodes explicites et implicites, risque de taux d'intérêt, hypothèses relatives à la fréquence et à la cessation et frais).

Les commentaires et suggestions peuvent être acheminés à Simon Curtis, président de la CRFCAV (<Simon_Curtis@manulife.com>) ou à Denise Lang, présidente du sous-comité de l'assurance collective de la CRFCAV (<Denise.Lang@clarica.com>) par courrier électronique ou par la poste à leurs adresses respectives citées dans l'*Annuaire*.

ÉVALUATION DU PASSIF DES POLICES D'ASSURANCE COLLECTIVE DE PERSONNES

TABLE DES MATIÈRES

	Page
1. INTRODUCTION	5
2. PORTÉE	5
3. CARACTÉRISTIQUES DE L'ASSURANCE COLLECTIVE DE PERSONNES..	5
4. DESCRIPTION DES GARANTIES	6
Invalidité de longue durée (ILD)	6
Invalidité de courte durée (ICD)	7
Assurance-maladie	7
Assurance-soins dentaires	7
Assurance-vie temporaire	7
Transformation à partir d'un régime d'assurance collective	7
Exonération de primes ou d'assurance-décès complémentaire	7
Décès et mutilation accidentels	7
Assurance-vie facultative	8
Assurance-vie libérée	8
Rente de survie	8
Prestation d'assurance-maladie au survivant	8
Invalidité permanente et totale	8
Assurance-crédit	8
Régimes d'association	9
Assurance à la carte	9
5. DISPOSITIONS FINANCIÈRES	9
Mise en commun	9
Tarification prospective	9
Tarification rétrospective	10
Rajustement rétrospectif des primes	11
Services de gestion sévèrement (SGS)	11
Accord de provisionnement	11
Convention de non-responsabilité relativement au passif	12
Contrat à revenu garanti	12
6. LA MÉTHODE CANADIENNE AXÉE SUR LE BILAN ET L'IMPORTANCE RELATIVE	12
7. FLUX MONÉTAIRES DE L'ACTIF ET DU PASSIF	14
7.1 Passif des sinistres déclarés	14
7.1.1 Invalidité de longue durée (ILD)	14
Taux de cessation	14
Réduction des prestations	15
Clause d'indemnité de vie chère	16
Sinistres à régler, contestés, en suspens ou faisant l'objet d'un appel	16
Invalidité – Rechutes	17
Sinistres expirés mais non déclarés	17
Réadaptation/invalidité partielle	17
Dispositions financières inhabituelles	17

7.1.2	Invalidité de courte durée (ICD)	18
7.1.3	Exonération de primes ou garantie complémentaire en cas de décès	18
7.1.4	Rente de survie	19
7.1.5	Autres prestations	19
7.2	Passif des sinistres à régler	19
7.3	Sinistres subis mais non déclarés (SSND)	19
	Facteurs à prendre en compte aux fins du règlement des sinistres subis mais non déclarés	20
	Méthode d'estimation du passif des SSND	21
7.4	Passif des sinistres futurs	21
7.4.1	Durée du passif des sinistres futurs	21
7.4.2	Facteurs liés aux flux monétaires du passif pour les taux garantis	22
	Recours à des approximations	23
7.4.3	Assurance-vie libérée	24
7.4.4	Assurance-crédit	24
7.5	Passif des ristournes d'expérience	25
7.5.1	Passif souscripteur et passif aux états financiers	25
7.5.2	Réserves pour fluctuation de sinistres (RFS)	26
7.5.3	Facteurs à prendre en compte pour calculer le passif des ristournes d'expérience	26
	Excédent cumulé	26
	Rajustement de l'excédent cumulé	27
7.5.4	Intérêts créditeurs pour l'assurance collective à tarification rétrospective	28
7.6	Passif lié aux sommes en dépôt	29
7.7	Facteurs liés aux frais	29
8.	RECOUVREMENT DU DÉFICIT	30
9.	SERVICES DE GESTION SEULEMENT (SGS)	31
10.	EXCÉDENT DE PERTES	31
11.	FRAIS D'ACQUISITION REPORTÉS (FAIR)	31
12.	FACTEURS D'ORDRE FISCAL	32
13.	RÉASSURANCE CÉDÉE	33
14.	QUESTIONS INTERNATIONALES	33
15.	ACQUISITION D'UN BLOC D'AFFAIRES	34
	ANNEXE 1 – GLOSSAIRE	35
	ANNEXE 2 – EXEMPLES	38
	ANNEXE 3 – DONNÉES	46
	ANNEXE 4 – BIBLIOGRAPHIE	48

1. INTRODUCTION

La présente note éducative porte sur l'évaluation du passif des polices d'assurance collective de personnes dans le cadre des états financiers des assureurs-vie préparés conformément aux principes comptables généralement reconnus (PCGR) au Canada. Elle vise à guider les actuaires chargés d'évaluer le passif des polices d'assurance collective de personnes et à fournir des renseignements complémentaires concernant les *Normes de pratique consolidées pour l'évaluation du passif des polices des assureurs-vie* (« ébauche de normes à l'intention des assureurs-vie »). Elle est rédigée conformément aux principes décrits dans ce dernier document.

Cette note se fonde également sur les travaux antérieurs de la Commission des rapports financiers des compagnies d'assurance-vie, ainsi que sur les commentaires formulés par des actuaires spécialisés dans cette discipline particulière. La bibliographie figurant à l'annexe 4 présente certaines sources de référence.

Le Glossaire, à l'annexe 1, renferme la définition de certains termes et expressions utilisés dans la présente note.

2. PORTÉE

La présente note éducative vise l'assurance collective d'employés, l'assurance collective d'associations et l'assurance-crédit collective.

Elle s'applique aux polices d'assurance collective de personnes avec et sans participation. Du point de vue de l'évaluation (à l'exception des « dividendes de propriété », qui ne sont pas pris en compte dans cette note), il n'existe pas de distinction importante entre les polices d'assurance collective avec et sans participation et, dans chaque cas, ce sont les clauses de la police qui déterminent les facteurs pertinents pour l'évaluation du passif des polices.

Les principes énoncés aux fins de l'évaluation des assurances directes s'appliquent à l'évaluation de la réassurance collective de personnes assumée.

3. CARACTÉRISTIQUES DE L'ASSURANCE COLLECTIVE DE PERSONNES

L'assurance collective de personnes repose sur une convention en vertu de laquelle les membres d'un groupe, et parfois leurs personnes à charge, sont assurés au terme d'une police ou d'un contrat cadre (les « participants »). Chaque participant reçoit habituellement un certificat d'assurance. L'expression « assurance collective » englobe :

- les groupes d'employés parrainés par l'employeur;
- les groupes d'employés ou groupes professionnels parrainés par leurs syndicats ou groupes professionnels;
- les groupes de créanciers parrainés par le créancier d'un groupe de débiteurs,

lorsqu'en vertu de sa participation au groupe, l'assuré et peut-être ses personnes à charge, ont droit à des prestations d'assurance (même si la souscription individuelle peut s'appliquer à certaines conditions).

La majeure partie de l'assurance collective de personnes est offerte dans le cadre du programme d'avantages sociaux au profit des employés et de leurs personnes à charge, et son coût est assumé au moins en partie par l'employeur.

Les régimes d'association s'adressent généralement à une association de personnes ou à des groupes aux fins de protection collective. Des prestations sont versées à un groupe de personnes qui partagent un lien commun, comme une profession ou un regroupement de petites entités formant une grande unité. Dans le premier cas, les primes sont habituellement payées par les participants et dans le second, on procède généralement par combinaison de cotisations salariales et patronales.

L'assurance-crédit collective protège un groupe de participants qui ont contracté des emprunts (y compris des emprunts hypothécaires). Le coût peut prendre la forme de primes uniques ou périodiques habituellement versées par le créancier, et il peut être financé par une partie du remboursement de l'emprunt effectué par les participants.

L'assurance collective de personnes est généralement souscrite au niveau du groupe et elle repose davantage sur des taux de participation élevés que sur des preuves individuelles, sauf dans des cas particuliers, comme l'assurance facultative, une association ou des groupes de créanciers, de nouveaux assurés plus âgés ou des montants supérieurs au plafond de souscription, lorsqu'une forme de souscription à une police individuelle est habituellement appliquée. Les taux de prime sont généralement garantis pour un an, quoique des garanties plus longues soient parfois offertes. Les primes sont habituellement versées mensuellement, sauf pour l'assurance-vie libérée ou l'assurance-crédit libérée.

Souvent, bon nombre des clauses d'un contrat d'assurance collective de personnes ne sont pas standard, mais découlent plutôt d'un processus de négociation entre le titulaire de la police d'assurance collective et l'assureur. Par conséquent, aux fins de l'évaluation de l'assurance collective de personnes, il est particulièrement important que l'actuaire connaisse bien les clauses de chaque contrat pour tenir dûment compte de tous les risques dans l'évaluation du passif des polices.

4. DESCRIPTION DES GARANTIES

La liste qui suit n'est pas exhaustive; elle renferme des exemples des types de garanties habituellement offertes. La description de ces garanties a pour but d'établir un cadre de discussion dans la présente note éducative et non d'en limiter l'interprétation possible. Le contrat constitue la meilleure source de référence concernant la description des garanties.

Invalidité de longue durée (ILD)

L'assurance ILD protège les participants d'un régime d'assurance collective de personnes en cas de perte de revenus découlant d'une maladie ou d'un accident dont les séquelles durent longtemps. De façon générale, les prestations sont payables mensuellement lorsque le participant est affligé d'une invalidité, aux termes du contrat, pendant une période donnée, désignée « délai de carence ». L'invalidité et le délai de carence sont définis dans le contrat entre l'assureur et le titulaire de la police d'assurance collective. Dans la plupart des cas, on définit l'invalidité comme l'incapacité complète d'une personne d'exercer les fonctions essentielles de son poste durant les deux premières années, puis d'occuper par la suite quelque emploi que ce soit pour lequel elle est raisonnablement qualifiée. Les prestations sont habituellement versées jusqu'au 65^e anniversaire du prestataire, pourvu que l'invalidité de celui-ci persiste, conformément à la définition établie dans le contrat.

Les prestations d'ILD couvrent habituellement un certain pourcentage de la rémunération de l'assuré invalide. Elles peuvent cependant englober certains autres éléments, comme les frais de bureau. S'ils sont assurés, ces éléments supplémentaires ne sont inclus dans le contrat que pendant une courte période, par exemple un ou deux ans.

Des réductions de rente peuvent s'appliquer aux prestations d'ILD, lorsque le montant des prestations est réduit pour tenir compte de revenus provenant d'autres sources, telles que les prestations versées par l'État, incluant le Régime de pensions du Canada (RPC), du Régime de rentes du Québec (RRQ), les prestations au titre des accidents du travail et les prestations versées en vertu de la *Social Security Disability Insurance* aux États-Unis) (SSDI).

Bon nombre de régimes d'assurance ILD renferment des clauses d'indemnité de vie chère qui permettent de majorer périodiquement les prestations pour aider les ayants droit à assumer l'augmentation du coût de la vie.

Les régimes d'assurance ILD prévoient souvent des prestations partielles pendant les périodes d'invalidité partielle ou de réadaptation, lorsque le montant de l'indemnité partielle est établi en soustrayant du revenu d'emploi le montant total de l'indemnité. Dans certains cas, le montant de la rente est inférieur au revenu d'emploi total, pour inciter le participant à travailler dans toute la mesure de ses capacités.

Invalidité de courte durée (ICD)

L'assurance ICD protège le participant pendant une courte période en cas d'invalidité; dès le moment où survient l'invalidité ou après un court délai de carence, les prestations sont versées pendant une période généralement brève – de quatre à six mois dans la plupart des cas, mais parfois 12 mois, voire plus. Ces prestations sont souvent coordonnées avec le délai de carence applicable à l'assurance ILD.

Assurance-maladie

La protection englobe les frais raisonnables engagés en contrepartie de fournitures, de médicaments et de services médicaux nécessaires pour le traitement d'une blessure ou d'une maladie, conformément au contrat. Cette protection fait généralement l'objet de restrictions intégrées au contrat (franchises, coassurance, plafonds de frais, etc.) et elle est coordonnée avec l'assurance offerte par les régimes d'assurance-maladie provinciaux.

La protection peut également englober des prestations pour les traitements médicaux d'urgence pendant un voyage à l'extérieur de la province (au Canada) ou à l'étranger. Pour ce type d'assurance-voyages, les traitements prévus ne sont habituellement pas garantis.

Assurance-soins dentaires

La protection s'applique aux frais raisonnables, souvent limités d'après un régime de frais pour des services dentaires nécessaires décrits dans le contrat. Cette protection fait généralement l'objet de restrictions intégrées au contrat (franchises, coassurance, plafonds de frais, etc.).

Assurance-vie temporaire

L'assurance-vie temporaire prévoit le versement de prestations si l'assuré décède durant la période visée par le contrat. Lorsque la protection prend fin, le participant peut transformer en tout ou en partie la garantie en police d'assurance-vie individuelle, c'est-à-dire procéder à une « transformation à partir d'un régime d'assurance collective » (voir ci-dessous).

Transformation à partir d'un régime d'assurance collective

Ce privilège permet la transformation en police individuelle, sans preuve d'assurabilité, lorsqu'un participant cesse d'adhérer à un régime d'assurance collective en raison de l'abolition du contrat d'assurance collective, sans protection de remplacement, ou de la cessation de la participation. Le privilège de transformation s'applique à l'assurance-vie temporaire et peut également viser d'autres formes d'assurance.

Exonération de primes ou assurance-vie complémentaire

L'exonération de primes permet à un participant, conformément à la définition du terme « invalidité », de bénéficier d'une assurance-vie collective durant le délai de carence, sans verser de primes. En général, l'exonération de primes prend fin à un âge donné (65 ans), mais elle peut se poursuivre sous forme d'indemnité viagère. La définition du terme « invalidité » utilisée ici est habituellement la même que dans le cas de l'assurance ILD ou elle peut être plus rigoureuse. Ajoutons que le délai de carence aux fins de l'exonération est généralement au moins aussi long que celui applicable à l'assurance ILD. Dans les contrats d'assurance collective de personnes, l'exonération de primes est habituellement maintenue pour offrir une protection d'assurance-vie complémentaire aux personnes invalides, que la police d'assurance collective demeure ou non en vigueur.

Décès et mutilation accidentels

L'assurance décès accidentel prévoit le versement de prestations en cas de décès, conformément à la définition d'accident dans le contrat; des prestations sont également versées en cas de mutilation (membres du corps, etc.), selon la définition prévue au contrat.

Assurance-vie facultative

Des montants supplémentaires d'assurance-vie sont parfois offerts sur une base facultative, habituellement de concert avec une assurance-vie collective temporaire obligatoire. Les primes sont généralement échelonnées et les taux peuvent concurrencer de près ceux de l'assurance temporaire individuelle. Les caractéristiques du risque et le passif peuvent davantage s'apparenter à ceux de l'assurance individuelle qu'à ceux de l'assurance collective. Des règles de sélection (souscription) peuvent s'appliquer et elles peuvent être resserrées en fonction de l'augmentation du montant d'assurance.

Assurance-vie libérée

L'assurance-vie libérée prévoit une prime unique pour l'assurance-vie permanente d'un participant. Il s'agit d'une méthode parfois utilisée pour financer l'assurance-vie de personnes retraitées. Le capital assuré au titre de l'assurance-vie libérée est généralement fixe, mais il peut arriver qu'une disposition prévoit la réduction de ce capital.

Rente de survie

Lors du décès d'un assuré, des prestations de survivant (rente) sont versées au bénéficiaire. La période de versement de la rente dépend des clauses du contrat et elle peut s'échelonner jusqu'à la date à laquelle le défunt aurait atteint l'âge de 65 ans, au 65^e anniversaire du bénéficiaire, au mariage du bénéficiaire ou à son décès. Le bénéficiaire peut opter pour des prestations forfaitaires de décès prenant la forme d'une rente; dans ce cas, l'évaluation peut être conforme à une évaluation de rente et être déclarée dans les états financiers de l'assureur, à la rubrique « rente ».

Prestations d'assurance-maladie au survivant

Lors du décès d'un assuré, les personnes à charge couvertes par l'assurance continuent d'avoir droit à des prestations d'assurance-maladie de survivant pendant une période donnée (habituellement de six à 24 mois).

Invalidité permanente et totale

À l'exemple de l'exonération de primes, des prestations d'invalidité totale permanente sont également versées dans le cadre de contrats d'assurance-vie collective. Ces contrats prévoient le versement de prestations à un participant affligé d'une invalidité permanente et totale, selon la définition énoncée dans le contrat, dont la valeur repose habituellement sur la valeur nominale d'assurance-vie sur la tête du participant. La prestation peut faire l'objet d'un paiement forfaitaire ou de versements et elle est parfois reportée à une date ultérieure selon l'âge de l'ayant droit. L'invalidité permanente et totale, qui est habituellement réputée faire partie de l'assurance-vie temporaire collective, n'est pas offerte depuis quelques années, quoique certaines polices d'assurance collective de ce type soient encore en vigueur. La définition de l'invalidité est habituellement plus rigoureuse que celle des prestations d'invalidité.

Assurance-crédit

En général, l'assurance-crédit sur la vie prévoit le remboursement du solde d'un emprunt, d'un prêt hypothécaire ou d'une carte de crédit au décès du souscripteur d'une police d'assurance-vie collective (débitéur). L'assurance-crédit en cas d'invalidité garantit la continuité des versements périodiques visant à rembourser un emprunt pendant la période où le débiteur se conforme à la définition de l'invalidité. L'assurance-crédit peut prendre la forme d'une assurance à prime unique ou à primes nivelées; les primes sont habituellement garanties jusqu'à l'échéance de l'emprunt. En vertu d'un régime d'assurance-crédit, le demandeur doit généralement remplir un bref formulaire pour déterminer son assurabilité.

L'assurance-crédit contre la perte d'emploi couvre le remboursement ordinaire d'un emprunt pendant une courte période si le débiteur perd son emploi. Sur le plan technique, les assureurs-vie ne sont pas autorisés à offrir ce type de protection, mais les assureurs multirisques, dont les sociétés d'assurance-vie et d'assurances IARD sont dissociées, peuvent le faire.

Régimes d'association

Les régimes d'association offrent de l'assurance collective aux membres d'une association de personnes constituée autour d'objectifs et d'intérêts communs. Le contrat est généralement passé avec l'association, qui peut représenter un groupe de professionnels ou de spécialistes, comme des médecins, des comptables ou des musiciens. En général, le participant peut décider dans une certaine mesure du montant de la prestation et des options d'assurance (assurance-vie, assurance ILD, assurance-maladie, assurance-soins dentaires, etc.). Une protection ICD est parfois offerte, laquelle prévoit le remboursement, pendant une période restreinte où l'assuré est invalide, des frais de bureau.

Les groupes d'association présentent généralement un niveau de risque plus élevé que les groupes d'employés en raison de l'antiselection, et les caractéristiques du risque et le passif peuvent davantage s'apparenter à ceux de l'assurance individuelle qu'à ceux de l'assurance collective. Des règles de sélection (souscription) peuvent s'appliquer et peuvent être resserrées en fonction du montant d'assurance. Les caractéristiques particulières du groupe d'association et des garanties constituent un facteur à prendre en compte dans les hypothèses utilisées pour projeter les flux monétaires du passif.

Assurance à la carte

Un régime d'assurance à la carte offre diverses protections et le participant détermine lui-même le niveau des prestations qu'il désire toucher. L'assurance à la carte se traduit en général par un accroissement du risque, car c'est le participant qui choisit le degré de protection. Pour réduire le risque lié à ce type de régime, on recourt à des mesures de contrôle, comme le partage des coûts, le plafonnement de la variation des niveaux de prestations et des preuves d'assurabilité lorsque les niveaux de prestations augmentent.

5. DISPOSITIONS FINANCIÈRES

La plupart des polices d'assurance collective de personnes offertes par l'employeur sont renouvelables annuellement, sans garantie de renouvellement, et prévoient généralement une période de grâce de 30 jours pour le paiement des primes. Le niveau des primes est habituellement garanti pour l'année, à l'exception de l'assurance-maladie, où la garantie est souvent assortie de conditions, le montant des primes pouvant être modifié dans certaines circonstances, comme un changement important au niveau des dépenses assurées en vertu d'un régime d'assurance-maladie provincial. Les garanties de primes dépassent parfois un an, plus particulièrement dans le cas des nouvelles polices. Le mode de calcul des primes de renouvellement (et/ou certaines formes de participation aux bénéfices) en regard d'une police collective peut être conforme à la pratique de renouvellement de l'assureur, et il peut être précisé dans une entente financière.

Suit une description de certains accords et pratiques les plus courants. Cette liste n'est pas exhaustive et n'a pas pour but de limiter les interprétations possibles, mais plutôt d'établir un cadre de discussion aux fins de la présente note éducative. La meilleure source de description des dispositions financières réside dans le contrat et dans les ententes financières complémentaires signées avec le souscripteur.

Mise en commun

En vertu d'un accord de mise en commun, le titulaire de la police d'assurance collective acquitte une prime convenue (parfois appelée « taux du tarif » ou « tarif type »), calculée d'après les résultats techniques d'un ensemble de polices d'assurance collective. La prime peut différer selon certaines variables, comme le secteur d'activité, l'endroit (région où le niveau d'emploi est élevé ou faible), le sexe, l'âge et la nature du travail des participants. Les résultats techniques mis en commun peuvent englober tous les résultats techniques de l'assureur en matière d'assurance collective, ou seulement quelques-uns, et peuvent également tenir compte des résultats techniques du secteur d'activité.

Tarifification prospective

En vertu d'accords de tarification prospective, les taux de primes du souscripteur en assurance collective correspondent à la moyenne pondérée des taux du tarif de l'assureur et aux taux basés sur l'expérience du groupe pour lequel l'assurance est établie. Le taux de pondération attribué à l'expérience réelle d'un groupe de souscripteurs en assurance collective repose sur la crédibilité des résultats techniques applicables à ce groupe. Les taux de primes sont calculés uniquement en fonction de périodes futures et le souscripteur n'a droit à aucun remboursement sur les gains actuariels antérieurs.

Dans le processus de tarification, les résultats techniques des sinistres en assurance collective sont parfois rajustés pour atténuer la volatilité des taux et accroître la stabilité. Par exemple, les sinistres de nature catastrophique ou à montant élevé qui ne sont pas susceptibles de se reproduire peuvent être réduits ou éliminés.

Les accords de mise en commun et de tarification prospective partagent un élément commun : une fois la prime calculée pour la période visée par le contrat, le souscripteur doit l'acquitter ou renoncer à la protection. À la fin de cette période, soit la prime de la période suivante est recalculée en fonction de la meilleure estimation de l'assureur quant aux résultats techniques futurs, qui tient compte des résultats techniques les plus récents, soit l'assureur peut décider de ne pas renouveler la protection. Un accord de mise en commun peut simplement être considéré comme un cas spécial de tarification prospective où la crédibilité des résultats applicables au groupe s'établit à zéro.

Tarification rétrospective

En vertu d'un accord de tarification rétrospective, les primes portant sur une période de garantie sont fondées au moins en partie sur les résultats techniques en assurance collective, à l'instar des accords de tarification prospective. La principale différence entre ces deux types d'accord réside dans le fait qu'en vertu de la tarification rétrospective, on procède au calcul des résultats techniques (excédent/déficit) de la période précédente. Le souscripteur peut avoir droit à un remboursement si les résultats techniques sont meilleurs que ceux établis lors du calcul de la prime pour cette période (c'est-à-dire en cas d'excédent). Si les résultats techniques sont moins bons que ceux prévus, il en découlera un déficit. L'entente financière conclue avec le souscripteur décrit habituellement les dispositions en matière de tarification rétrospective et le traitement des déficits (par exemple, les déficits sont généralement reportés à des périodes futures).

La tarification rétrospective n'est généralement appliquée qu'à des polices d'assurance collective de grande envergure et elle vise surtout les prestations d'assurance-maladie et d'assurance-soins dentaires où les résultats techniques antérieurs en assurance collective sont habituellement considérés comme un bon indice des résultats techniques futurs.

En tarification rétrospective, le déficit ou l'excédent en assurance collective est déterminé pour chaque période d'assurance, selon les règles convenues. En cas de déficit, les taux de primes de renouvellement sont habituellement établis pour récupérer les montants dus au cours d'une certaine période. Par ailleurs, un excédent est habituellement remboursé au souscripteur à titre de ristourne d'expérience. Pour favoriser la stabilisation des taux de primes futurs, il est souvent que les assureurs retiennent un excédent jusqu'à concurrence du plafond indiqué dans l'entente financière, que l'on désigne « Réserve pour fluctuation de sinistres » (« RFS ») dont il est question à la section 7.5.2. La mise en commun des résultats techniques, où les gains attribuables à une prestation sont utilisés pour recouvrer les pertes attribuables à une autre prestation, constitue une pratique courante.

Le souscripteur peut négocier la mise en commun de certains sinistres de nature catastrophique pour réduire le risque de sinistre défavorable et la possibilité d'engendrer un imposant déficit difficile à rembourser. Parmi les types de mise en commun de sinistres de nature catastrophique qui peuvent être pris en compte dans la tarification rétrospective, mentionnons l'excédent de pertes global et individuel ou la mise en commun de montants élevés, de même que la mise en commun des sinistres d'assurance-maladie à l'extérieur de la province ou à l'étranger. L'expression « excédent de pertes » est utilisée pour décrire un accord de partage des risques à l'intérieur duquel les sinistres supérieurs à un montant établi, que ce soit pour l'ensemble des participants ou pour un participant, sont mis en commun. Outre la mise en commun des sinistres de nature catastrophique, la mise en commun partielle des sinistres d'ILD est souvent négociée d'après la période (auquel cas les prestations pour invalidité versées au-delà de la période initiale, qui correspond normalement aux deux ou cinq premières années de l'invalidité, sont mises en commun) ou selon un pourcentage (parfois désigné « quote-part »).

Lorsqu'il y a mise en commun, l'assureur impose au souscripteur un frais de mise en commun des prestations et il supprime les sinistres groupés du calcul de la tarification rétrospective.

Dans le processus de tarification, il arrive que l'on rajuste de façon discrétionnaire les résultats techniques se rapportant aux sinistres en assurance collective pour atténuer la volatilité des taux et accroître la stabilité. Par exemple, les sinistres de nature catastrophique ou de montants élevés qui ne sont pas susceptibles de se reproduire peuvent être réduits ou éliminés du processus de tarification même en l'absence de la mise en commun dans l'accord financier conclu avec le souscripteur. Dans ce cas, l'on continuerait généralement de tenir compte de ces sinistres dans le calcul de l'excédent (déficit) aux fins de la tarification rétrospective du souscripteur.

La base d'évaluation utilisée pour le passif des polices aux fins du calcul du déficit (excédent) en assurance collective est normalement précisée dans l'entente financière et est désignée « base d'évaluation applicable au calcul des résultats techniques pour les fins de la tarification rétrospective » dans la présente note éducative. Ce fondement diffère souvent de celui utilisé pour l'évaluation du passif des polices dans les états financiers de l'assureur. Les règles régissant la tarification rétrospective sont négociées entre le titulaire de la police d'assurance collective et l'assureur et, parfois, le fondement de l'évaluation du souscripteur est pris en compte dans la négociation pour des polices d'assurance collective de grande envergure. Le fondement est précisé dans l'entente financière ou dans le contrat.

Dans le cas de polices d'assurance collective à tarification rétrospective, l'établissement des hypothèses d'évaluation pertinentes fondées sur les PCGR serait habituellement indépendant du fondement de l'évaluation du souscripteur utilisé aux fins de la tarification prospective et des ristournes d'expérience. Cependant, le fondement de l'évaluation du souscripteur peut influencer sur le passif pertinent (fondé sur les états financiers) à conserver, plus particulièrement le passif des ristournes d'expérience futures et le passif des sinistres futurs. Il pourrait également influencer sur la possibilité de recouvrer les frais d'acquisition reportés ou l'actif de recouvrement du déficit.

Accord rétrospectif des primes

Dans un accord rétrospectif de primes, le titulaire de la police d'assurance collective et l'assureur conviennent du paiement d'une prime « x », qui est inférieure au montant que l'assureur demanderait habituellement pour les protections offertes. Si x est inférieur au montant calculé (sinistres, dépenses et bénéfices, disons « y »), le souscripteur accepte de verser à l'assureur y moins x une fois les chiffres constatés. Ce type d'accord est utilisé lorsque le souscripteur estime que le montant des sinistres sera inférieur à celui prévu par l'assureur, mais qu'il est disposé à verser le montant requis si le calcul de l'assureur est correct.

Les accords rétrospectifs de primes ne sont offerts que dans des situations exceptionnelles et ils se limitent habituellement aux polices à tarification prospective et aux souscripteurs solvables.

Services de gestion seulement (SGS)

Dans des accords de SGS à proprement parler, le souscripteur d'une police d'assurance collective assume la totalité des prestations et des frais, et l'assureur ne fait fonction que d'administrateur et(ou) d'agent d'indemnisation.

Les contrats de SGS sont le plus souvent utilisés pour les régimes d'assurance-maladie et d'assurance-soins dentaires. En général, ils ne sont pas offerts dans le cadre d'une assurance-vie collective en raison de leurs conséquences fiscales défavorables pour le bénéficiaire.

Accord de provisionnement mixte

L'expression « provisionnement mixte » est utilisée pour décrire les accords de provisionnement qui combinent assurance et SGS. Par exemple, dans le cadre d'une police à **prime minimale**, le souscripteur acquitte le coût de tous les sinistres à concurrence d'un plafond donné, l'excédent étant couvert par l'assurance (sous réserve de la tarification rétrospective).

Parfois, une forme de partage de risque touchant les régimes de SGS s'applique à certains plafonds de sinistre, tant au niveau individuel que collectif. Ce type d'assurance peut être désigné « excédent des pertes », mise en commun des sinistres de nature catastrophique ou mise en commun de montants élevés. L'assureur impose une prime pour les risques assumés à l'égard de cette protection. Lorsque l'excédent de pertes ou une autre forme de mise en commun est offert avec un régime de SGS, l'excédent des sinistres pourrait être entièrement mis en commun ou pourrait comporter une tarification rétrospective selon l'entente financière conclue avec le souscripteur.

Convention de non-responsabilité relativement au passif

En vertu d'une convention de non-responsabilité relativement au passif, le souscripteur accepte d'acquitter à la fin de la période visée par le contrat certaines dettes non réglées, comme les sinistres subis mais non déclarés. Le fondement de l'évaluation du passif est défini dans le contrat. Habituellement, les assureurs n'offrent ce type d'accord que pour des éléments de passif à court terme, car le passif à long terme comporte d'importants risques supplémentaires et nécessite un plus grand apport de capital. Les conventions de non-responsabilité relativement au passif sont surtout offertes pour l'assurance-maladie et l'assurance-soins dentaires, et elles dépendent de la solvabilité du souscripteur.

Dans le cas d'une convention de non-responsabilité relativement au passif, l'assureur détient le passif, mais il établit un actif compensateur tenant lieu de promesse de la part du souscripteur d'assumer la responsabilité des éléments de passif particuliers définis dans ladite convention.

Contrat à revenu garanti

En vertu d'un contrat à revenu garanti, le souscripteur accepte de rembourser les déficits cumulés à l'assureur en fin d'année ou à l'échéance du contrat.

6. LA MÉTHODE CANADIENNE AXÉE SUR LE BILAN ET L'IMPORTANCE RELATIVE

La méthode canadienne axée sur le bilan (MCAB) décrite à la section 6 de l'ébauche de normes à l'intention des assureurs-vie constitue la méthode pertinente d'évaluation du passif des polices d'assurance de personnes.

L'évaluation de contrats d'assurance collective de personnes pose de nombreux défis à l'actuaire, et ce pour plusieurs raisons :

- L'assurance collective englobe l'assurance collective offerte par l'employeur, l'assurance association, l'assurance-crédit et ce que certaines sociétés désignent comme l'assurance « risques spéciaux », qui représente habituellement une forme d'assurance collective portant plus particulièrement sur les blessures et le décès par accident. Les caractéristiques des contrats, les résultats techniques en matière de souscription et de sinistres, les mécanismes de déclaration, la rémunération et d'autres frais, les provisions pour prestation et la réassurance diffèrent habituellement d'un produit d'assurance à l'autre.
- Il existe une vaste gamme de prestations et de dispositions financières.
- Dans le cas de groupes dépassant une certaine taille, les contrats sont habituellement le fruit de négociations et ils sont donc personnalisés pour satisfaire aux besoins particuliers des clients. Cette personnalisation complique l'évaluation. L'évaluation du passif de ces polices exige une bonne connaissance des modalités particulières du contrat. Il peut exister un contrat principal et au moins une entente complémentaire, généralement pour la tarification rétrospective. Parfois, la documentation qui accompagne ces ententes est de piètre qualité et la terminologie varie considérablement.
- Le recours à des tiers administrateurs est courant et les méthodes de tenue de livres et d'administration ne satisfont pas toujours aux besoins de l'actuaire.
- Les polices d'assurance collective de grande envergure sont habituellement assujetties à la tarification rétrospective, ce qui accroît la complexité des travaux d'évaluation. Vu que l'évaluation de l'actuaire est de nature prospective, le passif des ristournes d'expérience futures tient compte de la valeur de remboursement future et peut ne pas simplement correspondre à l'excédent actuariel à la date d'évaluation, plus particulièrement lorsque les fondements de l'évaluation selon les états financiers et le souscripteur sont différents.
- En raison de la vaste gamme de types de prestations, de clauses de contrats et de pratiques de tarification, les données techniques fiables sont souvent rares.

- Bien que les contrats d'assurance collective soient habituellement de courte durée, l'échéance théorique du passif des sinistres futurs rattachés à certaines protections (« assurance collective qui ressemble à de l'assurance individuelle ») est déterminée pour chaque assuré et elle est fonction de l'âge et de la durée de vie des participants individuels, à l'instar de l'assurance individuelle (voir la section 7.4.1). Des pratiques d'administration collectives s'appliquent même à l'assurance collective qui, aux fins d'évaluation, ressemble à de l'assurance individuelle. En conséquence, il se peut que les données sur les polices et des systèmes d'évaluation ne correspondent pas directement au but de l'évaluation menée par l'actuaire. En outre, bien que l'évaluation du passif des sinistres futurs pour chaque assuré soit acceptée pour certaines protections, p. ex. l'assurance-vie libérée et l'assurance-crédit, il ne s'agit pas d'une pratique courante pour d'autres produits, notamment l'assurance collective d'association. Si la tarification rétrospective s'applique dans ces cas, les règles d'une telle tarification peuvent ne pas englober un passif pour sinistres futurs de cette nature. Cette situation peut compliquer l'évaluation du passif aux fins des ristournes d'expérience futures.
- En ce qui concerne les données, il y a souvent plusieurs questions à considérer, lesquelles ont une incidence sur l'évaluation de contrats d'assurance de personnes. L'Annexe 3 aborde les questions les plus courantes.

Heureusement, certains facteurs atténuent cette complexité, et l'importance relative joue un rôle stratégique à ce chapitre. La section 4.11 de l'ébauche de normes à l'intention des assureurs-vie énonce des normes générales qui régissent l'importance relative. Cette section renferme peu de renseignements sur les normes quantitatives, car l'importance relative relève du jugement appliqué dans des situations précises. L'importance relative est perçue de façon différente par les sociétés, selon leur situation particulière. La condition la plus rigoureuse exige qu'une société établisse des lignes directrices en matière d'importance relative pour chaque groupe de polices ou cas qui satisfait à certains critères (par exemple, la taille imposante). À titre de condition moins rigoureuse, l'importance relative n'est définie que pour les grandes branches d'activité. La condition la moins rigoureuse a trait à la situation où seulement l'importance relative de la société ou d'une succursale est définie.

Les écarts négligeables ont tendance à s'additionner. Certains actuaires, comme les comptables, remplissent une « fiche » pour veiller à ce que les écarts négligeables ne s'additionnent pas pour créer une répercussion importante par rapport à la norme d'importance relative globale de la société.

La présente note éducative décrit la démarche théorique en matière d'évaluation. Les approximations peuvent convenir dans de nombreuses situations en raison de l'importance relative du passif et(ou) de la complexité des calculs. Quelques-unes de ces situations sont énoncées dans la présente note.

7. FLUX MONÉTAIRES DE L'ACTIF ET DU PASSIF

La section 7 de l'ébauche des normes à l'intention des assureurs-vie renferme des conseils généraux pour la sélection d'hypothèses relatives aux flux monétaires.

Les flux monétaires de l'actif utilisés aux fins de l'évaluation de l'assurance collective de personnes sont habituellement conformes aux hypothèses et méthodes appliquées à d'autres produits. Contrairement à la plupart des autres produits, les primes impayées représentent souvent un actif important et l'évaluation tient compte du risque de taux d'intérêt correspondant.

Les flux monétaires se rapportant au passif des polices d'assurance collective de personnes peuvent être entachés d'une incertitude de portée significative, possiblement en raison de la volatilité des résultats techniques des sinistres d'assurance-maladie et des différences entre les bases d'évaluation applicables au calcul des résultats techniques pour les fins de la tarification rétrospective de ce groupe-là et celles utilisées dans les états financiers de l'assureur, ou des méthodes de calcul de l'intérêt créditeur (la section 7.5.4 renferme davantage de détails sur le risque lié à la méthode de calcul de l'intérêt.)

Les sous-sections qui suivent englobent une analyse des facteurs utilisés pour choisir les hypothèses liées aux flux monétaires du passif à l'égard des produits d'assurance collective de personnes, de même que quelques facteurs particuliers se rapportant à certaines protections et dispositions financières. En raison de l'importante fluctuation des prestations et des dispositions financières offertes par différents assureurs et négociées avec divers souscripteurs, il n'est pas possible de décrire la sélection des hypothèses de flux monétaires du passif pour toutes les situations. Cependant, les principes énoncés dans la présente note éducative doivent être applicables à toutes les prestations d'assurance collective de personnes et dispositions financières. Si l'on envisage une prestation ou une disposition financière qui n'est pas précédemment abordée dans la présente note ou dans l'ébauche de normes à l'attention des assureurs-vie, nous recommandons à l'actuaire d'examiner les principes abordés pour des situations semblables et d'appliquer une démarche uniforme.

L'analyse suivante des flux monétaires du passif se divise en catégories courantes de passif. Bien que les méthodes de classement varient d'un assureur à l'autre, il incombe à l'actuaire de veiller à ce que l'évaluation prévienne convenablement tous les risques, sans négliger ou compter deux fois des flux monétaires futurs du passif.

7.1 Passif des sinistres déclarés

Les flux monétaires du passif rattachés aux sinistres déclarés englobent tous les versements de prestations futures et les frais relatifs aux sinistres qui sont déclarés avant la date d'évaluation, mais ne comprennent pas les flux monétaires portant sur des montants à régler (voir la section 7.2).

7.1.1 Invalidité de longue durée (ILD)

Dans la plupart des cas, les prestations d'ILD se rapportant à des sinistres déclarés continuent d'être versées par l'assureur après l'expiration de l'assurance collective. Par conséquent, les flux monétaires se rapportant aux sinistres ILD sont habituellement projetés jusqu'à la fin de la période d'indemnisation. Les frais d'administration des sinistres sont généralement projetés d'une manière conforme au versement des prestations prévues.

Taux de cessation

La section 7.2.3 de l'ébauche de normes à l'intention des assureurs-vie traite des facteurs à prendre en compte aux fins de l'établissement d'hypothèses, y compris les marges pour écarts défavorables (« MÉD »), appliquées aux taux de cessation de l'assurance ILD. Pour l'établissement des hypothèses relatives aux taux de cessation, il est important de tenir compte de certains facteurs, comme l'invalidité partielle, les prestations de vie chère, les clauses inhabituelles dans les contrats (p. ex. une période plus longue où l'indemnisation est conditionnelle à l'incapacité de l'assuré d'accomplir son travail habituel) ou de récentes modifications apportées à la définition courante de l'invalidité ou de la période d'indemnisation où l'assuré ne peut accomplir son travail habituel, qui influent sur la mesure dans laquelle les résultats techniques ou ceux de l'industrie constituent un guide pour les résultats techniques futurs.

La table GLTD de base de 1987 est souvent utilisée comme point de départ pour établir les hypothèses de cessation aux fins d'évaluation pour l'assurance ILD. Vu qu'elle se fonde sur les résultats techniques enregistrés aux États-Unis entre 1962 et 1980, cette table peut devoir être modifiée pour être utilisée aux fins de l'évaluation des prestations canadiennes d'assurance ILD. La plupart des assureurs modifient la table GLTD de 1987 d'après leurs propres résultats techniques. L'ICA a publié en mai 1998 une étude sur les résultats de l'ILD collective canadienne portant sur la période comprise entre 1988 et 1994; cette étude renferme des renseignements utiles aux fins de l'établissement des hypothèses de cessation de l'assurance ILD. Les travaux de mise à jour de l'étude tenant compte des résultats de 1995, 1996 et 1997 sont en cours.

Dans le cas de polices d'assurance souscrites individuellement, incluant la plupart des régimes d'association et d'assurance-crédit, les actuaires ont souvent recours à une table d'invalidité individuelle. La table CIDA de 1985 est souvent utilisée comme point de départ. Comme il s'agit d'une table établie aux États-Unis, des taux de cessation modifiés sont souvent utilisés pour établir les hypothèses d'évaluation. Comme il n'y a pas de lien d'emploi entre titulaire et membre dans le cadre de régimes d'association ou d'assurance-crédit, les pressions et autres incitations à retourner au travail ne sont pas nécessairement les mêmes dans ce cas que dans le cas de groupes d'employés. Cela pourrait avoir une incidence sur l'établissement d'hypothèses appropriées en matière de cessation.

Les actuaires modifient fréquemment les hypothèses de taux de cessation en appliquant divers facteurs, y compris le sexe et la définition de l'invalidité (p. ex. travail habituel par rapport à tout travail). Pour déterminer les tendances des hypothèses de cessation, on tient habituellement compte de certains facteurs. La liste qui suit renferme des exemples de facteurs pouvant influencer les tendances :

- évolution de la structure des incapacités, selon la cause;
- évolution de la structure des incapacités, selon la gravité (par exemple, il se peut que les taux de cessation soient affectés par une variation du pourcentage des cas d'invalidité partielle);
- évolution des prestations versées (par exemple, si les prestations représentent un pourcentage élevé de la rémunération de l'assuré, les taux de cessation peuvent être inférieurs aux taux habituels);
- évolution des pratiques d'administration des sinistres;
- évolution de l'incidence de la réduction des prestations prévues sur les taux de cessation (certains actuaires peuvent modifier leurs hypothèses de taux de cessation entre les ayants droit visés par une réduction des prestations et ceux qui ne le sont pas).

Réduction des prestations

Pour éviter la surassurance, les contrats d'assurance ILD prévoient habituellement que les prestations prévues au contrat seront réduites du montant des prestations versées par l'État (RPC, RRQ, SSDI et indemnisation des accidents du travail). Le montant des prestations projetées tient habituellement compte de l'incidence de la réduction des prestations précisée au contrat, y compris la réduction des prestations futures prévues à l'égard de régimes de l'État qui ont déjà été approuvées et celles dont l'approbation est prévue, parfois avec effet rétroactif.

Les hypothèses touchant l'approbation future prévue des prestations de l'État varient selon la période écoulée depuis le début de l'invalidité et elles se fondent généralement sur les résultats techniques antérieurs modifiés pour tenir compte des tendances ou variations importantes qui devraient avoir lieu. Par exemple, si l'État resserre les critères d'admissibilité aux prestations, l'actuaire doit déterminer si cette tendance peut être appliquée aux flux monétaires du passif. L'évaluation effectuée par l'agent d'indemnisation au sujet de la probabilité d'admissibilité de chaque ayant droit aux prestations de l'État constitue une autre source d'information possible pour l'établissement de cette hypothèse. En outre, les critères d'admissibilité aux prestations de l'État varient selon le régime de l'État et peuvent être modifiés avec le temps. L'actuaire projette la réduction des prestations en se fondant sur le régime de prestations de l'État et sur les tendances, et il applique la MÉD pertinente pour tenir compte de l'incertitude. L'on

supposerait habituellement qu'un sinistre ne fera vraisemblablement pas l'objet d'approbation future après quelques années d'invalidité. En fait, les modifications apportées récemment au RPC ont sensiblement réduit la probabilité d'approbation d'un sinistre au-delà des deux ans suivant la date du début de l'invalidité.

Le montant de la réduction des prestations supposé pour un ayant droit est habituellement fondé sur les résultats techniques modifiés pour tenir compte des tendances importantes ou des changements prévus. Il convient également de prendre en compte la probabilité de cessation des prestations d'un régime de l'État (plus particulièrement l'indemnisation des accidents du travail) même si l'ayant droit se conforme à la définition d'invalidité en vertu de son régime d'assurance ILD. Les flux monétaires du passif engloberaient également le recouvrement prévu des montants de prestations réduites se rapportant aux prestations versées antérieurement (par exemple, on peut prévoir un versement forfaitaire pour des périodes antérieures de la part du gouvernement ou d'un tiers).

Clauses d'indemnité de vie chère

Les clauses d'indemnité de vie chère influent sur les flux monétaires liés aux prestations projetées. Lorsqu'il projette les indemnités de vie chère, l'actuaire tient compte des clauses du contrat en ce qui touche la date de majoration des prestations et le mode de détermination du taux de majoration. Bien que certains régimes prévoient un taux de majoration fixe, les majorations des indemnités de vie chère représentent habituellement un certain pourcentage (généralement 75 %) du taux d'augmentation de l'Indice des prix à la consommation (IPC) à concurrence d'un plafond donné. Ce plafond peut être appliqué à chaque année ou prévoir un mécanisme de contrepartie. Pour la plupart des régimes, la majoration de l'indemnité de vie chère s'applique au montant des prestations amputé des réductions applicables. Pour les régimes à l'égard desquels l'augmentation de l'indemnité de vie chère est fondée sur l'IPC, les hypothèses doivent concorder avec le scénario applicable en matière de taux d'intérêt.

Sinistres à régler, contestés, en suspens ou faisant l'objet d'un appel

L'évaluation doit renfermer des provisions suffisantes au titre des sinistres à régler, contestés, en suspens ou faisant l'objet d'un appel, y compris les frais juridiques connexes. Les sinistres à régler représentent de nouveaux sinistres pour lesquels le service de la gestion des sinistres n'a pas encore reçu suffisamment de renseignements pour donner son approbation. Les sinistres contestés ou faisant l'objet d'un appel sont habituellement ceux qui ont été rejetés par l'assureur ou pour lesquels l'assureur cesse de verser des prestations lorsque l'ayant droit en appelle de cette décision ou a entamé des poursuites contre l'assureur. Des sinistres sont en suspens lorsque l'assureur interrompt temporairement le versement des prestations, souvent dans l'attente de renseignements complémentaires de la part de l'ayant droit.

Une méthode raisonnable de provisionnement des sinistres consiste à déterminer le pourcentage des sinistres qui seront admis dans chacune des catégories susmentionnées et à appliquer ce pourcentage aux flux monétaires du passif qui serait applicable si l'ayant droit touchait actuellement des prestations. Ce pourcentage de sinistres qui deviendront des sinistres admis est généralement fondé sur les résultats techniques antérieurs modifiés pour tenir compte des tendances ou variations pertinentes au chapitre des pratiques d'admission des sinistres. Dans le cas des sinistres contestés, l'actuaire aurait avantage à consulter périodiquement les services juridiques pour vérifier la pertinence de son hypothèse. Les hypothèses touchant le pourcentage de sinistres qui deviendront des sinistres admis seraient élargies pour englober une MÉD convenable.

En outre, les cessations et diminutions récentes peuvent fournir une indication des appels qui n'ont pas encore été déclarés. Ces derniers pourraient être pris en compte dans l'évaluation d'une manière semblable à celle décrite ci-dessus ou dans le cadre du passif des sinistres subis mais non déclarés (voir la section 7.3).

Invalidité – Rechutes

Dans certains cas, l'ayant droit rétabli après une période d'invalidité a une rechute. Les clauses du contrat définissent habituellement les critères qui permettent de déterminer si un cas d'invalidité doit être considéré comme une rechute ou comme un nouveau sinistre. Si l'invalidité est réputée constituer une rechute, le délai de carence ne s'applique pas et l'ayant droit peut toucher immédiatement des prestations. Une provision pour rechute est habituellement intégrée au passif des sinistres subis mais non déclarés, mais d'autres méthodes peuvent être appliquées. Par exemple, la provision peut être incluse dans le passif des sinistres déclarés en réduisant le taux de cessation d'invalidité pour tenir compte des rechutes. L'actuaire veillerait à établir une provision pour rechute prenant en compte et les sinistres non réglés et les sinistres récemment réglés.

En cas de problème de rentabilité, les sinistres d'ILD non réglés sont souvent examinés de près afin d'en déterminer la validité, de même que l'augmentation des cessations au cours d'une certaine période. Ce facteur pourrait modifier la probabilité de renversement d'une décision à l'égard d'un sinistre au moment de l'appel ou accroître le nombre de rechutes. L'actuaire tient généralement compte de l'incidence des modifications apportées aux pratiques en matière de sinistres lorsqu'il établit ses hypothèses de rechutes et le passif des sinistres d'ILD faisant l'objet d'un appel.

Sinistres expirés mais non déclarés

Certains actuaires tiennent compte des sinistres expirés dont l'assuré n'a pas encore été avisé ou qu'il n'a pas encore traités.

Réadaptation/invalidité partielle

Souvent, les assurés affligés d'une invalidité partielle et(ou) qui suivent un programme de réadaptation peuvent accomplir une partie de leur travail antérieur ou travailler à temps partiel durant leur réadaptation. Dans ce cas, les prestations d'assurance ILD sont maintenues mais à un pourcentage réduit en fonction de la rémunération touchée. La plupart des régimes d'assurance ILD prévoient des prestations partielles pendant la période de réadaptation et certains accordent des prestations d'invalidité partielle durant des périodes beaucoup plus longues. Les flux monétaires du passif tiendraient compte des prestations nettes versées se rapportant à la réadaptation et à l'invalidité partielle.

Dispositions financières inhabituelles

Les régimes d'assurance ILD peuvent comporter des dispositions financières inhabituelles qui influent sur l'évaluation. Par exemple, un régime de SGS peut être en vigueur pendant un certain temps (disons deux ans) suivant l'invalidité, et être par la suite remplacé par le régime d'assurance. Dans ce cas, il conviendrait d'envisager ce régime comme un régime d'assurance dont le délai de carence est égal à la période visée par le régime de SGS (deux ans ici). Selon l'importance relative, le recours à une méthode plus précise pourrait être justifié. Par exemple, si des renseignements fiables au sujet des prestataires d'assurance ILD en vertu d'un régime de SGS sont disponibles (l'assureur peut fournir des services d'administration des sinistres pendant la période d'application du régime de SGS ou utiliser les renseignements de l'administrateur), l'actuaire pourrait :

- calculer un passif convenable de sinistres subis mais non déclarés pour le délai de carence rattaché au régime de SGS;
- utiliser les renseignements relatifs aux personnes qui touchent des prestations de SGS pour déterminer les flux monétaires du passif se rapportant aux prestations et aux frais après le début de la période garantie.

7.1.2 Invalidité de courte durée (ICD)

Les prestations d'ICD sont souvent utilisées de concert avec un régime d'assurance ILD afin de garantir des prestations en remplacement du revenu pendant le délai de carence de l'assurance ILD. L'évaluation d'un régime ICD est beaucoup plus simple que celle d'un régime ILD en raison de la courte période d'indemnisation, quoique les méthodes utilisées pour évaluer les régimes ILD pourraient s'appliquer aux régimes ICD à longue période d'indemnisation. Pour les régimes ICD à courtes périodes d'indemnisation, il n'est habituellement pas nécessaire de projeter les versements de prestations dossier par dossier et le passif des sinistres déclarés est parfois pris en compte dans le passif des sinistres subis mais non déclarés. (voir la section 7.3). Il convient de faire preuve de jugement pour déterminer la méthode qui convient à chaque régime.

7.1.3 Exonération de primes ou garantie complémentaire en cas de décès

Le privilège d'exonération de primes oblige habituellement l'assureur à continuer d'offrir une protection viagère aux assurés invalides après la cessation du régime d'assurance collective. Dans ce cas, lorsqu'un groupe change d'assureur, seuls les employés actifs sont protégés par les prestations d'assurance-vie collective du nouvel assureur. Les flux monétaires du passif liés à l'exonération de primes en assurance collective se rapportent aux prestations de décès projetées que l'assureur s'attend de verser aux assurés invalides, de même qu'aux frais connexes. Les dispositions d'exonération englobent habituellement des options de conversion en police d'assurance-vie individuelle lorsque les prestations cessent ou sont réduites; le coût de cette conversion est pris en compte dans les flux monétaires du passif.

La table de Kreiger de 1970 est couramment utilisée pour établir les hypothèses prévues de taux de cessation au moment de l'exonération. Puisque cette table n'est pas à jour et qu'il n'existe pas d'études plus récentes sur les résultats techniques, la plupart des assureurs utilisent une version modifiée de la table de Kreiger qui tient compte de leurs propres résultats techniques. Cette version modifiée prévoit habituellement des taux de mortalité plus bas, voire des taux de rétablissement plus élevés que dans la table de Kreiger; ces deux facteurs ont pour effet de réduire le passif.

Les facteurs d'établissement des hypothèses prévues de taux de cessation pour l'exonération des prestations sont semblables à ceux qui s'appliquent à l'établissement des hypothèses prévues de taux de cessation pour les prestations d'assurance ILD, quoique l'incidence des hypothèses de cessation soit différente. Pour l'exonération, les prestations prennent fin à la date de rétablissement, mais en cas de mortalité, la prestation de décès est versée. Habituellement, des hypothèses de cessation différentes sont utilisées pour l'assurance ILD et pour l'exonération fondée sur les résultats techniques de chaque prestation. Puisque bon nombre de groupes ne comptent qu'un régime ILD ou exonération, et que des groupes bénéficiant des deux types de prestations peuvent interpréter l'invalidité de façon différente, les résultats techniques de l'assureur en matière de cessation peuvent être sensiblement différents dans l'ensemble pour l'exonération et l'assurance ILD. Généralement, les taux de rétablissement sont plus faibles pour l'exonération que pour l'assurance ILD, car les experts en sinistres insistent davantage sur la gestion des sinistres ILD et la définition habituelle de l'exonération de primes en cas d'invalidité est plus rigoureuse que celle de l'assurance ILD.

Généralement, les marges pour écarts défavorables (MÉD) applicables à la cessation de l'exonération sont exprimées en pourcentage des taux de cessation prévus pour le décès et le rétablissement. Les MÉD réduisent les taux de rétablissement et augmentent habituellement les taux de mortalité à la date d'exonération. Il s'agit habituellement de la situation opposée aux MÉD applicables à la mortalité en assurance ILD, car la plupart des assureurs n'établissent pas de distinction au sujet de la cessation en assurance ILD entre le décès et le rétablissement. L'actuaire doit veiller à la suffisance de la provision globale pour écarts défavorables.

7.1.4 Rentes de survie

Les régimes à rentes de survie prévoient habituellement le versement d'une rente au conjoint survivant ou aux enfants au décès d'un participant à un régime d'assurance-vie collective. Ces régimes peuvent également renfermer une clause d'indemnité de vie chère; des facteurs semblables à ceux énoncés à la section 7.1.1 (ILD) pourraient servir à projeter les augmentations de l'indemnité de vie chère se rapportant aux régimes à rentes de survie.

Dans le cas des régimes où la rente de survie cesse ou est réduite au remariage, il est difficile d'établir une hypothèse pertinente de remariage aux fins d'évaluation. Les données de l'industrie sont rares et les taux de remariage peuvent varier selon les pratiques en matière de sinistres. Sous réserve de facteurs d'importance relative, bon nombre d'actuaire ne tiennent pas compte du remariage pour des motifs de simplicité.

Lorsque les rentes de survie comportent un élément de risque viager, les tables de mortalité des rentes servent habituellement de fondement pour l'établissement de l'hypothèse de mortalité présumée. La section 7.2.2 de l'ébauche de normes à l'intention des assureurs-vie renferme des directives sur le choix des hypothèses de mortalité des rentes. Ces hypothèses se fondent généralement sur des tables de mortalité collectives liées aux rentes même si dans certains cas, l'on recourt à des tables de mortalité de rente individuelle ou à un autre élément, comme les tables de mortalité de la population. Suivent certains facteurs qui influent sur le choix des hypothèses de mortalité :

- les tables de mortalité collectives sont fondées sur la mortalité des employés plutôt que sur celle des conjoints;
- les diverses options offertes au bénéficiaire (p.ex. possibilité de toucher la valeur actualisée) peuvent engendrer l'antisélection;
- la fourchette d'âges auxquels les prestations sont versées (la plupart des bénéficiaires de rentes de survie sont plus jeunes, c'est-à-dire à une période où il existe peu de données pour la plupart des tables de rentes collectives).

7.1.5 Autres prestations

Certaines autres prestations peuvent être versées dans le cadre d'une police d'assurance collective de personnes exigeant la déclaration du passif des sinistres, notamment les rentes d'invalidité permanente et totale, et les rentes de règlement, lorsque des prestations de décès sont versées sous forme de rente à la demande du bénéficiaire. Ces types de prestations ne sont plus courants de nos jours, mais ils peuvent exister dans le cadre de régimes antérieurs. Puisque ces prestations diffèrent entre les assureurs et les groupes, il est très important de bien comprendre la teneur du contrat pour établir correctement les flux monétaires du passif.

7.2 Passif des sinistres à régler

Les sinistres à régler englobent les versements à effectuer à l'égard de sinistres reconnus mais non réglés; ils ne comprennent toutefois pas les sinistres déclarés, mais non reconnus. Le passif des sinistres à régler représente une constatation exacte d'un montant à verser connu, mais non payé. Il n'y a donc pas lieu de procéder à une évaluation actuarielle ni de prévoir une provision pour écarts défavorables. L'actuaire doit coordonner de façon minutieuse le passif des sinistres déclarés et celui des sinistres à régler pour éviter le double comptage ou l'oubli d'éléments de passif.

7.3 Sinistres subis mais non déclarés (SSND)

Les sinistres subis mais non déclarés sont le résultat de retards :

- dans la déclaration des sinistres à l'assureur;
- dans la consignation, par ce dernier, des sinistres déjà déclarés (p. ex. certains assureurs ne consignent les sinistres d'invalidité subis qu'à la fin du délai de carence).

Le passif des SSND prévoit des prestations et des frais à l'égard des sinistres subis mais non déclarés à la date d'évaluation. Il peut également tenir compte d'autres éléments, comme les sinistres réglés temporairement, mais qui seront réexaminés, et les sinistres rejetés qui seront contestés à une date ultérieure.

Pour les prestations ne comportant pas de risque de taux d'intérêt (par exemple l'assurance-maladie, l'assurance-soins dentaires, l'assurance-vie temporaire, l'assurance ICD), une démarche simple en matière de projection des flux monétaires des SSND est habituellement appliquée; l'actuaire peut également vérifier le scénario de taux d'intérêt en ne tenant pas compte des SSND à l'égard de ces prestations, puis ajouter le passif de SSND au résultat.

Dans le cas des prestations qui comportent un important risque de taux d'intérêt à l'égard des nouveaux sinistres (par exemple, l'assurance ILD et l'exonération de primes), les flux monétaires du passif des SSND pourraient influencer sensiblement sur la vérification du scénario de taux d'intérêt et sur la provision pour risque de taux d'intérêt qui en découlerait. Les flux monétaires du passif se rapportant aux SSND pourraient faire l'objet d'une estimation par voie d'examen des flux monétaires du passif à l'égard des sinistres déclarés correspondants, assujettis aux modifications qui s'imposent. Par exemple, le modèle des flux monétaires du passif liés aux SSND en assurance ILD pourrait être semblable à celui de l'assurance-invalidité en cours, et pourrait se limiter aux sinistres récents.

Bien que les pratiques puissent varier, le passif des SSND en assurances ILD et ICD, et les exonérations de primes d'assurance-invalidité sont généralement incluses dans les provisions techniques (définies aux fins des états financiers); pour d'autres prestations (p. ex. les prestations complémentaires d'assurance-maladie, d'assurance-soins dentaires, d'assurance mort accidentelle et mutilation, d'assurance-vie, et les suites de survie), le passif des SSND est pris en compte dans les sinistres à régler. Dans le cas des prestations où les SSND sont pris en compte dans les sinistres à régler, l'évolution des SSND est intégrée aux prestations versées, à l'état des résultats.

Lorsqu'une convention de non-responsabilité est en vigueur à l'égard du passif des SSND, l'assureur doit tout de même assumer la responsabilité du règlement des sinistres subis. En conséquence, la valeur totale du passif des SSND doit être maintenue, tout comme le débiteur correspondant en vue de constater les modalités de la convention de non-responsabilité.

Facteurs à prendre en compte aux fins du règlement des sinistres subis mais non déclarés

Les retards qui influent sur le montant des SSND varient selon le régime et le type de prestations; par conséquent, l'actuaire doit faire preuve de prudence lorsqu'il procède à l'estimation des SSND à partir de données historiques groupées. Par exemple, il peut ne pas être indiqué de regrouper électroniquement les sinistres réglés et les demandes de remboursement de frais de médicaments, si les modes de règlement (retards) sont différents.

Certains facteurs peuvent influencer sur le délai de règlement des sinistres; d'autres peuvent être propres à la période de déclaration en cours. En voici quelques exemples :

- l'importance de l'arriéré de traitement des sinistres;
- les différences dans les pratiques des gestionnaires de sinistres;
- les changements relatifs aux prestations ou aux risques;
- les variations saisonnières;
- les conditions météorologiques extrêmes;
- l'interruption du service postal;
- une réorganisation de la société qui influe sur le traitement des sinistres;
- la conjoncture économique (une récession aura des effets sur la déclaration des demandes concernant les traitements facultatifs);
- les différentes méthodes des souscripteurs en assurance collective pour la présentation des sinistres;
- la durée du contrat;
- la prise en compte des sinistres déclarés à l'égard desquels le délai de carence n'est pas encore expiré et le niveau de ces sinistres;
- la prise en compte des sinistres réglés à réexaminer et le niveau des sinistres récemment réglés.
- les modifications relatives aux pratiques de l'assureur en matière de traitement des sinistres;
- d'autres facteurs externes.

Les tendances relatives à des facteurs tels l'inflation, le taux d'utilisation et la technologie, peuvent influencer sur l'estimation des SSND. Si les primes en vigueur sont utilisées pour estimer les SSND, il pourrait être nécessaire de procéder à des rajustements pour rendre compte de délais de traitement plus courts, par exemple dans le cas de régimes nouveaux ou expirés; l'une des démarches possibles consiste à utiliser la moyenne mobile des primes. L'incidence de la variation de la suffisance de la tarification serait également prise en compte lorsque les estimations relatives aux SSND reposent sur les primes.

Méthode d'estimation du passif des SSND

Sous réserve de la vérification périodique du bien fondé (y compris l'incidence sur le risque de taux d'intérêt), des approximations sont couramment utilisées pour établir le passif des SSND. Voici certaines des méthodes utilisées :

- Méthode factorielle – Cette méthode est généralement utilisée pour les prestations lorsqu'il y a un retard ou un délai de traitement de courte durée, p. ex. en assurance-vie temporaire collective. Le passif correspond habituellement à un pourcentage des primes en vigueur à la date d'évaluation, d'après les résultats techniques modifiés au besoin pour tenir compte des changements anticipés à l'égard des résultats techniques. Il est également possible d'utiliser un pourcentage des sinistres réglés, un pourcentage du passif des sinistres déclarés ou un pourcentage du capital assuré.
- Méthode du rapport sinistres/primes – Il s'agit d'une version plus raffinée de la méthode factorielle, qui peut être utilisée lorsque la comptabilisation des sinistres d'assurance-vie est reportée après le délai de carence. Cette méthode se fonde sur la somme du délai de carence moyen et du délai moyen de déclaration du sinistre, multipliée par le produit du rapport sinistres/primes et des primes en vigueur.
- Méthode basée sur les retards ou méthode des valeurs dérivées – Cette méthode comprend l'estimation des sinistres payés selon la période de surveillance et de paiement; ces données servent en retour à élaborer un diagramme de traitement des sinistres. Ce diagramme présente le pourcentage de règlement des sinistres pour chaque mois applicable. Le pourcentage de règlement est rajusté pour tenir compte de l'insuffisance de tarification.

7.4 Passif des sinistres futurs

Les flux monétaires du passif des sinistres futurs englobent le versement de prestations et les frais liés aux sinistres non subis à la date d'évaluation, mais qui le seront avant l'échéance du passif. Les primes futures jusqu'à l'échéance du passif sont également projetées à titre de flux monétaires négatifs du passif.

7.4.1 Durée du passif des sinistres futurs

Afin de déterminer la durée du passif, qui précise les événements assurés à prendre en compte dans l'évaluation des sinistres futurs, les clauses particulières du contrat de chaque police doivent être prises en compte. L'actuaire doit se reporter à la section 4.8 de l'ébauche de normes à l'intention des assureurs-vie, qui renferme des renseignements généraux sur la durée du passif, et à la section 4.10, qui porte sur les facteurs spéciaux qui s'appliquent aux contrats d'assurance collective.

Pour les polices classiques d'assurance collective de personnes de l'employeur, la durée du passif s'étend jusqu'à la date à laquelle les taux de primes peuvent être rajustés, c'est-à-dire la « date d'ajustement tarifaire » suivante. Il s'agit généralement de la date suivante de renouvellement de la police, sauf dans le cas des garanties de taux à long terme, où la date d'ajustement tarifaire suivante correspond à la fin de la période de taux garanti.

Habituellement, la tarification d'un renouvellement s'effectue à l'avance. Lorsque l'assureur s'engage avant la date d'évaluation à appliquer une tarification pour un renouvellement futur, la durée du passif des sinistres futurs s'étend jusqu'à la fin de la période de renouvellement suivante. Par exemple, pour un renouvellement effectué le 1^{er} mars lorsque l'assureur s'est engagé à fixer une tarification pour la prochaine année de la police avant la fin de l'année, la durée du passif est de 14 mois aux fins de l'évaluation de fin d'année.

Il peut être nécessaire de fixer une durée de passif qui diffère de la date d'ajustement tarifaire suivante dans le cas de certaines protections d'assurance collective de personnes. Les protections facultatives d'assurance de personnes peuvent davantage s'apparenter à un bloc de polices individuelles qu'à un contrat collectif standard et une évaluation des prestations relatives à chacune des vies assurées est souvent appropriée dans ce cas, y compris dans le cas de régimes d'assurance-crédit, de régimes d'association et de garanties d'assurance facultatives offertes à des employés faisant partie d'un groupe d'employés. Dans certains cas, il se peut que l'actuaire n'ait d'autre choix que d'évaluer le passif des participants comme si la protection était individuelle et d'établir séparément pour chaque assuré la durée du passif, tel qu'indiqué à la section 4.10.2 du projet de normes sur l'assurance-vie. Heureusement, certaines clauses usuelles aux termes de tels contrats peuvent permettre de réduire jusqu'à un niveau négligeable le passif ou d'éliminer complètement la nécessité d'envisager une approche individuelle. Ces clauses comprennent les primes échelonnées, la tarification rétrospective et l'octroi d'une subvention au souscripteur.

L'existence de primes échelonnées qui selon l'âge atteint augmentent en fonction du coût des sinistres donnera souvent lieu, même après avoir pris en compte la déchéance antisélective par certains participants, à un passif minimal que l'on aura déterminé séparément pour chaque assuré. Les mesures de l'employeur ou d'autres formes de subventions peuvent permettre d'atténuer l'effet sur l'assureur des choix individuels et de l'antisélection individuelle. Cela peut également être le cas si une tarification rétrospective est prévue aux termes de l'entente financière conclue avec le groupe d'assurés. En pareils cas, le recours à une méthode d'évaluation globale plus simple peut généralement se justifier. Toutefois, peu importe l'entente financière, les répercussions financières à long terme de la structure des primes et de la comptabilité du compte souscripteur devraient être prises en compte dans l'évaluation. Par exemple, si, selon l'âge atteint, le montant de la prime est relativement stable alors que le coût des primes augmente avec l'âge et si la tarification rétrospective ne tient pas compte du passif détenu par chaque assuré, il se peut que les coûts augmentent de façon significative avec le temps; dans ce cas, le recours à une méthode d'évaluation globale plus simple serait généralement considéré inapproprié.

Lorsque la durée du passif des sinistres futurs est fixée, l'évaluation doit alors englober tous les flux monétaires du passif liés aux sinistres subis jusqu'à l'échéance du passif. La projection des flux monétaires de l'actif et du passif s'étend jusqu'à la date des derniers flux monétaires du passif; par exemple, les prestations versées et les intérêts liés aux sinistres sont projetés jusqu'à la fin de la période d'indemnisation. Les flux monétaires liés aux primes et aux frais d'administration généraux sont projetés jusqu'à la fin de la période de passif des sinistres futurs.

7.4.2 Facteurs liés aux flux monétaires du passif pour les taux garantis

Lorsque le taux de primes futures est garanti, il faut en tenir compte dans l'évaluation. Puisque les taux d'intérêt, les frais et d'autres hypothèses intégrées aux primes ne changeront pas avant la date d'ajustement tarifaire suivante, il importe de comprendre le taux d'intérêt, les sinistres, les frais et d'autres risques pour que l'insuffisance des primes et tout autre risque important de taux d'intérêt soient dûment pris en compte dans le passif des sinistres futurs. L'importance du risque de tarification insuffisante et de taux d'intérêt est fonction de la durée du taux de primes garanti.

Dans le cadre de prestations issues de l'assurance collective de personnes, le passif des prestations d'assurance ILD est habituellement des plus sensibles aux fluctuations des taux d'intérêt pendant la période de taux garanti. Le taux d'intérêt supposé s'applique à toutes les primes jusqu'à la date d'ajustement tarifaire suivante, de sorte que l'assureur assume un risque si les taux d'intérêt chutent en deçà de ce niveau. L'on intègre au passif une provision pour ce risque en incluant les flux monétaires projetés à l'égard des sinistres futurs dans la vérification du scénario de taux d'intérêt de la MCAB.

L'évaluation ne tient compte que des engagements pris à la date d'évaluation; elle n'englobe pas les flux monétaires portant sur les nouvelles protections ou les groupes nouveaux. Cependant, lorsque l'assureur est plus ou moins obligé d'accepter la protection de nouveaux assurés à des taux de primes garantis, les sinistres futurs touchant ces assurés peuvent influencer sur l'évaluation. Cependant, si de nouveaux employés remplacent simplement d'anciens employés ou si les taux de primes garantis sont suffisants, les nouveaux participants peuvent ne pas constituer un facteur important.

Pour effectuer une projection des flux monétaires liés aux prestations et aux frais pour certains types de sinistres futurs, il faut théoriquement poser des hypothèses de fréquence et de cessation. Les flux monétaires liés aux prestations et aux frais pour les sinistres futurs sont habituellement projetés à l'aide d'hypothèses constantes comme celles utilisées pour le passif des sinistres déclarés et comportant le même type de prestations. La section 7.2.3 de l'ébauche de normes à l'intention des assureurs-vie renferme des conseils pertinents à ce sujet. Les taux de fréquence prévus utilisés pour projeter les sinistres futurs peuvent être établis à partir des résultats techniques modifiés pour tenir compte des tendances ou changements anticipés. Dans la pratique, il est toutefois difficile d'élaborer des hypothèses de fréquence; par conséquent, l'on a souvent recours à des méthodes d'approximation pour établir les flux monétaires du passif des sinistres futurs. Plus la durée du passif des sinistres futurs est longue, plus il est difficile de faire une approximation sans tenir compte des taux de fréquence explicites. Par conséquent, si la durée du passif des sinistres futurs est longue, il convient habituellement d'établir des hypothèses explicites au sujet de la fréquence. La section qui suit porte sur le recours à certaines méthodes approximatives.

Recours à des approximations

Lorsqu'il utilise une approximation pour projeter les sinistres futurs, l'actuaire tente de déterminer si l'approximation prévoit convenablement tous les risques. Plus particulièrement pour les prestations d'assurance ILD, il est important de déterminer si l'approximation tient dûment compte du risque de taux d'intérêt. De même, pour les cas de tarification prospective ou les dispositions financières inhabituelles, la complexité supplémentaire de la disposition financière peut influencer sur le bien fondé d'une approximation.

Suit un exemple de méthode approximative (fondée sur des hypothèses implicites pour les taux de fréquence) aux fins de la projection des flux monétaires des prestations et des frais pour les sinistres futurs d'assurance ILD, lesquels peuvent servir à l'essai du scénario de taux d'intérêt lorsque la durée du passif correspond à la date d'ajustement tarifaire :

- a) calculer un « coefficient de prestation », soit le pourcentage des primes servant au versement des prestations et à l'acquittement des frais de gestion des sinistres qui seront subis entre la date d'évaluation et la date d'ajustement tarifaire suivante (c'est-à-dire éliminer les provisions pour frais d'administration généraux et les marges bénéficiaires dans le calcul de la prime);
- b) rajuster, le cas échéant, le coefficient de prestations pour tenir compte des insuffisances de tarification à l'intérieur du bloc de polices (p. ex. si une nouvelle tarification est mise en œuvre, mais n'a pas encore été appliquée à l'ensemble du bloc de polices, le facteur serait majoré);
- c) relever le coefficient de prestations afin d'établir une marge pour écarts défavorables applicable à la fréquence. Cette méthode implique seulement l'intégration d'une marge pour fréquence au coefficient de prestation, les marges de taux de cessation et de frais de gestion des sinistres étant déjà prises en compte dans le pourcentage de primes qui serviront au versement des prestations et à l'acquittement des frais de gestion des sinistres, tel qu'expliqué en a) ci-dessus. Il n'est pas nécessaire que la marge pour fréquence soit très élevée étant donné la courte durée du passif des sinistres futurs. Un grand nombre d'actuaire jugeraient que l'application d'une marge de 5 % serait convenable;
- d) à partir d'un modèle raisonnable de flux monétaires prévoyant l'application de marges pour les nouveaux sinistres d'assurance ILD, élaborer un ensemble de flux monétaires dont la valeur actualisée selon le taux d'intérêt moyen (comprenant des marges de tarification) pour la tarification du bloc de polices de l'assureur équivaudra au produit des primes et du coefficient de prestations établi en c) (comprenant la marge pour fréquence).

Dans certaines situations, des approximations plus simples peuvent suffire. Par exemple, l'on pourrait établir la valeur actualisée de l'insuffisance des primes en utilisant les taux d'intérêt en vigueur et en les rajustant à l'aide d'une marge pour écarts défavorables des taux d'intérêt. Il est peu probable que cette approximation suffirait en cas de risque élevé de taux d'intérêt.

Pour ce qui est des prestations n'entraînant pas de risque de taux d'intérêt important (p. ex. les prestations à court terme comme celles d'assurance-maladie et d'assurance-soins dentaires) pour lesquelles la tarification est insuffisante, le passif lié aux sinistres futurs provisionnés par les primes futures est habituellement négligeable et les flux monétaires qui s'y rattachent peuvent être ignorés. En outre, pour les polices à prime mensuelle ne comportant pas de risque important de taux d'intérêt ou d'insuffisance de tarification, la prime acquise constitue une approximation raisonnable du passif des sinistres futurs. Cette approximation suppose efficacement que le fondement de la tarification permet de déterminer de façon assez juste les sinistres et les frais prévus augmentés d'une PÉD.

Pour les groupes à l'égard desquels la durée du passif est déterminée pour chaque police, la taille du groupe peut être réduite comparativement à la norme d'importance relative, ou les primes peuvent être échelonnées, ce qui a tendance à réduire le passif des sinistres futurs. Même à défaut de données détaillées sur les participants, l'actuaire peut être en mesure d'exécuter quelques vérifications générales portant sur des âges représentatifs et des durées représentatives pour prouver que le passif global des sinistres futurs est réduit ou négatif et qu'il peut à juste titre être ignoré.

7.4.3 Assurance-vie libérée

La plupart des polices d'assurance-vie libérée offrent une protection aux retraités. Les flux monétaires liés aux prestations futures et aux frais sont projetés pour toutes les années futures jusqu'à l'échéance de la période d'indemnisation ou au décès du participant assuré.

Les tables de mortalité disponibles en assurance collective ne reposent pas sur une somme de résultats techniques aussi importante pour la période post-retraite à la retraite que pour celle où les personnes sont en âge de travailler. Par conséquent, l'hypothèse de mortalité prévue tient généralement compte des résultats techniques de l'assureur, des résultats techniques de l'industrie en matière de mortalité en assurance-vie collective et de la mortalité de la population. Habituellement, l'actuaire applique les facteurs qui entraînent un relèvement de la marge pour résultats techniques liés à la mortalité future.

7.4.4 Assurance-crédit

Vu que chaque police d'assurance-crédit collective possède des caractéristiques particulières, l'actuaire doit examiner les clauses du contrat pour déterminer la meilleure façon d'évaluer le passif. Les régimes d'assurance-crédit prévoyant une assurance-invalidité comportent un passif pour sinistres déclarés (voir la section 7.1) et sinistres subis mais non déclarés (voir la section 7.3), de même qu'un passif pour sinistres futurs.

Les primes sont habituellement garanties à la date d'assurance d'un prêt et pendant la durée de ce dernier, mais les taux de primes peuvent généralement être modifiés pour les prêts futurs après la date d'ajustement tarifaire suivante. Dans ce cas, la durée du passif s'étend jusqu'à l'échéance des prêts assurés. Sous réserve de l'importance relative, les prêts futurs jusqu'à la « date d'ajustement tarifaire suivante » seraient inclus dans l'évaluation si l'assureur devait les accepter à un taux garanti. Le niveau du risque de taux d'intérêt et l'insuffisance éventuelle de tarification influent sur l'importance relative des répercussions des prêts futurs et sur le bien fondé des approximations.

Les hypothèses de mortalité et de morbidité utilisées pour les flux monétaires de l'assurance-crédit diffèrent habituellement de celles servant pour les polices courantes d'assurance collective de personnes en raison d'exigences différentes en matière de preuves d'assurabilité, des exclusions préexistantes, des caractéristiques propres aux participants, etc. Dans le cas de polices d'assurance-crédit collective de grande envergure, il pourrait convenir de déterminer des hypothèses de mortalité et de morbidité à partir des résultats techniques des polices d'assurance-crédit collective particulières. Si la police est moins

importante, les résultats techniques se rapportant à des polices d'assurance-crédit collective semblables pourraient servir à établir des hypothèses.

S'il n'existe pas de résultats techniques fiables permettant d'établir des hypothèses, l'actuaire pourrait examiner les clauses du contrat et les caractéristiques des participants pour déterminer s'il est préférable de faire reposer les hypothèses prévues sur des tables d'assurance individuelle ou collective. L'assurance-crédit comporte souvent des caractéristiques de l'assurance individuelle et de l'assurance collective; par conséquent, on pourrait utiliser une combinaison de résultats techniques propres à l'assurance individuelle et à l'assurance collective. Selon les exigences en matière de preuves d'assurabilité, il pourrait convenir de recourir à des hypothèses ultimes et spéciales.

Puisque les prestations d'assurance-crédit dépendent habituellement du solde du prêt, il est nécessaire de poser certaines autres hypothèses en vue de projeter les flux monétaires du passif, comme le taux d'intérêt portant sur les prêts, les remboursements anticipés partiels, et le remboursement intégral (hypothèse de cessation). Ces hypothèses doivent être établies de façon raisonnable, conformément au scénario de taux d'intérêt à l'évaluation, si ce dernier est important.

En cas de remboursement partiel de la prime pour une police d'assurance-crédit à prime unique lorsque le prêt est remboursé ou transféré à une autre institution, cet avantage (s'il est important) influencerait sur les flux monétaires projetés du passif.

Habituellement, les résultats techniques des régimes d'assurance-crédit sont limités et des marges élevées sont souvent appliquées.

7.5 Passif des ristournes d'expérience

Le passif des ristournes d'expérience renferme une provision pour ristournes d'expérience futures à l'égard des polices d'assurance collective à tarification rétrospective, compte tenu des dispositions financières conclues avec les souscripteurs.

La durée du passif des ristournes d'expérience est la même que celle du passif correspondant des sinistres futurs, car les répercussions des sinistres futurs, des frais et des primes sur un passif ont le même effet sur l'autre. Les flux monétaires du passif des ristournes d'expérience englobent tous les paiements anticipés à l'égard des sinistres assurés subis avant l'échéance du passif. Ces paiements doivent être effectués avant ou après la période visée par le passif. Si le souscripteur a le droit d'abolir une entente financière sans entraîner la cessation du contrat, l'antisélection éventuelle effectuée par le souscripteur pourrait influencer sur le passif.

L'annexe 2 renferme plusieurs exemples de situations auxquelles un assureur hypothétique pourrait être confronté et elle présente des méthodes de calcul du passif des ristournes d'expérience qui sont conformes aux principes énoncés dans la présente note.

7.5.1 Passif souscripteur et passif aux états financiers

Il peut exister des différences entre le passif établi selon les états financiers (passif aux états financiers) et le passif fondé sur le souscripteur (passif souscripteur) utilisé pour calculer l'excédent (déficit) des polices, selon la définition fournie dans l'entente financière. En assurance collective des employés, seules les différences au chapitre du passif des sinistres subis sont habituellement prises en compte, car les rapports du souscripteur ne mentionnent habituellement pas les sinistres futurs. Pour l'assurance-crédit ou l'assurance-association collective, le passif des sinistres futurs peut être pris en compte dans la tarification rétrospective du souscripteur. Bon nombre des différences entre le passif souscripteur et le passif aux états financiers découlent généralement de différences entre les fonctions de ces deux formes de passif.

Le passif aux états financiers représente la base des rapports de l'assureur et il est assujéti à la norme actuarielle reconnue et aux lignes directrices du BSIF; il représente habituellement le passif fondé sur les PCGR qui équivaut à la valeur de l'actif énoncée dans les états financiers qui est requise pour donner suite aux obligations des polices d'assurance collective de personnes de l'assureur, selon les éléments de la MCAB.

Le passif souscripteur est établi par l'assureur afin de satisfaire aux exigences de tarification et ne respecte pas nécessairement les PCGR. Il peut tenir compte des caractéristiques particulières du risque, des dispositions financières et des résultats techniques du souscripteur. Le passif souscripteur peut être déterminé de façon à assurer un traitement équitable à toutes les générations de souscripteurs et il peut tenir compte du point de vue de l'assureur à propos du risque qu'il assume pour le souscripteur. À titre d'exemple, mentionnons l'utilisation d'une méthode fondée sur « l'année d'investissement » aux fins de l'évaluation des taux d'intérêt par rapport à l'application d'un taux d'intérêt moyen fondé sur la MCAB pour les rapports sur les états financiers.

En général, le passif souscripteur est tout aussi important que le passif aux états financiers, ce qui a pour effet de réduire le risque de pertes assumées par l'assureur dans le cadre du processus de la tarification rétrospective. Il serait possible, entre autres, d'utiliser des marges pour écarts défavorables plus importantes pour le passif souscripteur que pour le passif aux états financiers afin de tenir compte, du moins en partie, de l'incertitude supplémentaire au chapitre des hypothèses anticipées au niveau du passif souscripteur.

Puisque le passif aux états financiers et le passif souscripteur sont fondés sur des méthodes et des hypothèses différentes, l'écart entre ces deux passifs peut évoluer avec le temps.

7.5.2 Réserves pour fluctuation de sinistres (RFS)

La plupart des accords de tarification rétrospective exigent la conservation d'une partie ou de la totalité de l'excédent d'une police dans une RFS jusqu'à ce que cette dernière atteigne un certain niveau et que le versement des ristournes d'expérience ait été rajusté en conséquence. La RFS englobe les sommes que le souscripteur doit laisser en dépôt à l'assureur en cas de fluctuation des sinistres; l'assureur peut utiliser ces réserves à l'expiration de l'entente financière en cas de déficit ou dans des circonstances stipulées dans le contrat. Le montant des réserves dépend généralement de l'importance de la police, de la protection et d'autres aspects du profil de risque. L'intérêt est porté au crédit de la RFS; cette dernière ne serait jamais négative. Le fonds ne verse aucune somme au souscripteur avant la cessation de la police d'assurance collective ou son non-renouvellement. Le fonds est majoré (réduit) du nouvel excédent (déficit) d'expérience au moment de la dernière constatation. Le montant de RFS déductible aux fins de l'impôt est assujéti à certaines restrictions, qui sont décrites à la section 12.

Les RFS peuvent être groupées dans les provisions techniques et être réputées faire partie des sommes en dépôt. Ces réserves sont évaluées de la même façon que les sommes en dépôt, en tenant dûment compte du risque de taux d'intérêt (voir la section 7.6).

7.5.3 Facteurs à prendre en compte pour calculer le passif des ristournes d'expérience

Le point de départ du passif des ristournes d'expérience se situe dans la valeur estimative de l'excédent cumulé à la date d'évaluation.

Excédent cumulé

L'accord financier conclu avec le souscripteur énonce les méthodes d'évaluation du souscripteur (méthodes et hypothèses) et d'autres hypothèses de tarification rétrospective (y compris les accords d'intérêt créditeur) aux fins du calcul de l'excédent ou du déficit. La définition de l'excédent actuariel, dans le glossaire, renferme une description du mode de calcul. L'entente financière précise également le traitement des nouveaux excédents, notamment :

- le mode de partage de ces excédents entre le souscripteur et l'assureur;
- les taux croisés entre garanties, de façon que l'excédent soit d'abord porté en réduction des déficits d'autres protections;
- l'obligation de créer une RFS avant de procéder à un remboursement au souscripteur;
- l'excédent cumulé correspond donc au solde pouvant être remboursé au souscripteur.

L'excédent actuariel d'une police est habituellement calculé à la date de renouvellement de la police; si cette date ne coïncide pas avec la date d'évaluation, une estimation de l'excédent actuariel est établie pour la partie échue de l'année de la police. Il serait possible de mettre à jour l'excédent actuariel à la date d'évaluation d'après l'activité au chapitre de la police (p. ex. les primes, les sinistres) et l'entente financière avec le souscripteur (y compris l'intérêt créditeur sur le passif souscripteur et l'excédent cumulé).

Si l'excédent cumulé a été réduit d'un montant susceptible d'être ajouté à la RFS, l'ajout anticipé à la RFS serait inclus dans le passif (à titre de passif supplémentaire de ristournes d'expérience ou de rajustement de la RFS).

Rajustement de l'excédent cumulé

En théorie, le passif des ristournes d'expérience tient compte de tous les versements anticipés de ristournes d'expérience jusqu'à la fin de la période de passif, majorés des versements de ristournes d'expérience effectués après l'échéance du passif à la suite de sinistres subis avant l'échéance de cette période. Dans la pratique, le passif des ristournes d'expérience fait souvent l'objet d'une approximation par détermination rétrospective de l'excédent cumulé et d'un rajustement (le cas échéant) pour tenir compte des dispositions de l'entente financière conclue avec le souscripteur. Certains facteurs s'appliquent au calcul des rajustements pertinents, notamment :

- l'incidence de la projection des résultats techniques jusqu'à l'échéance de la période du passif des ristournes d'expérience;
- la différence entre le passif souscripteur et le passif aux états financiers;
- l'incidence de la comptabilisation après la cessation sur les versements futurs de ristournes d'expérience dans l'entente financière;
- si le souscripteur a le choix d'exiger quand bien même le remboursement de l'excédent actuariel;
- si le souscripteur peut mettre un terme à l'entente financière sans interrompre le contrat d'assurance;
- si le souscripteur peut transférer le passif des sinistres subis à un autre assureur à la cessation du contrat;
- les risques supplémentaires engendrés par l'entente financière conclue avec le souscripteur (comme les risques d'intérêts créditeurs décrits à la section 7.5.4).

Certains facteurs susmentionnés comportent une possibilité d'antisélection par le souscripteur en raison des options offertes aux termes de l'entente financière (p. ex. le droit de transférer le passif des sinistres subis à un autre assureur à la cessation du contrat). Dans la mesure où elle est importante, cette antisélection éventuelle influerait sur le passif des ristournes d'expérience, de même que sur le risque global de taux d'intérêt.

Pour les polices d'assurance collective abrogées, il convient d'établir une provision pour versement futur de ristournes d'expérience anticipé en vertu des dispositions comptables définitives de l'entente financière.

Si le passif souscripteur est supérieur au passif aux états financiers à l'égard des sinistres subis, l'écart peut entraîner des versements prévus de ristournes d'expérience après la période de passif, de même qu'un rajustement correspondant du passif des ristournes d'expérience. Habituellement, des méthodes d'approximation sont utilisées pour projeter ces versements futurs de ristournes d'expérience en raison de l'importance relative du passif et de la complexité d'un calcul exact. Sur le plan conceptuel, les versements projetés de ristournes d'expérience tiendraient compte de la réduction de l'écart entre les deux méthodes de calcul du passif et la probabilité qu'un versement de ristournes d'expérience découlerait de chaque conversion. Cette probabilité dépendrait des taux de déchéance pour des groupes de polices semblables et de la situation excédentaire ou déficitaire prévue du groupe de polices. Dans la pratique, la projection peut être effectuée globalement pour tous les groupes de polices, ou des hypothèses différentes peuvent être utilisées pour chaque groupe de polices ou pour des segments différents de blocs de polices d'assurance.

Dans la mesure où l'écart entre le passif souscripteur et le passif aux états financiers est imputable à l'utilisation d'une hypothèse moyenne de rapport sur les états et d'une hypothèse qui tient compte de certaines caractéristiques des polices d'assurance collective aux fins des rapports du souscripteur, la réduction future de l'écart n'engendrerait habituellement pas de paiement futur de ristournes d'expérience. Par exemple, les facteurs de SSND du souscripteur pourraient fluctuer selon le délai de carence de l'assurance ILD, tandis qu'un facteur moyen serait utilisé pour les rapports sur les états financiers. À lui seul, cet écart ne se traduirait habituellement pas par un rajustement du passif des ristournes d'expérience.

Si le passif aux états financiers portant sur les sinistres subis est supérieur au passif souscripteur, il ne convient habituellement pas d'effectuer un rajustement correspondant au passif des ristournes d'expérience, sauf si la réduction de l'écart peut être récupérée à même une RFS.

Pour la plupart des polices d'assurance collective, le passif des sinistres subis n'est pas réputé faire partie du processus de tarification rétrospective, de sorte que les écarts au chapitre du passif des sinistres futurs peuvent être ignorés dans le calcul du passif des ristournes d'expérience. Cependant, pour certaines polices d'assurance collective comportant un important passif de sinistres futurs, ce dernier peut représenter un élément de l'entente financière. Un exemple type réside dans les régimes d'assurance-crédit à prime simple prévoyant la tarification rétrospective. Pour ces polices d'assurance collective, l'incidence de l'écart entre le passif souscripteur et le passif aux états financiers à l'égard des sinistres futurs sur les ristournes d'expérience futures serait prise en compte de la façon décrite ci-dessus au sujet des écarts relatifs au passif des sinistres subis.

Un passif négatif des ristournes d'expérience n'est admis que si l'assureur conserve un autre passif pour l'assurance collective et qu'il détient un droit contractuel de réduire ce passif pour compenser le déficit. Ce passif engloberait les RFS ou les sommes en dépôt pour lesquelles le souscripteur a signé une entente qui permet à l'assureur d'avoir accès à ses dépôts afin de couvrir les déficits; en outre, le souscripteur possède un droit restreint pour le retrait de ce montant.

7.5.4 Intérêts créditeurs pour l'assurance collective à tarification rétrospective

Dans le cadre de certaines ententes financières en assurance collective à tarification rétrospective, l'intérêt créditeur se rapportant au passif souscripteur est associé à un taux d'intérêt externe qui diffère du taux d'intérêt d'évaluation propre au passif souscripteur proprement dit. Par exemple, l'intérêt peut être créditeur en fonction du taux appliqué aux obligations à cinq ans, tandis que la durée habituelle du passif des sinistres d'assurance ILD dépasse la durée des obligations à cinq ans. L'écart de taux d'intérêt influencerait sur les versements de ristournes d'expérience futures toutes les fois où l'intérêt créditeur se rapportant au passif souscripteur diffère de la composante d'intérêt du changement au titre du passif souscripteur.

Si le taux d'intérêt en vigueur porté au crédit du passif à l'égard d'une police à tarification rétrospective du souscripteur est supérieur au taux d'intérêt d'évaluation utilisé pour calculer le passif souscripteur, un passif supplémentaire de ristourne d'expérience peut être requis. Par exemple, si le fondement de l'intérêt créditeur à l'égard d'une police à tarification rétrospective correspond au taux d'intérêt d'un CPG d'un an, qui fluctue à chaque année de la police, des actifs sont investis pour concorder avec les flux monétaires des prestations, et si les taux d'intérêt ont augmenté au cours des dernières années, le taux de l'intérêt porté au crédit du souscripteur pourrait être plus élevé que le taux d'intérêt d'évaluation. Le passif des ristournes d'expérience projeté à la fin de la période visée par le passif tiendrait directement compte de ce coût.

Dans certaines situations, un taux d'intérêt créditeur est garanti pour une période qui dépasse la durée du passif; par exemple, une police renouvelée une fois l'an, mais dont le taux d'intérêt créditeur garanti est renouvelé aux cinq ans. Dans ce cas, si les taux d'intérêt garantis pour les cinq prochaines années dépassent le taux d'intérêt d'évaluation utilisé pour calculer le passif souscripteur, la provision tenant compte du coût de la garantie d'intérêt serait intégrée au passif des ristournes d'expérience.

En outre, lorsque les taux d'intérêt créditeur évoluent de façon différente des taux d'intérêt sur l'actif, il en découle un risque de taux d'intérêt après la période d'application du passif se rapportant aux sinistres pris en compte dans l'évaluation (c'est-à-dire les sinistres subis avant la fin de la période visée par le passif).

Si le risque est important, une provision serait intégrée directement à la vérification du scénario de taux d'intérêt de la MCAB ou elle serait estimée de façon raisonnable.

Si le risque a été atténué en appliquant un taux d'intérêt créditeur au passif des sinistres qui évolue parallèlement au taux d'intérêt obtenu sur l'actif qui appuie ce passif, cet élément de risque de taux d'intérêt pourrait être négligeable. De même, si le taux d'intérêt d'évaluation utilisé pour calculer le passif souscripteur et le taux d'intérêt créditeur sont modifiés d'après la date de survenance, et que le passif souscripteur correspond au total du passif établi selon les PCGR, ce volet du risque de taux d'intérêt serait vraisemblablement négligeable.

7.6 Passif lié aux sommes en dépôt

Les sommes en dépôt représentent habituellement l'excédent souscripteur à verser, y compris l'intérêt, à la date de l'évaluation. L'assureur ne possède habituellement pas de droit contractuel d'accès à ces fonds pour couvrir les fluctuations au niveau des sinistres.

Si des taux d'intérêt à court terme du marché sont portés au crédit du compte et que ce dernier est appuyé par des actifs à court terme à rendement supérieur et de durée semblable, il n'est généralement pas nécessaire de vérifier le scénario de taux d'intérêt, et le solde du compte représente habituellement la valeur pertinente du passif. Dans les autres cas, ou s'il existe des garanties de taux d'intérêt, les flux monétaires rattachés aux sommes en dépôt seraient intégrés à la vérification du scénario de taux d'intérêt pour déterminer la provision pertinente à l'égard du risque de taux d'intérêt. Si le souscripteur peut retirer les sommes ainsi déposées sans devoir en rajuster la valeur marchande, cette option serait envisagée pour déterminer le niveau global du risque de taux d'intérêt.

7.7 Facteurs liés aux frais

La section 7.2.6 de l'ébauche des normes à l'intention des assureurs vie renferme des facteurs généraux devant faciliter l'élaboration d'hypothèses liées aux frais.

Les frais relatifs aux sinistres englobent le coût d'administration et de règlement des sinistres et ils sont projetés à la fin de la période d'indemnisation. À ce titre, notons le coût des traitements prodigués par un médecin spécialiste et les frais de réadaptation de même que les frais généraux connexes.

Les frais d'administration généraux englobent le coût de la souscription, de l'administration, de la rémunération des vendeurs et les frais généraux et ils sont projetés à l'échéance du passif.

Un taux d'inflation conforme au scénario de taux d'intérêt est généralement appliqué aux frais selon le type de police à l'intérieur des flux monétaires futurs.

Pour certaines polices d'assurance collective, des tiers administrateurs offrent des services administratifs. Dans ce cas, les services rendus par l'assureur peuvent varier de temps à autre et peuvent influencer sur les coûts unitaires. Les frais unitaires sont parfois calculés selon le type de service d'administration (régime administré par l'assureur, régime autogéré ou régime administré par un tiers) et sont parfois répartis selon une moyenne entre tous les souscripteurs.

Il peut exister des écarts entre les frais réels assumés par l'assureur et ceux pris en compte explicitement dans les frais inclus dans l'entente financière (frais imposés au client). Les frais sont habituellement assujettis à des facteurs de marketing et de concurrence; par conséquent, des hypothèses d'évaluation sont établies à l'écart des frais de retenue.

Les frais d'administration des sinistres exprimés en pourcentage des prestations peuvent fluctuer selon la durée de la police et cet élément peut être constaté dans les flux monétaires du passif pour les personnes invalides. Règle générale, les frais liés aux nouveaux sinistres d'invalidité sont beaucoup plus élevés que pour les ayants droit affligés d'une invalidité depuis un certain nombre d'années. Il est également important de veiller à ce que les frais unitaires d'évaluation tiennent compte des frais réels prévus parce que le fondement utilisé pourrait ne pas correspondre aux facteurs réels de calcul des frais. Par exemple, si l'hypothèse de frais d'administration des sinistres était exprimée en pourcentage du montant de prestations amputé de la réduction des prestations, une variation du niveau de réduction des prestations influencerait sur le montant des frais de sinistres à l'intérieur de l'évaluation.

8. RECOUVREMENT DU DÉFICIT

À un moment donné, une police à tarification rétrospective peut cumuler un déficit. Par définition, le déficit cumulé représente un solde négatif de résultats techniques du souscripteur réduit des fonds que l'assureur peut compenser en vertu d'un droit contractuel. Ce déficit cumulé peut être recouvré en tout ou en partie. Le passif des sinistres futurs et le passif des ristournes d'expérience englobent tous les montants disponibles pendant la durée du passif aux fins de recouvrement des déficits. Selon les PCGR, la partie du déficit qui peut être recouvrée à partir des marges sur prime au-delà de l'échéance du passif doit être comptabilisée à titre d'actif au bilan et non sous forme de réduction du passif des polices.

Même si à titre d'actif, le déficit recouvrable ne fait pas partie du passif des polices, l'actuaire doit vérifier le caractère recouvrable de l'actif à partir des marges futures. Les critères de constatation des déficits recouvrables doivent être analysés et examinés avec le comptable.

Aux fins du calcul du montant du déficit réputé recouvrable, il faudrait tenir compte des facteurs particuliers suivants :

- le contrat peut accorder à l'assureur un droit de recouvrement du déficit, annuellement ou à la cessation du régime. Malgré ce droit, l'actuaire doit tenir compte de la solvabilité du souscripteur, sauf s'il existe une lettre de crédit ou une autre garantie;
- des conventions peuvent permettre d'autoriser l'imposition de frais explicites de recouvrement d'un déficit à partir des primes futures. Même si de tels frais n'existent pas, il se peut que les marges excédentaires de primes soient suffisantes pour recouvrer une partie ou la totalité du déficit. La vérification de la suffisance des primes aurait pour but de veiller à ce que ces marges soient disponibles pour recouvrer les déficits;
- la continuité anticipée des polices d'assurance collective déficitaire;
- la supposition de recouvrement de déficits à partir de l'augmentation anticipée du taux futur ou de versements forfaitaires exige la preuve d'intention précise du souscripteur d'accepter ces frais. La qualité de la relation avec le souscripteur pourrait représenter un facteur important;
- les résultats techniques portant sur les montants calculés au départ comme recouvrables et par la suite comme des recouvrements réels. Cependant, la concentration des déficits dans quelques polices pourrait signifier que les résultats techniques représentent un indice peu fiable des résultats techniques futurs;
- la taille du déficit par rapport à l'ensemble des primes et la période probable de recouvrement requise;
- la libération anticipée de provisions pour écarts défavorables ne constitue pas une source convenable de recouvrement des déficits selon les PCGR;
- si le déficit cumulé du souscripteur est inférieur à la perte réalisée jusqu'à présent dans les états financiers, le déficit recouvrable se limiterait généralement au déficit souscripteur;
- il faut veiller à éviter le double comptage des marges pour primes futures, par exemple les marges utilisées pour recouvrer l'actif du coût d'acquisition reporté;
- les recouvrements auprès des réassureurs peuvent influencer sur le montant net du déficit à recouvrer.

L'annexe 2 renferme certains exemples de calcul de l'actif aux fins du recouvrement d'un déficit dans diverses situations. Dans ces exemples, le déficit à recouvrer est exprimé en pourcentage du déficit lié aux résultats techniques. Cette méthode pourrait présenter une faiblesse : elle ne tient pas directement compte de la taille du déficit par rapport à l'ensemble des primes et à la période probable de recouvrement requise. Une démarche plus directe consiste à calculer une partie recouvrable du déficit exprimée en pourcentage des primes annuelles. Cette méthode limite de façon plus réaliste le montant à recouvrer, plus particulièrement dans le cas de polices présentant un imposant déficit.

9. SERVICES DE GESTION SEULEMENT (SGS)

D'après l'ébauche de normes à l'intention des assureurs-vie, la durée du passif pour un contrat de SGS serait généralement nulle, d'où un passif nul. Cependant, si les frais ont été garantis par l'assureur, l'actuaire doit vérifier le passif pour une durée prolongée correspondant à la période de garantie et, s'il en découle un passif plus important, la durée du passif doit également être prolongée. Ainsi, dans la mesure où les frais garantis sont insuffisants pour pourvoir aux frais futurs prévus plus la MÉD, un passif serait établi pour insuffisance de frais futurs.

Si un contrat de SGS prévoit une garantie d'excédent de pertes ou un autre type de protection et que le risque est transféré à l'assureur, il faudra établir un passif si le coût prévu des prestations plus la prévision pour écarts défavorables sont supérieurs aux primes garanties pour la protection.

Même lorsque le passif est supérieur à zéro, il subsiste habituellement un risque minime de taux d'intérêt dans les contrats de SGS; si tel est le cas, les flux monétaires peuvent raisonnablement ne pas être pris en compte dans la vérification du scénario de taux d'intérêt de la MCAB.

10. EXCÉDENT DE PERTES

La protection contre l'excédent de pertes vise généralement à limiter le risque de pertes pour le souscripteur à l'égard d'une police administrée par lui-même, par l'assureur ou par un tiers. Les modalités de la protection peuvent comprendre une provision pour ristournes d'expérience et recouvrement de déficits futurs.

Un passif pour sinistres futurs représente l'excédent du coût prévu des sinistres en excédent de pertes subis pendant la durée du passif (y compris le règlement de sinistres qui peuvent survenir après la période visée par le passif) plus une provision pour écarts défavorables sur la valeur actualisée des primes garanties pour la protection en excédent de pertes. Un passif pour SSND pourrait également devoir être calculé pour prévoir les sinistres liés aux primes déjà perçues.

Les contrats en excédent de pertes comportent habituellement un très faible risque de taux d'intérêt, de sorte que les flux monétaires peuvent raisonnablement ne pas être pris en compte dans la vérification du scénario de taux d'intérêt de la MCAB.

11. FRAIS D'ACQUISITION REPORTÉS (FAR)

Le report des frais d'acquisition est décrit à la section 4.9 de l'ébauche de normes à l'intention des assureurs-vie. Les PCGR permettent aux FAR de tenir compte du fait que certaines dépenses déjà assumées peuvent être recouvrées à partir de recettes futures. Dans le cas de polices d'assurance à long terme, toutes les recettes futures sont déjà prises en compte dans le passif des polices, de sorte qu'il ne conviendrait pas de calculer les FAR de façon distincte. Cependant, si la durée du passif pour sinistres futurs est courte, comme c'est habituellement le cas pour l'assurance collective, des recettes futures prévues pourraient ne pas être prises en compte dans le passif des polices; il conviendrait alors d'établir un actif pour les FAR. La possibilité d'établir un actif de FAR et le calcul du montant nécessaire requièrent une analyse et une discussion avec le comptable.

Les frais d'acquisition engagés constituent le point de départ du calcul de l'actif des FAR. Les FAR sont amortis à mesure que les recettes disponibles sont reçues. Selon l'ébauche de normes à l'intention des assureurs-vie, l'actuaire doit vérifier explicitement le caractère recouvrable de l'actif des FAR. Bien que les PCGR ne limitent pas de façon restrictive le type de recettes pouvant être utilisées à cette fin, l'actuaire doit faire preuve de jugement pour en déterminer le caractère recouvrable dans le cadre de l'évaluation. Par exemple, la libération anticipée de provisions pour écarts défavorables ne constitue pas une source convenable de recouvrement.

Règle générale, il doit exister un certain lien entre la source du recouvrement et la dépense initiale; par exemple, seules les recettes futures portant sur les mêmes polices d'assurance collective sont habituellement réputées disponibles aux fins du recouvrement des FAR d'une police d'assurance collective. S'il doit déterminer un actif pour les FAR, l'actuaire doit tenir compte des facteurs suivants :

- la mesure dans laquelle le recouvrement des FAR est déjà pris en compte dans le passif des sinistres futurs. La durée du passif pour sinistres futurs est inversement proportionnelle à l'ampleur des marges servant à recouvrer les FAR;
- les marges bénéficiaires disponibles à l'égard des primes futures (après provision pour écarts défavorables). Il faut éviter le double comptage des marges pour primes futures, par exemple les marges utilisées pour recouvrer des déficits;
- la continuité anticipée des polices;
- une démarche simple et prudente est habituellement suffisante.

12. FACTEURS D'ORDRE FISCAL

La section 7.2.8 de l'ébauche de normes à l'intention des assureurs-vie décrit le traitement réservé à l'impôt sur le revenu dans l'évaluation. Lorsqu'il projette les flux monétaires de l'actif et du passif, l'actuaire établit des hypothèses explicites concernant l'impôt futur dans les situations où il existe un écart futur permanent ou un écart temporaire existant et futur entre les valeurs inscrites aux états financiers et les valeurs fiscales. La prise en compte du passif et/ou de l'actif fiscal futur dans le passif des polices constitue une réserve suffisante pour l'impôt futur.

Dans le cas du passif en assurance-ILD et d'autres formes d'assurance de personnes, lorsque la valeur fiscale des provisions aux termes de l'impôt du Canada correspond habituellement à 95 % de la valeur inscrite aux états financiers, il y a lieu de s'attendre à un montant important de pertes fiscales futures à mesure que fond l'écart entre les provisions fiscales et les provisions inscrites aux états financiers. Selon l'ébauche de normes à l'intention des assureurs-vie, l'actuaire ne doit utiliser les pertes fiscales futures pour réduire le passif que si les prestations découlant de ces pertes fiscales sont recouvrables (selon l'évaluation) à même les ressources de l'assureur d'après la situation fiscale projetée de la société en général. Si la capacité de tirer profit des pertes fiscales futures est incertaine, il conviendrait d'établir une marge pour écarts défavorables.

En outre, au Canada, la réglementation fiscale peut entraîner des écarts entre les valeurs inscrites aux états financiers et les valeurs fiscales; par exemple :

- l'imposition de certaines catégories d'actif diffère de la comptabilité fondée sur les valeurs inscrites aux états financiers. À titre d'exemple, mentionnons l'imposition des actions à la valeur du marché et la comptabilisation selon les valeurs fiscales ou les valeurs inscrites aux états financiers dans le cas des gains sur obligations et sur prêts hypothécaires réalisés avant 1995;
- le passif de l'assurance-vie libérée et celui de l'assurance-crédit émise avant 1996 comportent un passif fiscal déterminé qui diffère habituellement des valeurs inscrites aux états financiers.
- le passif des rentes de survie ou de l'exonération de primes à l'égard de sinistres subis avant 1996 comporte un passif fiscal déterminé;
- le passif des polices d'assurance-vie individuelle émises avant 1996 en vertu d'une police d'association comporte un passif fiscal déterminé;
- l'Agence des douanes et du revenu du Canada limite le montant qui peut être déduit pour une RFS. Règle générale, ce montant se limite à 25 % des primes annuelles en vertu de la police.

En outre, des différences entre le passif établi selon les valeurs fiscales et celui fondé sur les valeurs inscrites aux états financiers peuvent découler de l'acquisition de polices; il peut également exister des écarts futurs permanents ou des écarts temporaires existants et futurs entre les PCGR au Canada et les valeurs fiscales étrangères à l'égard de l'actif et du passif découlant des polices souscrites à l'étranger.

13. RÉASSURANCE CÉDÉE

L'on a fréquemment recours à la réassurance en assurance collective de personnes. Bien que de nombreuses opérations de réassurance soient très spécialisées, la plupart comportent des éléments de coassurance, de coassurance modifiée, de réassurance en quote-part et de réassurance d'excédent de risque.

Dans le cadre d'accords de coassurance, l'assureur cède une partie de ses affaires à au moins un réassureur. Chaque réassureur établit un passif pour sa fraction des affaires. L'assureur doit verser au souscripteur les prestations prévues au contrat. Dans un accord de coassurance modifiée, l'assureur cède une partie de ses affaires à d'autres assureurs, mais inscrit dans ses propres comptes le passif des polices et les actifs connexes.

Dans un accord de réassurance en quote-part, plusieurs assureurs souscrivent des affaires et chacun établit séparément le passif connexe.

Dans un accord de réassurance d'excédent de risque, la couverture des montants qui dépassent le plein de conservation de l'assureur est cédée à un réassureur, qui détient le passif connexe.

Les sections 6.4.5 et 7.2.11 de l'ébauche de normes à l'intention des assureurs-vie renferment des détails sur le traitement de la réassurance aux fins de l'évaluation.

Les recouvrements provenant d'un réassureur sont fonction de la solvabilité continue de ce dernier. La section 6.4.5 de l'ébauche de normes à l'intention des assureurs-vie décrit les facteurs à prendre en compte pour déterminer s'il est raisonnable de constater la totalité du montant faisant l'objet du recouvrement de réassurance.

Dans un accord de coassurance, l'assureur ne maintient pas d'actif pour garantir l'excédent sur le passif net. L'ébauche de normes à l'intention des assureurs-vie reconnaît que dans ce cas, la MCAB ne peut être appliquée de façon stricte. L'actuaire peut utiliser n'importe quelle méthode d'évaluation du passif brut qui donnera des résultats raisonnables par rapport au passif net. Par exemple, un ensemble de taux d'intérêt calculés afin de reproduire le passif net conformément à la méthode de la prime de police (MPP) pourra servir à déterminer le passif brut conformément à la MPP.

14. QUESTIONS INTERNATIONALES

Les souscripteurs d'assurance collective peuvent mener des affaires dans plusieurs pays, ce qui signifie que l'assurance qu'ils souscrivent au Canada peut couvrir certains de leurs employés qui résident à l'étranger. Il peut y avoir mise en commun du risque englobant plusieurs pays, notamment dans le cas d'une police d'assurance-vie souscrite pour des assurés résidant dans différents pays. L'ébauche de normes à l'intention des assureurs-vie renferme des détails concernant de nombreuses questions ayant une dimension internationale; entre autres, la section 6.3 porte sur les taux d'intérêt étrangers et la section 7.3, sur certains facteurs liés à la projection des flux monétaires de l'actif étranger.

Il peut également exister un écart futur permanent ou un écart temporaire existant et futur entre les valeurs fiscales étrangères et les PCGR au Canada à l'égard de l'actif et du passif se rapportant à des polices souscrites à l'étranger (voir la section 12).

Voici d'autres points dont il faut tenir compte :

- la quantité limitée de données sur les résidents étrangers;
- le risque social ou politique pouvant exister hors de l'Amérique du Nord;
- le contexte fiscal et juridique dans le pays de résidence de l'assuré;
- pour l'assurance-maladie, l'accès à des programmes d'assurance-maladie financés par les administrations publiques locales.

15. ACQUISITION D'UN BLOC D'AFFAIRES

Un assureur peut acquérir d'un autre assureur un bloc d'affaires comportant un important passif pour polices. Le bloc peut présenter des caractéristiques très différentes des affaires de l'assureur (p. ex. données démographiques relatives aux employés, garanties énoncées dans les contrats, valeurs fiscales, réseau de distribution, politique d'investissement, méthode de souscription, structure de frais, etc.). Par conséquent, les hypothèses et méthodes utilisées par l'assureur pour évaluer ses propres affaires peuvent ne pas convenir pour le bloc d'affaires acquis.

Le libellé de l'accord d'acquisition, les déclarations et rapports produits aux fins de l'impôt ou conformément à la législation applicable, les études actuarielles, les ententes financières, les contrats d'assurance, les rapports d'investissement et le plan de l'assureur concernant le bloc d'affaires acquis offrent un contexte favorable aux fins de l'élaboration d'hypothèses et de méthodes d'évaluation.

Les méthodes et hypothèses d'évaluation de l'assureur précédent constituent un point de départ raisonnable aux fins de l'évaluation. Cependant, le changement au chapitre du contrôle peut influencer sur les prévisions futures, par exemple :

- en vertu de certains accords d'acquisition, les prestations peuvent fluctuer;
- l'assureur prenant peut s'attendre à une réduction à long terme des frais unitaires si les systèmes, les fonctions administratives et le personnel chargé des affaires acquises sont intégrés. L'ébauche de normes à l'intention des assureurs-vie renferme des détails sur la prise en compte des tendances prévues dans le cadre de l'évaluation;
- le changement de contrôle peut avoir des répercussions au chapitre du maintien en vigueur des contrats, ce qui aura en retour un effet sur la capacité de recouvrement des déficits et sur les FAR;
- le changement de contrôle aura généralement des effets sur les valeurs fiscales;
- les changements résultant de l'intégration des procédures et des systèmes peuvent avoir des conséquences au niveau des résultats techniques, par exemple, le délai d'approbation des sinistres peut changer au fil de l'intégration des procédures administratives et des systèmes. Il se peut également que les taux de cessation relatifs aux sinistres ILD et aux exonérations de primes changent si l'assureur adopte d'autres procédures d'administration et de règlement, ou si le bloc d'affaires acquis devient plus petit et que la composition des affaires change;
- la modification de la politique d'investissement et de la procédure d'appariement de l'actif et du passif peut influencer sur le rendement attendu des investissements et sur les marges à utiliser.

Il peut convenir de commencer par les méthodes et hypothèses de l'assureur prenant avec des ajustements pour tenir compte des différences entre les blocs d'affaires. Voici certains facteurs à prendre en compte :

- la structure des groupes à l'intérieur des deux blocs, selon le secteur d'activité ou d'autres caractéristiques peuvent influencer sur les résultats techniques;
- le bloc d'affaires acquis peut avoir été souscrit selon des modalités différentes de celles appliquées par l'assureur dans le cadre de ses autres affaires. Par exemple, l'incidence de la différence entre le passif souscripteur et celui des états financiers sur le passif des ristournes d'expérience peut fluctuer;
- le bloc d'affaires acquis peut avoir été vendu sur un réseau de distribution que l'assureur connaît peu. Les caractéristiques différentes du réseau de distribution pourraient influencer sur les hypothèses d'évolution prévue.

Au fil de l'évolution des systèmes et des procédures administratives, les données d'évaluation deviendront peut-être incomplètes et inexactes. L'actuaire serait bien avisé d'adopter une procédure de vérification spéciale afin d'assurer un suivi des données d'évaluation lors de l'acquisition et durant tout le processus d'intégration des systèmes et des procédures administratives.

ANNEXE 1 – GLOSSAIRE

Assurance-maladie complémentaire et assurance-médicale

- diverses expressions utilisées pour désigner des protections d'assurance-maladie.

Comptabilisation sans tarification rétrospective

- police entièrement assurée ou police d'assurance à tarification prospective.

Convention de non-responsabilité ou contrat à revenu garanti

- bon nombre d'assureurs ne font pas de distinction entre ces deux expressions, mais dans la présente note, l'expression « convention de non-responsabilité » désigne une convention dans laquelle le souscripteur « assume » certaines responsabilités (en général à l'égard des SSND), tandis que le « contrat à revenu garanti » prévoit le remboursement de tous les déficits futurs.

Crédibilité

- mesure de la validité des résultats techniques antérieurs en assurance collective comme indice des résultats futurs. La crédibilité est fonction de la taille du groupe de souscripteurs et de la fréquence des sinistres.

Délai de carence

- appelé également période d'attente ou période probatoire;
- dans le présent document, le délai de carence correspond à la période qui débute à la date d'invalidité et se termine à la date où le premier versement devient payable ou à la date où l'exonération de primes entre en vigueur.

Entente financière, accord de tarification rétrospective, accord de souscription, entente de ristourne d'expérience

- document précisant les dispositions financières de l'entente de ristourne d'expérience, telle que conclue entre l'assureur et le souscripteur. Cette entente peut également contenir des précisions quant aux pratiques recommandées aux fins du calcul du taux de renouvellement. Bien qu'il s'agisse habituellement d'une entente complémentaire au contrat d'assurance, celle-ci peut être intégrée au contrat d'assurance. L'expression « entente financière » a été utilisée dans la présente note éducative.

Excédent actuariel (déficit, dans le cas d'un montant négatif)

- excédent :
 - des primes, plus intérêt à l'égard des soldes et des flux monétaires du passif des souscripteurs sur
 - les sinistres réglés, plus les dépenses et autres frais, plus l'augmentation du passif souscripteur (pour les sinistres subis et parfois les sinistres futurs);
- tous les éléments sont déterminés d'après les règles de tarification rétrospective dans l'entente financière. Par exemple, en cas de mise en commun, les sinistres réglés et le passif souscripteur ne tiendraient pas compte des montants groupés et les frais de mise en commun seraient inclus dans les « autres frais ».

Fonds ou réserve pour les fluctuations de sinistres, fonds ou réserve de stabilisation des sinistres, fonds ou réserve de stabilisation des primes :

- l'expression « Réserve pour fluctuation de sinistres (RFS) » est utilisée dans la présente note. Les RFS sont décrites à la section 7.5.2.

Indemnité hebdomadaire

- également désignée « invalidité de courte durée ».

Mise en commun de l'excédent de pertes, des sinistres de nature catastrophique et des montants élevés

- expressions utilisées pour décrire les divers mécanismes de mise en commun pouvant servir à réduire le risque souscripteur dans le cas d'un contrat d'assurance à tarification rétrospective ou d'un contrat de SGS (voir les sections 5 et 10);
- l'excédent de pertes global permet de mettre en commun le montant total des sinistres d'un groupe de polices tandis que l'excédent de pertes met en commun l'excédent de chaque sinistre par rapport à un certain montant.

Mise en commun du risque de catastrophe

- voir la section portant sur la Couverture de l'excédent de pertes ci-dessous.

Passif des sinistres subis

- somme du passif des sinistres déclarés et du passif des sinistres subis mais non déclarés;
- représente le passif de tous les sinistres subis avant la date d'évaluation.

Période d'attente

- peut également être désignée « période probatoire »;
- dans le présent document, il s'agit de la période qui précède la date à laquelle le participant a droit à des prestations dans le cadre d'une assurance collective de personnes.

Prime minimale

- également désignée SGS à provisionnement mixte et couverture l'excédent de pertes tarifée selon les résultats techniques;
- les régimes de SGS prévoient le remboursement des sinistres réglés, à concurrence d'un seuil donné; les sinistres en sus donnent lieu à une tarification selon les résultats techniques.

Prime non acquise

- prime payée avant la date d'évaluation à l'égard d'une période devant se dérouler après cette date.

Provision fiscale

- valeur fiscale du passif, selon la définition de la *Loi de l'impôt sur le revenu* (Canada) et de la *Loi sur les impôts* (Québec).

Ratio de pertes subies

- le ratio de pertes représente un coefficient de sinistres subis (sinistres réglés, plus augmentation du passif des sinistres subis) rajusté au titre de l'intérêt lorsque le passif porte intérêt (p. ex. assurance ILD, exonération de primes), divisé par les primes acquises (primes versées moins augmentation des primes non acquises);
- la définition peut varier d'un assureur à l'autre, mais il s'agit d'une démarche fréquemment utilisée.

Régime autogéré

- régime d'assurance collective en vertu duquel le souscripteur assure la tenue de comptes et calcule la prime d'après ses propres données de recensement.

Rente de survie

- autre appellation qui désigne les « prestations de survivant ».

Réserve pour assuré invalide (RAI)

- autre appellation du passif des sinistres d'ILD déclarés.

Ristourne d'expérience ou dividende

- dans le présent document, l'expression « ristourne d'expérience » est utilisée;
- la ristourne d'expérience représente le versement de l'excédent au souscripteur dans le cas de la tarification rétrospective, où l'excédent est calculé d'après une entente financière entre l'assureur et le souscripteur.

SGS

- Services de gestion seulement – convention en vertu de laquelle le souscripteur assume le coût des sinistres et des frais convenus.

Tarifé selon les résultats techniques

- expression utilisée pour décrire les polices à l'égard desquelles les antécédents du groupe sont utilisés pour calculer les primes ou les remboursements;
- dans la présente note, on utilise l'expression « tarification prospective » pour décrire des groupes assujettis à la tarification selon les résultats techniques aux fins du processus de calcul des primes, mais qui ne sont pas admissibles à des remboursements;
- dans la présente note, on utilise l'expression « tarification rétrospective » pour les groupes admissibles à des ristournes d'expérience d'après leurs résultats techniques rétrospectifs.

Tiers administrateur

- autre entité chargée de gérer les clauses d'un contrat et peut-être le versement des prestations;
- l'assureur doit assumer un risque supplémentaire relatif à l'intégrité des données et à la réception de renseignements en temps opportun.

ARCHIVÉ

ANNEXE 2 – EXEMPLES

Nota : dans tous les exemples ci-dessous, le passif de l'assureur selon les états financiers correspond au passif établi en vertu des PCGR.

Comptabilisation des ristournes d'expérience

Exemple 1a) – Passif en fonction des PCGR au Canada inférieur au passif souscripteur comportant un excédent cumulé

Information

Les renseignements qui suivent s'appliquent à une police d'assurance collective d'envergure moyenne entièrement tarifée selon les résultats techniques. Pour simplifier la présentation, la police d'assurance collective ne porte que sur l'ILD, sans disposition ni garantie spéciale.

	31 décembre 1999
Passif des sinistres subis en assurance ILD – selon le passif souscripteur	600 000
Passif des sinistres subis en assurance ILD – selon les PCGR au Canada	500 000
Réserve pour fluctuation de sinistres (RFS)	400 000
Excédent cumulé au 31 décembre 1999	100 000

Bilan selon les PCGR au Canada

Les renseignements ci-dessus se traduiraient par les écritures de bilan suivantes :

Bilan	Poste	31 décembre 1999
Passif	Réserve pour fluctuation de sinistres (note 1)	400 000
Passif	Passif des sinistres subis en assurance ILD (note 2)	500 000
Passif	Ristournes d'expérience (notes 3, 4, 5)	175 000
RÉSULTAT NET	PASSIF NET AU BILAN	1 075 000

Notes :

- La RFS est comptabilisée à titre d'élément du passif au 31 décembre 1999.
- Le passif des sinistres subis en assurance ILD correspond au passif selon les PCGR à l'égard des sinistres déclarés, plus le passif des SSMD.
- L'excédent au 31 décembre 1999, c'est-à-dire 100 000 \$, produit un élément du passif des ristournes d'expérience.
- Le passif des ristournes d'expérience serait rajusté pour tenir compte de l'incidence de la différence de 100 000 \$ entre le passif souscripteur et le passif selon les PCGR à l'égard des sinistres subis. L'assureur prévoit verser aux assurés invalides une somme totale de 500 000 \$, y compris une provision pour écarts défavorables. Le solde du passif souscripteur, c'est-à-dire 100 000 \$, devrait constituer un excédent futur dont une partie sera retournée au souscripteur sous forme de ristournes d'expérience futures. D'après l'évaluation globale des polices d'assurance collective excédentaires, la valeur actualisée des ristournes d'expérience prévues correspond à 75 % (y compris les marges) de l'écart entre le passif souscripteur et le passif selon les PCGR. Par conséquent, le passif des ristournes d'expérience est majoré de 75 000 \$ pour atteindre 175 000 \$.
- La partie de l'écart du passif devant prendre la forme de ristournes d'expérience dépend du motif de l'écart (voir la section 7.5.3). Par exemple, si l'écart repose en grande partie sur l'utilisation de taux de cessation propres au souscripteur pour les rapports souscripteur et de taux de cessation moyenne pour les rapports fondés sur les PCGR, le rajustement convenable du passif des ristournes d'expérience serait beaucoup moindre. Des facteurs semblables s'appliquent aux autres exemples de la présente section.

Exemple 1b) – Passif selon les PCGR au Canada inférieur au passif souscripteur comportant un déficit cumulé supérieur au total de la RFS et de l'excédent du passif souscripteur sur le passif selon les PCGR

Information

Le présent exemple est semblable à l'exemple 1a, sauf que l'assurance collective est déficitaire plutôt qu'excédentaire.

	31 décembre 1999
Passif des sinistres subis en assurance ILD – selon le passif souscripteur	600 000
Passif des sinistres subis en assurance ILD – selon les PCGR au Canada	500 000
Réserve pour fluctuation de sinistres (RFS)	400 000
Excédent cumulé au 31 décembre 1999	(584 000)
Recouvrement estimatif du déficit à l'égard des montants non garantis (note 3)	50 %

Bilan selon les PCGR au Canada

Les renseignements ci-dessus se traduiraient par les écritures de bilan suivantes :

Bilan	Poste	31 décembre 1999
Passif	Réserve pour fluctuation de sinistres	400 000
Passif	Passif des sinistres subis en assurance ILD	500 000
Passif	Ristournes d'expérience (notes 1, 2)	(400 000)
Actif	Déficit recouvrable (notes 3, 4)	33 600
RÉSULTAT NET	PASSIF NET AU BILAN (diminué de l'actif)	466 400

Notes :

- Un passif négatif au titre des ristournes d'expérience est établi dans la mesure où le déficit peut être recouvré à partir de la RFS. Puisque l'assurance a accès à la totalité de la RFS, un passif initial de ristournes d'expérience (400 000) \$ est comptabilisé.
- Le passif de ristournes d'expérience est rajusté pour tenir compte de l'incidence de l'écart de 100 000 \$ entre le passif souscripteur et le passif selon les PCGR à l'égard des sinistres subis. La réduction de l'écart devrait engendrer un excédent futur qui permettra de recouvrer une partie du déficit cumulé. À partir de la vérification globale de toutes les polices d'assurance collective déficitaires, c'est-à-dire que le déficit de l'exercice en cours est supérieur à la RFS totale, plus l'excédent du passif souscripteur sur le passif calculé selon les PCGR, il est prévu que la réduction de l'écart au chapitre du passif n'entraînera pas de remboursement futur, mais qu'elle diminuera plutôt le déficit cumulé. Par conséquent, aucun rajustement du passif des ristournes d'expérience n'est requis et le passif total au titre des ristournes d'expérience s'établit à (400 000) \$.
- Dans le présent exemple, une fraction de 400 000 \$ du déficit cumulé devrait être recouvrée par la RFS (note 1) et une autre tranche de 100 000 \$ devrait être recouvrée à partir de la réduction de l'écart entre le passif souscripteur et le passif calculé selon les PCGR (note 2). Une partie du solde du déficit « non garanti » de 84 000 \$ peut être recouvrée à même les marges de tarification futures sur les polices d'assurance collective et elle peut être comptabilisée à titre d'actif au bilan.

D'après les résultats techniques recueillis pour l'assurance collective se trouvant dans une même situation et selon les marges de primes futures prévues, l'actuaire a déterminé qu'il est possible de recouvrer 50 % de l'encours du déficit non garanti. Ce pourcentage est réduit de 20 % pour tenir compte d'une marge pour écarts défavorables. Par conséquent, un actif de 33 600 \$ correspondant à 40 % de l'encours du déficit non garanti est inscrit au bilan.

- La taille de la marge dépend de la situation du régime d'assurance et elle peut être supérieure ou inférieure aux 20 % utilisés dans le présent exemple. L'un des principaux facteurs utilisé pour calculer cette marge réside dans la fiabilité et l'applicabilité des renseignements historiques servant à établir la probabilité de recouvrement du déficit. Il se peut que les résultats techniques antérieurs ne représentent pas un indicateur fiable des résultats techniques futurs.

	<i>Garanti par la RFS</i>	<i>Garanti par l'écart entre le passif souscripteur et le passif selon les PCGR</i>	<i>Déficit non garanti</i>	<i>Total</i>
(1) Encours du déficit	400 000	100 000	84 000	584 000
(2) Probabilité de recouvrement	100 %	100 %	50 %	
(3) Prévision de recouvrement du déficit = (1) x (2)	400 000	100 000	42 000	442 000
(4) Marge pour écarts défavorables (note 4)	0 %	0 %	20 %	
(5) Provision pour écarts défavorables = (3) x (4)			8 400	8 400
(6) Écart entre le passif souscripteur et le passif selon les PCGR		100 000		
(7) Fraction provisionnée du passif souscripteur par rapport au passif selon les PCGR		0		
(8) Passif des ristournes d'expérience	(400 000)	0		(400 000)
(9) Actif du déficit recouvrable = (3) - (5)			33 600	33 600

ARCHIVÉ

Exemple 1c) – Passif selon les PCGR au Canada inférieur au passif souscripteur comportant un déficit cumulé inférieur au total de la RFS et de l'excédent du passif souscripteur sur le passif selon les PCGR

Information

Le présent exemple est semblable à l'exemple 1b), sauf que le déficit de l'exercice est moins important.

	31 décembre 1999
Passif des sinistres subis en assurance ILD – selon le passif souscripteur	600 000
Passif des sinistres subis en assurance ILD – d'après les PCGR au Canada	500 000
Réserve pour fluctuation de sinistres (RFS)	400 000
Déficit cumulé au 31 décembre 1999	(460 000)

Bilan selon les PCGR au Canada

Les renseignements ci-dessus se traduiraient par les écritures de bilan suivantes :

Bilan	Poste	31 décembre 1999
Passif	Réserve pour fluctuation de sinistres	400 000
Passif	Passif des sinistres subis en assurance ILD	500,000
Passif	Ristournes d'expérience (notes 1 et 2)	(376,000)
RÉSULTAT NET	PASSIF NET AU BILAN	524 000

Notes :

1. Un passif négatif au titre des ristournes d'expérience est comptabilisé dans la mesure où le déficit peut être recouvert à partir de la RFS. Puisque l'assureur a accès à la totalité de la RFS, un passif initial de (400 000) \$ au titre des ristournes d'expérience est comptabilisé.
2. Le passif des ristournes d'expérience est rajusté pour tenir compte de l'incidence de l'écart de 100 000 \$ entre le passif souscripteur et le passif selon les PCGR au titre des sinistres subis. La réduction de l'écart devrait prendre la forme d'un excédent futur, dont une partie pourra être utilisée pour recouvrer la fraction du déficit non garanti par la RFS (c'est-à-dire 60 000 \$). Le solde de 40 000 \$ de l'excédent du passif souscripteur sur le passif selon les PCGR a effectivement été provisionné par le souscripteur et une partie de cet excédent sera retournée au souscripteur sous forme de ristournes d'expérience. D'après l'évaluation de polices d'assurance collective se trouvant dans une situation semblable, la valeur actualisée des ristournes d'expérience futures probables s'élève à 60 % (y compris les marges) de l'écart qui subsiste. À mesure que l'écart sera réduit, il servira d'abord à diminuer le déficit; par conséquent, les remboursements qui en découleront seront effectués plus tard et leur probabilité de versement est inférieure à celle des polices d'assurance collective qui sont actuellement excédentaires (voir l'exemple 1a). Par conséquent, le rajustement du passif des ristournes d'expérience s'élève à 24 000 \$ pour un total de (376 000) \$.

	<i>Garanti par la RFS</i>	<i>Garanti par l'écart entre le passif souscripteur et le passif selon les PCGR</i>	<i>Déficit non garanti</i>	<i>Total</i>
(1) Encours du déficit	400 000	60 000 *	0	460 000
(2) Probabilité de recouvrement	100 %	100 %		
(3) Prévision de recouvrement du déficit = (1) x (2)	400 000	60 000		460 000
(4) Écart entre le passif souscripteur et le passif selon les PCGR		100 000		
(5) Partie provisionnée du passif souscripteur par rapport au passif selon les PCGR		40 000		
(6) Remboursement futur à valeur actualisée en pourcentage de l'écart de l'excédent de passif		60 %		
(7) Passif des ristournes d'expérience	(400 000)	24 000		(376 000)
(8) Actif du déficit recouvrable			0	0

ARCHIVÉ

Exemple 2a) – Passif selon les PCGR au Canada supérieur au passif souscripteur comportant un excédent cumulé

Information

Le présent exemple est semblable à l'exemple 1a), sauf que le passif souscripteur est inférieur au passif selon les PCGR.

	31 décembre 1999
Passif des sinistres subis en assurance ILD – selon le passif souscripteur	500 000
Passif des sinistres subis en assurance ILD – selon les PCGR au Canada	600 000
Réserve pour fluctuation de sinistres (RFS)	400 000
Excédent cumulé au 31 décembre 1999	(100 000)

Bilan selon les PCGR au Canada

Les renseignements ci-dessus se traduiraient par les écritures de bilan suivantes :

Bilan	Poste	31 décembre 1999
Passif	Réserve pour fluctuation de sinistres	400 000
Passif	Passif des sinistres subis en assurance ILD	600 000
Passif	Passif des ristournes d'expérience (notes 1, 2)	40 000
RÉSULTAT NET	PASSIF NET AU BILAN	1 040 000

Notes :

1. Un passif de ristournes d'expérience sera comptabilisé au bilan pour constater le montant de l'excédent devant être versé au souscripteur. Il en découle un passif initial de ristournes d'expérience de 100 000 \$.
2. Le passif des ristournes d'expérience est rajusté pour tenir compte de l'effet de l'écart de 100 000 \$ entre le passif selon les PCGR et le passif souscripteur à l'égard des sinistres subis. La réduction de cet écart devrait engendrer des déficits (ou de plus faibles remboursements) au cours des périodes futures de rapport du souscripteur. Puisque l'assureur a entièrement accès à la RFS, il conviendrait de comptabiliser un passif négatif de ristournes d'expérience pour la fraction de la réduction qui pourra être recouvrée à même la RFS. D'après la vérification globale des polices d'assurance collective se trouvant dans une situation semblable, la valeur actualisée des montants recouvrables est estimée à 60 % (y compris les marges) de l'écart de passif; elle est donc appliquée pour réduire de 60 000 \$ le passif des ristournes d'expérience.
3. L'estimation de 60 % dépend de la situation de la police (voir la section 7.5.3). Par exemple, si l'entente financière autorise le souscripteur à mettre un terme à ladite entente et à exiger le remboursement de la RFS et de l'excédent cumulé, quelle que soit la date, un pourcentage plus faible pourrait être indiqué pour constater l'antisélection éventuelle.

Exemple 2b) – Passif selon les PCGR au Canada supérieur au passif souscripteur comportant un déficit cumulé**Information**

Le présent exemple est semblable à l'exemple 1b), sauf que le passif souscripteur est inférieur au passif selon les PCGR.

	31 décembre 1999
Passif des sinistres subis en assurance ILD – selon le passif souscripteur	500 000
Passif des sinistres subis en assurance ILD – selon les PCGR au Canada	600 000
Réserve pour fluctuation de sinistres (RFS)	400 000
Excédent cumulé au 31 décembre 1999	(584 000)
Recouvrement estimatif du déficit à l'égard des montants non garantis (note 3 de l'exemple 1b)	50 %

Bilan selon les PCGR au Canada

Les renseignements ci-dessus se traduiraient par les écritures de bilan suivantes :

Bilan	Poste	31 décembre 1999
Passif	Réserve pour fluctuation de sinistres	400 000
Passif	Passif des sinistres subis en assurance ILD	600 000
Passif	Ristournes d'expérience (notes 1, 2)	(400 000)
Actif	Déficits recouvrables (note 3)	
RÉSULTAT NET	PASSIF NET AU BILAN (diminué de l'actif)	

Notes :

- Un passif négatif au titre des ristournes d'expérience est établi dans la mesure où le déficit peut être recouvert à partir de la RFS. Puisque l'assureur a accès à la totalité de la RFS, un passif initial de ristournes d'expérience 400 000 \$ est comptabilisé.
- Dans le présent exemple, le passif souscripteur est inférieur au passif selon les PCGR et la réduction de l'écart devrait engendrer des déficits futurs. Cependant, la RFS ne peut être utilisée pour recouvrer ces déficits futurs parce qu'elle doit servir entièrement à recouvrer le déficit cumulé. Par conséquent, aucun rajustement n'est apporté au passif des ristournes d'expérience au sujet de l'écart entre le passif souscripteur et le passif selon les PCGR.
- Dans le présent exemple, une tranche de 400 000 \$ du déficit cumulé devrait être recouverte par la RFS (note 1). Une partie du solde du déficit « non garanti » de 184 000 \$ pourrait être recouverte à partir des marges de tarification futures se rapportant aux polices d'assurance collective et elle pourrait être comptabilisée comme un actif au bilan.

D'après les résultats techniques appliqués aux polices d'assurance collective se trouvant dans une situation semblable et les marges prévues pour primes futures, l'actuaire a déterminé la possibilité de recouvrer 50 % de l'encours du déficit non garanti. Ce pourcentage est réduit de 20 % pour tenir compte d'une marge pour écarts défavorables (note 4 de l'exemple 1b). Par conséquent, un actif de 73 600 \$ représentant 40 % de l'encours du déficit non garanti est comptabilisé au bilan.

	<i>Garanti par la RFS</i>	<i>Non garanti</i>	<i>Total</i>
(1) Encours du déficit	400 000	184 000	584 000
(2) Probabilité de recouvrement	100 %	50 %	
(3) Prévision de recouvrement du déficit = (1) x (2)	400 000	92 000	492 000
(4) Marge pour écarts défavorables	0 %	20 %	
(5) Provision pour écarts défavorables = (3) x (4)	0	18 400	18 400
(6) Passif des ristournes d'expérience = -1 x (3 - 5) pour les déficits garantis par la RFS	(400 000)		(400 000)
(7) Actif du déficit recouvrable = (3) - (5) pour les déficits non garantis	0	73 600	73 600

Note :

Dans ces exemples, nous supposons que des renseignements distincts sont fournis pour étudier les polices d'assurance collective déficitaires et excédentaires; par ailleurs, des hypothèses différentes ont été utilisées pour rajuster le passif des ristournes d'expérience afin de tenir compte de la réduction des écarts entre le passif souscripteur et le passif selon les PCGR.

Dans certains cas, les mêmes hypothèses pourraient être utilisées pour les polices d'assurance collective déficitaires et excédentaires d'après des renseignements groupés. Par exemple, lorsque le passif souscripteur est supérieur au passif selon les PCGR, le rajustement correspondant du passif des ristournes d'expérience pourrait correspondre à 30 % de l'écart du passif pour tous les groupes de polices d'assurance collective, plutôt que 75 % pour les polices d'assurance collective excédentaires (exemple 1a) et 0 % pour les polices d'assurance collective déficitaires (exemples 1b et 1c). Ce pourcentage varierait selon la situation de chaque société d'assurance.

ANNEXE 3 – DONNÉES

L'intégrité des données constitue souvent un facteur important aux fins de l'évaluation du passif des polices d'assurance collective de personnes. Voici certains points à prendre en compte :

- les experts d'assurance ou les experts en sinistres ILD suspendent parfois le versement des prestations tant que des preuves médicales ne viennent pas étayer la demande. Il est fréquent de conserver des éléments de passif pendant ce temps; toutefois, si le délai dépasse trois ou quatre mois, il se peut que l'expert d'assurance ait oublié de mettre un terme au sinistre;
- dans le cas de polices d'assurance collective d'envergure, la plupart des assureurs accordent à leurs souscripteurs une grande marge de manœuvre en matière de provisionnement et il arrive souvent que les systèmes administratifs en place ne disposent pas de la souplesse requise pour consigner correctement la nature exacte des accords de provisionnement;
- puisque le volume des sinistres a tendance à varier considérablement, il importe de bien comprendre le rapport entre les sinistres en traitement et les provisions techniques;
- il se peut que les exonérations de primes ou les sinistres ILD ne soient pas intégrés promptement au système administratif ou qu'ils ne soient pas éliminés rapidement du système lors de la terminaison de l'invalidité;
- l'incidence des montants compensatoires ou les clauses d'indemnité de vie cédée aux fins du versement futur de prestations d'assurance ILD peuvent ne pas avoir été interprétées correctement;
- dans le cas de l'assurance-crédit collective, il existe des facteurs exclusifs se rapportant aux données; par exemple, l'encours du solde des prêts assurés ou la variation du capital assuré;
- la documentation relatives aux ententes financières peut être insuffisante. Dans ce cas, l'actuaire doit habituellement faire preuve de prudence lorsqu'il interprète ces ententes pour évaluer le passif des ristournes d'expérience et déterminer l'actif aux fins de recouvrement du déficit.

L'actuaire pourrait juger utile d'appliquer les suggestions suivantes aux fins de l'évaluation de l'intégrité des données et de tenir compte des facteurs suivants :

- si un sinistre ILD est déclaré et que l'assuré prévoit une protection ILD et une exonération de primes, s'assurer qu'il existe une exonération correspondante, le cas échéant (c'est-à-dire si le délai de carence et la définition de l'invalidité sont les mêmes ou si la définition de l'exonération de prestations est plus faible, il en découlerait habituellement une exonération de primes correspondante);
- comparer le registre des sinistres-cécès et le dossier des sinistres ILD et des exonérations de primes afin de s'assurer qu'il n'y ait pas de sinistres d'invalidité non réglés concernant un assuré à l'égard duquel l'assureur aurait versé une prestation de décès. Il faut aussi vérifier que l'assureur ne détient aucun passif d'assurance-vie libérée concernant des assurés à l'égard desquels l'assureur aurait versé une prestation de décès;
- rencontrer périodiquement les souscripteurs ayant des polices importantes pour examiner les ventes récentes, de même que les ententes financières en matière de renouvellement;
- comparer les règlements de sinistres pris en compte dans le calcul du passif par rapport à ceux effectués au cours du mois pour déterminer les incohérences;
- examiner systématiquement les primes impayées afin de déceler les cas où les pratiques normales ne sont pas appliquées dans le but de favoriser le maintien en vigueur des polices. Par exemple, il se peut que les sinistres continuent d'être payés à la fin de la période de grâce;
- s'assurer que les dates sont réalistes; par exemple, la date de naissance doit être antérieure à la date de l'invalidité et elle ne doit pas révéler que le participant est trop jeune ou trop vieux;
- veiller à ce que la date de rechute indiquée corresponde à la date du début de l'invalidité;

- vérifier les paiements dont le montant dépasse un seuil donné afin de déceler les erreurs de codage concernant des sommes importantes qui pourraient influencer sensiblement sur le passif;
- si le versement de prestations ILD est temporairement suspendu ou si les paiements diffèrent temporairement des paiements futurs attendus, le passif doit être calculé de préférence en tenant compte des paiements attendus et non reposer sur les paiements en cours;
- revoir les examens de l'intégrité des données effectués par les services administratifs, le service de la comptabilité, le service de vérification interne et(ou) les vérificateurs externes;
- dans le cas des régimes collectifs autogérés, s'assurer que les données sont complètes et exactes;
- vérifier l'information sur les primes et les sinistres reçus de tiers administrateurs;
- vérifier que la date du sinistre est exacte, plus particulièrement l'incidence sur les études rétrospectives et les limites relatives à la couverture de l'excédent de pertes;
- vérifier que les réductions de prestations ILD sont codées et traitées comme il se doit;
- en matière d'assurance-crédit, il peut être difficile d'obtenir le solde régressif des prêts; il convient alors d'utiliser des approximations;
- s'assurer que la croissance des primes est raisonnable par rapport à l'évolution des résultats d'évaluation et conforme à l'évolution du passif des SSND;
- vérifier le mouvement des évaluations de polices, c'est-à-dire comparer l'évolution des données d'évaluation par rapport à celle des flux monétaires dans les états financiers;
- analyser les tendances relatives à divers éléments du passif;
- revoir périodiquement l'indice des tarifs d'assurance libérée en ce qui concerne les personnes ayant dépassé l'âge maximal (le nombre de personnes âgées de plus de 100 ans devrait être restreint);
- procéder à l'analyse des rapports entre l'expérience réelle et prévue afin de déterminer si les résultats sont raisonnables (par exemple, si vous détectez 500 certificats d'assurance-vie libérée pour des personnes âgées de plus de 75 ans et qu'aucun décès n'est signalé pendant une période de six mois, l'intégrité des données devrait être mise en doute);
- en ce qui concerne les exonérations de primes à régler, revoir périodiquement depuis combien de temps elles sont restées en suspens (si cette période est trop longue, il se peut qu'elles aient été approuvées ou rejetées sans avoir été codifiées);
- établir une comparaison entre le montant des ristournes d'expérience, tel que rapporté au client, et les estimations faites durant l'année afin de déterminer s'il y a des questions relativement aux données qui ont une incidence sur l'évaluation ou des questions administratives ayant un effet sur les calculs en matière de tarification rétrospective.

ANNEXE 4 – BIBLIOGRAPHIE

1. Bluhm, William, *Group Insurance, Second Edition*, Actex Publications, 1996
2. Documents de discussion sur les DTÉ 7, 12, 13, 14
3. *Normes de pratique pour l'évaluation du passif des polices des assureurs-vie*, Document de discussion, avril 2000

ARCHIVÉ