



PRINCIPES

de tarification de l'assurance en cas de décès et de l'assurance en cas d'incapacité de gain dans le cadre de la prévoyance professionnelle

Avec ces principes, l'Office fédéral des assurances privées précise les conditions cadre pour l'approbation des tarifs de l'assurance en cas de décès et de l'assurance en cas d'incapacité de gain dans le cadre de la prévoyance professionnelle. Les principes sont établis sur la base des articles 20 LSA et 68 al. 2 LPP et correspondent dans une large mesure à la pratique d'approbation en vigueur jusqu'ici.

Pour une meilleure compréhension, les notions utilisées dans le texte qui suit doivent être définies ici.

- Prime de base: Prime de risque, qui dépend des facteurs prestation, âge, âge-terme et sexe, ainsi que du délai d'attente dans l'assurance en cas d'incapacité de gain.
- Tarification par classes de tarif: Il s'agit d'un mode de tarification dans lequel la prime de risque est calculée en multipliant la prime de base par un facteur dépendant de la classe. Ce facteur peut dépendre de la branche, de l'importance du contrat, de la région et d'autres éléments contractuels comme fumeur/non-fumeur. L'effectif est ainsi réparti dans des classes de tarif.
- Prime par classe de tarif: La prime d'une classe de tarif représente le produit résultant de la prime de base et du facteur dépendant de la classe.
- Tarification empirique: Il s'agit d'un mode de tarification dans lequel la prime de risque est calculée en multipliant la prime d'une classe de tarif (ou la prime de base au cas où il n'existe pas de tarification par classes de tarif) par un facteur d'expérience. Le facteur d'expérience dépend de l'expérience individuelle en matière de sinistres pour le contrat ou un groupe de contrats, ainsi que de l'importance du contrat.
- Prime d'expérience: La prime d'expérience représente le produit résultant de la prime d'une classe de tarif (ou de la prime de base, au cas où il n'existe pas de tarification par classes de tarif) et du facteur d'expérience.

1. Principes généraux de tarification

Les modifications de tarifs doivent être justifiées actuariellement, c'est-à-dire à l'aide d'une analyse de risque. Une statistique des sinistres doit donc être élaborée.

Les prescriptions valables pour l'élaboration de la statistique des sinistres sont expliquées sous ch. 9.

2. Modèles de tarification

Seuls des modèles de tarification reconnus actuariellement peuvent être utilisés.

Comme base peuvent être utilisées les propres statistiques si elles sont basées sur des données suffisamment représentatives ou les statistiques d'association.

3. Augmentation de la prime de base

L'augmentation de la prime de base ne doit excéder 30% par année pour aucun assuré. La prime de base selon l'ancien tarif est comparée avec la prime de base selon le nouveau tarif.

Compte tenu des données dont nous disposons, une augmentation de la prime de base supérieure à 30% par année doit être considérée comme abusive. Si l'on observe les facteurs d'influence qui déterminent chaque année le cours des sinistres dans l'assurance pour incapacité de gain, il est possible de constater la nécessité d'agir avant que le taux de sinistralité ne se soit détérioré de 30%.

La limite de 30 % se réfère à une considération ceteris paribus. Les nouvelles primes de base ne sont pas comparées avec les primes de base de l'année précédente mais avec les primes de base qui seraient prélevées sans modification de tarif.

Dans des situations extraordinaires, comme par exemple un assainissement, l'on peut déroger à cette règle.

4. Augmentation de la prime par classe de tarif ou de la prime d'expérience

L'augmentation de la prime par classe de tarif ou de la prime d'expérience ne peut excéder 60 % par année pour aucun assuré.

Nous considérons qu'il s'agit ici d'une valeur maximale qui ne peut pas être dépassée dans des cas isolés et que l'augmentation moyenne vient se situer sensiblement en dessous de cette valeur.

Sont réservées les plus fortes augmentations dues à des corrections apportées suite à des classifications incorrectes, à des modifications imprévisibles et sérieuses concernant le preneur d'assurance ainsi que lors de restructurations et d'assainissements tarifaires.

5. Taux d'intérêt technique pour le calcul de la prime de risque

Le taux d'intérêt technique doit être estimé de manière prudente et être fondé actuariellement.

Le taux d'intérêt technique doit être déterminé en fonction du rendement de placements de capitaux présentant peu de risques. Actuellement, l'OFAP approuve, dans le cadre de l'assurance collective, des taux d'intérêt technique de 2.5% à 3.5%.

6. Consignes pour l'utilisation de la tarification par classes de tarif

Les facteurs pour la tarification par classes de tarif doivent être justifiés à l'aide de bases statistiques. Les statistiques utilisées peuvent être établies – à condition que l'entreprise d'assurance soit suffisamment grande – sur la base de son propre portefeuille ou elles peuvent reposer sur les bases d'enquêtes communes ou celles d'une autre entreprise d'assurance de grandeur suffisante.

Si un assureur-vie utilise un modèle de classes de tarif, il est tenu de prendre en compte le cours individuel des sinistres dans un délai de 3 ans, à l'aide d'un modèle reconnu de tarification empirique.

Le preneur d'assurance est ainsi associé de façon optimale au processus de risque, en ce sens que le comportement en matière de sinistres observé chez lui (nombre de cas d'invalidité durant la période d'observation, niveau des sinistres, fluctuations du cours des sinistres, etc.), ainsi que le nombre des personnes assurées par contrat participent à la détermination de la prime de risque. Ainsi, l'on évite aussi qu'une caisse de prévoyance soit attribuée à une classe de tarif uniquement en raison de son appartenance à une branche économique, sans pouvoir améliorer sa classification grâce à un comportement préventif face au risque.

En principe, un contrat peut monter au plus d'un échelon de classe de tarif par année.

Cette réglementation doit permettre d'éviter les augmentations importantes de primes et les assureurs sont incités à examiner régulièrement l'importance des facteurs dépendants de la classe ou la répartition dans les classes de tarif. L'on peut s'écarter de cette réglementation lors de l'utilisation de six classes de tarif ou plus, pour autant que le nombre de classes de tarif maximum auquel un contrat peut être monté par année soit fixé dans le tarif.

Ne sont pas concernées par cette règle les corrections apportées suite à une attribution incorrecte de preneurs d'assurance à une classe de risque, les augmentations suite à des modifications imprévisibles et sérieuses concernant le preneur d'assurance et les augmentations en relation avec les restructurations et assainissements tarifaires.

7. Consignes pour l'application de la tarification empirique

Pour la tarification empirique ne peuvent être utilisés que des modèles reconnus scientifiquement ou établis dans la pratique actuarielle.

En particulier, les modèles utilisés doivent limiter les effets sur les primes de valeurs extrêmes dans l'expérience relative aux sinistres. L'expérience individuelle relative aux sinistres ne doit pas être pondérée de manière excessive par rapport à l'expérience collective.

8. Consignes communes pour l'application de la tarification par classes de tarif et de la tarification empirique

La dépendance du niveau de la prime par rapport à l'appartenance à une branche économique (ou d'autres facteurs déterminant les classes de tarif) et à l'expérience relative aux sinistres, mesurée comme étant le rapport entre la prime la plus élevée possible et la prime la plus basse possible, ne devrait pas dépasser la valeur 4.

En resserrant ainsi l'échelle, l'on veille à ce que le caractère d'assurance de l'assurance en cas d'incapacité de gain soit maintenu. Si un modèle prévoit un dépassement de la valeur 4, cela doit être justifié. De plus, il doit être prouvé que la valeur 4 n'est dépassée que par une petite partie des contrats.

Sont exceptés de cette réglementation les grands contrats de plus de 200 assurés.

Le modèle de classes de risque doit être développé de telle manière que le facteur dépendant d'une classe ou le facteur d'expérience moyen pour les petits contrats ne s'écarte pas considérablement du facteur dépendant d'une classe ou du facteur d'expérience moyen pour les grands contrats.

Avec cette réglementation, il s'agit notamment d'éviter que le modèle n'entraîne que des primes supérieures à la moyenne pour les petits contrats et opère ainsi un financement croisé des grands contrats par les petits.

Il est prévu de préciser ultérieurement la notion de « pas considérablement », lors de la disponibilité d'évaluations statistiques suffisantes.

9. Elaboration de la statistique des sinistres

Chaque assureur-vie sous surveillance qui assure le risque d'incapacité de gain dans le cadre de la prévoyance professionnelle doit élaborer une statistique fiable des sinistres. Elle peut notamment contenir des informations concernant le nombre d'assurés, le nombre de sinistres, les primes nettes, les paiements pour sinistres, y compris les frais de traitement des sinistres, la modification des provisions techniques, ainsi que le niveau global des provisions, subdivisées selon le sexe, les classes d'âge, les délais d'attente et les classes de tarif. Le degré de détail de la statistique doit être choisi selon la grandeur de l'assureur, de façon à ce qu'il en résulte des bases significatives et utilisables.

10. Exclusions

L'exclusion des maladies qui sont reconnues par l'assurance-invalidité fédérale n'est autorisée qu'à partir d'une mesure correspondant au double du régime obligatoire. En particulier, l'exclusion des maladies psychosomatiques, ainsi que des maladies que l'on ne peut pas prouver mais qui sont admises

par le médecin et une décision de l'AI, n'est admise qu'à partir de cette mesure.

L'OFAP considère que l'exclusion de maladies psychosomatiques est applicable dans le régime surobligatoire mais seulement à partir de la limite correspondant au double du régime obligatoire : d'une part, il en résulterait des décisions arbitraires à propos de questions d'une portée considérable. D'autre part, l'exposition au risque est limitée dans une mesure restreignant clairement la possibilité d'abus.

Une maladie est dite psychosomatique lorsque les maux somatiques (c'est-à-dire qui se manifestent par des effets physiques) ont des origines psychiques. L'on peut en général prouver de telles maladies.

Sont par exemple des maladies que l'on ne peut pas prouver le traumatisme du type «coup du lapin», la fatigue chronique et certaines douleurs dorsales. L'OFAP n'autorise pas l'exclusion générale de telles maladies. La décision doit être prise de cas en cas, sur la base d'un examen médical.

11. Examen annuel global de santé pour les caisses de prévoyance affiliées

L'OFAP considère qu'un examen annuel global pour les caisses de prévoyance affiliées n'est pas praticable. Par contre, l'assureur peut exiger un examen de la santé dans des cas particuliers.

12. Règles particulières pour le cas d'assainissement

Au cas où un tarif prévoit des règles particulières pour le cas d'assainissement, celles-ci doivent aussi contenir une réserve à l'égard de dispositions de l'OFAP prévoyant une réglementation différente.