

# Circulaire 2018/xx « Tarification – prévoyance professionnelle »

**Rapport explicatif**

18 mai 2018

# Table des matières

<b>Eléments essentiels .....</b>	<b>3</b>
<b>Liste des abréviations.....</b>	<b>4</b>
<b>1 Contexte.....</b>	<b>5</b>
<b>2 Bases légales de la tarification et de l'examen des tarifs .....</b>	<b>6</b>
<b>3 Explications concernant les différentes dispositions .....</b>	<b>6</b>
3.1 Aperçu .....	6
3.2 Champ d'application (Cm 2 et 3).....	7
3.3 Principes et notions (Cm 4 à 11).....	8
3.4 Tarifs d'épargne (Cm 12 à 18) .....	10
3.5 Tarifs de risque et de frais (Cm 19 à 26) .....	11
3.6 Cas particuliers (Cm 27 et 28) .....	12
3.7 Valeurs de règlement et principe de la « porte à tambour » (Cm 29 à 31) .....	12
<b>4 Analyse d'impact .....</b>	<b>13</b>
<b>5 Questions aux participants à l'audition.....</b>	<b>13</b>
<b>6 Suite de la procédure .....</b>	<b>14</b>

## Eléments essentiels

1. Le contenu des circulaires 2008/12 « Porte à tambour – prévoyance professionnelle » et 2008/13 « Tarification assurances risque – prévoyance professionnelle » va être condensé, réduit à l'essentiel et fondé sur des principes. Etant donné que les deux circulaires traitent du même thème, elles seront regroupées en une seule circulaire intitulée « Tarification – prévoyance professionnelle ».
2. Les principales modifications concernent premièrement la suppression de limites, ou plus exactement du rapport entre la prime la plus élevée possible et la prime la plus basse possible au niveau de la tarification empirique. Deuxièmement, des rabais doivent être appliqués seulement s'ils sont actuariellement fondés. Cela implique un alignement sur la pratique de l'assurance-maladie complémentaire, qui repose sur les mêmes bases réglementaires. Les modifications portent essentiellement sur la prime technique, qui n'est définie que par des caractéristiques actuariellement fondées. Au total, la marge de manœuvre en matière de tarification sera nettement élargie.

## Liste des abréviations

IBNR	<i>Incurred But Not Reported</i>
LCA	Loi du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance (RS 221.229.1)
LPP	Loi du 25 juin 1982 sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité (RS 831.40)
LSA	Loi du 17 décembre 2004 sur la surveillance des entreprises d'assurance (RS 961.01)
OPP 2	Ordonnance du 18 avril 1984 sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité (RS 831.441.1)
OS	Ordonnance du 9 novembre 2005 sur la surveillance des entreprises d'assurance privées (RS 961.011)
OS-FINMA	Ordonnance de l'Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers du 9 novembre 2005 sur la surveillance des entreprises d'assurance privées (RS 961.011.1)
RBNS	<i>Reported But Not Settled</i>

## 1 Contexte

Les circulaires 2008/12 « Porte à tambour – prévoyance professionnelle » et 2008/13 « Tarification assurances risque – prévoyance professionnelle » traitent toutes deux de la tarification dans la prévoyance professionnelle. La circulaire « Porte à tambour – prévoyance professionnelle » concerne les reprises et transferts de portefeuilles d'assurés suite à la dissolution de contrats d'affiliation ou d'assurance. La circulaire « Tarification assurances risque – prévoyance professionnelle » contient des principes applicables à la fixation des primes de risque pour les contrats d'assurance-vie collective afférents à la prévoyance professionnelle.

L'examen des tarifs est une approbation *ex ante*, car les tarifs et les conditions générales d'assurance correspondantes doivent être approuvés par la FINMA en tant que modifications du plan d'exploitation avant d'être appliqués (art. 4 al. 2 let. r en relation avec l'art. 5 al. 1 LSA). Les valeurs de règlement ou de rachat selon l'art. 127 OS font également partie des tarifs soumis à approbation.

La nouvelle circulaire a pour but de décrire les éléments importants de l'examen des tarifs. Par exemple, la sinistralité individuelle ne doit pas être surpondéré par rapport à la sinistralité du collectif, conformément aux dispositions de l'art. 123 OS. La sinistralité individuelle ne peut être prise en compte que dans la mesure où elle repose sur un modèle actuariel et la base de critères statistiquement fondés. Il ne doit pas être aléatoire, mais être significatif sur le plan statistique.

Ainsi, la règle actuelle qui impose une fourchette fixe (rapport de valeur 4 au maximum) entre la prime la plus élevée possible et la prime la plus basse possible pour les contrats de petite taille ou de taille moyenne (cf. Cm 28 ss Circ.-FINMA 08/13) ainsi que les limitations d'augmentation de prime maximale de 30 %, respectivement de 60 % (cf. Cm 12 ss Circ.-FINMA 08/13) ont été supprimées.

La nouvelle règle permet un aménagement plus souple de la tarification, le tarif étant défini par des caractéristiques techniques/statistiques.

Les circulaires sont entièrement révisées et regroupées dans une seule circulaire.

## 2 Bases légales de la tarification et de l'examen des tarifs

L'art. 38 LSA est déterminant pour l'approbation *ex ante*. Selon cet article, les primes prévues selon la tarification ne doivent pas compromettre la solvabilité des entreprises d'assurance d'une part et ne pas être abusives d'autre part.

L'art. 120 OS stipule que pour la tarification, les entreprises d'assurance sont tenues d'utiliser des bases et des méthodes de calcul conformes au risque et liées aux conditions du marché des capitaux.

Selon ce même article, les assureurs doivent vérifier chaque année que les tarifs sont encore adéquats. S'ils s'avèrent inadéquats, ils ne doivent plus être utilisés, raison pour laquelle les tarifs déjà approuvés doivent continuellement être remis en question.

L'art. 122 OS précise que les tables de mortalité et d'autres bases statistiques doivent être reconnues par la FINMA et être adaptées au moins tous les dix ans. Ces tables sont essentielles pour la tarification.

L'art. 123 OS détaille la tarification par classes de tarif et la tarification empirique. Selon l'al. 4, la tarification doit être effectuée selon des méthodes actuarielles reconnues.

Ensuite, l'art. 53e LPP pour la résiliation des contrats, l'art. 53f LPP concernant le droit de résiliation légal et l'art. 16a OPP 2 pour le calcul du capital de couverture sont importants.

Enfin, il existe des bases légales qui délimitent le cadre, tel que l'art. 37 LSA, qui définit des règles spéciales générales pour les activités d'assurance relevant de la prévoyance professionnelle.

## 3 Explications concernant les différentes dispositions

### 3.1 Aperçu

Les modifications matérielles concernent premièrement la suppression du rapport maximal admis – de facteur 4 – entre la prime la plus élevée et la prime la plus basse pour les contrats de moins de 200 assurés en raison de l'application de la tarification par classes de tarif et de la tarification empirique ; deuxièmement, elles ont trait à l'alignement de la pratique en matière de rabais entre la prévoyance professionnelle et l'assurance-maladie complémentaire.

Dans le premier cas, il s'agit de permettre une tarification plus libre et mieux adaptée au risque. La circulaire actuelle fait une interprétation plus schématique et plus restrictive de la prise en compte appropriée du cours individuel et du cours collectif des sinistres selon l'art. 123 al. 3 OS.

Dans le deuxième cas, les parties de tarif techniquement non fondées ne sont pas autorisées ou ne le sont que dans une faible mesure, sans conséquences matérielles, en vertu de l'art. 38 LSA et de l'art. 117 al. 2 OS (les deux dispositions s'appliquent dans la même mesure à la prévoyance professionnelle et à l'assurance-maladie complémentaire).

En outre, les limitations des augmentations de primes (30 % pour la prime de base, 60 % pour la prime d'expérience) sont également supprimées dans la nouvelle circulaire.

De même, il convient de définir notamment les aspects de la fixation des taux de conversion surobligatoires ou de la reprise de portefeuilles de rentes (en font principalement partie le choix des taux techniques et de la mortalité). Les solutions enveloppantes ne seront pas décrites explicitement dans la nouvelle circulaire, mais sont implicitement concernées par les principes relatifs au régime surobligatoire.

### 3.2 Champ d'application (Cm 2 et 3)

Les activités de « prévoyance professionnelle suisse » au sens de la présente circulaire englobent la couverture – prise en charge contractuellement par un assureur-vie – des risques auxquels sont exposées les institutions de prévoyance enregistrées et non enregistrées ayant leur siège en Suisse. Cela concerne les assureurs-vie qui offrent des produits de prévoyance professionnelle en Suisse (cf. art. 4 al. 2 let. r LSA). Les règles valent ainsi pour les assurances-vie suisses, mais également pour les assurances-vie qui sont conclues par des assureurs liechtensteinois dans le cadre de l'accord de services conclu entre la Principauté de Liechtenstein et la Suisse (Accord sur l'assurance directe et l'intermédiation en assurance entre la Confédération suisse et la Principauté de Liechtenstein, RS 0.961.514).

Les activités relevant de la prévoyance professionnelle suisse englobent notamment, outre la prévoyance professionnelle obligatoire, surobligatoire et extraobligatoire, les polices de libre passage. Les couvertures d'assurance des institutions de prévoyance qui existaient déjà avant l'introduction de la LPP en 1985 en font également partie.

Seules sont considérées comme prestations assurées celles qui découlent de la LPP. Par exemple, les prestations pour les parties du salaire qui dépassent le décuple du montant limite supérieur selon l'art. 8 al. 1 LPP n'entrent pas dans le champ d'application de la prévoyance professionnelle.

Lors de la délimitation des portefeuilles, le tarif et les conditions générales d'assurance en question doivent clairement indiquer quelles sont les activités concernées. Les affaires en portefeuille et les nouvelles affaires, les affaires soumises ou non à la quote-part minimum (cas particuliers), les assurances complètes et les couvertures partielles en sont des exemples. Les affaires en portefeuille et les nouvelles affaires doivent être traitées de façon identique pour les contrats de même nature.

La FINMA part du principe qu'une adaptation du tarif s'applique généralement à l'intégralité du portefeuille, nouvelles affaires incluses. Le domaine d'application matériel et temporel doit en tous les cas être indiqué pour chaque tarif à approuver. La réglementation doit être clairement exposée dans les CGA, lesquelles ne doivent pas présenter de contradictions par rapport au tarif.

### 3.3 Principes et notions (Cm 4 à 11)

La description des tarifs à partir de laquelle il est possible de recalculer sans ambiguïtés l'intégralité des primes et des prestations, valeurs de règlement incluses, doit figurer dans le plan d'exploitation (art. 4 al. 2 let. r LSA).

Toute modification du plan d'exploitation doit être préalablement soumise à la FINMA pour approbation, conformément à l'art. 5 al. 1 LSA. Cela signifie que les tarifs modifiés ne doivent être utilisés qu'après avoir été approuvés par la FINMA.

La prime due (prime contractuelle) doit pouvoir être recalculée sans ambiguïtés pour chaque contrat à l'aide de la description du tarif, compte tenu du montant d'un(e) éventuel(le) supplément ou réduction non actuariellement fondé(e). Il en va de même pour les valeurs de règlement, y compris celles des conventions particulières à certains contrats. Le tarif englobe donc également toutes les éventuelles particularités s'écartant du cas standard.

Il importe que les conditions générales d'assurance soient cohérentes vis-à-vis du tarif. Il ne doit pas y avoir de contradictions.

Les valeurs de règlement doivent être décrites dans les conditions générales d'assurance. Les bases techniques pour le calcul des valeurs de règlement, notamment, doivent être spécifiées.

Le tarif selon l'art. 4 al. 2 let. r LSA est une composante de la partie technique du plan d'exploitation. La responsabilité du tarif revient donc à l'actuaire responsable. Cela ressort également de l'art. 2 al. 1 OS-FINMA.

Des durées de contrat pluriannuelles sont possibles. Il convient toutefois de définir clairement quelles sont les prestations ou les primes qui peuvent être modifiées pendant la durée contractuelle fixe et celles qui ne le peuvent pas.

Le cas échéant, de telles garanties tarifaires doivent être évaluées en conséquence et prises en compte dans le prix.

Il convient d'exposer clairement, tant dans le tarif que dans les conditions générales d'assurance, ce qui se passe après une durée de contrat fixe et quelle possibilité (de résiliation) revient à quelle partie contractante. Il en va de même pour les règles relatives à un non-renouvellement, en cas d'échéance de la durée contractuelle ou durant la phase de renouvellement. Les garanties tarifaires éventuellement accordées expirent dans tous les cas – même en cas de renouvellement – et les contrats doivent être adaptés aux tarifs actuels à ce moment-là, sans délais transitoires.

Selon l'art. 122 OS, les bases doivent être révisées régulièrement et adaptées au moins tous les dix ans. Ce contrôle périodique est surtout important pour les bases de 2<sup>e</sup> ordre. Celles-ci devraient être actualisées dans les plus brefs délais de façon à toujours correspondre au *best estimate* et doivent refléter le portefeuille. Les cas attendus avec les bases de 2<sup>e</sup> ordre devraient correspondre aux cas observés, sachant que de petits volumes de données peuvent être crédibilisés au moyen de méthodes statistiques avec des tables reconnues. Les bases de 1<sup>er</sup> ordre sont établies en intégrant une marge dans certaines parties du tarif. Cela doit avoir lieu séparément, au moins pour les risques de décès et d'invalidité. Le montant des marges incluses doit être calculé de façon à se situer dans les limites stipulées à l'art. 38 LSA, c'est-à-dire qu'elles ne doivent être ni trop basses pour ne pas compromettre la solvabilité de l'entreprise d'assurance, ni abusivement trop élevées. L'intégration de marges différenciées dans les parties de tarifs doit être fondée.

Les Cm 24 et 25 sur la tarification par classes de tarif et la tarification empirique valent globalement, c'est-à-dire même si seule la tarification par classes de tarif ou seule la tarification empirique est appliquée. Les classes de tarif et les classes d'expérience sont définies de façon exhaustive dans le tarif et la classification ainsi que le changement de classe sont clairement réglés. Cela doit également être indiqué au client et précisé dans les conditions générales d'assurance.

Le lissage des primes est non fondé actuariellement et n'est par conséquent pas autorisé. Cela vaut pour la prime de 2<sup>e</sup> ordre et pour la prime de 1<sup>er</sup> ordre, avant application de la tarification par classes de tarif et la tarification empirique (également appelée prime de base), ainsi que pour la prime par classe de tarif, la prime d'expérience et la prime technique.

Pour tenir compte des éventuelles incertitudes liées aux modèles, il est possible d'appliquer à la prime technique un supplément ou une réduction non actuariellement fondés afin de définir la prime contractuelle perçue. Ces suppléments et réductions non actuariellement fondés ne sont toutefois

autorisés que dans une mesure faible et sans conséquences matérielles (cf. ci-après et Cm 26).

### 3.4 Tarifs d'épargne (Cm 12 à 18)

Le tarif d'épargne contient les méthodes de calcul et les paramètres utilisés pour le processus d'épargne (cf. art. 143 OS). Les bases relatives aux intérêts, autrement dit à la rémunération des avoirs de vieillesse et aux taux d'intérêt techniques pour la conversion des avoirs de vieillesse en rentes ou pour la reprise de rentes de vieillesse et de survivants en cours, constituent l'élément central des tarifs d'épargne.

Ces bases doivent reposer sur les conditions des marchés des capitaux. Elles doivent être établies avec prudence, en tenant compte du contexte économique actuel (cf. art. 120 OS). Il convient également de veiller à ce qu'elles soient cohérentes par rapport aux bases applicables à la constitution des provisions :

- Les intérêts garantis doivent pouvoir être honorés avec une forte probabilité. A cette fin, le calcul doit reposer sur les rendements ajustés au risque des nouveaux capitaux (après l'application d'une déduction de sécurité appropriée). La structure stratégique du portefeuille de placements, si elle ne comporte pas de contradictions par rapport à la structure du portefeuille existant, peut être prise en compte avec prudence de manière appropriée.
- En outre, la conversion des avoirs de vieillesse en rentes et la reprise de rentes de vieillesse et de survivants en cours ne doit pas donner lieu à un besoin immédiat de compléter les provisions.

En revanche, la rémunération des avoirs de vieillesse surobligatoires ainsi que des polices de libre passage, pour lesquelles la rémunération doit être redéfinie chaque année, résulte du rendement attendu des placements de la fortune disponible, des éventuels réinvestissements et nouveaux investissements (rendement attendu du portefeuille) et de la durée d'appartenance au portefeuille. Si les polices de libre passage prévoient une rémunération garantie pour la totalité de la durée, le taux d'intérêt technique est déterminé à partir des rendements ajustés au risque des nouveaux capitaux.

En ce qui concerne les taux de conversion surobligatoires, il est possible d'effectuer une différenciation. Si, par exemple, une rente est rachetée au taux de conversion surobligatoire, le taux d'intérêt technique correspondant doit être aligné sur les rendements ajustés au risque des nouveaux capitaux avec les engagements de même échéance. Si l'avoir de vieillesse surobligatoire du portefeuille est converti en une rente avec le taux de conversion surobligatoire, le rendement du portefeuille peut être imputé en conséquence. A cet égard, il convient de veiller à ce que les rendements du portefeuille ne soient pas attribués plusieurs fois à différentes garanties, par ex. en sus de

la rémunération obligatoire ou surobligatoire ou des taux de conversion surobligatoires. Il faut également s'assurer que la conversion n'entraîne aucune perte due à la constitution de provisions supplémentaires.

Lors de la reprise de rentes de vieillesse et de survivants, les rendements ajustés au risque des nouveaux capitaux et de même échéance sont employés.

Pour la fixation des taux de conversion et la reprise de rentes de vieillesse et de survivants en cours, des bases actuarielles reconnues sont utilisées. La reconnaissance est effectuée par la FINMA (art. 122 al. 1 OS). On entend par « bases actuarielles » en relation avec le taux de conversion l'utilisation de tables de génération. Les coûts pris en compte dans le calcul doivent couvrir les coûts attendus. Des marges appropriées doivent être intégrées à la mortalité.

La reprise de rentes d'invalidité et de rentes d'enfants d'invalides s'effectue de la même façon que pour les rentes de vieillesse et de survivants.

### 3.5 Tarifs de risque et de frais (Cm 19 à 26)

Des bases adéquates nécessitent au moins l'intégration d'une marge séparée appropriée pour les risques de décès et d'invalidité. En outre, il convient de veiller à assurer la cohérence avec la constitution des réserves ; il ne doit pas y avoir de besoin immédiat de compléter les réserves. Les prestations de risque sont financées selon le système de répartition des capitaux de couverture, tous les sinistres survenus dans une année de prime, RBNS et IBNR inclus, doivent être pris en compte.

En raison du système de répartition des capitaux de couverture, le taux d'intérêt technique doit être aligné sur les rendements des nouveaux capitaux ajustés au risque avec les engagements de même échéance.

Pour la tarification par classes de tarif et la tarification empirique, un modèle actuariel doit être utilisé. Celui-ci garantit que le montant de la prime avant et après application de la tarification par classes de tarif et empirique n'est pas ou que très légèrement modifié.

En cas d'utilisation de la sinistralité individuelle, il faut également tenir compte du principe d'assurance stipulé à l'art. 123 al. 3 OS. C'est pourquoi la sinistralité individuelle ne doit être prise en compte que si les critères de différenciation des primes sont statistiquement fondés. La différenciation des primes doit être clairement exposée dans la demande et il convient d'expliquer de façon compréhensible comment le principe de l'assurance – compensation du risque au sein du collectif assuré – est encore pris en compte dans une mesure suffisante.

Pour la différenciation des primes, il est également possible de se baser sur des statistiques plausibilisées de portefeuilles similaires si cette plausibilisation convient au propre portefeuille de la société d'assurance, c'est-à-dire s'il n'en résulte que des modifications de marge minimales.

L'individualité du contrat peut se rapporter non seulement à un seul contrat (mais également à des contrats regroupés ou collectifs d'entreprises. Dans de tels cas, la définition du regroupement ou du collectif doit figurer dans le tarif et les mutations au sein de ces regroupements ou collectifs doivent être techniquement réajustées dès que possible.

Pour la définition de la prime contractuelle, il est possible d'appliquer à la prime technique des suppléments ou réductions mineurs non actuariellement fondés (cf. Cm 26). Ceux-ci doivent être présentés à part et varier dans une faible mesure (qu'il s'agisse de la fourchette comprise entre le supplément maximal possible et la réduction maximale possible, ou de leur montant), car ils ne doivent pas donner lieu à une inégalité de traitement importante actuariellement injustifiable, sous peine de ne pas satisfaire les exigences en la matière selon l'art. 117 al. 2 OS. Pour chaque contrat, il convient de s'assurer que les charges attendues restent couvertes par la prime contractuelle, comme auparavant.

### 3.6 Cas particuliers (Cm 27 et 28)

Pour la tarification, les principes généraux doivent être appliqués de manière analogue tout en tenant compte des particularités des activités concernées.

Dans les demandes d'approbation de tarif pour les contrats *Stop Loss* ou les contrats avec compte individuel de recettes et de dépenses, le mécanisme des excédents doit être présenté en détail.

### 3.7 Valeurs de règlement et principe de la « porte à tambour » (Cm 29 à 31)

Toutes les valeurs de règlement sans exception doivent être définies dans le tarif. Le principe de la « porte à tambour » selon l'art. 16a OPP 2 exige qu'en cas de dissolution du contrat – cela vaut aussi pour les dissolutions partielles de contrats (par ex. pour des bénéficiaires de rentes) –, le capital de couverture soit calculé par la société cédante de la même façon que si, au moment de la cession, elle reprenait les mêmes rentiers pour les mêmes prestations. Cela signifie qu'il faut utiliser le tarif de reprise pour calculer le capital de couverture.

Pour fixer les valeurs de règlement, la participation aux excédents et la déduction pour risque d'intérêt sont pris en compte sur la base du capital de couverture décrit ci-dessus (art. 53e al. 2 et 3 LPP).

Les valeurs de règlement ainsi calculées constituent une limite inférieure pour la détermination des provisions techniques (art. 63 OS).

#### **4 Analyse d'impact**

Au total, la marge de manœuvre disponible pour fixer le tarif est élargie, notamment en ce qui concerne la tarification empirique. Néanmoins, cette marge d'action doit se situer encore plus nettement qu'avant au niveau des techniques actuarielles. Cela concerne également les rabais, c'est-à-dire les suppléments et réductions de primes non fondés actuariellement. A ce niveau, la nouvelle circulaire clarifie la pratique et induit un alignement sur la façon de procéder dans l'assurance-maladie complémentaire, laquelle repose sur les mêmes bases réglementaires.

La nouvelle circulaire est en grande partie fondée sur des principes. Par exemple, si l'assureur-vie applique la tarification par classes de tarif ou empirique, il doit, dans la demande d'approbation du tarif, prouver que l'art 123 al. 3 OS est respecté, c'est-à-dire que le cours individuel et le cours collectif des sinistres sont pris en compte de manière appropriée.

En fin de compte, ces modifications ont pour effet d'accroître la marge de manœuvre dont disposent les assureurs-vie en matière de tarification. Les primes seront encore plus fortement basées sur des critères actuariellement fondés.

Les éclaircissements apportés contribuent également à améliorer l'efficacité du processus d'approbation du tarif.

#### **5 Questions aux participants à l'audition**

La FINMA invite les participants à l'audition à transmettre, outre leur prise de position portant sur le texte de la circulaire soumise à l'audition, leurs réponses à des questions spécifiques. Le but de ces questions, qui constituent un élément discursif supplémentaire de l'audition, est de soumettre certains points du texte en particulier à un examen critique et de recueillir l'avis des participants.

##### **Questions**

Etes-vous d'accord avec la pratique proposée concernant l'exigence d'une justification technique des tarifs ? Si tel devait ne pas être le cas, quelles autres solutions proposez-vous pour mettre en œuvre dans le domaine de la

prévoyance professionnelle les dispositions sur les abus que prévoit l'art. 117 al. 2 OS ?

## **6 Suite de la procédure**

La nouvelle circulaire doit entrer en vigueur le 1<sup>er</sup> décembre 2018. Elle doit s'appliquer aux tarifs collectifs pour la première fois avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2020 (TC 2020) pour les affaires en portefeuille et les nouvelles affaires.