

Directives concernant les dépôts de demandes
RFG - 1 Dépôt de tarification majeur

RFG-1, RFG-2, RFG-7 et RFG-8 sont considérés des dépôts de tarifs.

L'OMISSION DE SE CONFORMER À CES DIRECTIVES ENTRAÎNERA LE RETOUR DU DÉPÔT DE DEMANDE ET L'EXIGENCE DE LE SOUMETTRE À NOUVEAU.

L'OMISSION D'INCLURE QUELQUE EXIGENCE DE DÉPÔT OU DE DIVULGATION QUE CE SOIT ENTRAÎNERA LE RETARD DU PROCESSUS DE RÉVISION.

Lorsqu'on se réfère à la Commission des assurances du Nouveau-Brunswick, la CANB et la Commission sont interchangeables.

Directives concernant les dépôts de demandes

L'objectif de ces directives est de communiquer aux assureurs les exigences concernant les dépôts de tarifs majeurs (RFG-1) qui ne se qualifient pas en vue d'un dépôt de demande simplifié ou mineur et de fournir une approche systématique permettant aux assureurs de présenter cette information et ainsi faciliter aussi bien le processus de préparation que l'examen de ces dépôts de demandes.

Les dépôts de demandes majeurs donnent lieu à une analyse actuarielle requise dans les circonstances ci-après :

- les dépôts de tarifs annuels pour véhicules de tourisme sauf pour ceux qui adoptent les tarifs d'IAO approuvés (RFG-2) ;
- les dépôts de tarifs pour véhicules divers et commerciaux à moins que ceux-ci ne tombent sous le seuil décrit dans le Bulletin d'information 2009-003 - [Révision des directives concernant les dépôts de demandes pour les classifications de véhicules autres que les véhicules de tourisme.](#)

La Commission peut relever de l'obligation de procéder à une analyse actuarielle des exigences au sujet des primes dans les circonstances que la Commission juge appropriées. La circonstance la plus courante est qu'il n'y a pas d'antécédents crédibles.

Les tableaux ci-après présentent le résumé des types et des objectifs des dépôts de demandes.

Les changements ci-après peuvent être inclus dans un dépôt de demande RFG-1:

- Escomptes/frais supplémentaires, règle de souscription, règle tarifaire – introduction, amendement, suppression (se référer aux articles 4.m et 4.n)
- Avenants - introduction, amendement, suppression
 - Avenant projeté – inclure une copie du libellé projeté dans les deux langues officielles.

- 
- Copie au surintendant des assurances – une copie du libellé projeté doit également être envoyée au surintendant des assurances à : info@fcnb.ca (Les compagnies doivent obtenir l’approbation à la fois de la Commission et du bureau du surintendant avant la mise en application.)
 - Mises à jour des tables de groupes tarifaires
 - Les compagnies n’ont pas besoin de présenter les tables. Fournir l’identification de la table de groupes tarifaires (c.-à-d., année et type) et la section 2 complète : Récapitulatifs CANB – Étape 2 CANB rangée confidentielle 82-87.



Format du dépôt de demande

Sous réserve des directives établies à la section C, le dépôt de demande devrait contenir les rubriques informationnelles décrites ci-dessous, et dans l'ordre indiqué ci-dessous :

Article	Contenu/Document	Format	Nom du document
	Lettre d'accompagnement	Word, PDF	Lettre d'accompagnement
1	Table des matières	Word, PDF	
2	Récapitulatif CANB	Excel	Récapitulatif du dépôt
3	Annexe A	Word, PDF	Annexe
4	Justification actuarielle	PDF	Justification actuarielle
5	Tarifs finaux/changement de niveau de tarification	Excel	Tarifs de base actuels Tarifs de base projetés
6	Pages-manuel projetées contenant les tarifs révisés et le programme de tarification	Word, PDF	Manuel projeté
7	Dépôt final (uniquement requis <i>après que le dépôt de demande ait été approuvé</i> et seulement pour les dépôts qui ont été amendés au cours du processus d'examen/approbation)	PDF, Excel	FINAL

Comment présenter un dépôt de demande à la Commission

Dépôt initial

Les dépôts de demandes doivent être présentés sous forme électronique par courriel à filings@nbib-canb.org.

- Des dépôts de demandes doivent être présentés pour chaque classification de véhicule, c.-à-d., véhicules de tourisme, véhicules commerciaux (il est acceptable de combiner les véhicules interurbains et les véhicules commerciaux), motocyclettes (y compris cyclomoteurs), VTT, VS, etc.
- Si un assureur présente des dépôts pour plus d'une compagnie, des courriels séparés doivent être envoyés pour chaque compagnie et chaque dépôt.

- 
- **Les pages de justification actuarielle doivent être numérotées.** Chaque article et chaque paragraphe devrait être étiqueté selon la numérotation de l'article et du paragraphe décrite dans le schéma de justification actuarielle ci-dessous.
 - Les notes de bas de page doivent être incluses (p. ex., explication de la façon dont les pièces à l'appui sont interconnectées entre elles).

Amendements :

- Présenter les amendements par courriel seulement, sauf instruction contraire de la Commission.
- **Le format du champ objet est « (Date d'amendement) AAAA_MM_JJ Nom court de compagnie » « Nom court du type de véhicule » « RFG-N° » « Amendement »** Exemple : **2015_09_30 Compagnie Véhicules de tourisme RFG-1 Amendement**

Pour les amendements de nouvelles dates d'entrée en vigueur

- Soumettre par courriel et inclure tous les documents de dépôt de demande correspondants avec les nouvelles dates d'entrée en vigueur.

Pour les amendements au relevé récapitulatif

- Indiquer dans le courriel les détails du/des amendement(s) et, s'il y a lieu, la ou les cellules pertinentes du tableur affectées.

Pour les amendements de la justification actuarielle

- **Les pages doivent comporter une numérotation séquentielle afin de concorder avec la numérotation du dépôt de demande original.** Si un amendement est une page additionnelle à insérer entre les pages 98 et 99, veuillez l'étiqueter 98a. Les compagnies doivent indiquer si la page est un ajout ou une page de remplacement. **Indiquer la date de l'amendement dans le coin droit supérieur. Le document de justification actuarielle entier doit être présenté à nouveau.**

Processus d'approbation

La CANB enverra un courriel à l'assureur dans un délai de deux (2) jours ouvrables pour accuser réception d'un dépôt de demande. Le dépôt de demande sera ensuite examiné pour voir s'il est complet en vertu des directives concernant les dépôts de demandes et l'assureur sera informé de tout renseignement requis pour compléter ce dépôt.

Une fois qu'un dépôt de demande est présumé complet, la CANB et/ou ses actuaires conseils procéderont à l'étude les composantes techniques du dépôt de demande. La CANB pourra demander un complément d'information à l'assureur.

Les demandes de renseignements de la Commission ou de ses actuaires conseils doivent recevoir une réponse **dans un délai de quatre jours ouvrables.**

A. DOCUMENTS DE DÉPÔT REQUIS POUR UN DÉPÔT DE DEMANDE DE TARIFICATION – DÉPÔT DE DEMANDE MAJEUR

LETTRE D'ACCOMPAGNEMENT

Elle donne une description détaillée du dépôt de demande soumis et décrit les changements projetés ainsi que la justification. La lettre d'accompagnement du dépôt de demande doit décliner les nom, titre, nom de l'assureur, adresse d'affaires, numéro de téléphone et adresse de courriel de l'individu autorisé à agir en qualité de personne-ressource de l'assureur. La personne-ressource nommée doit être préparée à répondre aux questions posées par la CANB ou par son actuaire-conseil et à accepter au nom de l'assureur la correspondance de l'un ou l'autre afférente au dépôt de cette demande.

SECTION 1 : TABLE DES MATIÈRES

Cette section renferme une liste de la section 2 jusqu'à la section 7 et devrait être suffisamment détaillée pour servir de référence, par numéro de page, pour l'emplacement d'éléments spécifiques du dépôt de demande.

SECTION 2 : RÉCAPITULATIFS CANB

Modèle de récapitulatif CANB (format Excel SEULEMENT) – peut être téléchargé sur le site Internet de la CANB.¹

Le Récapitulatif CANB est constitué d'un document Excel unique avec de multiples onglets de tableur. Il doit être rempli et présenté en partie intégrante de la trousse de dépôt avec la convention d'appellation : « *Nom court de compagnie* » « *Nom court du type de véhicule* » « *RFG-N°* » *Récapitulatif de dépôt original*. Exemple : ***Compagnie Véhicules de tourisme RFG-1 Récapitulatif de dépôt original***.

Au besoin, les amendements devraient être présentés avec la convention d'appellation : « *Nom court de compagnie* » « *Nom court du type de véhicule* » « *RFG-N°* » *Récapitulatif de dépôt amendé*. Exemple : ***Compagnie Véhicules de tourisme RFG-1 Récapitulatif de dépôt amendé***.

Les onglets du tableur sont dans l'ordre qui suit :

Notes techniques - Notes techniques servant à assister l'assureur au cours de son dépôt de demande

Carte de territoires statistiques - Carte géographique des 11 territoires statistiques au Nouveau-Brunswick

Feuille couverture CANB Commencer ici – Considéré non confidentiel.

Dislocation et plafonnement des tarifs - Le plafonnement des tarifs est un outil que les assureurs emploient pour limiter la dislocation des primes et, par ce fait, améliorer la fidélisation dans les cas où les révisions aux programmes de tarification créent des changements substantiels dans la répartition des primes entre les profils de risques. Les principales causes d'une telle dislocation sont la révision des valeurs relatives ou l'introduction d'un nouvel algorithme avec de nouvelles variables de tarification, bien que cela pourrait aussi avoir une relation avec l'acquisition d'un portefeuille.

Les assureurs ont l'option d'appliquer un plafonnement et peuvent utiliser le plafonnement afin de préserver le niveau global des primes présentées.

¹ <http://www.nbib-canb.org/en/filingPackage.php>



Étape 2 CANB confidentiel - L'information sur cette feuille est considérée confidentielle et NON mise à la disposition du public.

Carte géographique des territoires de tarification – La carte est considérée confidentielle. Si elle varie par rapport aux 11 territoires statistiques, les assureurs DOIVENT inclure une copie des territoires de tarification projetés ou existants.

Document de changement de libellé – À remplir SEULEMENT lorsqu'il y a un changement projeté visant les règles de souscription, les règles tarifaires et/ou les escomptes et frais supplémentaires.

Comparaison FA – À remplir SEULEMENT par les souscripteurs de marchés non normalisés. Compare les tarifs les plus récemment approuvés de la Facility Association avec les tarifs projetés par la compagnie.

SECTION 3 : Annexe A

LETTRE D'AUTORISATION / DÉCLARATION CONCERNANT LES DONNÉES DE LA FA / CERTIFICAT D'ACTUAIRE

- **Lettre d'autorisation signée** – Une lettre signée par un officier de la compagnie au nom de laquelle la demande est déposée, accordant à l'individu identifié l'autorité de présenter le dépôt. Les agents habilités sont le président, le PDG, le directeur financier, le responsable de la conformité, n'importe quel vice-président, le trésorier ou le secrétaire d'entreprise ou l'agent principal de la compagnie pour le Canada.
- **Déclaration signée de la Facility Association** - Une déclaration dûment signée par le PDG de la compagnie.

Note : Les dommages directs devront servir de base pour la tarification et ne devront **pas** être réduits du fait que l'assureur les a cédés à l'Unité de partage de risques. Les dommages directs ne devraient **pas** inclure de sinistres imputables aux contrats à risque du marché secondaire de la Facility Association. De façon similaire, **là où les statistiques à l'échelle de l'industrie sont utilisées, les résultats du marché secondaire de la Facility Association devront être exclus**. Les dépôts de demandes de la Facility Association feront exception à cette règle.

- **Certificat signé par un actuaire**

SECTION 4 : SOUTIEN ACTUARIEL

Indications de tarif

Présenter une justification actuarielle détaillée pour les indications de niveaux de tarification pour tous les types de protections applicables. L'appui actuariel devra contenir les données et une description narrative de toutes les étapes de tarification pour chaque type de protection. En général, la documentation devra être suffisamment détaillée pour permettre à la Commission de tracer les tarifs résultants à partir de l'expérience des données brutes et autres données à l'appui.

La CANB n'exige pas que les assureurs adoptent une méthodologie de tarification spécifique. Toutefois, les indications de tarifs devraient être développées en conformité avec les hypothèses actuarielles généralement acceptées y compris l'utilisation judicieuse du jugement professionnel dans le processus de tarification.



Sélection des tarifs

Les assureurs souhaitant s'écarter des indications de niveaux de tarification développées devront nécessairement fournir à la Commission une description narrative expliquant la justification à l'appui des écarts projetés (section 2 : Récapitulatifs CANB – Étape 2 CANB rangée confidentielle 97. La Commission prendra seulement en considération de tels facteurs, à part la méthodologie actuarielle, comme ils lui seront présentés par l'assureur. Ces facteurs pourront inclure mais non de façon limitative la concurrence, la part de marché, les plans d'affaires, etc. La justification présentée devrait être aussi détaillée que possible afin d'illustrer devant la Commission que les choix de tarifs constituent des écarts raisonnables par rapport aux indications de tarifs.

La justification actuarielle devrait comprendre les paragraphes répertoriés ci-dessous, **dans le même ordre que celui établi ci-dessous**. Chaque article ou paragraphe doit être étiqueté selon le schéma de numérotation fourni et doit contenir toutes les données, définitions et sources de données et toute description narrative nécessaire pour expliquer ou clarifier les différentes étapes de tarification.

4.a. Description intégrale de la méthodologie de tarification et résumé

4.b. Sinistres

1. Projection des pertes ultimes
2. Tendance des sinistres
3. Traitement des gros sinistres
4. Procédure en cas de catastrophe (ou réclamation excédentaire)
5. Autres redressements

4.c. Dépenses de règlements de sinistres assignées

1. Développement des dépenses de règlements de sinistres assignées
2. Tendance des dépenses de règlements de sinistres assignées
3. Procédure de catastrophe
4. Autres redressements

4.d. Dépenses de règlements de sinistres non assignées

4.e. Prime

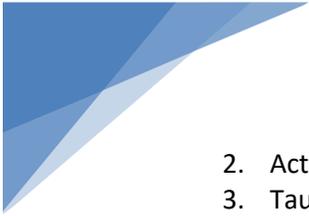
1. Redressements de mise à niveau
2. Tendance des primes
3. Autres redressements

4.f. Autres frais

1. Frais variables dus aux risques
2. Frais variables de primes

4.g. Provisions pour bénéfices

1. Taux de rentabilité des souscriptions

- 
2. Actualisation
 3. Taux de rentabilité de la souscription cible et implicite proposé

4.h. Fiabilité

4.i. Autres redressements

4.j. Résumé des indications de niveaux de tarification

Indications d'écarts de tarifs :

4.k. Indications territoriales

1. Écarts indiqués
2. Éléments hors bilan
3. Changements de définitions territoriales

4.l. Indications de classifications/limites d'indemnité/franchises ou autres écarts de tarifs

1. Écarts indiqués
2. Éléments hors bilan

4.m. Escomptes/frais supplémentaires

1. Escomptes ou frais supplémentaires indiqués
2. Éléments hors bilan

4.n. Tarification basée sur l'appartenance à un groupe

1. Escomptes indiqués ou tarifs pour les groupes
2. Éléments hors bilan

Pièces à l'appui/annexes - les données de base devraient être clairement identifiées sur toutes les pièces à l'appui et les annexes.

Les sections (4.a) – (4.k) doivent être remplies dans tous les cas. En outre, les sections (4.l) - (4.n), selon le cas, doivent être remplies si le dépôt de demande projette un changement de classification, une limite d'indemnité, une franchise ou d'autres écarts de tarifs, que ce soit avec ou sans un changement global de tarif.

4.a. Description intégrale de la méthodologie de tarification et résumé

Dans cette section, indiquer le type d'approche employé (prime pure ou ratio sinistres-primes) et décrire le processus dans un résumé narratif. Les assureurs qui mettent en application quelque changement que ce soit dans la méthodologie de tarification utilisée lors du dépôt de demande précédent doivent présenter une justification raisonnée.

Inclure une description générale des données qui ont été utilisées. L'information spécifique et détaillée au sujet des données devra être incluse dans les paragraphes utilisant ces données. Par



exemple, les données sur les sinistres d'assurance responsabilité devront indiquer s'il s'agit de toutes les limites combinées ou d'une limite (de base) spécifique.

La demande déposée devra inclure l'année de données la plus récente disponible. Si la demande déposée devait s'appuyer sur l'expérience de l'industrie, nous nous attendrions à ce que toute demande reçue après que les données de l'industrie ont été publiées inclue les données les plus récentes de l'industrie.

Indiquer les pondérations utilisées dans le dépôt de demande. Les assureurs sont requis d'utiliser des pondérations compatibles avec le dernier dépôt de demande présenté à la Commission. Si la pondération utilisée dans le dépôt de demande a changé, une justification raisonnée sera requise.

4.b. Sinistres

Indiquer si les sinistres sont pris en considération en même temps que les dépenses de règlements de sinistres assignées. Si c'est le cas, toutes les références à des « sinistres » dans ce paragraphe devront être considérées comme référant à « sinistres et dépenses de règlements de sinistres assignées ». *Dans ce cas, le paragraphe 4.c. Peut être omis.*

Décrire le type de données sur les sinistres (c.-à-d., année de survenance ou année d'assurance). Si une autre base est utilisée, on doit en fournir la justification.

Noter la période d'expérience et les dates d'évaluation respectives ainsi que la source des données (c.-à-d., données internes de la compagnie, données de la compagnie telles que rapportées par le BAC). Les données sur les sinistres de l'assureur lui-même devront être utilisées dans la mesure du possible.

Les données sur les sinistres spécifiques au Nouveau-Brunswick pour la catégorie d'assurance déposée au niveau de la couverture doivent être utilisées.

Indiquer si les données sur les sinistres sont brutes ou nettes de récupération et de subrogation.

Les dommages directs devront servir de base pour la tarification et ne devront **pas** être réduits du fait que l'assureur les a cédés à l'Unité de partage de risques. Les dommages directs ne devraient **pas** inclure de sinistres imputables aux contrats à risque du marché secondaire de la Facility Association. De façon similaire, **là où les statistiques à l'échelle de l'industrie sont utilisées, les résultats du marché secondaire de la Facility Association devront être exclus.** Les dépôts de demandes de la Facility Association feront exception à cette règle.

4.b.1. Projection des pertes ultimes

Les pertes doivent être développées jusqu'au résultat final en utilisant la méthode appropriée.

Décrire l'approche spécifique utilisée pour projeter les pertes jusqu'au résultat final dans le dépôt de demande et donner les détails des calculs. Tous les jugements rattachés au processus de projection des pertes jusqu'au résultat final devraient être décrites et documentées en détail (p. ex., la sélection des facteurs d'évolution des sinistres, la sélection des ratios de sinistralité escomptée, la pondération assignée à chaque méthode de projection de sinistralité).



L'évolution des sinistres devra être basée sur les données de l'assureur lui-même dans la plus grande mesure possible. Au minimum, l'historique des données non redressées de l'évolution des sinistres de la compagnie évaluées à intervalles de 12 mois devra être fourni (ce qu'il est convenu d'appeler les « triangles » d'évaluation des sinistres à divers stades d'évolution). Si une évolution des sinistres pour une année de survenance partielle est utilisée, alors, des antécédents comparables doivent être présentés pour appuyer les facteurs sélectionnés.

S'il arrivait à l'assureur d'estimer nécessaire de s'appuyer sur des données de l'extérieur ou sur une source différente de données internes (p. ex., les données d'une société affiliée), identifier la source des données et fournir une explication de son applicabilité. Toutes les données utilisées au cours du processus d'évolution des sinistres doivent être présentées et étiquetées (p. ex., les sinistres sont-ils réglés ou encourus, quelles sont les dates d'évaluation).

Déclarer si des procédures de fiabilité sont utilisées lors des méthodes de projection de sinistralité. Si c'est le cas, exposer et corroborer le choix des critères de fiabilité, l'application de la norme de fiabilité et le complément de fiabilité.

On peut s'attendre à ce que l'approche générale jusqu'au résultat final demeure raisonnablement constante au cours des années pour un assureur. Divulguer et corroborer tout changement soit de l'approche soit des données sous-jacentes par rapport à une demande déposée auparavant.

4.b.2. Tendances des sinistres

Décrire l'approche spécifique de tendance des sinistres utilisée dans le dépôt de demande et donner les détails des calculs. Toutes les décisions associées au processus de tendance des sinistres devront être divulguées en détail et documentées.

Les tendances des sinistres devraient être basées sur un examen des antécédents les plus récents de l'ensemble de l'industrie au Nouveau-Brunswick pour chaque catégorie d'assurance et chaque couverture dans la mesure du possible. Dans la mesure où elles soient crédibles, les tendances des sinistres basées sur les antécédents de l'assureur lui-même peuvent également être utiles pour refléter la dynamique des contrats de l'assureur. S'il arrivait à l'assureur d'estimer nécessaire de s'appuyer sur des données de l'extérieur ou sur une source différente de données internes, la demande déposée devra identifier la source des données et fournir une explication de son applicabilité. Toutes les données utilisées dans le processus d'estimation de la tendance des sinistres annuelle doivent être présentées, au moins sous forme de résumé, et étiquetées (p. ex., les sinistres sont-ils réglés ou encourus, développés ou non développés).

Les données historiques devront être rajustées pour être sur une base comparable en considérant les changements qui sont survenus aux niveaux des prestations ou de la législation.

Les tendances doivent être corroborées par une analyse des changements de coût des sinistres indiqués faisant appel à une méthodologie de tendance des sinistres appropriée. Bien que les tendances de coût des sinistres soient généralement considérées comme suffisantes, les tendances de fréquence et de gravité sont souvent révisées et analysées séparément dans la sélection des facteurs de tendance. Les sélections de tendance des sinistres qui ne suivent pas les tendances des sinistres indiquées doivent être rationalisées et expliquées.



Indiquer si des procédures de fiabilité sont utilisées pour l'estimation des tendances des sinistres. Si c'est le cas, exposer et corroborer le choix des critères de fiabilité, l'application de la norme de fiabilité et le complément de fiabilité.

La durée de la période de tendance dépendra du terme de la couverture offert par l'assureur, la date d'entrée en vigueur proposée et la date d'évaluation des données sur les sinistres. Chacun de ces éléments doit être divulgué. Si la tendance est divisée en composantes de tendance passées et futures, chaque composante doit être pleinement divulguée et corroborée selon les détails décrits plus haut, et la date à laquelle la tendance future est appliquée doit être divulguée et corroborée.

On peut s'attendre à ce que l'approche de la tendance des sinistres demeure raisonnablement constante au cours des années pour un assureur. Exposer s'il y a eu des changements soit de l'approche, soit des données sous-jacentes par rapport à une demande déposée auparavant.

4.b.3. Traitement des gros sinistres

Indiquer clairement comment les gros sinistres au cours de la période d'expérience ont été traités. Si les sinistres ont été plafonnés, le nombre des dits sinistres et les effets des plafonds doivent être démontrés. L'assureur devra faire en sorte que les gros sinistres ne causent pas une instabilité importante des tarifs d'une période à une autre.

Si on utilise un ensemble de gros sinistres, on fournira une justification pour la dérivation du chargement et la méthode selon laquelle le chargement est appliqué.

4.b.4. Procédure en cas de catastrophe (ou réclamation excédentaire)

Remarque : La province du Nouveau-Brunswick est rarement affectée par des catastrophes affectant les réclamations d'assurance automobile. La CANB ne s'attend pas à ce qu'il y ait de chargement pour ceci.

Les couvertures multirisques, risques spécifiés et tous risques peuvent être assujetties à des sinistres découlant de catastrophes naturelles. Si une procédure est utilisée pour estimer l'impact de telles pertes, décrire la procédure spécifique utilisée. Exposer et corroborer les détails des calculs et tous les jugements rattachés au processus de calcul de la provision pour catastrophe.

La procédure de catastrophe devra utiliser les données de l'assureur lui-même dans la mesure du possible, enrichie là où c'est nécessaire par d'autres données pertinentes. Toutes les données utilisées dans le calcul d'une provision pour catastrophe doivent être présentées et étiquetées.

Exposer s'il y a eu des changements soit de l'approche, soit des données sous-jacentes par rapport à une demande déposée auparavant.

4.b.5. Autres redressements

Tout autre redressement des données sur les sinistres devra être divulgué, documenté et appuyé dans le présent paragraphe.

À titre d'exemple, le dépôt de demande doit inclure un commentaire au sujet de l'approche utilisée pour prendre en compte l'impact des changements de produit comme celui des changements au Règlement sur les blessures mineures de juillet 2013.



Les données doivent être présentées et étiquetées, les procédures doivent être décrites et les changements par rapport aux dépôts de demandes précédents doivent être indiqués.

4.c. Dépenses de règlements de sinistres assignées

Si les dépenses de règlements de sinistres assignées sont considérées séparément des sinistres, fournir la même information détaillée que pour les sinistres dans le paragraphe **4.b.**

4.d. Dépenses de règlements de sinistres non assignées

Décrire l'approche spécifique des dépenses de règlements de sinistres non assignées dans le dépôt de demande et donner une description détaillée des calculs. Toutes les décisions associées au processus de tendance des sinistres devront être divulguées en détail et documentées.

L'estimation des dépenses de règlements de sinistres non assignées devrait faire usage des données de l'assureur lui-même pour chaque classification d'assurance et chaque couverture dans la mesure du possible. S'il arrivait à l'assureur d'estimer nécessaire de s'appuyer sur des données de l'extérieur ou sur une source différente de données internes, la demande déposée devra identifier la source des données et fournir une explication de son applicabilité. Toutes les données utilisées dans le processus d'estimation des dépenses de règlements de sinistres non assignées doivent être présentées et étiquetées (p. ex., les dépenses de règlements de sinistres non assignées sont-elles réglées ou encourues, l'année civile et l'année de survenance, exprimées en pourcentage des sinistres ou des primes).

Exposer s'il y a eu des changements soit de l'approche, soit des données sous-jacentes par rapport à une demande déposée auparavant.

4.e. Prime

Exposer les données au sujet des primes, la période d'antécédents et indiquer la source des données des primes. Les primes directes (c.-à-d., avant toute transaction de réassurance) devront servir de base pour la tarification et ne devront pas être réduites du fait que l'assureur les a cédées à l'Unité de partage de risques. Les primes directes ne doivent pas inclure les primes pour les contrats du marché secondaire de la Facility Association.

4.e.1. Redressements de mise à niveau

Toutes les primes utilisées dans le dépôt de demande doivent être redressées en fonction de tous les changements tarifaires approuvés auparavant par la CANB.

Si on utilise une approche de ratio sinistres-primes, les primes acquises doivent être redressées au niveau des présents tarifs en utilisant la procédure de mise à niveau appropriée. Présenter les deux primes, soit la prime non redressée et la prime redressée.

Si on utilise une approche factorielle (p. ex., parallélogramme) pour les redressements de mise à niveau, exposer les calculs. Si les redressements de mise à niveau sont effectués au moyen du calcul des primes aux tarifs actuels par le biais de la retarification informatique des polices (c.-à-d., prolongation des risques), une description du processus devra être fournie avec une comparaison



des résultats obtenus en utilisant la méthode du parallélogramme. Tout écart significatif devra être expliqué.

L'historique des changements de tarifs de l'assureur pour chaque couverture au cours des cinq années précédentes devra être inclus dans cet article.

4.e.2. Tendance des primes

La tendance des primes devra être prise en considération pour les couvertures avec des bases de risques sensibles à l'inflation ou les couvertures pour lesquelles un dosage fluctuant de risques pourrait entraîner un changement de revenu-primes correspondant pour l'assureur. Le dosage fluctuant de risques touchant les marques et les modèles de voitures pour les couvertures de dommage matériel est un exemple de changement de dosage de risques pouvant entraîner une tendance des primes. (En vertu de CLEAR [le système canadien de tarification automobile basé sur l'expérience des sinistres], la tendance des primes est déjà prise en compte dans l'établissement des groupes de tarifs.)

L'approche spécifique de tendance des primes utilisée dans la demande déposée devra être décrite et les détails concernant les calculs devront être divulgués et appuyés. Toutes les décisions associées au processus de tendance des sinistres devront être divulguées en détail et appuyées.

La tendance des primes devra faire usage des données de l'assureur lui-même dans la mesure du possible. Dans la mesure où la mesure des tendances des primes change dans la composition du chiffre d'affaires au fil du temps pour le portefeuille de l'assureur lui-même, un redressement correspondant doit également être inclus dans l'analyse.

S'il arrivait à l'assureur d'estimer nécessaire de s'appuyer sur des données de l'extérieur ou sur une source différente de données internes, la demande déposée devra identifier la source des données et fournir une explication de son applicabilité dans la présente affaire. Toutes les données utilisées au cours du processus d'estimation de la tendance des primes doivent être présentées et étiquetées.

On peut s'attendre à ce que l'approche de la tendance des primes demeure raisonnablement constante au cours des années pour l'assureur. Tout changement soit de l'approche, soit des données sous-jacentes par rapport à une demande déposée auparavant, devra être divulgué, expliqué et appuyé.

4.e.3. Autres redressements

Tout autre redressement des données sur les sinistres devra être divulgué, documenté et appuyé dans le présent paragraphe.

Les données doivent être présentées et étiquetées, les procédures doivent être décrites et les changements par rapport aux dépôts de demandes précédents doivent être indiqués.

4.f. Autres frais

Les autres frais (c.-à-d., les frais non reliés aux réclamations) devront être répartis entre dépenses variables de risques (fixes) et dépenses variables de primes (variables) d'une manière compatible



avec la façon dont l'assureur dirige ses affaires, la façon dont les dépenses sont encourues et le type d'unité assuré. Les détails de cette répartition des frais devront être divulgués et documentés.

Lorsqu'un assureur propose de varier les tarifs en se basant sur le type de système de répartition, des statistiques séparées des frais doivent être maintenues et déposées en appui des tarifs.

Pour l'année la plus récente, l'affectation des frais à la classification d'assurance déposée devra également être signalée.

Aucune provision pour frais ne devra être établie à l'égard du marché secondaire de la Facility Association, à moins qu'il n'y ait un subside connu dans son fonctionnement. L'Unité de partage de risques devra être traitée comme des affaires directes et par conséquent devra être reflétée dans les données de dommages directs et de primes.

Aucuns frais additionnels ne devront être prévus par les assureurs nominaux en rapport avec traitement des affaires de la Facility Association, étant donné que de tels coûts devraient se refléter dans les tarifs exigés par la Facility Association.

Les assureurs sont requis de divulguer et d'expliquer le traitement de toute dépense non récurrente (ponctuelle) qui crée des variances importantes au cours d'une ou plusieurs années.

4.f.1. Frais variables dus aux risques (fixes)

On peut s'attendre à ce que certains frais varient en relation avec le nombre d'unités assurées (risques) plutôt qu'en relation avec le volume de primes.

L'approche spécifique pour l'estimation des frais variables dus aux risques utilisée dans la demande déposée devra être décrite et les détails des calculs devront être divulgués. Toutes les décisions associées au processus de calcul des frais variables dus aux risques devront être divulguées en détail et appuyées.

Les frais variables dus aux risques devront faire usage des données de l'assureur lui-même. S'il arrivait à l'assureur d'estimer nécessaire de s'appuyer sur des données de l'extérieur ou sur une source différente de données internes, la demande déposée devra identifier la source des données et fournir une explication de son applicabilité dans la présente affaire. Toutes les données utilisées au cours du processus d'estimation des frais variables dus aux risques doivent être présentées et étiquetées.

Les frais variables dus aux risques sont assujettis à la tendance. Les éléments de tendance discutés au paragraphe **4.b.2.** s'appliquent également au présent paragraphe.

On peut s'attendre à ce que l'approche des frais variables dus aux risques demeure raisonnablement constante au cours des années pour l'assureur. Tout changement soit de l'approche, soit des données sous-jacentes par rapport à une demande déposée auparavant devra être divulgué et documenté.

4.f.2. Frais variables de primes (variables)

On peut s'attendre à ce que certains frais varient en relation avec le volume de primes plutôt qu'en relation avec le nombre d'unités assurées.



L'approche spécifique pour l'estimation des frais variables de primes utilisée dans la demande déposée devra être décrite et les détails des calculs devront être divulgués. Toutes les décisions associées au processus de calcul des frais variables de primes devront être divulguées en détail et appuyées.

Les frais variables de primes devront faire usage des données de l'assureur lui-même. S'il arrivait à l'assureur d'estimer nécessaire de s'appuyer sur des données de l'extérieur ou sur une source différente de données internes pour l'estimation de ces frais, la demande déposée devra identifier la source des données et fournir une explication de son applicabilité dans la présente affaire. Toutes les données utilisées au cours du processus d'estimation des frais variables de primes doivent être présentées et étiquetées.

On peut s'attendre à ce que l'approche des frais variables de primes demeure raisonnablement constante au cours des années pour un assureur. Tout changement soit de l'approche, soit des données sous-jacentes par rapport à une demande déposée auparavant devra être divulgué et documenté.

4.g. Provisions pour profit

4.g.1 – Taux de rentabilité des souscriptions

Tous les assureurs doivent soumettre leurs indications tarifaires en fonction d'un taux de rentabilité cible de souscription (c.-à-d. une provision pour bénéfices cible exprimée en pourcentage de la prime), aussi appelé rendement cible de la prime ("RDP cible").

Plus précisément, le RDP cible est censé représenter la rentabilité des souscriptions cible avant impôts sur le revenu pour le portefeuille d'assurance analysé.

En outre, le RDP cible devrait représenter un taux de rentabilité appropriée pour les affaires directes (par opposition aux affaires prises en charge ou cédées, telles que les cessions au Groupe de partage du risque). Le RDP cible devrait également exclure l'effet du marché résiduel de la Facility Association afin d'éviter les subventions croisées.

Le RDP cible doit être clairement indiqué dans la formule de tarification pour l'élaboration du taux indiqué sur le plan actuariel.

Les assureurs sont tenus de justifier le caractère raisonnable de leur RDP cible et d'expliquer pourquoi celui qu'ils ont choisi est considéré comme approprié dans le cadre de ce dépôt.

D'un point de vue qualitatif, il est entendu que le RDP cible refléterait la récompense pour avoir assumé le risque.

Lors de l'établissement d'une telle hypothèse, les assureurs peuvent tenir compte de diverses caractéristiques des risques dont le prix est fixé. Voici des exemples de considérations que les assureurs pourraient vouloir formuler à l'appui de leur hypothèse :

- a) Les risques à faible fréquence et à gravité élevée mériteraient généralement un RDP cible plus élevé que les risques à fréquence élevée et à faible gravité ;

- 
- b) Les risques à long terme avec une incertitude significative concernant les modèles de règlement mériteraient généralement un RDP cible plus élevé que les risques à court terme avec une plus grande certitude dans leurs modèles de règlement ;
 - c) Les risques présentant une distribution de probabilité de résultats plus large mériteraient généralement un RDP cible plus élevé que les risques présentant une plus grande certitude de résultats ;
 - d) Les risques soumis à des changements significatifs récents augmentant l'incertitude des résultats (par exemple, changements réglementaires, changements dans la conception des produits, changements dans l'environnement économique, perturbateur du marché) peuvent mériter un RDP cible plus élevé que les risques provenant d'un environnement stable ;
 - e) Les risques inclus dans un portefeuille d'assurance très concentré mériteraient généralement un RDP cible plus élevé que les risques inclus dans un portefeuille d'assurance très diversifié ; et
 - f) Une faible disponibilité des fonds excédentaires (capital) soutenant les risques à coût élevé mériterait généralement un RDP cible plus élevé que les risques bien capitalisés.

D'autres considérations qui pourraient influencer la fixation du RDP cible et sur lesquelles les assureurs pourraient envisager de faire des commentaires pourraient inclure, sans toutefois se limiter aux éléments suivants :

- a) La rentabilité relative d'investissements dans des secteurs non liés à l'assurance présentant des risques similaires ;
- b) La mission sociale de l'assureur ; et
- c) Les résultats des modèles quantitatifs (par exemple, le coût du capital).

L'approche spécifique à la détermination du RDP cible qui sous-tend les taux de prime actuariels indiqués dans le dépôt de taux doit être décrite. Tous les jugements associés au processus d'établissement du RDP cible doivent être documentés et appuyés.

Dans le cas où le RDP cible est déterminé en utilisant une analyse quantitative :

- Toutes les données utilisées dans le processus de sélection du RDP cible doivent être présentées et identifiées.
- Les détails des calculs doivent être divulgués et justifiés (y compris les formules et les définitions claires de chacun des termes utilisés dans les formules).

Les assureurs qui utilisent une approche du coût du capital dans leur modèle de tarification doivent illustrer comment le coût du capital est lié au RDP cible dans les étapes du modèle.

4.g.2 – Actualisation

Les assureurs doivent démontrer que leurs indications actuarielles reflètent l'effet de l'actualisation sur tous les éléments de l'équation fondamentale de la prime d'assurance, tel que décrit à l'article 2620.01 des Normes de pratique de l'Institut canadien des actuaires, qui stipule que :



“La meilleure estimation de la valeur actualisée des flux de trésorerie relatifs aux produits au taux indiqué doit être égale à la meilleure estimation de la valeur actualisée des flux de trésorerie relatifs aux coûts des réclamations et aux coûts des dépenses, plus la valeur actualisée d'une provision pour bénéfiques, sur une période de temps déterminée.”

Tous les revenus et les coûts, y compris les coûts des réclamations et les coûts des dépenses prévus, doivent être actualisés pour refléter les revenus d'investissement sur les fonds fournis par les titulaires de police avant l'inclusion de la provision pour bénéfiques de souscription.

La formule suivante illustre cette exigence :

$$P = L + E_L + (E_F + V \times P) + Q_T \times P$$

Là où :

P = Valeur actuelle des primes perçues

L = Valeur actuelle des sinistres attendues ultimes projetées

E_L = Valeur actuelle des frais d'ajustement des sinistres (FAS) ultimes projetées

E_F = Valeur actuelle des frais fixes d'exploitation de l'assurance (autres que FAS)

V = Taux des frais de souscription variables (par rapport à la prime)

Q_T = Taux de profit de souscription cible (par rapport à la prime, c'est-à-dire le rendement de la prime)

Les modèles de flux de trésorerie (par exemple, les modèles de paiement) qui devraient s'appliquer aux revenus, aux pertes et aux dépenses doivent être divulgués et justifiés pour chaque couverture et sous-couverture.

Les assureurs doivent fournir la base des hypothèses de rendement des investissements sélectionnées utilisées pour actualiser les flux de trésorerie d'assurance (c'est-à-dire basées sur les revenus d'investissement attendus des fonds fournis par les titulaires de police).

Reconnaissant la nature prospective de l'exercice de tarification, les assureurs doivent appuyer l'hypothèse de rendement des placements choisie pour l'actualisation en fournissant la source de leur hypothèse et en expliquant comment l'hypothèse a été choisie. L'assureur doit prendre en considération les nouveaux taux monétaires, sa philosophie de placement et les actifs du portefeuille de placements qu'il prévoit détenir sur les fonds fournis par les titulaires de police.

4.g.3 – Taux de rentabilité de la souscription cible et implicite proposé

On peut s'attendre à ce que l'approche générale pour calculer les RDP cibles ainsi que l'approche pour sélectionner les taux d'actualisation et les modèles de flux de trésorerie restent raisonnablement constants au fil des ans pour l'assureur. Tout changement dans l'approche ou dans les données et hypothèses sous-jacentes par rapport au dépôt de taux antérieur doit être divulgué et appuyé.

De plus, si le RDP cible du dépôt tarifaire actuel diffère du RDP cible du dépôt tarifaire antérieur, les assureurs devraient, à des fins de test de sensibilité, fournir l'indication provinciale alternative, par couverture, qui aurait été présentée si l'on avait utilisé le RDP cible du dépôt tarifaire antérieur.

Si les taux proposés dans le dépôt tarifaire actuel sont différents de ceux qui sont indiqués de façon actuarielle en fonction du RDP cible, l'assureur doit fournir une estimation du taux de profit de



souscription attendu implicite (c.-à-d. le rendement implicite de la prime) sous-jacent aux taux proposés. L'assureur doit également expliquer pourquoi il est prêt à accepter une provision pour bénéfiques de souscription inférieure à celle visée.

4.h. Fiabilité

Le volume de l'expérience néo-brunswickoise de l'assureur pourrait ne pas être suffisant pour produire des indications de niveaux de tarifs stables à l'échelle provinciale qui soient fiables sur le plan actuariel. Dans de tels cas, les procédures de fiabilité peuvent être utiles comme moyen de majorer les données du Nouveau-Brunswick de l'assureur.

La norme pour une fiabilité à 100 p. 100 et la formule pour calculer la fiabilité partielle devront être divulguées et corroborées.

La source des données utilisées comme lest auquel le complément de fiabilité s'applique devra être divulguée et corroborée.

On peut s'attendre à ce que l'approche de fiabilité (y compris les normes de fiabilité et le complément de fiabilité) demeure raisonnablement constante au cours des années pour l'assureur. Tout changement à la norme ou à la procédure de fiabilité par rapport au dépôt de demande précédent devra être divulgué et corroboré.

4.i. Autres redressements

Tout autre redressement effectué aux données affectant la prime prévue ou les sinistres doit être quantifié et son effet sur les tarifs doit être divulgué et appuyé dans le présent alinéa.

4.j. Résumé des indications de niveaux de tarification

Des relevés récapitulatifs montrant la façon dont les données se combinent avec les redressements et les provisions décrites dans les paragraphes (4.b.) - (4.i.) doivent être fournis. L'assureur peut utiliser les formulaires pertinents à sa situation particulière.

Le changement tarifaire indiqué devrait être basé sur **trois années consécutives au minimum** d'antécédents les plus récents. Une pondération appropriée devrait être appliquée à chaque année en se basant sur un jugement actuariel. Si ces pondérations sont différentes du dépôt de demande précédent de l'assureur, le changement doit être divulgué, expliqué et corroboré.

Il est à prévoir que le changement de tarif projeté aille dans la même direction et avec la même importance relative que la direction du changement indiqué au niveau de la couverture. Une explication devrait être fournie en cas de tout écart significatif au niveau de la couverture entre les changements de tarif indiqués et projetés.

Une justification et d'autres considérations corroborant les changements projetés doivent être présentées.

4.k. Indications territoriales

La Commission comprend que les compagnies peuvent souhaiter définir leurs territoires de tarification différemment des territoires statistiques définis par le plan statistique. La Commission



n'a aucune objection à cette pratique. Toutefois, à la révision des demandes, la Commission jugera le dépôt en utilisant les principes directeurs ci-après :

- Si une compagnie choisit de dévier les limites des 11 territoires existants, elle doit continuer d'utiliser ces nouvelles limites territoriales durant au minimum trois (3) ans.
- Tous les territoires doivent être des zones géographiques homogènes limitrophes c.-à-d., avoir une frontière commune. Les territoires servent à mesurer les caractéristiques de risques telles que conditions de route, densité de la circulation, limites de vitesse, taux de criminalité, terrain et conditions météo. Il doit y avoir un certain nombre de caractéristiques sous-jacentes communes en définissant le territoire, et par conséquent, il est logique qu'un territoire englobe des zones géographiques limitrophes. Un point commun unique n'est pas considéré comme limitrophe.
- En établissant des tarifs territoriaux, les grosses réclamations devront être plafonnées. Ceci, afin que les grosses réclamations ne faussent pas l'analyse sous-jacente des coûts perdus, et pour éviter l'instabilité des tarifs, les grosses réclamations devront être plafonnées, sous réserve de considérations actuarielles.
- Tout assureur qui définit les territoires différemment du plan statistique devra faire état de son tarif courant, son tarif projeté et du changement de tarif pour chacun de ses territoires de tarification courants ET pour les onze territoires existants définis par le plan statistique dans chaque profil de tarification. (Voir les tableaux 1-4 sur le relevé récapitulatif confidentiel)
- Si Postes Canada modifie les limites d'une RTA existante, alors, la compagnie devra déposer auprès de la Commission la façon dont la définition du changement de territoire sera mise en application.
- Un assureur devra utiliser une définition de territoire commune pour toutes les couvertures. Bien que les données doivent être examinées séparément par couvertures majeures, il devrait y avoir une définition de territoire commune que l'assureur utilisera pour toutes les couvertures.
- Si une compagnie n'utilise pas les 11 territoires statistiques comme territoires de tarification, une carte géographique des territoires de tarification de la compagnie doit être présentée.

4.k.1. Écarts indiqués

Les indications territoriales devront être calculées à partir des données de l'assureur lui-même. S'il arrivait à l'assureur d'estimer nécessaire de s'appuyer sur des données de l'extérieur ou sur une source différente de données internes, la demande déposée devra identifier la source des données et fournir une explication de son applicabilité dans la présente affaire. Toutes les données utilisées au cours du processus d'établissement des indications territoriales doivent être présentées et étiquetées.

Une comparaison des écarts territoriaux courants indiqués et proposés doit être fournie pour chaque couverture pour laquelle les taux changent par territoire. On devra inclure ici la répartition des primes souscrites et la répartition des risques par couverture, par territoire.

Si des procédures de fiabilité sont utilisées, celles-ci doivent être divulguées et corroborées avec les mêmes détails que ceux décrits à l'article **4.h**.

On peut s'attendre à ce que l'approche du calcul des écarts territoriaux demeure raisonnablement constante au cours des années pour l'assureur. Tout changement soit de l'approche, soit des



données sous-jacentes par rapport à une demande déposée auparavant devra être divulgué et documenté.

4.k.2. Éléments hors bilan

La prime globale peut être augmentée ou réduite par l'introduction de nouveaux tarifs territoriaux ou écarts de tarifs ou par des changements aux territoires existants. La demande déposée doit comptabiliser en fonction de ces changements par l'emploi de procédures hors bilan ou en comptabilisant en fonction du changement du niveau de tarification de la prime. *Advenant que le changement aux écarts territoriaux ne soit pas comptabilisé hors bilan et qu'au lieu de cela un changement au niveau de tarification soit généré, les articles 4.a – 4.j doivent également être complétés.*

Toutes les données utilisées pour le calcul des éléments hors bilan doivent être présentées et étiquetées. Le calcul du montant hors bilan doit être présenté. Toutes les décisions associées au processus de calcul des éléments hors bilan devront être divulguées et corroborées.

Les calculs des éléments hors bilan devront faire usage de la répartition des contrats de l'assureur lui-même. S'il arrivait à l'assureur d'estimer nécessaire de s'appuyer sur des données de l'extérieur ou sur une source différente de données internes, la demande déposée devra identifier la source des données et fournir une explication de son applicabilité dans la présente affaire.

On peut s'attendre à ce que l'approche de calcul des éléments hors bilan demeure raisonnablement constante au cours des années pour l'assureur. Tout changement soit de l'approche, soit des données sous-jacentes par rapport à une demande déposée auparavant devra être divulgué et documenté.

4.k.3. Changements de définitions territoriales

Une carte géographique montrant clairement les limites territoriales actuelles et projetées doit accompagner tout changement de définition territoriale.

4.l. Indications de classifications/limites d'indemnité/franchises ou autres écarts de tarifs

4.l.1. Écarts indiqués

Si l'assureur réclame des changements dans les écarts de classification, les écarts de limite d'indemnité, les écarts de franchise ou autres écarts de tarifs, le processus de tarification doit être décrit en détail.

Classifications, limites d'indemnité, franchises, et autres indications d'écarts de tarifs devront faire usage des données de l'assureur lui-même. S'il arrivait à l'assureur d'estimer nécessaire de s'appuyer sur des données de l'extérieur ou sur une source différente de données internes, la demande déposée devra identifier la source des données et fournir une explication de son applicabilité dans la présente affaire. Toutes les données utilisées durant le processus de développement de classifications, de limites de responsabilité, franchises ou autres indications d'écarts de tarifs doivent être présentées et étiquetées.



Une comparaison des écarts courants, indiqués et projetés doit être fournie pour chaque couverture pour laquelle la classification, la limite d'indemnité, la franchise ou d'autres écarts de tarifs changent. Ceci devra inclure la répartition des primes souscrites et la répartition des risques par classification, limite d'indemnité, ou autre écart de tarif.

Si des procédures de fiabilité sont utilisées, celles-ci doivent être divulguées et appuyées avec les mêmes détails que ceux décrits à l'article **4.h**.

On peut s'attendre à ce que l'approche générale du calcul des écarts de tarifs demeure raisonnablement constante au cours des années pour l'assureur. Tout changement soit de l'approche, soit des données sous-jacentes par rapport à une demande déposée auparavant devra être divulgué et documenté. L'assureur devrait vérifier et éviter les revirements pour ses écarts de tarifs projetés.

4.1.2. Éléments hors bilan

La prime globale peut être augmentée ou réduite par l'introduction d'une nouvelle classification, limite d'indemnité, franchise ou autre écart de tarif ou par des modifications aux primes existantes. La demande déposée doit comptabiliser en fonction de ces changements par l'emploi de procédures hors bilan ou en comptabilisant en fonction du changement du niveau de tarification de la prime. *Advenant que le changement de classification, de limite d'indemnité, franchise ou autre écart de tarif ne soit pas comptabilisé hors bilan et qu'au lieu de cela un changement au niveau de tarification soit généré, les articles **4.a.**– **4.j.** doivent également être complétés.*

Toutes les données utilisées pour le calcul des éléments hors bilan doivent être présentées et étiquetées. Le calcul de chaque montant hors bilan doit être présenté. Toutes les décisions associées au processus de calcul des éléments hors bilan devront être divulguées et corroborées.

Les calculs des éléments hors bilan devront être basés sur la répartition des contrats du client lui-même par classification, limite d'indemnité, franchise ou autre écart de tarif. S'il arrivait à l'assureur d'estimer nécessaire de s'appuyer sur des données de l'extérieur ou sur une source différente de données internes, la demande déposée devra identifier la source des données et fournir une explication de son applicabilité dans la présente affaire.

On peut s'attendre à ce que l'approche de calcul des éléments hors bilan demeure raisonnablement constante au cours des années pour l'assureur. Tout changement soit de l'approche, soit des données sous-jacentes par rapport à une demande déposée auparavant devra être divulgué et documenté.

4.m. Escomptes/frais supplémentaires

4.m.1. Escomptes ou frais supplémentaires indiqués

Le processus de tarification doit être décrit en détail quand un assureur projette d'introduire ou d'effectuer des changements à la valeur ou au montant d'un escompte (sauf un escompte de groupe qui devra être divulgué à l'article **4.n**) ou des frais supplémentaires.

Les données sur les sinistres de l'assureur lui-même devront être utilisées dans la mesure du possible. Le dépôt de demande doit indiquer clairement la base servant au calcul de l'escompte ou des frais



supplémentaires. L'assureur doit posséder l'information appropriée pour corroborer l'escompte ou les frais supplémentaires. S'il arrivait à l'assureur d'estimer nécessaire de s'appuyer sur des données de l'extérieur ou sur une source différente de données internes, l'assureur devra identifier la source des données et fournir une explication de son applicabilité. Toutes les données utilisées au cours du processus d'établissement des escomptes ou frais supplémentaires indiqués basés sur l'appartenance à un groupe devront être présentées et étiquetées.

On devra fournir une comparaison des escomptes et frais supplémentaires courants, indiqués et projetés pour chaque couverture lorsqu'un changement est proposé. Ceci devra inclure la répartition des primes souscrites et la répartition des risques par escomptes ou frais supplémentaires.

Si des procédures de fiabilité sont utilisées, celles-ci doivent être divulguées et appuyées avec les mêmes détails que ceux décrits à l'article **4.h**.

Si aucun changement aux escomptes/frais supplémentaires n'est projeté dans le dépôt de demande, les assureurs doivent quand même dresser la liste de tous les escomptes et frais supplémentaires existants (y compris les escomptes de dépenses et les rabais de groupe, s'il y a lieu).

Une répartition à court terme et projetée du volume d'affaires de l'assureur qui est affecté par le changement d'escompte ou des frais supplémentaires doit être présentée afin d'établir les changements moyens des primes (décalage). Toutes les hypothèses et les calculs détaillés doivent être fournis afin de corroborer le changement de niveau de tarification.

On peut s'attendre à ce que l'approche de calcul des éléments hors bilan demeure raisonnablement constante au cours des années. Tout changement soit de l'approche, soit des données sous-jacentes par rapport à une demande déposée auparavant devra être divulgué et documenté.

4.m.2. Éléments hors bilan

La prime globale peut être augmentée ou réduite par l'introduction de nouveaux escomptes ou suppléments, ou par des changements aux primes existantes. La demande déposée doit comptabiliser en fonction de ces changements par l'emploi de procédures hors bilan ou en comptabilisant en fonction du changement du niveau de tarification de la prime. *Advenant que le changement aux escomptes et frais supplémentaires ne soit pas comptabilisé hors bilan et qu'au lieu de cela un changement au niveau de tarification soit généré, les articles **4.a.** - **15.j.** doivent être complétés.*

Toutes les données utilisées pour le calcul des éléments hors bilan doivent être présentées et étiquetées. Le calcul de chaque montant hors bilan doit être présenté. Toutes les décisions associées au processus de calcul des éléments hors bilan devront être divulguées et appuyées.

Les calculs des éléments hors bilan doivent être basés sur la répartition des contrats de l'assureur lui-même pour les escomptes ou les frais supplémentaires. S'il arrivait à l'assureur d'estimer nécessaire de s'appuyer sur des données de l'extérieur ou sur une source différente de données internes, la demande déposée devra identifier la source des données et fournir une explication de son applicabilité dans la présente affaire.



On peut s'attendre à ce que l'approche de calcul des éléments hors bilan demeure raisonnablement constante au cours des années. Tout changement soit de l'approche, soit des données sous-jacentes par rapport à une demande déposée auparavant devra être divulgué et documenté.

4.n. Tarification basée sur l'appartenance à un groupe

4.n.1. Escomptes indiqués ou tarifs pour les groupes

Le processus de tarification doit être décrit en détail quand un assureur projette d'introduire et d'effectuer des changements à :

- un escompte ou une liste de tarifs basés sur l'appartenance à un groupe ; ou
- des escomptes ou une liste de tarifs variant au sein des groupes.

Un escompte ou une liste de tarifs basé sur l'appartenance à un groupe pourrait s'appuyer sur des coûts des sinistres plus faibles (plus élevés) basés sur des antécédents favorables (ou non favorables), ou sur des programmes de gestion des risques, ou sur les caractéristiques identifiables d'un groupe qui entraîneraient une exposition à une perte moindre ou plus élevée ou des frais moins élevés s'appuyant sur des frais administratifs plus bas ou un coût d'acquisition plus faible.

Les assureurs devront maintenir des statistiques séparées sur les primes et les pertes afin d'appuyer une liste de tarifs basée sur l'appartenance à un groupe. La base de l'escompte ou du supplément devra être définie suffisamment en détail pour qu'il ne soit pas nécessaire de nommer les organisations individuelles. On ne s'attend **pas** à ce que les assureurs établissent un escompte ou une liste de tarifs unique pour un groupe spécifique à moins que la taille dudit groupe soit assez importante pour que sa propre expérience corrobore un tel escompte ou une telle liste de tarifs. La preuve à l'appui pour les escomptes et les tarifs doit être fiable sur le plan actuariel, de sorte qu'un escompte ou une liste de tarifs serait approprié uniquement dans les cas de groupes importants. Dans le cas où l'on propose plus d'un escompte (p. ex., variation d'escomptes basés sur les types de groupes), il est requis de présenter avec le dépôt de demande une liste des groupes et des escomptes applicables, et de le faire sur une base périodique. Les assureurs devraient faire une révision régulière complète de conformité au sujet des rabais de groupe afin de s'assurer que les affaires continuent de se qualifier en tant que groupe et que le rabais de groupe ou la liste de tarifs continuent d'être corroborés.

Les données sur les sinistres de l'assureur lui-même devront être utilisées dans la mesure du possible. S'il arrivait à l'assureur d'estimer nécessaire de s'appuyer sur des données de l'extérieur ou sur une source différente de données internes, l'assureur devra identifier la source des données et fournir une explication de son applicabilité. Toutes les données utilisées au cours du processus d'établissement des escomptes ou frais supplémentaires indiqués basés sur l'appartenance à un groupe devront être présentées et étiquetées.

On devra fournir une comparaison des escomptes indiqués et projetés ou la liste de tarifs courants pour chaque couverture lorsqu'un changement est projeté. Ceci devra inclure la répartition des primes souscrites et la répartition des risques par escompte ou par liste de tarifs.

Si des procédures de fiabilité sont utilisées, celles-ci doivent être divulguées et appuyées avec les mêmes détails que ceux décrits à l'article **4.h**.



On peut s'attendre à ce que l'approche générale pour le calcul des escomptes ou des tarifs basés sur l'appartenance à un groupe demeure raisonnablement constante au fil des années. Tout changement soit de l'approche, soit des données sous-jacentes par rapport à une demande déposée auparavant devra être divulgué et documenté.

4.n.2. Éléments hors bilan

La prime globale peut être augmentée ou réduite par l'introduction de nouveaux escomptes ou tarifs, ou par des changements aux primes existantes. La demande déposée doit comptabiliser en fonction de ces changements par l'emploi de procédures hors bilan ou en comptabilisant en fonction du changement du niveau de tarification de la prime. *Advenant que le changement aux escomptes ou frais supplémentaires ne soit pas comptabilisé hors bilan et qu'au lieu de cela un changement au niveau de tarification soit généré, les articles 4.a. - 15.j. doivent également être complétés.*

Toutes les données utilisées pour le calcul des éléments hors bilan doivent être présentées et étiquetées. Le calcul de chaque montant hors bilan doit être présenté. Toutes les décisions associées au processus de calcul des éléments hors bilan devront être divulguées et appuées.

Les calculs des éléments hors bilan doivent être basés sur la répartition des contrats de l'assureur lui-même pour les escomptes de groupes ou la liste de tarifs. S'il arrivait à l'assureur d'estimer nécessaire de s'appuyer sur des données de l'extérieur ou sur une source différente de données internes, la demande déposée devra identifier la source des données et fournir une explication de son applicabilité dans la présente affaire.

On peut s'attendre à ce que l'approche de calcul des éléments hors bilan demeure raisonnablement constante au cours des années. Tout changement soit de l'approche, soit des données sous-jacentes par rapport à une demande déposée auparavant devra être divulgué et documenté.

SECTION 5 : TARIFS FINAUX/CHANGEMENT DE NIVEAU DE TARIFICATION

Les pièces à l'appui illustrant les algorithmes de tarification actuels et projetés, les escomptes/frais supplémentaires et les écarts de tarifs, clairement identifiés comme étant soit actuels soit projetés, doivent être divulgués dans la présente section, y compris tout matériel explicatif en appui des changements projetés. Afin de faciliter le processus d'examen, tous les alinéas de 5.a. – 5.d. doivent être inclus même si le changement ne s'effectue que sur un seul des éléments.

5.a. Algorithme

Les pièces à l'appui illustrant les algorithmes actuels et projetés pour toutes les protections, y compris les escomptes et frais supplémentaires et le facteur de redressement de police de 6 mois (s'il y a lieu) doivent être divulgués dans cet alinéa.

5.b. Tarifs de base

Les pièces à l'appui illustrant les tarifs de base actuels et projetés doivent être divulgués dans cet alinéa. Fournir une comparaison côte à côte des tarifs et des différentielles courants comparés à projetés, en format Excel.



5.c. Écarts de tarifs

Les pièces à l'appui illustrant les écarts de tarifs actuels et projetés doivent être divulguées dans cet alinéa. Fournir une comparaison côte à côte des tarifs et des différentielles courants comparés à projetés, en format Excel.

5.d. Escomptes et frais supplémentaires

Les pièces à l'appui illustrant les escomptes et frais supplémentaires actuels et projetés pour chaque protection applicable doivent être divulguées dans cet alinéa.

5.e. Calcul des tarifs finaux

Le dépôt de demande doit clairement décrire et montrer comment les tarifs de base actuels par couverture sont transformés en tarifs de base projetés au moyen du dépôt du changement projeté en combinaison avec tous les éléments hors bilan.

5.f. Calcul du niveau de tarification et du tarif moyen

Le dépôt de demande doit clairement décrire et montrer comment l'impact du niveau de tarification des changements aux tarifs de base et aux escomptes ou frais supplémentaires, en combinaison avec tout élément hors bilan applicable, sont utilisés pour calculer le changement du niveau global de tarification pour chaque couverture.

5.g. Dislocation et plafonnement des tarifs

Le plafonnement des tarifs est un outil que les assureurs utilisent afin de limiter la dislocation des primes et, de ce fait, améliorer la fidélisation lorsque les révisions des programmes de tarification créent des changements importants dans la répartition des primes au sein des profils de risque. Les principales causes d'une telle dislocation sont la révision des valeurs relatives ou l'introduction d'un nouvel algorithme avec de nouvelles variables de tarification, bien que cela pourrait aussi avoir une relation avec l'acquisition d'un portefeuille.

SECTION 6 : PAGES-MANUEL PROJETÉES CONTENANT LES TARIFS RÉVISÉS ET LE PROGRAMME DE TARIFICATION

Un ensemble projeté de pages-manuel renfermant règles tarifaires, escomptes, frais supplémentaires ou changements de définitions doit être fourni avec le dépôt de demande. Un ensemble projeté de pages-manuel refermant les tarifs par territoire et catégorie, dossier de conduite, etc., est facultatif au moment de soumettre le dépôt de demande.

Tout changement ou ajout aux règles tarifaires, définitions ou au texte dans le manuel de tarifs projeté devrait être désigné par un encadré.

SECTION 7 : EXEMPLES DE TARIFICATION (profils) uniquement sur demande

Chaque assureur doit déposer auprès de la CANB, lorsqu'on lui demande, ces exemples de tarification qui seraient affectés par le dépôt. En outre, la CANB peut requérir des exemples de tarification supplémentaires et/ou différents en tant que conséquence du processus d'examen. Les exemples de tarification doivent être présentés en format Excel.

Les exemples de tarification doivent être complétés selon la description des risques spécifiés. Chaque assureur doit fournir à la fois les critères de tarification actuels et projetés pour chacun des exemples de tarification tel que requis.



Toute information supplémentaire relative à l'exemple de tarification doit être exposée avec une description détaillée pour chaque exemple de tarification affecté.

Voici les directives spécifiques et les hypothèses clés qui devraient être adoptées lorsque l'on complète des exemples de tarification :

- Tous les tarifs doivent être déclarés sur une base annuelle. Si des polices annuelles ne sont pas émises, les tarifs devraient être convertis sur une base annuelle.
- Tous les risques devraient être tarifés strictement selon l'information présentée. NE PAS présenter de tarifs préférentiels à moins que les critères déclarés concordent avec les règles d'admissibilité pour une catégorie préférentielle. Si c'est le cas, ne présenter que les tarifs préférentiels et spécifier que c'est le cas.
- Identifier clairement tous les frais supplémentaires/escomptes applicables pour chaque couverture.

SECTION 8 : DÉPÔT DE DEMANDE FINAL

Une fois qu'un assureur a reçu l'approbation de son dépôt de demande de la CANB, et s'il y a eu des amendements à la demande déposée au cours du processus d'examen et de l'approbation, les compagnies doivent présenter, dans un délai de 30 jours civils, une copie électronique du dépôt de demande complet (dépôt de demande final). Un dépôt de demande final n'est **requis que s'il y a eu des amendements** au dépôt lors du processus d'examen ou d'approbation, veuillez aviser la Commission par courriel si un dépôt de demande final ne sera pas effectué.