

Directives concernant les dépôts de demandes

Dépôts de tarifs – Dépôts non tarifaires

RFG-3, RFG-4, RFG-5 et RFG-6 sont considérés des dépôts non tarifaires.

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.

A. INFORMATION GÉNÉRALE

Législation et réglementation concernant les risques et le système de classification des risques

Le rôle de réglementation de la Commission est d'assurer la conformité avec les dispositions de la *Loi sur les assurances* visant à faire en sorte que les tarifs soient justes et raisonnables.

L'article 267 de la *Loi sur les assurances* requiert que les assureurs déposent auprès de la Commission les tarifs qu'ils projettent d'utiliser pour l'assurance automobile au minimum une fois tous les 12 mois. La CANB a fixé la date de dépôt pour les véhicules de tourisme au 15 septembre.

En outre, l'article 267.51(1) stipule qu'un assureur doit comparaître devant la Commission lorsque l'assureur

- a) dépose un tarif plus de deux fois dans une période de douze mois ;
- b) dépose un tarif qui représente une augmentation moyenne de 3 p. 100 supérieure aux tarifs pratiqués dans les 12 mois avant la date à laquelle il projette de pratiquer les nouveaux tarifs.

En outre, le règlement 2003-15 décrit les pratiques de souscription interdites pour toutes les catégories d'assurance automobile au Nouveau-Brunswick.

4. Un assureur ne peut, en aucun cas, refuser d'émettre, résilier ou refuser de renouveler un contrat d'assurance automobile ou refuser de fournir ou de maintenir toute couverture ou avenant en se fondant sur l'un ou l'autre des motifs suivants :
 - (a) l'âge, le sexe ou l'état matrimonial du proposant ou d'une autre personne qui serait assurée aux termes du contrat ;
 - (b) l'âge du véhicule qui serait assuré aux termes du contrat, sauf si le véhicule :
 - (i) est un ancien modèle,
 - (ii) est un véhicule reconstruit, ou
 - (iii) a été substantiellement modifié pour en accroître la performance ;
 - (c) le proposant ou une autre personne qui serait assurée aux termes du contrat est ou était assuré par la *Facility Association* ;
 - (d) le proposant ou une autre personne qui serait assurée aux termes du contrat s'est fait refuser l'émission ou le renouvellement d'un contrat d'assurance par un assureur ;

- (e) le proposant ou une autre personne qui serait assurée aux termes du contrat a fait une réclamation dans le passé en vertu d'une police d'assurance automobile à la suite d'un accident pour lequel le proposant ou l'autre personne qui serait assurée n'était pas en faute ;
 - (f) le proposant ou une autre personne qui serait assurée aux termes du contrat a omis de faire un paiement, autre que le premier paiement exigé conformément à un programme de paiements périodiques, si le paiement en défaut a été fait par la suite dans un délai de trente jours à compter de la date où le paiement était exigible
 - (g) le proposant ou une autre personne qui serait assurée au titre du contrat a perdu son droit à la couverture garantie par un contrat d'assurance automobile pour une période de moins de vingt-quatre mois, sauf si la déchéance a été encourue, même indirectement, par suite :
 - (i) de la résiliation d'une police d'assurance automobile pour non-paiement de la prime exigible,
 - (ii) de la suspension du permis de conduire du proposant pour commission d'une infraction liée à l'utilisation ou à la conduite d'une automobile.
5. Nul assureur ne peut mettre fin à un contrat d'assurance automobile ou refuser de fournir ou de maintenir des couvertures ou des avenants relativement à un contrat d'assurance automobile lorsque
- (a) la personne assurée cesse d'être membre d'un groupe, ou
 - (b) l'assureur résilie un plan de commercialisation de groupe.

Directives concernant les dépôts de demandes

L'objectif de ces directives est de communiquer aux assureurs les exigences concernant les dépôts non tarifaires 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 tableaux ci-après présentent le résumé des types et des objectifs des dépôts de demandes.

Type de dépôt	Objectif du dépôt de demande
RFG - 1, Dépôt majeur de demande de tarification	Dépôt de demande de tarification requérant une analyse actuarielle (y compris la Facility Association et IAO Actuarial Consulting Services Inc.) pour tous les types de véhicules.
RFG - 2, Dépôt de demande de tarification d'IAO	Dépôt de demande de tarification pour les compagnies adoptant les tarifs d'IAO les plus récemment approuvés.
RFG - 3, Mise à jour, groupe tarifaire	Dépôt non tarifaire, pour la mise à jour/mise en place de tableaux groupés des tarifs de véhicules nouveaux/approuvés
RFG - 4, Changement de règles tarifaires	Dépôt non tarifaire, visant l'amendement, la suppression ou des ajouts aux règles tarifaires
RFG - 5 Dépôt d'avenant	Dépôt non tarifaire, visant l'amendement, la suppression ou des ajouts aux avenants.
RFG - 6, Changement de règles de souscription	Dépôt non tarifaire, visant l'amendement, la suppression ou des ajouts aux règles de souscription.

RFG - 7 Dépôt de demande de tarification simplifié	Dépôt de demande de tarification projetant de poursuivre avec les tarifs courants. Acceptable uniquement pour les catégories véhicules divers. Se référer au Bulletin d'information 2009-003 .
RFG - 8 Dépôt mineur de demande de tarification	Dépôt de demande de tarification à être utilisé par les assureurs dans les cas où une justification actuarielle exhaustive n'est pas requise en raison de la nature de la catégorie de véhicule ou lorsque la prime souscrite est inférieure à un certain seuil. Se référer au Bulletin d'information 2009-003 .

Les changements ci-après peuvent être inclus dans un dépôt de demande RFG-1, RFG-2 ou RFG-8 :

- 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 (s'il y a lieu)	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
9	Libellé des avenants	Word, PDF	Avenant

Convention d'appellation

Voir Récapitulatif CANB « Feuille couverture Commencer ici » rangée 2 pour la convention d'appellation du nom court de compagnie et du nom court de type de véhicule

Champ Objet du courriel :

Date de présentation « AAAA_MM_JJ » « Nom court de compagnie » « Nom court du type de véhicule » « RFG-N° » « Original/Amendement/Réponse »

Documents :

« Nom court de compagnie »_« Nom court de type de véhicule »_« RFG-X »_« Nom du document »

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.

RFG-1 requiert un dépôt de demande par voie électronique ainsi qu'une (1) copie papier.

RFG- 2, 7, 8 requièrent des dépôts de demandes par voie électronique seulement.

La copie papier doit être envoyée à l'attention de :

Kelly Ferris, directrice des Services d'assurance
Commission des assurances du Nouveau-Brunswick
600 – 55, rue Union
Saint John, N.-B. E2L 5B7

- 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 pages doivent être perforées de trois trous.
- 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 actuaire 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 actuaire conseils doivent recevoir une réponse **dans un délai de quatre jours ouvrables.**

B. DÉFINITIONS

Compagnies affiliées	Deux assureurs ou plus sont considérés affiliés si un des critères ci-après est rencontré : (i) Un des assureurs est une société filiale d'un autre assureur ;
-----------------------------	---

	(ii) Les deux assureurs sont des filiales de la même corporation à but non lucratif ; chacun des assureurs est contrôlé par la même personne.
Dépenses de règlements de sinistres assignées	Toutes les dépenses externes peuvent être directement imputées à un dossier de réclamation particulier, qu'un paiement de sinistre soit fait ou non, y compris : (i) comptes d'experts en sinistre (y compris tous les débours) - à l'exclusion des experts salariés ; (ii) coûts d'évaluation (y compris les coûts du centre d'estimation) - à l'exclusion des coûts d'évaluation du personnel salarié ou les coûts inclus au chapitre des (i) ; (iii) frais juridiques comprenant tous les frais légaux de première partie imputés à un dossier de réclamation particulier – à l'exception des frais juridiques du personnel ou des coûts ou des frais au chapitre de (i) ; (iv) tous les autres frais de réclamations externes.
Tarif moyen	Pour une protection : Le tarif moyen pour la protection exprimé en dollars de prime par véhicule assuré pour une durée de contrat d'assurance de 12 mois. Pour une protection multiple : (i) Pour chaque protection en question, multiplier le tarif moyen pour la couverture par la fraction A/B, dans laquelle : A = le nombre total de véhicules assurés par l'assureur qui a bénéficié de cette protection au cours de l'année civile complétée la plus récente ; B = le nombre total de véhicules assurés par l'assureur au cours de l'année civile complétée la plus récente ; (ii) Ajouter les montants établis pour (i) chaque couverture.
Tarif de base	Le tarif servant de point de départ pour l'établissement de tous les autres tarifs par territoire, limite d'indemnité, franchise et tous les autres facteurs.
Plafonnement	Limitation de l'impact des révisions du programme de tarification sur les primes sur une base par véhicule.
Catégorie d'assurance automobile	Aux fins des directives concernant ces dépôts de demandes, les catégories d'assurance automobile incluent celles qui suivent : véhicules personnels - voitures de tourisme véhicules personnels - motocyclettes véhicules personnels - caravanes motorisées véhicules personnels - caravanes et tentes-roulottes véhicules personnels - véhicules tous terrains véhicules personnels - motoneiges véhicules personnels - véhicules antiques et classiques

	<p>véhicules commerciaux véhicules publics - taxis et limousines véhicules publics - autres que les taxis et limousines</p> <p>Les titres de catégories ci-dessus devraient être utilisés dans la mesure du possible. Si des subdivisions des catégories ci-dessus sont établies, l'assureur devrait indiquer dans quelles catégories précitées tombent les subdivisions.</p>
Couverture	<p>Aux fins des présentes directives concernant les dépôts de demandes, les couvertures incluent celles qui suivent :</p> <p>Responsabilité civile – blessure corporelle Responsabilité civile – dommage aux biens Indemnisation directe – dommage aux biens Assurance individuelle Automobile non assurée Automobiliste sous-assuré (SEF44) Tous risques Collision Multirisque Risques spécifiés</p>
Avenant	<p>Un avenant (formulaire de modification de police), approuvé par le surintendant, à un contrat d'assurance automobile. Les avenants standards sont émis sous une série de numéros S.E.F. (formulaire d'avenant standard). Les avenants non normalisés ou conditionnels, lesquels doivent également être approuvés par le surintendant, sont identifiés de façon unique pour chaque assureur. Aux fins des présentes directives concernant les dépôts de demandes, automobiliste sous-assuré - SEF 44 est traité à la manière d'une protection plutôt qu'un avenant.</p>
Flotte	<p>Un groupe de pas moins de cinq automobiles, appartenant au même propriétaire ou à la même direction, dont cinq au minimum sont des véhicules commerciaux, des véhicules publics ou des véhicules utilisés à des fins professionnelles, y compris tous les véhicules loués à la même personne assurée durant une période supérieure à 30 jours.</p>
Revenu de placement	<p>Tout revenu attribuable au placement de fonds fournis par un souscripteur de police et de fonds et d'excédents fournis par les actionnaires, y compris les gains (et pertes) de capitaux réalisés, nets de dépenses d'investissement.</p>
Rendement des rentrées de fonds	<p>Le taux de rendement rattaché à la portion de revenu de placement réalisée à partir de l'investissement des flux nets de trésorerie ou du placement de fonds fournis par le souscripteur de police.</p>

Provision pour profit	Le pourcentage de la prime ciblé pour rapporter un bénéfice raisonnable.
Approbation préalable	Les assureurs doivent faire approuver leurs tarifs et leurs programmes de tarification avant de les utiliser en conformité avec la législation. Le système d'approbation préalable s'applique à : l'assurance souscrite par la Facility Association ; une protection telle que définie pour voitures de tourisme et autres risques souscrits sur S.P.F. 1 et 4.
Tarif	Tous les montants payables en tant que primes en vertu de contrats d'assurance automobile, ou d'avenants aux dits contrats, pour l'exposition à un risque identifié. Les tarifs peuvent être exprimés en termes de dollars et/ou en termes de facteurs multiplicatifs ou additif être appliqués à un montant de prime de base. Les tarifs doivent inclure toutes les provisions reflétant les frais supplémentaires/escomptes pour les expositions à des risques applicables. Les tarifs doivent inclure les commissions et autres provisions pour frais utilisées par l'assureur, et doivent être pris en considération avant d'accorder des dividendes aux souscripteurs de police. Les tarifs sont assujettis aux dispositions de la législation.
Écarts de tarifs/valeurs relatives	Les facteurs/tarifs multiplicatifs ou additifs qui sont appliqués au tarif de base pour arriver aux tarifs pour les profils de risque individuels.
Algorithme de tarification	La manière selon laquelle les tarifs de base, écarts de tarifs et autres frais supplémentaires/escomptes sont combinés pour arriver à la prime facturée à un profil de risque individuel.
Règle tarifaire	Une règle au moyen de laquelle un risque est assigné à une cellule de tarification spécifique ou indiquant si un escompte ou un supplément est appliqué. Parmi les exemples, mentionnons les règles au moyen desquelles le territoire, la classification des conducteurs et le groupe de tarification des véhicules sont assignés. Les règles tarifaires diffèrent des règles tarifaires qui impliquent la décision d'accepter ou de refuser un risque (pour des véhicules autres que les véhicules de tourisme).
Tarif territorial de base	Le tarif qui sert de point de départ dans chaque territoire pour l'établissement de tous les autres tarifs selon la classification, la limite d'indemnité, la franchise, etc. Il s'agit du tarif dans le territoire pour cette combinaison particulière de classification, limite d'indemnité, franchise, etc. pour laquelle les facteurs multiplicatifs sont tous 1,00 et les facteurs additifs égalent tous zéro.

Dépenses de règlements de sinistres non assignées	Tous les frais de règlement et de traitement de sinistres, à l'exclusion des dépenses de règlements de sinistres assignées, mais incluant ceux des experts salariés, experts-estimateurs, avocats, soutien de bureau, ainsi qu'une portion des frais généraux raisonnablement attribuable à la fonction réclamation.
Bénéfice technique	Les primes directes acquises moins les frais de réclamations et de redressement non actualisés, plus le revenu de placement acquis sur le flux net de trésorerie, moins les commissions et autres frais d'acquisition, moins les taxes (sauf les taxes sur le revenu et les taxes sur les biens réels), moins les frais généraux (applicables aux opérations d'assurance) divisé par les primes directes acquises.
Provision projetée pour bénéfice technique	La provision pour bénéfice technique dans le tarif projeté, exprimée en pourcentage du tarif.
Provision cible pour bénéfice technique	La provision pour bénéfice technique dans le tarif indiqué sur le plan actuariel, exprimée en pourcentage du tarif.
Règles de souscription	Ces règles qui régissent la décision d'un assureur d'accepter ou de refuser un risque, une protection ou un avenant.

C. 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

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



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 – Rangée 2 Nom du document CANB pour la convention d'appellation correcte. 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.

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.



SECTION 4 : SOUTIEN ACTUARIEL

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 proposés 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 décrits au paragraphe **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 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.** - **4.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. 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 la liste de tarifs.



Si des procédures de fiabilité sont utilisées, celles-ci doivent être divulguées et appuyées avec les mêmes détails décrits au paragraphe **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. - 4.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 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

Sans objet

5.b. Tarifs de base RFG-3

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 RFG-3

Les pièces à l'appui illustrant les écarts de tarifs 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.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 divulgués dans cet alinéa.

5.e. Calcul des tarifs finaux

Sans objet

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

Sans objet

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

Sans objet

SECTION 9 : LIBELLÉ DES AVENANTS

- **Copie de dépôt de demande RFG-5 au surintendant des assurances** - Le transfert électronique du dépôt de demande doit également être envoyé au surintendant des assurances à : info@fcnb.ca (**Les compagnies doivent obtenir l'approbation à la fois de la Commission et du surintendant des assurances avant la mise en application.**)
- **Avenant projeté (RFG-5)** – Une copie du libellé projeté dans les deux langues officielles.