



**30.04.2004**

**[Version française \(à la fin\) : cliquer ici](#)**

## **GRUNDSÄTZE**

### **für die Tarifierung der Todesfall- und Erwerbsunfähigkeitsversicherung im Rahmen der beruflichen Vorsorge**

#### **1. Ausgangslage**

Seit einiger Zeit schon verschlechtert sich der Schadenverlauf in der Erwerbsunfähigkeitsversicherung kontinuierlich. Die Ursache liegt in der stagnierenden Wirtschaftslage sowie der strukturellen Schwäche gewisser Wirtschaftssektoren. Die ansteigenden Invalidisierungszahlen werden nicht allein durch die Zunahme von Erkrankungen und Unfällen verursacht, sondern auch durch die Tatsache, dass Anschlussverträge immer öfter als Weg zur finanziellen Entlastung von Sozialplänen bei der Unternehmenssanierung sowie als Weg zum frühzeitigen Ausstieg aus dem Erwerbsleben verwendet werden. Dieses Verhalten wird insbesondere durch den wirtschaftsbranchenspezifisch unterschiedlich verschärften Schadenverlauf offenbar.

Die Versicherer begegnen diesen Phänomenen und insbesondere dem wirtschaftsbranchenspezifisch unterschiedlich verschärften Schadenverlauf mit der Bildung von Tarifklassen und der Einführung der Erfahrungstarifierung. Sowohl die Bildung von Tarifklassen als in vermehrtem Ausmass noch die Einführung der Erfahrungstarifierung führen zu einer deutlichen Verbreiterung der Spanne zwischen billigster und teuerster Prämie, die bis anhin bloss von Faktoren wie Alter bei Eintritt der Erwerbsunfähigkeit, Endalter für die Rentenzahlung und Wartefrist abhing.

Überdies führen

- die steigende Zahl der Invalidisierungsfälle,
- das Ansteigen der Schadenhöhe infolge der Verschiebung von „blue collar“ zu „white collar“ innerhalb des Kreises der invalidisierten Personen,
- die anhaltende Verzögerung der Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit ,
- die Verbesserung der Lebenserwartung auch bei Invalidenrentnerinnen/-rentnern sowie
- die geringen Marktzinsen für die Verzinsung des in laufenden Renten gebundenen Deckungskapitals

zu einem generellen Ansteigen des Niveaus der Basisprämie.

In diesem Papier werden die folgenden Begriffe mehrfach verwendet und sollen deshalb zum besseren Verständnis hier definiert werden.

Basisprämie: Risikoprämie, die von den Faktoren Leistung, Alter und Geschlecht abhängt

- Tarifklassentarifizierung:** Die Tarifklassentarifizierung ist eine Art der Tarifizierung, bei der die Risikoprämie durch Multiplikation der Basisprämie mit einem Risikofaktor berechnet wird. Der Risikofaktor kann dabei von der Branche, der Vertragsgrösse und von anderen Faktoren abhängen, beispielsweise Raucher / Nichtraucher. Der Bestand an Versicherungsnehmern wird dadurch in Tarifklassen unterteilt.
- Erfahrungstarifizierung:** Die Erfahrungstarifizierung ist eine Art der Tarifizierung, bei der die Risikoprämie durch Multiplikation der Basisprämie mit einem Risikofaktor berechnet wird. Der Risikofaktor hängt dabei von der individuellen Schadenerfahrung des Vertrages oder einer Gruppe von Verträgen und der Vertragsgrösse ab.
- Risikoklassentarifizierung:** Risikoklassentarifizierung wird als Oberbegriff über die Tarifklassentarifizierung und die Erfahrungstarifizierung verstanden.

Die Bildung von Tarifklassen und die Einführung der Erfahrungstarifizierung führen zu komplexeren Tarifeingaben und grösseren interindividuellen Unterschieden in Bezug auf die Prämie. Dieser Umstand erfordert die Formulierung geeigneter Rahmenbedingungen, innerhalb deren sich die Tarifmodelle zu halten haben.

## **2. Rahmenbedingungen für Tarife**

Das Ressort Leben präzisiert im Auftrag der Direktion des BPV die Rahmenbedingungen für die Tarifgenehmigungen in der Todesfall- und Erwerbsunfähigkeitsversicherung im Bereich der beruflichen Vorsorge. Die Richtlinien entsprechen weitgehend der bisherigen Genehmigungspraxis.

### **2.1 Allgemeine Tarifizierungsgrundsätze**

- 2.1.1 Tarifierhöhungen müssen technisch, d.h. mit Hilfe einer Risikoanalyse begründet werden.*
- 2.1.2 Es ist eine Schadenstatistik zu führen.*

Die für die Führung der Schadenstatistik geltenden Vorschriften sind unter Ziff. 2.9 erläutert.

### **2.2 Tarifizierungsmodelle**

- 2.2.1 Es dürfen nur versicherungsmathematisch anerkannte Tarifizierungsmodelle verwendet werden.*

Als Basis kann der vom BPV genehmigte Kollektivtarif 1995 verwendet werden. Dieser Gemeinschaftstarif muss jedoch 2005 revidiert werden. Die Modalitäten hierzu sowie der Terminplan werden in Kürze mit dem SVV besprochen.

### **2.3 Erhöhung der Basisprämie**

- 2.3.1 Die Erhöhung der Basisprämie (Basistarifniveau) darf 30% pro Jahr für keinen Versicherten übersteigen.*

Angesichts der uns vorliegenden Erfahrungswerte muss eine Erhöhung der Basisprämie über die Grenze von 30% pro Jahr hinaus als missbräuchlich angesehen werden. Beobachtet man die Einflussfaktoren, welche den Schadenverlauf in der Erwerbsunfähigkeitsversicherung bestimmen, jährlich, so lässt sich der Handlungsbedarf erkennen, bevor sich die Schadenquote um 30% verschlechtert hat.

Im Kollektivtarif 1995 hängt die Prämie von Alter, Geschlecht und Wartefrist ab. Dabei kann der Fall auftreten, dass ein Versicherter bereits durch einen zwangsläufigen Altersklassenwechsel eine Prämienerrhöhung erleidet. Der Kumuleffekt soll durch folgende Vorschrift begrenzt werden.

## **2.4 Automatische Prämienerrhöhung durch Altersklassenwechsel**

*2.4.1 Die für die Tarifierung gebildeten Altersklassen müssen derart beschaffen sein, dass die aus der Erhöhung der Basisprämie sowie dem Wechsel der Altersklasse sich ergebende maximale kumulierte Erhöhung 50% für keinen Versicherten übersteigen kann.*

Die Kumulierung einer Anhebung des Grundtarifniveaus und der durch den Altersklassenwechsel ausgelösten Prämienverteuerung ist so zu plafonieren, dass der Ausgleich im Kollektiv gewährleistet ist.

## **2.5 Technischer Zinssatz für die Berechnung der Risikoprämie**

*2.5.1 Der technische Zinssatz ist vorsichtig und versicherungsmathematisch begründet anzusetzen.*

Der technische Zinssatz ist an der Rendite risikoarmer Kapitalanlagen auszurichten. Zur Zeit genehmigt das BPV im Rahmen der Kollektivversicherung technische Zinssätze von 2.5% bis 3.5%.

## **2.6 Vorgaben zur Verwendung von Tarifklassentarifierung**

*2.6.1 Die Verwendung von Wirtschaftsbranchen zur Bildung von Tarifklassen ist auf eine aussagekräftige statistische Grundlage abzustützen. Diese kann – genügende Grösse des Versicherungsunternehmens vorausgesetzt – auf der Basis des eigenen Bestands erstellt oder es können die Grundlagen von gemeinschaftlichen Untersuchungen oder eines anderen Versicherungsunternehmens genügender Grösse übernommen werden.*

*2.6.2 Verwendet ein Lebensversicherer ein Tarifklassenmodell, so ist er verpflichtet, in- nert 3 Jahren die individuelle Schadenerfahrung mithilfe eines anerkannten Erfahrungstarifierungsmodells mitzuberücksichtigen.*

Dadurch wird der Versicherungsnehmer optimal in den Risikoprozess miteinbezogen, indem das bei ihm beobachtete Schadenverhalten (Anzahl Invaliditätsfälle in der Beobachtungsperiode, Schadenhöhe, Schwankung im Schadenverlauf etc) so- wie die Anzahl der versicherten Personen pro Vertrag die Risikoprämie mitbe- stimmt. Somit wird auch verhindert, dass ein Vorsorgewerk allein auf Grund der Branchenzugehörigkeit einer Tarifklasse zugeordnet wird, ohne dass es durch ein vorbeugendes Risikoverhalten seine Einteilung verbessern kann.

*2.6.3 Pro Jahr darf ein Vertrag um höchstens 1 Tarifklassenstufe angehoben werden.*

Mit dieser Regelung sollen grosse Prämien erhöhungen vermieden werden und die Versicherungsgesellschaften veranlasst werden, die Höhe der Risikofaktoren resp. die Einteilung in Tarifklassen regelmässig zu überprüfen.

Nicht berührt von dieser Regelung werden Korrekturen von falschen Zuteilungen von Versicherungsnehmern zu Risikoklassen.

## 2.7 Vorgaben zur Verwendung von Erfahrungstarifizierung

2.7.1 *Die individuelle Schadenerfahrung darf nur auf der Basis von relevanten Schadenstatistiken sowie wissenschaftlich anerkannten und in der Praxis bewährten Modellen der Erfahrungstarifizierung miteinbezogen werden. Sie darf nicht allein auf die Anzahl Personen oder Schadenfälle pro Anschlussvertrag innerhalb der Beobachtungsperiode abstellen, sondern muss auf geeignete Weise auch die Schadenbelastung und deren Schwankung miteinbeziehen.*

Die Schadenbelastung berücksichtigt die Anzahl Schadenfälle, die dabei gemessenen Schadenhöhen und die Schwankung der Schadenhöhen. Durch die Berücksichtigung der Schwankungen soll eine zu starke Auswirkung von einmaligen Ausreissern auf die Prämienhöhe vermieden werden.

Die individuelle Schadenerfahrung darf gegenüber der kollektiven Schadenerfahrung bei der Prämienberechnung nicht übergewichtet werden.

## 2.8 Vorgaben für die Anwendung von Risikoklassentarifizierung

2.8.1 *Die Auswirkung der Tarifklassen- resp. Erfahrungstarifizierung wird in Abhängigkeit von der Vertragsgrösse begrenzt. Die Abhängigkeit der Prämienhöhe von der Branchenzugehörigkeit (oder anderen Bestimmungsfaktoren der Tarifklassen) resp. der Schadenerfahrung, gemessen als Verhältnis der maximal möglichen zur minimal möglichen Prämie darf die folgenden Werte nicht überschreiten:*

*für Verträge bis und mit 6 Versicherten: 1.7*  
*für Verträge bis und mit 20 Versicherten: 2.5*  
*für alle Verträge: 4.0*

Mit dieser Einengung der Skala wird dafür gesorgt, dass der Versicherungscharakter der Erwerbsunfähigkeitsversicherung erhalten bleibt.

2.8.2 *Für jeden Vertrag muss gelten: Der durchschnittliche Risikofaktor über alle Verträge liegt zwischen dem Risikofaktor, der sich bei maximaler Schadenerfahrung resp. Zugehörigkeit zur schadenintensivsten Tarifklasse ergibt, und dem Risikofaktor, der sich bei minimaler Schadenerfahrung resp. Zugehörigkeit zur schadenärmsten Tarifklasse ergibt.*

Mit dieser Regelung soll insbesondere vermieden werden, dass Kleinverträge durch das Modell nur überdurchschnittlich hohe Prämien zugeteilt bekommen und somit eine Quersubvention von den kleinen zu den grossen Verträgen stattfindet.

## 2.9 Führung der Schadenstatistik

2.9.1 *Jeder beaufsichtigte Lebensversicherer, der das Erwerbsunfähigkeitsrisiko im Rahmen der beruflichen Vorsorge versichert, hat eine relevante Schadenstatistik zu führen. Sie muss insbesondere Angaben über Anzahl Versicherte, Anzahl Schadenfälle, Nettoprämien, Schadenzahlungen einschl. Schadenbearbeitungskosten,*

*Veränderung der techn. Rückstellungen sowie die Höhe der Gesamtrückstellungen aufgliedert nach Geschlecht, Altersklassen, Wartefrist und Tarifklassen enthalten.*

Tariferhöhungen werden nur genehmigt, wenn der Lebensversicherer eine Erhöhung der Schadenbelastung, eine unzureichende Tarifierung oder ungenügende Schadenrückstellungen nachweisen kann.

*2.9.2 Die Schadenstatistik ist nach Möglichkeit für die letzten 5, mindestens jedoch für die letzten 3 Berichtsjahre, hochgerechnet für das laufende Jahr sowie budgetiert für das Folgejahr (= Anwendungsjahr der erhöhten Prämienätze) einzureichen.*

Bei der Hochrechnung und Budgetierung darf auch die zukünftige Teuerung mitberücksichtigt werden.

*2.9.3 Die Entwicklung wichtiger Parameter wie Invalidisierungswahrscheinlichkeit, Reaktivierungswahrscheinlichkeit und Sterblichkeit der Invaliden sind dem BPV in tabellarischer Darstellung einzureichen.*

Dabei genügt es, mangels eigener Messungen, auf die Messungen von Gemeinschaftsstatistiken hinzuweisen.

## **2.10 Deckungsänderungen**

*2.10.1 Ändert bei einem Versicherungsprodukt die Deckung, so wird es wie ein neues Versicherungsprodukt behandelt, das neu tarifiert werden muss. Die Änderungen dürfen auf den bestehenden Versichertenbestand nicht angewendet werden.*

Diese Vorschrift entspricht gängigen Regeln des Vertragsrechts. Ein Vorbehalt ist anzubringen bei Deckungsänderungen, die gesetzlich zwingend vorgeschrieben sind, z.B. wenn die Leistungsvorschriften des BVG ändern:

*2.10.2 Vorschrift 2.10.1 verliert ihre Gültigkeit für den Fall, dass Deckungsänderungen zwingend aus gesetzlichen Gründen auch auf den Altbestand anzuwenden sind.*

## **2.11 Invaliditätsgrad**

*2.11.1 Die Festlegung des Invaliditätsgrads muss auf Grund einer medizinischen Untersuchung festgelegt werden.*

*2.11.2 Die Abstufung der Leistungen ist so festzulegen, dass mindestens die Invaliditätsleistung gemäss BVG ausbezahlt wird.*

Dabei ist zu beachten, dass die erste BVG-Revision Änderungen in der Festlegung der Invaliditätsleistungen mitbringt, dass diese aber gemäss Übergangsbestimmungen erst zwei Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes, also per 1. Januar 2007 Wirkung entfalten.

*2.11.3 Zweite und erste Säule sind so zu koordinieren, dass die Leistungen an einen invaliden Arbeitnehmer dessen versicherten Lohn nicht überschreiten.*

## **2.12 Ausschlüsse**

*2.12.1 Der Ausschluss von Krankheiten, welche von der eidg. Invalidenversicherung anerkannt werden, ist verboten. Insbesondere ist der Ausschluss psychosomatischer Krankheiten sowie nicht nachweisbarer, aber durch Arzt und IV-Entscheid sanktionierter Krankheiten nicht zugelassen.*

Das BPV erachtet den Ausschluss psychosomatischer Krankheiten als nicht anwendbar: Es würde zu willkürlichen Entscheiden in Fragen enormer Tragweite führen.

Eine Krankheit heisst psychosomatisch, wenn die somatischen (d.h. erkennbaren körperlichen) Beschwerden auf psychische Ursachen zurückgeführt werden können. Dabei sind solche Krankheiten im Allgemeinen nachweisbar.

Zu den nicht nachweisbaren Krankheiten gehören etwa das Schleudertrauma, die chronische Müdigkeit und gewisse Rückenleiden. Das BPV lässt den generellen Ausschluss solcher Krankheiten nicht zu. Es ist auf Grund der jeweiligen medizinischen Abklärung im Einzelfall zu entscheiden.

## **2.13 Jährliche globale Gesundheitsprüfung für angeschlossene Vorsorgewerke**

*2.13.1 Das BPV erachtet eine jährliche globale Gesundheitsprüfung für angeschlossene Vorsorgewerke als nicht praktikabel. Hingegen darf der Versicherer in Einzelfällen eine Gesundheitsprüfung anordnen.*

## PRINCIPES

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

#### 1. Situation initiale

Le cours des sinistres de l'assurance en cas d'incapacité de gain se détériore continuellement depuis un certain temps déjà. La raison est à rechercher dans la stagnation de la situation économique et dans la faiblesse structurelle de certains secteurs de l'économie. Les chiffres croissants de cas d'invalidité ne proviennent pas seulement de l'augmentation du nombre des cas de maladie et des accidents, mais aussi du fait que des contrats d'affiliation sont de plus en plus souvent utilisés comme moyen de décharger financièrement les plans sociaux lors d'assainissements d'entreprises ou comme moyen de sortie anticipée de la vie active. Ce comportement se manifeste particulièrement par les différences de cours des sinistres spécifiques aux branches de l'économie.

Les assureurs font face à ces phénomènes et, en particulier, au cours des sinistres différant d'une branche économique à l'autre, en constituant des classes de tarif et en introduisant la tarification empirique. La constitution de classes de tarif et, encore davantage l'introduction de la tarification empirique, provoquent un élargissement de la marge séparant la prime la plus basse de la prime la plus haute qui dépendait jusqu'ici seulement de facteurs comme l'âge au début de l'incapacité de gain, l'âge terme pour le paiement de la rente et le délai d'attente.

En outre, les facteurs suivants provoquent une augmentation générale du niveau de la prime de base:

- le nombre croissant des cas d'invalidité,
- l'augmentation du coût des sinistres en raison du déplacement des „blue collars“ vers les „white collars“ à l'intérieur du cercle des personnes devenant invalides,
- le prolongement persistant du délai de recouvrement de la capacité de gain,
- l'amélioration de l'espérance de vie aussi pour les bénéficiaires de rentes d'invalidité, ainsi que
- les intérêts du marché peu élevés sur les réserves mathématiques affectées aux rentes en cours.

Certains termes et expressions sont utilisés à plusieurs reprises dans le texte qui suit, raison pour laquelle ils doivent être définis ici.

Prime de base: Prime de risque, qui dépend des facteurs prestation, âge et sexe

Tarification par classes de tarif: Il s'agit d'un mode de tarification dans lequel la prime de risque est calculée en multipliant la prime de base par un facteur de risque. Le facteur de risque peut dépendre de la branche, de l'importance du contrat et d'autres éléments comme fumeur/non-fumeur. L'effectif des preneurs d'assurance est ainsi réparti dans des classes de tarif.

Tarification empirique: Il s'agit d'un mode de tarification dans lequel la prime de risque est calculée en multipliant la prime de base par un facteur de risque. Le facteur de risque dépend de l'expérience individuelle en matière de sinistres pour le contrat ou un groupe de contrats, ainsi que de l'importance du contrat.

Tarification par classes de risque: La tarification par classes de risque est le terme générique pour la tarification par classes de tarif et la tarification empirique.

La constitution de classes de tarif et l'introduction de la tarification empirique donnent lieu à des projets de tarifs plus complexes et à de plus grands écarts entre les primes individuelles. Cette situation exige la formulation de conditions cadres appropriées, à l'intérieur desquelles les modèles de tarifs doivent se situer.

## **2. Conditions cadres pour les tarifs**

Sur mandat de la direction de l'OFAP, le ressort vie précise les conditions cadres pour l'approbation des tarifs de l'assurance en cas de décès et de l'assurance en cas d'incapacité de gain dans le cadre de la prévoyance professionnelle. Les directives correspondent dans une large mesure à la pratique d'approbation en vigueur jusqu'ici.

### **2.1 Principes généraux de tarification**

*2.1.1 Les augmentations de tarifs doivent être justifiées actuariellement, c'est-à-dire à l'aide d'une analyse de risque.*

*2.1.2 Une statistique des sinistres doit être élaborée.*

Les prescriptions valables pour l'élaboration de la statistique des sinistres sont expliquées sous ch. 2.9.

### **2.2 Modèles de tarification**

*2.2.1 Seuls des modèles de tarification reconnus actuariellement peuvent être utilisés.*

Le tarif collectif 1995, approuvé par l'OFAP, peut être utilisé comme base. Ce tarif commun doit toutefois être révisé en 2005. Les modalités de cette révision, ainsi que le calendrier, seront discutés prochainement avec l'ASA.

### **2.3 Augmentation de la prime de base**

*2.3.1 L'augmentation de la prime de base (niveau du tarif de base) ne peut excéder 30% par année pour aucun assuré.*

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

Dans le tarif collectif 1995, la prime dépend de l'âge, du sexe et du délai d'attente. Il peut alors arriver qu'un assuré subisse déjà une augmentation de prime en raison



d'un changement automatique de classe d'âge. L'effet de cumul doit être limité par la prescription qui suit.

## **2.4 Augmentation automatique de la prime due à un changement de classe d'âge**

*2.4.1 Les classes d'âge formées pour la tarification doivent être constituées de telle façon qu'aucun assuré ne puisse subir d'augmentation cumulée supérieure à 50% consécutivement à une augmentation de la prime de base et à un changement de classe d'âge.*

Le cumul d'une élévation du niveau du tarif de base et du renchérissement de la prime dû à un changement de classe d'âge doit être plafonné de telle façon que la compensation au sein du groupe soit garantie.

## **2.5 Taux d'intérêt technique pour le calcul de la prime de risque**

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

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

## **2.6 Consignes pour l'utilisation de la tarification par classes de tarif**

*2.6.1 L'utilisation de branches économiques pour constituer des classes de tarif doit reposer sur une base statistique probante. Celle-ci peut être établie – à condition que l'entreprise d'assurance soit suffisamment grande – sur la base de son propre portefeuille ou elle peut reposer sur les bases d'enquêtes communes ou celles d'une autre entreprise d'assurance de grandeur suffisante.*

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

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

*2.6.3 Un contrat peut monter au plus d'un échelon de classe de tarif par année.*

Cette réglementation doit permettre d'éviter les augmentations importantes de primes et les assureurs sont incités à examiner régulièrement l'importance des facteurs de risque et donc le classement dans les classes de tarif.

Ne sont pas concernées par cette règle les corrections apportées suite à une attribution incorrecte de preneurs d'assurance à une classe de risque.

## 2.7 Consignes pour l'application de la tarification empirique

- 2.7.1 *Le cours individuel des sinistres ne peut être pris en considération que sur la base de statistiques des sinistres pertinentes, ainsi que de modèles de tarification empirique reconnus scientifiquement et établis dans la pratique. Il ne doit pas reposer uniquement sur le nombre de personnes ou de sinistres par contrat d'affiliation pendant la période d'observation, mais aussi, de façon appropriée, sur la charge de sinistres et ses fluctuations.*

La charge de sinistres tient compte du nombre de cas de sinistres, du niveau des sinistres et de la fluctuation des niveaux des sinistres. En tenant compte des fluctuations, il s'agit d'éviter une trop grande influence d'aberrances uniques sur le niveau de la prime.

Lors du calcul de la prime, l'expérience individuelle relative aux sinistres ne doit pas être pondérée de manière excessive par rapport à l'expérience collective.

## 2.8 Consignes pour l'application de la tarification par classes de risque

- 2.8.1 *Les effets des tarifications par classes de tarif et empiriques sont soumis à des limites, ceci en fonction de l'importance du contrat. La dépendance du niveau de la prime par rapport à l'appartenance à une branche économique (ou d'autres facteurs déterminant les classes de tarif) et à l'expérience relative aux sinistres, mesurée comme étant le rapport entre la prime la plus élevée possible et la prime la plus basse possible, ne doit pas dépasser les valeurs suivantes:*
- |   |            |
|---|------------|
| <i>pour les contrats avec 6 assurés au plus:</i>  | <i>1.7</i> |
| <i>pour les contrats avec 20 assurés au plus:</i> | <i>2.5</i> |
| <i>pour tous les contrats:</i>                    | <i>4.0</i> |

En resserrant ainsi l'échelle, l'on veille à ce que le caractère d'assurance de l'assurance en cas d'incapacité de gain soit maintenu.

- 2.8.2 *La règle pour tout contrat doit être: le facteur de risque moyen sur tous les contrats est situé entre, d'une part, le facteur de risque qui découle d'une expérience relative aux risques maximum ou de l'appartenance à la classe de tarif enregistrant le maximum de sinistres et, d'autre part, le facteur de risque découlant d'une expérience relative aux risques minimum ou de l'appartenance à la classe de risque enregistrant le moins de sinistres.*

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

## 2.9 Elaboration de la statistique des sinistres

- 2.9.1 *Chaque assureur-vie sous surveillance qui assure le risque d'incapacité de gain dans le cadre de la prévoyance professionnelle doit élaborer une statistique fiable des sinistres. Elle doit notamment contenir des informations concernant le nombre d'assurés, le nombre de sinistres, les primes nettes, les paiements pour sinistres, y compris les frais de traitement des sinistres, la modification des provisions techniques, ainsi que le niveau global des provisions, subdivisées selon le sexe, les classes d'âge, les délais d'attente et les classes de tarif.*

Les augmentations de tarifs ne sont approuvées que si l'assureur-vie peut prouver une augmentation de la charge de sinistres, une tarification insuffisante ou des provisions pour sinistres à régler insuffisantes.

- 2.9.2 *La statistique des sinistres doit être remise si possible pour les 5 derniers exercices, mais au moins pour les 3 derniers, être extrapolée pour l'année en cours et budgétée pour l'année suivante (= année d'application des taux de primes majorés).*

Le renchérissement futur peut être pris en considération pour l'extrapolation et le budget.

- 2.9.3 *L'évolution de paramètres importants comme la probabilité d'invalidité, la probabilité de reprise d'activité et la mortalité des invalides sont à communiquer à l'OFAP sous forme de tableaux.*

Dans ce contexte, il suffit, en l'absence de propres mesures, de se référer aux mesures de statistiques communes.

## **2.10 Modifications de couverture**

- 2.10.1 *Si la couverture se rapportant à un produit déterminé est modifiée, celui-ci est considéré comme un nouveau produit devant être tarifé. Les modifications ne peuvent pas être appliquées au portefeuille d'assurés existant.*

Cette prescription correspond à des règles courantes du droit des contrats. Une réserve doit être faite pour les modifications de couverture prescrites impérativement par la loi, par ex. lorsque les prescriptions de la LPP relatives aux prestations sont modifiées.

- 2.10.2 *La prescription 2.10.1 n'est pas valable lorsque les modifications de couverture doivent être appliquées impérativement en vertu de la loi également au portefeuille existant.*

## **2.11 Taux d'invalidité**

- 2.11.1 *La fixation du taux d'invalidité doit reposer sur un examen médical.*

- 2.11.2 *L'échelonnement des prestations doit être prévu de telle façon qu'au moins la prestation en cas d'invalidité selon la LPP soit versée.*

Dans ce contexte, il faut noter que la première révision de la LPP implique des changements dans la détermination des prestations en cas d'invalidité, mais que ces changements, conformément aux dispositions transitoires, ne déploieront d'effets que deux ans après l'entrée en vigueur de la loi, soit le 1<sup>er</sup> janvier 2007.

- 2.11.3 *Le deuxième et le premier piliers doivent être ainsi coordonnés que les prestations à un travailleur invalide ne soient pas supérieures à son salaire assuré.*

## **2.12 Exclusions**

*2.12.1 Il est interdit d'exclure des maladies qui sont reconnues par l'assurance-invalidité fédérale. En particulier, il est interdit d'exclure les maladies psychosomatiques, ainsi que des maladies que l'on ne peut pas prouver mais sont admises par le médecin et une décision de l'AI.*

L'OFAP considère que l'exclusion de maladies psychosomatiques n'est pas applicable: il en résulterait des décisions arbitraires à propos de questions d'une portée considérable.

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

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

## **2.13 Examen annuel global de santé pour les caisses de prévoyance affiliées**

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