

RFR-1 Exigences visant les dépôts de demande de tarifs

Utilisé pour les demandes de tarifs qui incluent la justification actuarielle.

Renseignement généraux sur les dépôts de demandes

- Les dépôts de demandes doivent être soumis à la fois en copies papier (une copie) et sous forme électronique. Les copies papier doivent être présentées à :

CANB
À l'attention de : Mme Kelly Ferris
Directrice des Services d'assurance
600 – 55, rue Union
Saint John, NB
E2L 5B7

- Les annexes aux dépôts de demandes par courriel doivent être soumises à filings@nbib-canb.org *et doivent inclure* dans la ligne objet : nom de la compagnie, date, type de dépôt, classification de dépôt, dépôt de demande ou amendement. *2008 Sep 1 Company RFR-1 PPV filing, amendment*
- Les annexes doivent être envoyées en fichier de format Excel ou Word.
- Un dépôt séparé doit être présenté pour chaque type de dépôt, c.-à-d., commerciaux, motocyclettes, véhicules tout terrain, véhicules d'hivers et interurbains. Si un assureur présente des dépôts pour plus d'une compagnie, des courriels séparés doivent être envoyés pour chaque compagnie/dépôt. *L'omission de se conformer à cette règle entraînera le retour du courriel avec une demande de présenter les dépôts séparément.*
- Articles doivent être divisés en non-confidentiel, confidentiel et actuariel.
- **Les pages de l'article actuariel doivent être numérotées.** Chaque article et chaque paragraphe devrait être étiqueté selon la numérotation de l'article et du paragraphe décrite en RFR-1.
- Les pages doivent être perforées de trois trous et présentées dans une reliure à trois anneaux compatible avec l'épaisseur du document.
- Les directives concernant les dépôts de demandes sont utilisées par la Commission en tant que références, mais elles ne devraient pas empêcher qu'un assureur exerce un jugement approprié en matière de tarification.
- On peut trouver une copie des bulletins d'information sur le site Web de la Commission lorsqu'ils seront traduits.

Procédures pour les amendements

- Les demandes de renseignements de la Commission ou des actuaire conseils doivent recevoir une réponse dans les quatre (4) jours ouvrables.
- Les amendements doivent être présentés **par voie électronique seulement**, sauf instruction contraire de la Commission. Le courriel doit inclure dans le champ objet : la date, le nom de la compagnie, le type de dépôt, la classification de dépôt et l'amendement.
- Pour apporter des amendements à des données autres que les données actuarielles, veuillez proposer l'amendement et soumettre à nouveau la feuille de calculs au complet en indiquant dans le courriel les détails des amendements et le numéro de la cellule ou des cellules modifiées. Exemple : « *Ci-inclus un amendement à RFR-1, section confidentielle. Le "changement de niveau de tarification indiqué pour indemnisation directe - dommages matériels" (cellule E18) a été amendé, il passe de -6 % à 1 %. Ce changement aura également une incidence sur les cellules E22 et E30.* » La date de l'amendement doit être inscrite à la rangée 5.
- **Les pages de l'article actuariel doivent comporter une numérotation séquentielle afin de concorder avec la numérotation de dépôt de demande original.** Si un amendement est une page additionnelle à insérer entre les pages 98 et 99, veuillez l'étiqueter 98a. Il serait apprécié que les compagnies indiquent si la page est un ajout ou une page de remplacement. Indiquer la portion de la page amendée au moyen d'une ligne verticale, un astérisque ou une autre marque semblable, dans la marge faisant face à l'amendement.

Processus de révision par la Commission

- Sur réception d'un dépôt de demande, chaque assureur recevra un accusé de réception de la part de la Commission. Le dépôt de demande sera ensuite examiné pour voir s'il est complet en vertu des directives concernant les dépôts de demandes. La Commission ou ses actuaire conseils examineront les composantes techniques du dépôt de demande et pourront exiger des renseignements supplémentaires de la part de l'assureur.
- Une fois qu'un dépôt est jugé complet, le dépôt sera examiné par un panneau de la Commission et une décision sera rendue.
- Une fois une décision rendue par la Commission, une compagnie a 30 jours pour fournir à la Commission un manuel des tarifs à jour.
- Les compagnies seront avisées par courriel une fois que la décision a été approuvée. La décision officielle signée sera envoyée à une date plus tard.
- La décision sera ensuite écrite, traduite et signalé sur le site web de la Commission.
- On trouvera les demandes approuvés sur le site web de la Commission au www.gnb.ca/nbib-canb/index-f.asp

Confidentialité

- Avec les nouvelles directives concernant les dépôts de demandes, la Commission va séparer l'information confidentiel et non-confidentiel. Ceci nous permettra d'accéder rapidement aux sections non-confidentielles du dépôt si nous avons une demande pour regarder à un dépôt ou n'importe quels documents non-confidentiels relatifs. Ce processus est en accord avec la décision de la Commission concernant la confidentialité (www.nbib-canb.org/genericdecisions-f.asp).

Notes techniques

- Dans le but de déterminer l'expérience de conduite du Nouveau-Brunswick, l'assureur doit créditer les nouveaux conducteurs d'au minimum 3 années d'expérience de conduite et les conducteurs avec une formation en conduite automobile doivent être crédités avec un dossier de conduite 6, à condition que le conducteur n'ait aucune condamnation à charge ou d'accident avec responsabilité.
- La police sans superflu n'est plus offerte aux détenteurs de police depuis le 30 avril 2008.
- Les services de santé estimés ne seront pas publiés par le ministère de la Santé avant juillet 2009. La Commission avisera le pourcentage approprié pour être utilisé dans les dépôts de demandes, à ce moment-là et le signalera sur le site Web.
- Le taux d'imposition fiscal 2010 n'a pas été encore publié. La Commission avisera dès qu'il deviendra disponible.

L'OMMISSION D'INCLURE UNE DES EXIGENCES DE DÉPÔT OU DE DIVULGATION ENTRAÎNERA LE RETARD DU PROCESSUS DE RÉVISIONS.

Articles requis

Article non-confidentiel

- Le tableau Excel « feuille résumé RFR-1 non-confidentiel ».
- Une lettre signée par un officier de la compagnie au nom de laquelle la demande est déposée, accordant à l'individu identifié, en application de l'exigence d'obligation d'information n° 1, l'autorité de présenter le dépôt. Les agents habilités sont le président, le PDG, le chef des opérations, le directeur financier, n'importe quel vice-président, le trésorier ou le secrétaire d'entreprise ou l'agent principal de la compagnie pour le Canada. La personne signant cette lettre ne peut être le même individu indiqué à l'article 1 ci-dessus.
- Les pages du manuel des tarifs de la compagnie reflétant le dépôt de demande projeté, y compris les règles de souscription et les escomptes et frais supplémentaires, **doivent être incluses** dans la demande même s'il n'y a aucun changement de projeté. Les règles de souscription et les règles tarifaires courantes et projetées doivent être incluses. **En outre**, une fois la demande approuvée, les compagnies doivent soumettre toutes les pages pertinentes à mettre à jour dans la copie de la Commission du manuel des tarifs et des règles pour chaque compagnie individuelle. Des copies sur CD sont acceptables et préférées par la Commission. Les mises à jour doivent être envoyées à la Commission dans les 30 jours suivant l'avis d'approbation.

Article confidentiel

- Le tableau Excel « feuille résumé RFR-1 confidentiel ».
- Le tableau Excel « feuille résumé RFR-1 justification actuarielle ».
- Un résumé des primes de base courantes et proposées (assurance responsabilité, indemnisation directe - dommages matériels, SEF 44, assurance individuelle, automobile non assurée, collision, multirisques, risques spécifiés, tous risques et, s'il y a lieu, impôt sur les services de santé), ainsi que les écarts et facteurs d'escompte et de supplément pour les classifications de tarifs courantes et projetées. Inclure également une description de l'algorithme de tarification pour chaque couverture.
- Une portion complétée de la pièce à l'appui II – profils de tarification, comme il convient en se basant sur le marché cible primaire de la compagnie tel que déclaré. Veuillez remplir les profils exactement comme présentés même si ce risque ne serait pas écrit ou garantie offert et faire note sous le traitement de classification à ce résultat. S'il y a plus d'un conducteur compté sur le profil, accomplissez svp un profil individuel pour chaque conducteur et également un profil combiné avec les deux conducteurs. **Les profils doivent être complétés pour les catégories dépendantes également.**
- **Justification actuarielle**

Les directives concernant les dépôts de demandes sont utilisées par la Commission en tant que références, mais elles ne devraient pas empêcher qu'un assureur exerce un jugement approprié en matière de tarifications.

L'utilisation des analyses de toute tierce partie exige la permission préalable de cette partie. IAO accorde implicitement à tous ses abonnés la permission d'utiliser à leurs propres fins ses analyses.

L'assureur doit fournir une justification détaillée à propos de tout choix de niveau de tarification **même si l'assureur ne projette aucun changement**. L'appui actuariel devra contenir les données et une description narrative de toutes les étapes de l'établissement de la tarification pour chacun des changements de tarif spécifiques proposés. Au minimum, on fournira des détails au sujet de l'assurance responsabilité - blessure corporelle, responsabilité - dommage aux biens, assurance individuelle, automobile non assurée, indemnisation directe - dommage aux biens, collision, multirisque, tous risques, risques spécifiés et SEF 44, **même si le changement de niveau de tarif proposé est néant pour chacune de ces couvertures**. Chaque paragraphe, décrit ci-après, devra contenir la documentation nécessaire pour toutes les couvertures individuelles (p. ex., le paragraphe sur la tendance des sinistres devra contenir de la documentation sur la tendance des sinistres pour l'assurance responsabilité, l'assurance individuelle, la collision, etc.). En général, la documentation devra être suffisamment détaillée pour permettre au réviseur 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 utilisent une méthodologie de tarification spécifique. Toutefois, les assureurs sont requis de fournir une documentation actuarielle adéquate et la justification des niveaux de tarifs sous réserve d'une approbation préalable.

Tout le matériel à l'appui fourni au présent article devrait concorder avec la pièce à l'appui sur les changements territoriaux (pièce à l'appui I)

- Si la demande déposée propose un changement aux niveaux de tarification sans changement de classification, limite de responsabilité, franchise ou autres écarts de tarifs, alors, les articles (15.a.) - (15.k.) doivent être complétés.
- Si la demande déposée propose des changements de classification, de limite d'indemnité, franchise ou autres écarts de tarifs sans générer de changement global aux niveaux de tarification, seuls les articles (15.l.) - (15.m.), selon le cas, ont besoin d'être complétés.
- Si la demande déposée propose un changement de niveau plus un changement de classification, de limite d'indemnité, de franchise ou d'autres écarts de tarifs, alors les articles (15.a.) - (15.k.) et les articles (15.l.) - (15.m.), selon le cas, ont besoin d'être complétés.

Omettre de se conformer à l'une de ces règles entraînera le retard du processus de révision.

La justification d'un changement global de niveau de tarification doit comprendre les paragraphes ci-après, **dans l'ordre 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.

Indication du niveau global de tarification :

- A. Description intégrale de la méthodologie de tarification et résumé
- B. Sinistres
 1. Évolution des sinistres
 2. Tendance des sinistres
 3. Traitement des gros sinistres
 4. Procédure en cas de catastrophe (ou réclamation excédentaire)
 5. Autres redressements
- 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
- D. Dépenses de règlements de sinistres non assignées
- E. Prime
 1. Redressements de mise à niveau
 2. Tendance des primes
 3. Autres redressements
- F. Autres frais
 1. Frais variables dus aux risques
 2. Frais variables de primes

- G. Provisions pour profit
- H. Fiabilité
- I. Autres redressements
- J. Résumé des indications de niveaux de tarification

Indications d'écarts de tarifs :

- K. Indications territoriales
 - 1. Écarts indiqués
 - 2. Éléments hors bilan
- L. Indications de classification/limites d'indemnité/franchises ou autres écarts de tarifs
 - 1. Écarts indiqués
 - 2. Éléments hors bilan
- M. Escomptes/frais supplémentaires
 - 1. Escomptes ou frais supplémentaires indiqués
 - 2. Éléments hors bilan

A. Description intégrale de la méthodologie de tarification et résumé

Un assureur peut utiliser soit une approche de prime pure, soit une approche de ratio de coûts perdus pour sa tarification. Cet article devra indiquer le type d'approche utilisé et, d'une manière générale, donner un aperçu du procédé dans une description narrative. Une description générale des données devra, en outre, être incluse. 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 (c.-à-d., dans l'hypothèse où les données de l'industrie pour l'année de survenance 2007 seraient publiées le 1^{er} juin 2008, tout dépôt de demande effectué après cette date devrait inclure les données de l'année de survenance 2007).

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.

B. Sinistres

Si les sinistres sont pris en considération en même temps que les dépenses de règlements de sinistres assignées, ceci devra être noté dans le présent article et 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 (15.c.) peut être omis.

Le type de données sur les sinistres devra être décrit dans ce paragraphe (c.-à-d., année de survenance ou année d'assurance). Lorsqu'une autre base est utilisée, on doit en fournir la justification.

La période d'expérience et les dates d'évaluation respectives devront également être notées. La source des données devra être clairement indiquée (c.-à-d., données internes de la compagnie, données de la compagnie telles que rapportées par le BAC).

Les dommages directs (c.-à-d., avant toute transaction de réassurance) 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.**

La justification devra, en outre, indiquer si les données sur les sinistres sont brutes ou nettes de récupération et de subrogation.

B.1. Évolution des sinistres

Les données doivent être développées à un degré ultime par l'utilisation d'une procédure d'évolution des sinistres appropriée.

L'approche spécifique de l'évolution des sinistres utilisée dans la demande déposée devra être décrite et les détails des calculs devront être divulgués dans ce paragraphe. Toutes les décisions associées au processus

d'évolution des sinistres devront être divulguées en détail et appuyées (p. ex., le choix des facteurs d'évolution des sinistres).

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). Dans très peu de cas, il sera nécessaire de s'appuyer sur des données de l'extérieur. 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), la demande déposée devra 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). **Une analyse des sinistres en indemnisation directe - dommages matériels basée sur les données internes de la compagnie devra être incluse pour les classifications applicables.**

Veillez fournir les articles du Rapport de l'actuaire qui contiennent l'information du Nouveau-Brunswick pertinente au dépôt de cette demande sur une base non actualisée. Par exemple, si les données de dommage corporel du Nouveau-Brunswick sont incluses en partie intégrante à la ligne Dommage corporel du Canada atlantique dans le Rapport de l'actuaire, fournir l'article Dommage corporel du Canada atlantique dudit rapport.

Si on utilise des procédures de fiabilité pour l'évolution des sinistres, le choix des critères de fiabilité devra être divulgué. L'application de la norme de fiabilité devra être présentée, et le complément de fiabilité devra être divulgué et appuyé.

On peut s'attendre à ce que l'approche de l'évolution des sinistres 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 devront être divulgués et appuyés.

B.2. Tendance des sinistres

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

La tendance des sinistres devra 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 dans la présente affaire. 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.

Si on utilise des procédures de fiabilité pour l'évolution des sinistres, le choix du critère de fiabilité devra être divulgué. L'application de la norme de fiabilité devra être présentée, et le complément de fiabilité devra être divulgué et appuyé.

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 se divise en composantes de tendance passée et de tendance future, chaque composante doit être pleinement divulguée et appuyée dans les détails décrits précédemment.

On peut s'attendre à ce que l'approche de la tendance des sinistres 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 devront être divulgués et appuyés.

B.3. Traitement des gros sinistres

La demande déposée devra 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.

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

Veillez prendre note que la province du Nouveau-Brunswick est rarement affectée par des catastrophes. 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 tels sinistres, ladite procédure devra être incluse dans le présent paragraphe.

La procédure de catastrophe spécifique utilisée devra être décrite et les détails des calculs devront être divulgués et appuyés. Toutes les décisions associées au processus de calcul de la provision pour catastrophe devront être divulguées en détail et appuyées.

La procédure de catastrophe devra utiliser les données de l'assureur lui-même dans la mesure du possible, complétée 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.

On peut s'attendre à ce que l'approche d'estimation générale des sinistres par catastrophes 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 devront être divulgués et appuyés.

B.5. 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.

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 (15.b.).

D. Dépenses de règlements de sinistres non assignées

La procédure spécifique des dépenses de règlements de sinistres non assignées devra être décrite et les détails des calculs devront être divulgués et appuyés. Toutes les décisions associées à l'estimation des dépenses de règlements de sinistres non assignées devront être divulguées en détail et appuyées.

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 dans la présente affaire. 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).

On peut s'attendre à ce que l'approche de l'estimation des dépenses de règlements de sinistres non assignées demeure raisonnablement constante au cours des années pour l'assureur. Tout changement par rapport au dépôt de demande précédent soit dans l'approche, soit dans les données sous-jacentes devra être divulgué et appuyé

E. Prime

Les données au sujet des primes doivent être décrites dans ce paragraphe. La période d'expérience et la source des données concernant les primes doivent également être divulguées. 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.**

E.1. Redressements de mise à niveau

Si un assureur utilise une approche de ratio de coûts perdus pour sa tarification, la prime acquise doit être redressée au niveau des tarifs courants par l'emploi d'une procédure de mise à niveau appropriée. Les deux primes, soit la prime non redressée et la prime redressée, doivent être présentées.

Si les redressements de mise à niveau sont effectués au moyen d'une approche factorielle (p. ex., parallélogramme), les calculs devront être divulgués. Si les redressements de mise à niveau sont effectués au moyen du calcul des primes aux tarifs actuels par le biais de la re-tarification 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.

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. 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.

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.

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.

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 (15.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 devront être divulgués et appuyés.

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 devront être divulgués et appuyés.

G. Provisions pour profit

Le rendement cible des capitaux propres devra être formulé dans le présent paragraphe. La cible résultante du pourcentage de marge de bénéfice technique à utiliser au cours du processus de tarification devra dériver

du taux cible de rendement des capitaux propres. La demande déposée devra montrer ce calcul suffisamment en détail pour permettre au réviseur de suivre le processus en entier.

L'approche spécifique pour déterminer le taux cible de rendement des capitaux propres sous-jacent aux tarifs de la demande déposée devra être décrite et les détails des calculs divulgués et appuyés. Toutes les décisions associées au processus de calcul de la provision pour profits devront être divulguées et appuyées.

En estimant le revenu de placement prévu attribué aux fonds et capitaux propres fournis par les détenteurs de police, l'assureur devra prendre en considération les nouveaux taux de l'argent et l'historique des rendements du capital investi de l'assureur.

Toutes les données utilisées au cours du processus de sélection du rendement ciblent des capitaux propres et le ratio de marge de bénéfice technique qui en résulte doivent être présentés et étiquetés. Au minimum, le profil des rentrées de fonds (pour chaque couverture et sous-couverture) dont l'affectation aux sinistres et aux frais est prévue devront être divulgués et appuyés.

Si les tarifs proposés diffèrent de ceux qui sont indiqués sur le plan actuariel basés sur un taux de rendement cible des capitaux propres, l'assureur devra fournir une estimation du rendement des capitaux propres prévu et du ratio de marge de bénéfice technique prévu sous-jacents aux tarifs proposés.

On peut s'attendre à ce que l'approche de calcul des provisions pour profits 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 devront être divulgués et appuyés.

Veillez fournir une indication seulement avec les hypothèses suivantes :
Rendement des capitaux propres de 12 % et ratio prime/surplus de 2:1

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 appuyées.

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

On peut s'attendre à ce que l'approche de la 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 divulgués et appuyés.

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 divulgués et appuyés dans le présent alinéa.

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 (15.b.) - (15.i.) doivent être fournis. L'assureur peut utiliser les formulaires pertinents à sa situation particulière. Si on utilise plus d'une année de données pour les sinistres et/ou les primes dans le processus de tarification, la pondération accordée à chaque année doit être divulguée. Si ces pondérations sont différentes du dépôt de demande précédent de l'assureur, le changement doit être divulgué, expliqué et appuyé.

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 en plus des onze territoires existants définis par le plan statistique dans chaque profil de tarification.
- 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 devra y avoir une définition de territoire commune que l'assureur utilisera pour toutes les couvertures.

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 appuyées avec les mêmes détails décrits au paragraphe (15.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 devront être divulgués et appuyés.

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 paragraphes (15.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 du 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 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 devront être divulgués et appuyés.

K.3. Définitions

Tout changement aux définitions territoriales doit être accompagné d'une carte géographique montrant clairement les limites territoriales courantes et les limites territoriales projetées.

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

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 décrits au paragraphe (15.h.).

On peut s'attendre à ce que l'approche 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 devront être divulgués et appuyés.

L.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 paragraphes (15.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 appuyées.

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 devront être divulgués et appuyés.

M. Escomptes/frais supplémentaires

M.1. Escomptes ou frais supplémentaires indiqués

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

- un escompte ou un supplément basé sur l'appartenance à un groupe ; ou
- des escomptes ou des frais supplémentaires variant au sein des groupes.

Un escompte ou un supplément basé sur l'appartenance à un groupe pourrait être basé sur les coûts perdus inférieurs (supérieurs) basés sur une expérience favorable (non favorable) ou sur les caractéristiques identifiables d'un groupe qui entraîneraient des risques de pertes plus ou moins élevés.

Les assureurs devront maintenir des statistiques séparées sur les primes et les pertes afin d'appuyer un escompte ou un supplément basé 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 un supplément unique pour un groupe spécifique à moins que la taille dudit groupe soit assez importante pour que sa propre expérience appuie un tel escompte ou supplément. La preuve à l'appui pour les escomptes et les frais supplémentaires doit être fiable sur le plan actuariel, de sorte qu'un escompte ou un supplément serait approprié uniquement dans les cas de groupes importants. Dans le cas où l'on propose plus d'un escompte ou un supplément (p. ex., variation d'escomptes et de suppléments basés sur les types de groupes), il est requis de présenter avec le dépôt une liste des groupes et des escomptes ou frais supplémentaires applicables, et de le faire sur une base périodique.

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 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 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 (15.h.).

On peut s'attendre à ce que l'approche générale pour le calcul des escomptes ou les frais supplémentaires 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 devront être divulgué et appuyé.

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 suppléments ne soit pas comptabilisé hors bilan et qu'au lieu de cela un changement au niveau de tarification soit généré, les paragraphes (15.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 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 de groupes. 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 devront être divulgué et appuyé.