

Groupe de travail

assurance des emprunteurs

PRESENTATION DU GT ADE

Objectifs

- Echanger sur les questions actuarielles posées par les évolutions de la réglementation, du régulateur et du marché
- Contribuer à définir la position de l'IA sur les consultations publiques et sur l'évolution du dispositif AERAS
- Communiquer sur les bonnes pratiques actuarielles en assurance des emprunteurs

Organisation

Des sous-groupes de travail dédiés – 1 réunion par mois :

- Poursuite des travaux sur l'estimation, la modélisation et l'impact des taux de chute dans le contexte de substitution de contrat
- Finalisation des travaux sur la PRC en ADE
- Impact de la suppression de la sélection médicale en DC/AT
- Impact à long terme de la segmentation tarifaire sur les portefeuilles ADE
- Veille juridique et réglementaire
- Création d'une table de place pour la mortalité des portefeuilles ADE

Puis des réunions plénières semestrielles

1ère partie

La Provision pour Risques Croissants

Présentation des guidelines

**Aurélie
TREILHOU**

**Vincent
ROGER**

Contexte

La Provision pour Risques Croissants en assurance emprunteur est mise en place pour prendre en compte le **décalage entre le risque assuré et la prime perçue**. C'est la différence entre les valeurs actuelles des engagements respectivement pris par l'assureur et par les assurés.

Une réglementation floue laissant place à l'interprétation pour les calculs



Une disparité des pratiques



Un montant de PRC qui est très sensible à certains hypothèses, et notamment au niveau de mutualisation. Certains acteurs ont besoin d'avoir une vision claire de ce qui peut être fait ou non. C'est pourquoi le SGT4 a rédigé des **guidelines**, qui ont été publiées par l'Institut des Actuares.

Benchmark des pratiques du marché

Plusieurs hypothèses nécessaires aux calculs ne sont pas définies dans la réglementation, et sont donc au libre choix des assureurs et des actuaires. Certains leviers peuvent permettre de piloter le montant de la PRC :

- **Les paramètres utilisés (tables, loi de chute, etc.) :**
 - Utilisation de tables certifiées pour avoir une PRC au plus proche de la réalité (vision *Best Estimate*)
 - Intégration des lois de chute dans le calcul de la PRC, qui pourraient être différentes des lois de chute utilisées lors de la tarification si des changements sont observés
 - Choix du taux technique : préconisation pour le taux technique d'inventaire
- **La forme du tarif :** en fonction de l'âge d'adhésion ou de l'âge atteint, en fonction du capital initial ou du capital restant dû, incluant une loi de déformation ou non, etc. Ce paramètre est défini dès la tarification, et pourra influencer sur la nécessité de mettre en place une PRC ou non, et sur le montant de celle-ci.

Benchmark des pratiques du marché

- Le niveau de mutualisation

Exemple d'illustration de l'impact du niveau de mutualisation retenu

PRC	DC	AT	TOTAL
Contrat 1	-25	100	75
Contrat 2	-100	0	-100
Contrat 3	25	-50	-25
Total	-100	50	

Mutualisation par contrat
75
+ 0
+ 0

Mutualisation par risque
0 + 50

	Montant de PRC final
Aucune mutualisation	125
Mutualisation par risque	50
Mutualisation par contrat	75
Mutualisation globale	0

Benchmark des pratiques du marché

La mutualisation entre les risques

La vision réglementaire

- La PRC du risque décès (qui est appelée PM dans les textes) est régie par les règles de calcul applicables aux risques Vie et intégrée dans le compte de résultat technique Vie (soumis à la PB)
- La PRC du risque arrêt de travail est régie par les règles de calcul applicables aux risques Non Vie et intégrée dans le compte de résultat Non Vie

Tant dans les textes S1 que S2, les risques décès et arrêt de travail font l'objet d'une gestion distincte, ce qui rend ce niveau de compensation difficile à justifier d'un point de vue réglementaire.

Benchmark des pratiques du marché

La mutualisation entre les risques

La vision économique

- Economiquement, l'engagement de l'assuré est de verser une prime à l'assureur et l'engagement de l'assureur est de couvrir l'assuré sur deux risques différents. Dès lors la séparation de la prime de l'assuré en une prime décès et une prime arrêt de travail résulte d'un choix de ventilation de l'assureur.
- La garantie arrêt de travail est une garantie annexe au décès.
- Sur les contrats collectifs, il est possible d'intégrer dans le calcul de la PB Min des risques Vie, les éventuels déficits du risque arrêt de travail,
- Dans les protocoles techniques et financiers, les rémunérations des apporteurs d'affaires et les provisions d'égalisation mutualisent les risques décès et arrêts de travail.

Enfin, si la mutualisation de la PRC pour chaque assuré entre la partie Décès et la partie Arrêt de Travail semble économiquement justifiable, celle-ci est aujourd'hui réglementairement difficile à défendre.

Benchmark des pratiques du marché

En pratique, quelles sont les méthodes les plus utilisées sur le marché ?

Benchmark réalisé sur 18 contrats

Benchmark des pratiques du marché

Les résultats

Niveaux de mutualisation des résultats :

Une **disparité des niveaux de mutualisation**

	Nombre d'acteurs	Revue ACPR ?
Aucune mutualisation	7	Oui
Mutualisation par risque	8	Oui
Mutualisation par contrat	0	-
Mutualisation globale	2	Non
Pas de calcul	1	Oui

Néanmoins, deux principes semblent être acceptés par l'ACPR :

- Absence totale de mutualisation
- Mutualisation au sein d'un risque

Le choix de l'une ou l'autre méthode ne semble pas corrélé aux caractéristiques juridiques ou tarifaires des contrats.

Benchmark des pratiques du marché

En synthèse, l'absence de normes réglementaires strictes et de positions de place tant au niveau des CAC que de l'ACPR engendre une multiplicité des pratiques sur le marché.

Les actuaires disposent d'une grande latitude dans le choix de la méthodologie et des hypothèses à retenir lors du calcul de cette provision. D'où l'importance pour les actuaires de **documenter** et de **justifier les hypothèses** de calculs, en particulier sur la mutualisation, tant vis-à-vis du contrôle interne que des instances.

Les préconisations

Principe de compensation

Un **calcul « tête par tête »** avec une absence de compensation ou une **compensation par groupe homogène de risque sont préférables** à une approche par agrégat. En effet, cela permet un calcul au plus près des informations détaillées dès lors que la qualité des données le permet, et cela est plus précis pour piloter la mutualisation et faire les vérifications par le *backtesting*. De plus, pour appliquer une méthode par agrégat, il faut démontrer sa pertinence par rapport à la méthode tête par tête.

Les préconisations

- **Construire des tables de référence** sous l'égide de l'IA aussi bien pour l'incidence et le maintien en arrêt de travail, que pour le décès :
 - Pour adapter les textes réglementaires à la réalité économique
 - Par cohérence avec le calcul des Best Estimate
 - Pour éviter une distorsion de concurrence pour les nouveaux entrants
 - Pour mettre en exergue les spécificités de l'emprunteur (décès et AT)
- **Identifier les points d'interprétation des textes réglementaires :**
 - Entre le code des assurances, le code de la Sécurité sociale, le code de la mutualité et l'ANC
 - Entre les risques incapacité et décès : la même provision de prime s'appelle PM en vie et PRC en non-vie
 - Sur les garanties éligibles à la PRC/PM : les risques incapacité et décès sont cités mais pas les autres risques, par exemple les risques perte d'emploi et toutes nouvelles garanties accessoires à la garantie principale décès
 - Elargir la compensation de PB pour l'AT en individuel (catégorie 3 et 6) comme cela peut être réalisé sur le risque décès.

Les préconisations

- **Préciser** que les organismes d'assurance ont la liberté :
 - D'utiliser leur propre taux technique pour la PRC en AT,
 - De prendre en compte des frais et chargements d'acquisition dans les primes, par analogie avec les coûts de gestion cités dans les textes.
 - De compenser la PRC entre assurés au sein d'une même catégorie homogène de risques.
 - De définir les catégories homogènes de risques en fonction des caractéristiques de leurs portefeuilles.
- Mettre en place un dispositif de suivi dans le temps des hypothèses techniques de calcul de la PRC. Ces hypothèses doivent permettre de refléter au mieux le profil de risque du portefeuille sous-jacent et doivent être régulièrement validées par la réalisation d'études de sensibilités.
- Documenter les règles de calcul de la PM/PRC dans les rapports ORSA et narratifs pour plus de transparence.
- S'assurer de la cohérence des modèles S2 et sociaux et permettre d'expliquer les écarts entre les modèles

Conclusion

Les guidelines complètes sont disponibles sur le site de l'Institut des Actuaires.

Un webinaire accessible en replay a été organisé le 27 septembre pour présenter ces guidelines.

Des questions ?

Pour nous contacter :

Aurélie Treilhou : atreilhou@pericles-actuarial.com

Vincent Roger : vincent.roger@kereis.com

2^{ème} partie

Impact de la suppression de la sélection médicale

Meriem RAITI

Juliano MEROLLE

Vincent ROGER

AGENDA

1. Analyse théorique du rôle de la sélection médicale
2. Benchmark des pratiques de souscription sans sélection médicale
3. Panorama des critères de maîtrise de risque alternatifs
4. Impact de la sélection médicale sur le prix de l'assurance
5. Impact d'offres sans sélection médicales sur le marché de l'ADE

1. Analyse théorique du rôle de la sélection médicale

1 La finalité

La sélection médicale a pour but de :

- **Equilibrer l'information entre l'assureur et l'assuré** (diminuer l'antisélection)
- **Traiter les risques en dehors de la tarification standard**
- **Connaitre le risque souscrit et donc tarifer au juste prix**

⇒ La sélection médicale permet de diminuer le poids de la mutualisation des surrisques sur le portefeuille, cela résulte en des tarifs moyens plus bas pour les risques standards, compatibles avec le taux d'usure.



1. Analyse théorique du rôle de la sélection médicale

2 Les dispositifs

- Il existe plusieurs dispositifs en fonction **de l'âge de la personne à assurer et des montants en jeu** : QSS, QM, analyses médicales, voire même un rapport médical rédigé par un médecin
- Les questions posées portent sur les éventuels **antécédents médicaux**, sur **des questions biométriques**, sur **l'hygiène de vie et habitudes comportementales**.

⇒ La sélection médicale a un coût commercial et opérationnel. L'optimisation du couple bénéfice/ coût de la sélection médicale selon les contraintes et les expertises de chaque acteur, résulte en une diversification des offres sur le marché de l'emprunteur



1. Analyse théorique du rôle de la sélection médicale

3 Les décisions



Accepter aux conditions standards

Accepter avec des surprimes et/ou des conditions particulières (exclusions, délais de carence, franchises, limites de garanties, etc.)



Refuser la garantie
(sous réserve du dispositif spécifique AERAS)

2. Benchmark des pratiques de souscription sans sélection médicale

Les pays européens s'inspirent de la France et mettent en place des dispositifs comparables.

Focus sur quatre pays:

- ✓ **France**
- ✓ **Portugal**
- ✓ **Belgique**
- ✓ **Allemagne**



2. Benchmark des pratiques de souscription sans sélection médicale

FRANCE

Prêts à la consommation

- ❑ Option facultative dite AERAS à l'initiative du client, avec des limites légales sur l'âge, les garanties, et le montant assuré
- ❑ Certains acteurs ont choisi de proposer cette option de facto sans différenciation de la clientèle
 - Pratique tarifaire : doublement du coût DC-IT de base, ou carence sur la maladie
 - Résultats: pas de dérive constatée probablement grâce à l'activation de mécanismes de maîtrise de risques (tarifs ou garanties)
 - peu de souscription pour l'option facultative (faible niveau d'information du client, et peu de concurrence sur les offres d'assurance)

Prévoyance TNS

- ❑ Proposition d'un produit sans sélection médicale par un seul acteur du marché.
- ⇒ **Constatation d'une dérive rapide et non maîtrisée de la sinistralité conduisant à un retrait du marché.**
- ❑ Cela est probablement dû à l'adoption d'une approche disruptive face à un marché très concurrentiel. Cela a conduit à un pic de souscriptions anti-sélectives.

2. Benchmark des pratiques de souscription sans sélection médicale



PORTUGAL



Prêts immobiliers et prêts à la consommation - Droit à l'oubli (Loi entrée vigueur le 1er janvier 2022)

Mécanismes droit à l'oubli similaire au dispositif AERAS français :

⇒ **Loi qui prête à interprétation en ce qui concerne le risque aggravé et "l'atténuation" du risque :**

- La loi délègue à 100% au jugement du proposant l'évaluation du risque selon son appréciation
- L'expression "protocole thérapeutique efficace" est difficile à définir
- Le seuil de deux ans paraît insuffisant
- Pas de limite en termes de somme assurée

NB: à date, le régulateur n'impose pas de guidelines donc chaque assureur interprète la loi => certains poursuivent le process de sélection normal.

2. Benchmark des pratiques de souscription sans sélection médicale

BELGIQUE



Assurance emprunteur & Prévoyance

Droit à l'oubli 10 ans (Cancers et autres maladies) + **reprise de la grille de référence AERAS**

Discussions en cours pour passer à 5 ans comme en France.

2. Benchmark des pratiques de souscription sans sélection médicale



ALLEMAGNE



Prêts à la consommation (auto)

- Mise en place d'une DBS
- Pratique tarifaire : Exclusion des maladies préexistantes dont l'origine date de moins de 12 mois avant la prise d'effet des garanties – exclusion applicable sur les 24 premiers mois de l'assurance (maladies concernées : cancer, maladies du rein, du cœur, SIDA, maladies nerveuses, psy, maladies chroniques)

Période: années 2010

3. Panorama des critères de maîtrise de risque alternatifs

1

Dispositions contractuelles

2

Dispositions de sélection des risques

3

Dispositions tarifaires



3. Panorama des critères de maîtrise de risque alternatifs

1 Dispositions contractuelles

Exclusion des pathologies et sinistres antérieurs

Sous réserve de:

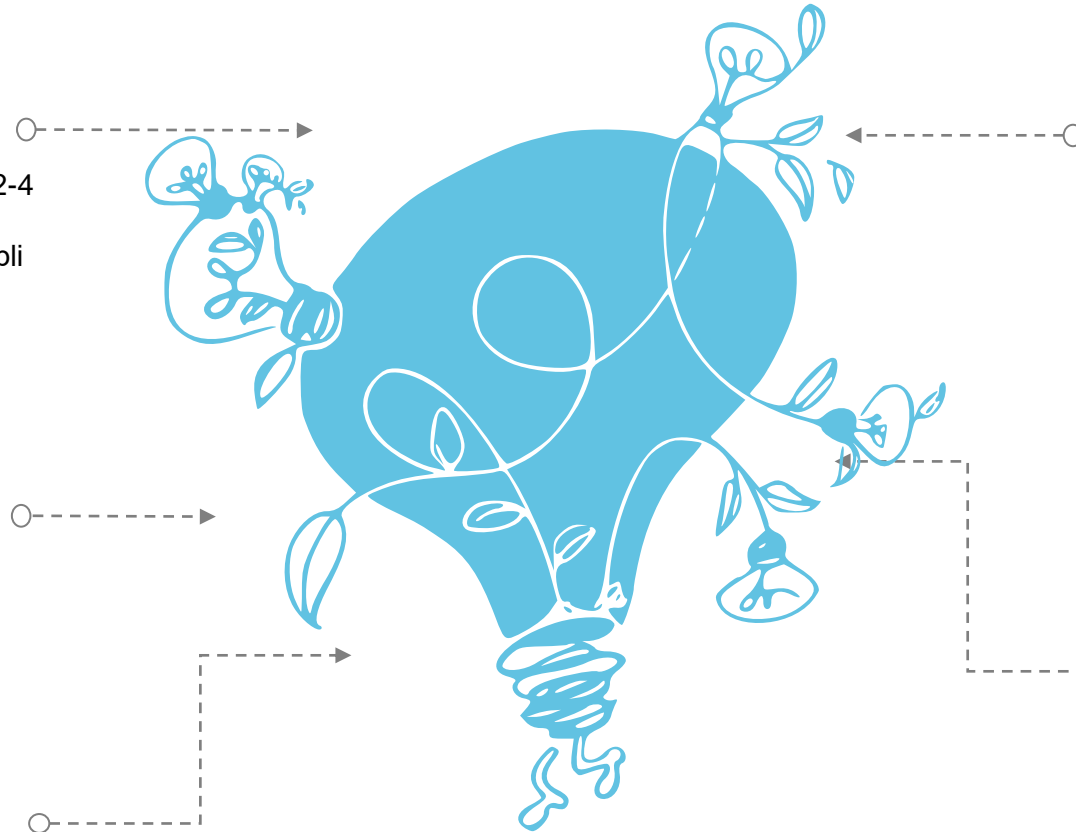
- Respecter le formalisme de l'article L112-4 du Code des assurances
- Respecter les dispositions du droit à l'oubli

Délais d'attente/ carence

Peu adopté sur le marché à date

Franchises

Suppression des franchises courtes ?
restreindre les franchises courtes à une cible favorable ?



Limites d'indemnisation

Invalidité en rente (vs en capital)
Régime indemnitaire vs forfaitaire

MNO

Exclusion des MNO avec une condition d'hospitalisation ? Option de rachat d'exclusion ?

MNO proposées en obligatoire ⇒ effet de mutualisation si largement adopté sur le marché

3. Panorama des critères de maîtrise de risque alternatifs

2 Dispositions de sélection des risques

Art. L. 113-2-1. du code des assurances « *Par exception au 2° de l'article L. 113-2, lorsque le contrat d'assurance a pour objet de garantir, en cas de survenance d'un des risques que ce contrat définit, soit le remboursement total ou partiel du montant restant dû au titre d'un contrat de crédit mentionné au 1° de l'article L. 313-1 du code de la consommation, soit le paiement de tout ou partie des échéances dudit prêt, aucune information relative à l'état de santé ni aucun examen médical de l'assuré ne peut être sollicité par l'assureur, sous réserve du respect de l'ensemble des conditions suivantes :*

« 1° La part assurée sur l'encours cumulé des contrats de crédit n'excède pas 200 000 euros par assuré ;

« 2° L'échéance de remboursement du crédit contracté est antérieure au soixantième anniversaire de l'assuré.

« Un décret en Conseil d'Etat peut définir des conditions plus favorables pour l'assuré en termes de plafond de la quotité assurée et d'âge de l'assuré. »

3. Panorama des critères de maîtrise de risque alternatifs

2 Dispositions de sélection des risques : interprétation doctrinale



Position doctrinale 1 : l'obligation déclarative ne disparaît pas complètement, **possibilité de poser des questions d'ordre non médical**

⇒ sélection comportementale, sélection financière, sélection des risques sportifs, risques professionnels



Position doctrinale 2 : Aucune interdiction non plus les déclarations spontanées de bonne santé par l'assuré, soucieux d'obtenir une tarification favorable.

⇒ **Discrimination tarifaire positive**, tous étant soumis au même tarif, sauf ceux qui fournissent **spontanément des informations sur leur bon état de santé**

3. Panorama des critères de maîtrise de risque alternatifs

3 Dispositions tarifaires



Différentes structures tarifaires proposées sur le marché (âge atteint/CRD, âge à l'adhésion/CI, courbes de déformation), qui mettent en jeu différents mécanismes de mutualisation



Peu de pilotage car l'ensemble des contrats sur le marché incluent des clauses d'irrévocabilité des tarifs et des garanties dans leurs CGS



L'impossibilité de modification des garanties et des tarifs est-elle une pratique marché ou une obligation légale ?

3. Panorama des critères de maîtrise de risque alternatifs

3 Dispositions tarifaires : que dit la loi ?

- ❑ **Article L113-12-2 du code des assurances :** « [...] Par dérogation à l'article L. 113-4, l'assureur **ne peut pas résilier ce contrat d'assurance** pour cause **d'aggravation du risque, sauf dans certaines conditions définies par décret en Conseil d'Etat, résultant d'un changement de comportement volontaire de l'assuré.** »

- ❑ **Art. L. 313-29 du code de la consommation:** « **Lorsque le prêteur propose à l'emprunteur un contrat d'assurance** en vue de garantir en cas de survenance d'un des risques que ce contrat définit, soit le remboursement total ou partiel du montant du prêt restant dû, soit le paiement de tout ou partie des échéances dudit prêt, les dispositions suivantes sont obligatoirement appliquées :
 - 1° Au contrat de prêt est annexée une notice énumérant les risques garantis et précisant toutes les modalités de la mise en jeu de l'assurance ;
 - 2° **Toute modification apportée ultérieurement à la définition des risques garantis, aux modalités de la mise en jeu de l'assurance ou à la tarification du contrat est inopposable à l'emprunteur** qui n'y a pas donné son acceptation ; [...]. »

4. Impact de la sélection médicale sur le prix de l'assurance



1 Analyse qualitative

2 Indicateurs quantitatifs

3 Exemples de tarification

4. Impact de la sélection médicale sur le prix de l'assurance

1 Analyse qualitative

⚙️ Conséquence de la suppression des formalités médicales

Engendre un coût certain. La suppression des formalités médicales devrait réduire la qualité des risques et donc peser sur les résultats techniques des assurances emprunteurs.

⚙️ Absorber les surcoûts

Les bancassureurs ont les moyens de s'adapter, mais les alternatifs doivent trouver de nouvelles segmentations



⚙️ Que pèsent ces prêts sur le marché ?

52 % du marché du prêt immobilier en nombre (de 22 % pour les réseaux les moins impactés à 60 % pour les plus impactés)

36 % du marché en capital emprunté (de 4 % pour les réseaux les moins impactés à 44 % pour les plus impactés)

Source : Actélior

⚙️ Tarification

Mutualisation
les "bons risques" vont payer pour les "risques aggravés"

4. Impact de la sélection médicale sur le prix de l'assurance

2 Indicateurs quantitatifs

Poids surprimes	5% à 7%	en % du CA
Sinistres refusés	2,0%	
Refus IT/IP - souscription	de 1% à 15%	en % nombre
Refus toutes garanties - souscription	de 1% à 10%	en % nombre
Part des "auto-exclusion"	0,2	nombre de têtes assurés par prêt (FFA)
Sinistre certain		
Augmentation de la quotité		
Antisélection		

4. Impact de la sélection médicale sur le prix de l'assurance

3 Exemples de tarification

	DECES		IPT		ITT	
	Hors Lemoine	Lemoine	Hors Lemoine	Lemoine	Hors Lemoine	Lemoine
S/P avec surprimes	48%	56%	48%	47%	67%	88%
S/P sans surprimes	61%	71%	59%	58%	88%	131%
Ecart	13%	15%	11%	11%	21%	43%
Hausse de tarif technique		20%		15%		50%

5. Impact d'offres sans sélection médicales sur le marché de l'ADE

1

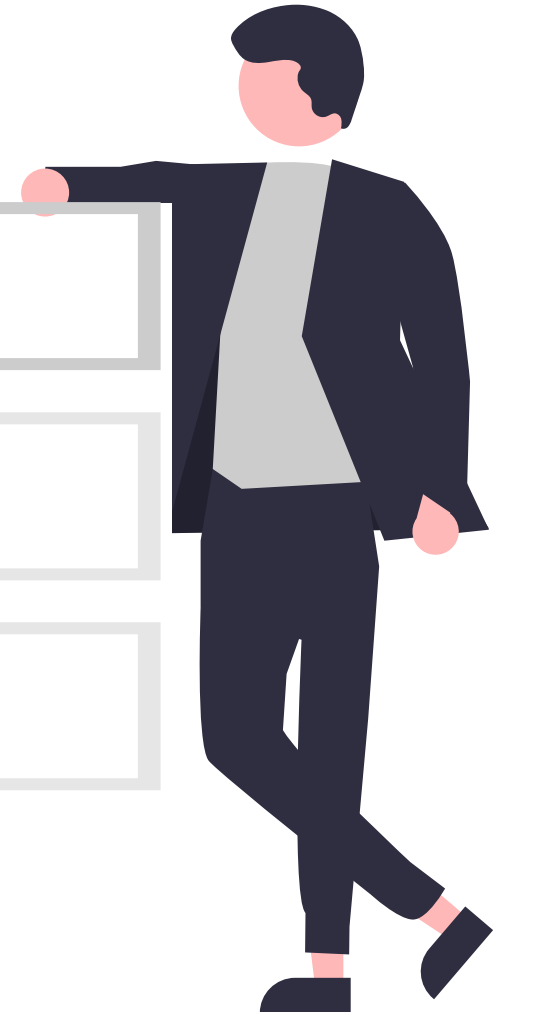
Marché des contrats groupe

2

Marché des contrats alternatifs

3

Perspectives liées à la substitution



5. Impact d'offres sans sélection médicales sur le marché de l'ADE

1 Marché des contrats groupe



Les objectifs du contrat groupe bancaire

- ✓ rester un contrat universel
- ✓ Maintenir un niveau de mutualisation élevé



Les enjeux de l'actuaire pour le pilotage du risque

- ❑ Prendre plus que sa part de marché des risques très aggravés
- ❑ Modéliser l'impact d'une déformation des lois de chute
- ❑ Revoir le partage de valeur avec le distributeur
- ❑ Utiliser ses capacités de mutualisation différenciante

5. Impact d'offres sans sélection médicales sur le marché de l'ADE

2 Marché des contrats alternatifs



L'objectif des contrats alternatifs est de composer avec le nouveau paradigme marché :

- ✓ Exposition plus forte à l'antisélection
- ✓ Positionnement tarifaire
- ⇒ **Rester ou sortir du marché ?**



Les enjeux de l'actuaire pour le pilotage du risque

- ❑ Revoir les Conditions générales et les prix
- ❑ Revoir le marché cible
- ❑ Suivre le risque en temps réel
- ❑ Développer des modes de sélection alternatifs

5. Impact d'offres sans sélection médicales sur le marché de l'ADE

3 Perspectives liées à la substitution

- Création d'un marché adressé uniquement par les contrats alternatifs
- Une contrainte sur les garanties
- Une liberté sur la segmentation tarifaire et le choix du marché cible
- Des enjeux de connaissance client et de maîtrise du risque



Merci pour votre attention

Des questions ?

Pour nous contacter :
Meriem Raiti : meriem.raiti@partnerre.com
Juliano Merolle : J.MEROLLE@afi-esca.com
Vincent Roger : vincent.roger@kereis.com