

Lettre circulaire 23/2 du Commissariat aux assurances relative au rapport actuariel annuel des entreprises luxembourgeoises d'assurances autres que sur la vie

Le rapport actuariel en assurance non vie est demandé depuis le reporting portant sur l'exercice 2005. Il est devenu un outil essentiel pour le Commissariat aux assurances dans la surveillance des entreprises d'assurances non vie. Depuis l'entrée en vigueur de la lettre circulaire 12/4 reprenant les dispositions actuelles à ce sujet, la Directive Solvabilité 2 est entrée en vigueur et il a été jugé opportun de modifier certaines dispositions de la lettre circulaire susmentionnée afin de les adapter au dispositif législatif actuel. La LC 21/19 a ainsi revisité le reporting de l'exercice 2021. Cette lettre circulaire apporte certaines précisions quant à des modifications de la LC 21/19 qui ont été mal comprises ou ont suscité de nombreuses questions.

De plus, les principales nouveautés introduites par rapport à la LC 21/19 sont les suivantes :

- Quatre questions supplémentaires concernant le statut et les missions de l'actuaire ont été ajoutées ;
- Les tableaux RAC D 0050 doivent désormais être produits pour toutes les branches définies selon l'annexe I de la loi du 7 décembre 2015 pour lesquelles un nombre de sinistres déclarés est supérieur à 500 ;
- Le tableau RAC D 0060 comprend désormais toutes les branches définies selon l'annexe I de la loi du 7 décembre 2015 et la colonne « provision pour sinistres évaluée de manière actuarielle » a été retirée ;
- Des précisions ont été ajoutées sur les explications attendues concernant les retraitements décrits dans la partie 2.5 ;
- Des précisions ont été ajoutées concernant les hypothèses à appliquer dans le calcul du stress test de marché ;
- Des précisions ont été ajoutées concernant les stress tests « dégradation de la sinistralité », notamment pour les entreprises qui ne sont pas touchées par les scénarios « cyber » et « man-made » ;
- Les statistiques demandées dans la partie 6 « tarification » sont désormais à fournir dans la partie 1 au sein des tableaux RAC D 0120 ;

Comme par le passé, le rapport comporte deux parties distinctes :

- la **Partie 1** est un fichier Excel qui comprend un questionnaire qualitatif (**RAC.D.0020**) avec des questions principalement du type « oui / non » et des annexes quantitatives sous forme de tableaux.
- la **Partie 2** est un document papier signé par l'actuaire et contenant des explications complémentaires.

Le rapport signé par son auteur (**Partie 2**) ainsi que le questionnaire et ses annexes (**Partie 1**) sont à envoyer au Commissariat aux assurances sous la forme de deux fichiers informatiques via le canal de communication sécurisé habituel de l'entreprise.

En cas de réponse négative à l'une des questions posées dans la **Partie 1**, des informations circonstanciées sont à fournir dans la **Partie 2** du rapport actuariel. Ceci ne signifie nullement qu'en l'absence d'un tel message l'actuaire ne puisse développer des considérations dans la **Partie 2**. En effet, non seulement l'actuaire est toujours libre de fournir des commentaires sur base volontaire, mais certaines questions ne sont traitées que dans la seule **Partie 2** sans question correspondante dans la **Partie 1**.

La date de remise du rapport actuariel est communiquée chaque année par le CAA sous forme d'une note d'information, ensemble avec les dates de remise des autres états périodiques au CAA.

Les indications chiffrées à livrer sur support informatique doivent être insérées dans le fichier plus amplement décrit dans le mode d'emploi informatique du reporting. Les commentaires éventuels relatifs aux méthodes utilisées et aux résultats obtenus sont par contre à inclure dans la partie narrative du rapport actuariel.

Le rapport actuariel doit être signé par un actuaire ou toute autre personne experte dans les matières visées par la présente lettre circulaire, ci-après désigné par l'actuaire, et disposant d'une expérience professionnelle en matière actuarielle d'au moins trois années.

L'ensemble du rapport actuariel, tel que complété le cas échéant par les compléments d'information fournis à la demande du Commissariat, devra être soumis dans les meilleurs délais pour discussion au conseil d'administration de l'entreprise d'assurances.

Le rapport actuariel devra traiter dans l'ordre les différents points qui suivent en adoptant la numérotation de la présente lettre circulaire.

Le rapport actuariel doit comprendre les chapitres suivants :

1. Statut et missions de l'actuaire

Le questionnaire qualitatif 'RAC.D.0020' de la **Partie 1** du rapport actuariel précisera :

- 1.1 le nom de l'actuaire personne physique
- 1.2 l'adresse email de l'actuaire
- 1.3 le statut de l'actuaire en distinguant entre :
 - salarié de l'entreprise d'assurances non membre du conseil d'administration de l'entreprise d'assurances,
 - administrateur de l'entreprise d'assurances,
 - salarié d'une entreprise liée à l'entreprise d'assurances,
 - actuaire indépendant de l'entreprise d'assurances.
- 1.4 la position hiérarchique dans l'entreprise d'assurances si l'actuaire en est un salarié
- 1.5 l'employeur de l'actuaire si cet employeur n'est pas l'entreprise d'assurances
- 1.6 le pays du lieu de travail habituel de l'actuaire
- 1.7 si l'actuaire en charge du rapport actuariel assume également la fonction clé 'Actuariat' telle que définie par l'article 79 de la loi modifiée du 7 décembre 2015 sur le secteur des assurances.
- 1.8 la date de soumission du dernier rapport de la fonction actuarielle (cf article 272.8 du règlement délégué 2015/35) à l'organe d'administration, de gestion ou de contrôle
- 1.9 la présence de points ouverts par le réviseur dans le cadre d'une précédente revue du rapport distinct SII. Les actions entreprises ou envisagées dans ce cadre sont à préciser en **Partie 2**
- 1.10 si l'actuaire a intégré ou non dans son avis concernant la politique globale de souscription ses conclusions sur les effets liés aux risques en matière de durabilité
- 1.11 si ces effets liés aux risques en matière de durabilité ont un impact sur la valorisation des best estimates. Cette réponse est à étayer dans la **Partie 2**.

En rapport avec les questions 1.10 et 1.11, en lien avec le Règlement Délégué (UE) 2021/1256 de la Commission du 21 avril 2021 modifiant le règlement délégué (UE) 2015/35 en ce qui concerne l'intégration des risques en matière de durabilité dans la gouvernance des entreprises d'assurance et de réassurance, et plus particulièrement concernant la modification de l'article 272, paragraphe 6, point b) du règlement délégué (UE) 2015/35, il s'agit de préciser dans le questionnaire qualitatif 'RAC.D.0020' de la **Partie 1** du rapport actuariel si les effets liés aux risques en matière de durabilité ont été considérés dans les missions attribuées à la fonction actuarielle.

L'actuaire précisera, dans la **Partie 2** du rapport actuariel quels sont concrètement la nature des travaux engagés et les potentiels impacts à considérer. Si rien n'a été entrepris à ce stade, l'actuaire indiquera son plan de mise en conformité.

2. Certification des provisions techniques

Au questionnaire qualitatif 'RAC.D.0020' de la **Partie 1** du rapport actuariel, l'actuaire devra certifier que chaque provision technique constituée dans les comptes de l'entreprise d'assurances a été évaluée conformément aux dispositions de la loi du 8 décembre 1994 relative aux comptes annuels et comptes consolidés des entreprises d'assurances et de réassurances de droit luxembourgeois, telle que modifiée.

2.1. Pour la provision pour primes non acquises

Le rapport actuariel doit décrire la ou les méthodes d'évaluation de la provision pour primes non acquises.

En cas de fractionnement (mensuel ou autre) de la prime émise contractuelle, le rapport précisera le traitement comptable des primes émises et des provisions pour primes non-acquises lors des clôtures trimestrielles/annuelles, telles qu'évaluées conformément à la loi modifiée du 8 décembre 1994 sur les comptes annuels. L'actuaire précisera, dans la **Partie 2**, si l'entreprise dispose de la faculté et exerce le droit de résilier les contrats d'assurance en cas de non-paiement d'une fraction de prime suite à la possibilité donnée au client de procéder à un paiement fractionné.

Une définition précise de ce que l'entreprise entend par une prime 'émise' lors des différentes dates de clôtures trimestrielles / annuelles doit être fournie par l'actuaire.

Certaines entités sous surveillance du CAA procèdent à la comptabilisation de primes acquises non émises (« pipelines premiums » en anglais) pour les motifs suivants (liste non limitative) :

- l'émission des primes ne peut se faire qu'au moment de la réception de la déclaration de la part de courtiers ou autres intervenants (le plus souvent, il s'agit d'assurances basées sur le chiffre d'affaires d'une entreprise, pour lesquelles l'assureur ne dispose des informations qu'au cours de l'exercice suivant, ou encore en assurance maritime, où l'assurance est basée sur le nombre de trajets effectivement réalisés par les navires assurés) ;
- les contrats en cause n'ont pas encore pu être émis en raison de retard dans les services d'émission des polices ou dans les traitements informatiques ;
- l'entreprise fait partie d'un arrangement de coassurance sans en être l'apéristeur et l'émission de primes ne pourra se faire qu'en cas de réception des documents contractuels relatifs à l'opération de coassurance.

Au cas où l'entreprise procède à la comptabilisation de primes acquises non émises, l'actuaire doit préciser, au niveau de la **Partie 2**, l'évaluation des primes acquises non émises au bilan suivant la loi modifiée du 8 décembre 1994 sur les comptes annuels d'un côté, et suivant les normes Solvabilité 2 de l'autre.

Au questionnaire qualitatif '**RAC.D.0020**' de la **Partie 1** de son rapport, l'actuaire :

- 2.1.1 indiquera si l'entreprise procède à un fractionnement des primes émises pour tous ou une partie de ses contrats ;
- 2.1.2 indiquera si l'entreprise procède à la comptabilisation de primes acquises non émises (pipeline premiums) pour une partie de ses contrats ;
- 2.1.3 indiquera si le calcul de la provision pour primes non acquises a été fait séparément pour chaque contrat ;
- 2.1.4 indiquera si le calcul de la provision pour primes non acquises a été fait par recours à des méthodes statistiques ;

- 2.1.5 certifiera en cas de recours à des méthodes statistiques pour des branches d'assurances autres que la réassurance, que ces méthodes ont été autorisées au préalable par le Commissariat ;
- 2.1.6 indiquera si le calcul a été fait selon le principe du prorata temporis ;
- 2.1.7 confirmera, quelle que soit la méthode utilisée, que le report des primes réalisé dans le cadre de la provision pour primes non acquises correspond à l'évolution dans le temps du ou des risques considérés ;
- 2.1.8 certifiera que les méthodes d'évaluation telles que décrites dans le rapport actuariel ont été effectivement appliquées pour le calcul de la provision pour primes non acquises.

Dans la **Partie 2** de son rapport actuariel, l'actuaire fournira le cas échéant des précisions supplémentaires sur la ou les méthodes d'évaluation de la provision pour primes non acquises et détaillera plus particulièrement la manière dont les chargements, et notamment ceux d'acquisition et d'encaissement, ont été pris en compte dans le calcul de cette provision.

Au cas où l'évolution du risque dans le temps ne se fait pas selon le principe du prorata temporis, la **Partie 2** décrira en outre la méthode sous-jacente à l'évaluation de la provision pour primes non acquises pour le risque concerné.

2.2. Pour la provision pour risques en cours

La provision pour risques en cours comprend le montant provisionné en sus des primes non acquises pour couvrir les risques à assumer par l'entreprise d'assurances après la fin de l'exercice, de manière à pouvoir faire face à toutes les demandes d'indemnisation et à tous les frais liés aux contrats d'assurance en cours excédant le montant des primes non acquises et des primes exigibles relatives auxdits contrats. La nécessité de constituer une telle provision résulte normalement d'une insuffisance tarifaire.

Au questionnaire qualitatif '**RAC.D.0020**' de la **Partie 1** de son rapport, l'actuaire devra :

- 2.2.1 indiquer si de son avis l'entreprise d'assurances doit ou non constituer une provision pour risques en cours pour une ou plusieurs branches d'assurances ;
- 2.2.2 le cas échéant renseigner au **Tableau RAC.D.0030 de la Partie 1 – évaluation de la provision pour risques en cours**, les montants de provision pour risques en cours qu'il juge nécessaires ;
- 2.2.3 renseigner, dans ce même **Tableau RAC.D.0030**, les montants effectivement constitués dans les comptes de l'entreprise pour chaque branche d'assurances prise individuellement ;
- 2.2.4 préciser si la méthode d'évaluation effectivement retenue par l'entreprise pour constituer la provision pour risques en cours dans ses comptes est différente de celle préconisée par l'actuaire ;
- 2.2.5 préciser si la provision effectivement constituée couvre également ou non l'insuffisance tarifaire pour la période couverte par les renouvellements à venir en cas d'impossibilité juridique ou matérielle de modifier les tarifs.

Dans la **Partie 2**, l'actuaire décrira le cas échéant :

- la méthodologie suivie pour évaluer les montants jugés nécessaires ;
- pour chaque branche d'assurances, la méthode d'évaluation effectivement retenue par l'entreprise pour constituer cette provision dans ses comptes, si elle est différente de celle préconisée par l'actuaire ;
- toute autre mesure prise par l'entreprise et connue de l'actuaire destinée à combler l'insuffisance tarifaire.

2.3. Pour la provision pour sinistres

Le rapport actuariel doit décrire la ou les méthodes d'évaluation de la provision pour sinistres.

A cet effet, l'actuaire produira au questionnaire qualitatif '**RAC.D.0020**' de la **Partie 1** de son rapport les certifications et informations suivantes :

2.3.1 Est-ce que les montants renseignés dans l'état du compte rendu relatif à la ventilation de la provision pour sinistres (tableau CPRD.0210) tel qu'il a été communiqué par l'entreprise au Commissariat sont adéquats au regard des observations et indications à fournir aux points 2.3.2 à 2.3.9 ci-après ?

2.3.1.1 En cas de réponse négative, l'actuaire devra, pour toute indication jugée non appropriée, fournir sa propre évaluation dans le Tableau **RAC.D.0040 de la Partie 1** – *ventilation de la provision pour sinistres*.

2.3.2 Pour ce qui concerne la provision individuelle pour sinistres à constituer pour chaque sinistre déclaré (coût final des prestations y inclus les frais externes de règlement des sinistres mais sans les frais de règlement internes),

2.3.2.1 l'entreprise dispose-t-elle de procédures écrites décrivant la méthodologie et les instructions que les employés de l'entreprise doivent suivre en vue de son évaluation ?

2.3.2.2 de l'avis de l'actuaire, ces procédures sont-elles adéquates afin de permettre une évaluation de la provision pour chaque sinistre à concurrence du montant prévisible du coût total final y inclus les frais externes de règlement des sinistres ?

2.3.2.3 existe-t-il des contrôles que ces procédures sont effectivement appliquées par les employés de l'entreprise d'assurances ?

2.3.2.4 est-ce qu'à la connaissance de l'actuaire ces procédures ont été appliquées ?

2.3.3 Eu égard à l'article 73 point 1 littéra f) qui dispose que « toute déduction ou tout escompte, explicite ou implicite, qu'il résulte de l'évaluation de la provision pour un sinistre à régler à une valeur actuelle inférieure au montant prévisible du règlement qui sera effectué ultérieurement ou qu'il soit effectué autrement, est interdit », l'actuaire certifiera que l'entreprise n'a pas procédé à un escompte ni implicite ni explicite de la provision pour sinistres constituée pour tout sinistre déclaré mais non encore réglé.

2.3.4 Pour les prestations et indemnités à verser à une date future, l'actuaire doit indiquer le ou les taux de revalorisation utilisés par l'entreprise d'assurances en vue de tenir compte des effets futurs des hausses des salaires et des prix ainsi que de tout autre élément conduisant à une hausse des indemnités comme par exemple l'évolution de la jurisprudence.

2.3.5 Il indiquera si de son avis la méthode de détermination et la clé de répartition des frais internes de règlement des sinistres sur les différentes branches d'assurances appliquées par l'entreprise et telles que décrites dans la **Partie 2** sont adéquates.

2.3.6 L'actuaire indiquera si de son avis la méthode de détermination de la provision pour sinistres survenus mais non encore déclarés ou insuffisamment déclarés («IBNR» et «IBNER») appliquée par l'entreprise et telle que décrite dans la **Partie 2** est adéquate.

Dans la **Partie 2** de son rapport, l'actuaire devra ensuite :

- reproduire les indications de l'état du compte rendu relatif à la ventilation de la provision pour sinistres (CPRD.0210) tel qu'il a été communiqué par l'entreprise au Commissariat ;
- analyser les indications de l'état CPRD.0210, et en cas de divergences entre les montants renseignés par l'entreprise et sa propre évaluation, l'actuaire décrira sa méthode et ses hypothèses de calcul ;
- indiquer la méthode de détermination et la clé de répartition des frais internes de règlement des sinistres sur les différentes branches d'assurances ;
- décrire pour chaque branche d'assurances telle que définie à l'annexe I de la loi modifiée du 7 décembre 2015 sur le secteur des assurances la méthode de détermination de la provision pour sinistres survenus mais non encore déclarés ou insuffisamment déclarés («IBNR» et «IBNER») et donner son appréciation sur le choix de la méthode retenue ;
- décrire pour chaque branche d'assurances telle que définie à l'annexe I de la loi modifiée de 2015 sur le secteur des assurances, ainsi que pour la branche 'réassurance acceptée' figurant au compte-rendu, la méthode de traitement des subrogations et sauvetages.

2.3.7 Les **Tableaux RAC.D.0050 de la Partie 1** – *triangles de développement* produiront, pour chacune des branches définies à l'annexe I de la loi précitée et ayant connu au cours des 3 dernières années une moyenne annuelle du nombre de sinistres déclarés supérieure à 500 (à l'exclusion des produits commercialisés dans la branche maladie opérant selon les techniques de l'assurance vie),

- un triangle reprenant la charge sinistres relative à chaque année de survenance telle qu'évaluée à la fin de chaque année de développement (il s'agit d'un triangle cumulatif).

Afin d'éviter des interprétations divergentes constatées par le passé, il est précisé que par charge sinistres, il faut entendre pour chaque couple (année de survenance, année de développement) la somme entre le montant cumulé des paiements survenus pour l'année de survenance et de développement en question (y compris le montant payé en frais externes de gestion des sinistres pour ce même couple), et la valeur de

la provision pour sinistres hors provisions pour sinistres IBNR constatée pour cet exercice de survenance jusqu'à cette année de développement. De cette manière, la valeur sur la dernière diagonale pour chaque année de survenance devrait être différente de la dernière colonne du tableau **RAC.D.0050** pour cette même année de survenance, en vertu de l'inclusion de provisions pour sinistres IBNR dans cette colonne (charge sinistres telle qu'estimée pour l'exercice de survenance en question, à la fin de l'exercice sur lequel porte le rapport actuariel, c'est-à-dire la charge sinistres 'à l'ultime').

- ainsi que pour l'ensemble de l'activité 'toutes branches confondues', un triangle de règlement reprenant les paiements de sinistres et de frais de règlement externes effectués agrégés toutes branches confondues.

Le nombre d'années de survenance et de développement à prendre en compte pour l'établissement de ces triangles doit tenir compte de la nature des risques de la branche considérée mais ne peut en aucun cas être inférieur à 5 ans pour les branches d'assurances 1 à 9 et 16 à 18, et inférieur à 10 ans pour les branches 10 à 15.

Sur base de ces triangles, le rapport actuariel doit déterminer la charge sinistres finale et la provision pour sinistres estimées pour chaque branche visée et pour chaque année de survenance y reprise, et renseigner ces valeurs dans les colonnes prévues à cet effet dans les Tableaux **RAC.D.0050 de la Partie 1**.

Dans la **Partie 2** de son rapport, l'actuaire indiquera la ou les méthodes actuarielles retenues pour la détermination de la charge sinistres finale et la provision pour sinistres. S'il a procédé à un retraitement des données inscrites dans les triangles pour les besoins de l'application de la ou des méthodes sus-décrites (notamment pour éliminer des épiphénomènes risquant de fausser les résultats et conclusions), l'actuaire en fera une description.

Au cas où les critères du premier alinéa seraient satisfaits sans que des statistiques sur cinq ans ou dix ans ne soient disponibles au sein de l'entreprise, l'actuaire devra utiliser d'autres méthodes et/ou données de base pour estimer le coût final des sinistres. Le rapport actuariel fournira dans sa **Partie 2** des indications sur les méthodes et données de base retenues.

2.3.8 Le rapport actuariel comparera dans le **Tableau RAC.D.0060 de la Partie 1 – contrôle actuariel de la provision pour sinistres** la somme :

- du montant de la provision pour sinistres déclarés (y compris les frais de règlement externes, mais à l'exclusion des frais internes de règlement des sinistres) telle que déterminée sur base d'une évaluation individuelle des sinistres déclarés conformément au littéra 2.3.2 ci-dessus, et
- du montant de la provision pour sinistres survenus mais non encore déclarés ou insuffisamment déclarés conformément au littéra 2.3.6

avec le montant du *best estimate non actualisé* 'Solvency 2' calculé par l'entreprise. Le montant du best estimate, à l'actualisation près, doit correspondre au montant indiqué dans les QRTs annuels relatifs à la même date de reporting et de ce fait inclut les frais internes de règlement des sinistres. L'entreprise décrira au niveau de la **Partie 2** si une réallocation des branches reprises à l'annexe 1 du règlement UE 2015/35 tel que modifié

vers les branches de l'annexe 1 de la loi modifiée du 7 décembre 2015 a été opérée pour les besoins du **Tableau RAC.D.0060** et dans l'affirmative, l'actuaire décrira au niveau de la **Partie 2** la méthode de réallocation retenue. Au cas où (et compte tenu d'une éventuelle réallocation comme décrite ci-avant) la valeur du best estimate (*non actualisé*) de la provision pour sinistres brute d'une branche se situerait au-dessus de la valeur telle qu'évaluée conformément à la loi modifiée du 8 décembre 1994 sur les comptes annuels de la provision pour sinistres brute pour la branche en question, l'actuaire fournira des explications à ce sujet au niveau de la **Partie 2**.

Au cas où la valeur des provisions techniques Solvabilité 2 toutes branches et tous types de provisions confondues serait supérieur à la valeur telle qu'évaluée conformément à la loi modifiée du 8 décembre 1994 sur les comptes annuels de l'ensemble des provisions techniques brutes, l'actuaire confirmera dans la **Partie 2** que les états annuels et trimestriels renseignant les actifs de couverture des provisions techniques envoyés au CAA reprennent bien cette valeur supérieure à la ligne R0041 (Provisions techniques brutes à la fin de l'année, respectivement du trimestre) de ces états, conformément à l'article 117 de la loi modifiée de 2015 sur le secteur des assurances. L'actuaire précisera également dans ce cas le retraitement opéré sur les états annuels (respectivement trimestriels) de certains actifs qui sont intégrés dans les provisions techniques Solvabilité 2, comme les frais d'acquisition reportés, les intérêts acquis non échus ou encore la part des réassureurs dans les provisions techniques.

- 2.3.9 Au cas où l'entreprise a obtenu par le Commissariat aux assurances l'autorisation d'évaluer la provision pour sinistres à constituer dans une ou plusieurs branches conformément à l'article 74 de la loi du 8 décembre 1994 sur les comptes annuels et comptes consolidés des entreprises d'assurances, le questionnaire qualitatif '**RAC.D.0020**' de la **Partie 1** du rapport actuariel doit certifier que
- i. les conditions requises au point 1 de cet article autorisant une évaluation forfaitaire de la provision pour sinistres continuent d'être remplies et
 - ii. les dispositions de cet article ont été respectées.

2.4. Autres provisions techniques

- 2.4.1 *La provision pour vieillissement pour les assurances maladie opérant selon les techniques de l'assurance vie*

Au questionnaire qualitatif '**RAC.D.0020**' de la **Partie 1** de son rapport, l'actuaire doit :

- 2.4.1.1 certifier que les bases techniques de l'ensemble des produits commercialisés par l'entreprise dans la branche maladie et fonctionnant selon les techniques de l'assurance vie ont été communiquées au Commissariat aux assurances ;
- 2.4.1.2 certifier que la détermination des provisions pour vieillissement a été effectuée conformément aux bases communiquées ;
- 2.4.1.3 indiquer si de son avis toutes les provisions additionnelles qu'il juge nécessaires ont été constituées ;
- 2.4.1.4 indiquer si à son avis les montants des provisions additionnelles constituées sont suffisants.

La **Partie 2** du rapport actuariel devra indiquer par catégorie de produits commercialisés dans la branche maladie opérant selon les techniques de l'assurance vie, le montant de la provision pour vieillissement constituée.

2.4.2 *Autres provisions techniques*

Au questionnaire qualitatif '**RAC.D.0020**' de la **Partie 1** de son rapport, l'actuaire doit :

2.4.2.1 indiquer si l'entreprise a constitué d'autres provisions techniques en sus des provisions mentionnées plus haut ;

2.4.2.2 le cas échéant, renseigner leur montant par branche d'assurances dans le **Tableau RAC.D.0070 de la Partie 1 – autres provisions techniques**.

La **Partie 2**, indiquera le cas échéant les raisons prudentielles ayant motivé leur constitution et décrira la méthode retenue pour leur évaluation.

2.5. Provisions 'best estimate' sous Solvabilité 2

Pour chaque type de provision figurant au passif du bilan telle qu'évalué conformément à la loi modifiée du 8 décembre 1994 sur les comptes annuels (provision pour primes non acquises, provision pour sinistres, provision pour vieillissement etc.), la **Partie 2** du rapport actuariel précisera de manière sommaire le retraitement qui a été opéré pour les besoins du référentiel Solvabilité 2 de cette provision et fournira une réconciliation entre leur valeur telle qu'évaluée conformément à la loi modifiée du 8 décembre 1994 sur les comptes annuels et l'évaluation sous Solvabilité 2. L'actuaire doit également décrire l'évaluation de provisions qui n'existent que sous le référentiel Solvabilité 2. Comme le rapport actuariel est considéré comme un document qui doit permettre au lecteur d'avoir rapidement une vue d'ensemble sur le sujet des provisions techniques entre autres, un simple renvoi au dernier SFCR, RSR ou ORSA n'est pas permis sous le présent chapitre.

De façon pratique, cela signifie que pour chaque provision brute de réassurance figurant au passif du bilan, il s'agira de présenter un schéma de type « walkthrough/waterfall » illustrant les principaux facteurs (par exemple : actualisation, marge de prudence, frontière des contrats, frais de règlement externes...) expliquant le passage des provisions techniques d'un référentiel à un autre. De ce fait, un schéma spécifique doit être produit séparément pour le best estimate de sinistre et le best estimate de primes.

Veuillez intégrer une appréciation qualitative sur les hypothèses retenues pour l'estimation de la marge de prudence imputée aux provisions statutaires.

L'actuaire précisera également si des approximations ont été utilisées pour passer du best estimate brut au best estimate net et dans l'affirmative, une description des approximations doit être fournie dans la **Partie 2**.

3. Description et analyse du programme de réassurances

Au questionnaire qualitatif '**RAC.D.0020**' de la **Partie 1** de son rapport, il devra être précisé :

3.1 si la politique de réassurance a subi des modifications par rapport à l'exercice précédent à celui auquel se rapporte le rapport actuariel ;

- 3.2 si les arrangements de réassurances ont connu ou sont appelés à connaître des changements au cours de l'exercice subséquent à celui auquel se rapporte le rapport actuariel ;
- 3.3 quel est l'organe ou quels sont les organes de l'entreprise chargé(s) de définir les grandes orientations de la politique de réassurance ;
- 3.4 quel est l'organe ou quels sont les organes de l'entreprise chargé(s) de mettre en œuvre les choix stratégiques définis ;
- 3.5 si la politique de réassurance est adéquate au regard de la situation générale de l'entreprise d'assurances, des risques assurés et compte tenu des exclusions de garanties éventuelles et de l'existence de sous-limites dans les traités de réassurance.

La **Partie 2** du rapport actuariel devra fournir une description de la politique de réassurance de l'entreprise d'assurances au cours de l'exercice sous revue en distinguant entre traités obligatoires et traités facultatifs.

- Pour les traités *obligatoires*, le rapport fournira pour chaque traité les renseignements suivants :
 - nom du ou des réassureurs
 - rating du ou des réassureurs
 - type de traité (QS, XL, SL, traité de financement, etc.)
 - branches ou risques couverts ou objet du traité
 - priorité éventuelle (franchise avant prise en charge)
 - engagement maximal pris en charge par le réassureur par sinistre et/ou par an
 - garanties financières prévues (dépôts, nantissements, etc.)
 - le fait que le traité a subi des modifications au cours de l'exercice sous revue ou est appelé à connaître des modifications au cours de l'exercice subséquent à celui auquel se rapporte le rapport actuariel
 - le fait que l'entreprise est reprise comme partie à un traité global mis en place au niveau du groupe auquel elle appartient et dans l'affirmative, une description du mécanisme mis en place au niveau du groupe pour suivre l'épuisement des limites éventuelles existant au niveau de ces traités groupe à travers toutes les entités du groupe couvertes par le traité.
- Pour les couvertures *facultatives*, le rapport pourra se limiter à la description de la politique générale de l'entreprise à cet égard.
- Les mêmes indications que celles ci-dessus devront ensuite être données pour les *nouveaux* traités mis en place pour l'exercice subséquent.

Comme le rapport actuariel est considéré comme un document qui doit permettre au lecteur d'avoir rapidement une vue d'ensemble sur le sujet des provisions techniques entre autres, un simple renvoi aux QRT annuels S.30 n'est pas permis sous le présent chapitre.

4. Stress tests relatifs à une dégradation de la sinistralité

En vue d'analyser la solidité financière de l'entreprise d'assurances, le rapport actuariel doit fournir les résultats d'un certain nombre de stress tests visant à simuler la sensibilité du résultat technique de l'entreprise à une dégradation de la sinistralité et la robustesse de son programme de réassurance.

4.1 Le compte de profits et pertes de référence

Pour l'établissement du compte de profits et pertes de référence en brut de réassurance (**Tableau RAC.D.0080 de la Partie 1**), sont à prendre en compte :

- au cas où le programme de souscription ne connaît pas de modifications majeures, les chiffres tels que publiés dans les comptes annuels de l'exercice sur lequel porte le rapport actuariel ;
- en cas de changement important du programme de souscription depuis le dernier exercice clôturé, les montants tels qu'arrêtés par l'entreprise dans ses projections financières pour l'exercice courant en application du nouveau plan d'activité.

Dans ce dernier cas, l'actuaire indiquera dans la **Partie 2** du rapport actuariel quelles hypothèses ont été retenues pour l'évaluation des postes renseignés dans le Tableau RAC.D.0080 du compte de pertes et profits de référence.

Afin de dégager ensuite l'effet de la couverture en réassurance sur les montants bruts, les différents postes du compte de réassurance cédée sont déterminés compte tenu du nouveau programme de réassurance en place à partir du début de l'exercice courant.

4.2 Les résultats après stress test

Les résultats après stress test, à mettre en évidence dans les **Tableaux RAC.D.0090 de la Partie 1**, sont obtenus en soumettant le compte de profits et pertes de référence aux scénarii définis ci-après.

Il est à noter que la sinistralité catastrophique des points 4.2.1. à 4.2.3. ainsi simulée est à considérer en sus de la sinistralité constatée ou estimée dans le compte de profits et pertes de référence.

Pour tous les scénarii à tester, la variation du solde de réassurance cédée est à ventiler entre variation du solde de réassurance intragroupe et variation du solde de réassurance avec des entreprises cessionnaires extérieures au groupe dont l'entreprise d'assurances fait partie.

L'actuaire évaluera l'impact sur l'ensemble des lignes d'activités touchées des stress tests suivants et commentera au niveau de la **Partie 2** le résultat de cet impact.

En vertu de l'hétérogénéité des acteurs sous surveillance du CAA, deux catégories d'entreprises sont définies pour les besoins des stress tests :

- les acteurs affichant au CPR.D.0150 plus de 80% des primes émises brutes pour des risques situés au Luxembourg (catégorie 1) ;
- les autres acteurs affichant au CPR.D.0150 plus de 20% des primes émises brutes pour des risques situés en dehors du territoire luxembourgeois (catégorie 2).

4.2.1 Scénarios pour les entreprises de la catégorie 1

Les entreprises de la catégorie 1 doivent simuler 3 scénarios :

- le scénario tempête calibré sur une période de retour de 20 ans qui, en net de réassurance, aura le plus grand impact sur le compte de profits et pertes de référence.
- le scénario inondation limité aux risques situés au Luxembourg qui engendrera la perte nette maximale selon la définition des scénarios A et B de l'article 123 du règlement délégué modifié 2015/35 en appliquant le facteur de marché de la Belgique (figurant à l'annexe VII du même règlement).
- le scénario qui aura le plus grand impact sur le compte de profits et pertes, en net de réassurance, parmi les 2 scénarios suivants :
 - o le scénario 'cyber' défini ci-dessous pour les entreprises de la catégorie 2 ;
 - o un scénario du type 'catastrophe due à l'homme' au choix calibré sur une période de retour de 20 ans.

Dans le cas où l'entreprise n'est touchée par aucun des scénarios ci-dessus (notamment les entreprises opérant dans les branches 1 et 2 de l'annexe I de la loi modifiée du 7 décembre 2015), l'entreprise modélisera un scénario pertinent au choix calibré sur une période de retour de 20 ans (exemple : pandémie...).

L'actuaire doit décrire dans la **Partie 2** les scénarios retenus et chiffrer l'impact de ces scénarios sur les différentes branches de l'annexe I de la loi modifiée du 7 décembre 2015 sur le secteur des assurances. Si des scénarios similaires sont inclus dans l'ORSA, l'actuaire peut préciser en quoi ceux-ci se distinguent des scénarios décrits ci-dessus.

4.2.2 Scénarios pour les entreprises de la catégorie 2

Les entreprises de la catégorie 2 doivent simuler 2 scénarios :

- un scénario du type 'catastrophe naturelle' au choix calibré sur une période de retour de 20 ans qui, en net de réassurance, aura le plus grand impact sur le compte de profits et pertes de référence.
- le scénario du type 'cyber' qui, en net de réassurance, aura le plus grand impact sur le compte de profits et pertes de référence. Les hypothèses de calcul de ce scénario sont les suivantes :

L'attaque touche simultanément les 10 preneurs d'assurances les plus importants en termes d'exposition¹ au risque cyber (au choix une attaque unique sur ces 10 preneurs ou 10 événements distincts). L'évaluation du scénario doit incorporer au niveau du preneur d'assurances la menace de perte de certaines des données de ses clients ainsi qu'un délai de 24h pendant lequel les systèmes d'exploitation sont en partie rendus non-opérationnels. L'impact calculé doit être considéré sur toutes les lignes d'activité touchées et comprend aussi bien les pertes directes (coûts de réparation, gestion de crise, coût des procédures judiciaires, business interruption, pertes « third party liability », « class actions », etc) qu'indirectes (D&O, E&O, « general liability », etc).

Si l'entreprise estime qu'un autre scénario cyber que celui expliqué ci-dessus est plus pertinent au vu de son exposition, elle peut remplir ce scénario alternatif dans la Partie 1 et le décrire et le justifier dans la Partie 2.

¹ Exposition à interpréter comme hauteur des couvertures assurées

- si l'entreprise n'est pas touchée par le scénario cyber défini au point précédent, un scénario du type 'catastrophe due à l'homme' ou autre (exemple : pandémie...) calibré sur une période de retour de 20 ans qui, en net de réassurance, aura le plus grand impact sur le compte de profits et pertes de référence.

L'actuaire doit décrire dans la **Partie 2** les scénarios retenus et chiffrer l'impact de ces scénarios sur les différentes branches de l'annexe I de la loi modifiée du 7 décembre 2015 sur le secteur des assurances.

4.2.3. *Augmentation de la fréquence*

Pour les trois branches ayant connu au cours de l'exercice social sur lequel porte le rapport actuariel le volume de primes acquises hors fronting le plus important, le rapport actuariel produira l'incidence sur le compte de pertes et profits avant stress test d'une augmentation de la fréquence de sinistralité d'une fois l'écart-type constaté sur cette fréquence au cours des dix dernières années ou depuis le début de l'activité pour les entreprises ayant moins de dix ans d'ancienneté. Les calculs devront se faire compte non tenu des activités de fronting.

L'actuaire fournira des informations complémentaires aux **Tableaux RAC.D.0090 de la Partie 1** – *stress tests relatifs à la dégradation de la sinistralité* du rapport actuariel, en partant d'un compte de profits et de pertes de référence avant stress test et en mesurant l'effet de chaque scénario de stress sur les postes de ce compte de profits et pertes de référence.

Pour l'ensemble des tests du présent point, la **Partie 2** du rapport fournira des descriptions supplémentaires sur les hypothèses et les scénarii simulés et indiquera les conclusions et les recommandations de l'actuaire pour assurer la solidité financière de l'entreprise d'assurances.

5. **Autres stress tests**

Pour l'ensemble des tests du présent point, le rapport inclura dans sa **Partie 2** les conclusions et les recommandations de l'actuaire pour assurer la solidité financière de l'entreprise d'assurances.

5.1 **Analyse du risque de marché**

Le rapport actuariel comprendra un stress test simulant l'impact sur le résultat d'un choc équivalent à l'évaluation du module du risque de marché issu de la formule standard. Ce choc est la résultante de l'impact diversifié d'un choc sur la courbe des taux, un choc sur la valeur des actions, un choc sur les immeubles, un choc sur les spreads, un choc sur la concentration d'actifs et un choc sur devises. Les résultats de l'évaluation de ce scénario sont à renseigner au **tableau RAC.D.0100 de la Partie 1**. Ce choc est à appliquer sur la valeur comptable des actifs en portefeuille concernés afin de déterminer l'impact sur le compte de résultat via la correction de valeur engendrée par les moins-values équivalentes. Cela signifie que la dévaluation des actifs à appliquer doit être alignée dans un premier temps aux valeurs de marché renseignées dans le reporting QRT annuel et prendre ensuite en compte les effets indirects effectifs sur le référentiel comptable local dont notamment un possible amortissement de la dévaluation par les plus-values latentes disponibles.

Dans la **Partie 2** de son rapport, l'actuaire analysera l'influence du scénario précité sur l'évaluation des passifs de l'entreprise, ainsi que l'impact sur le niveau de couverture des actifs représentatifs des provisions techniques suite à ce choc de marché.

Au cas où d'autres stress tests sur les actifs sont effectués, la **Partie 2** du rapport actuariel indiquera aussi sommairement la nature, les hypothèses et les résultats de ces tests sur les actifs et les passifs de l'entreprise ainsi que sur sa solvabilité.

5.2 Analyse du risque de crédit

Dans les **Tableaux RAC.D.0110 de la Partie 1 – stress test sur les actifs : analyse du risque de crédit** du rapport actuariel, l'actuaire simulera l'effet sur le compte de pertes et profits résultant :

- 5.2.1 de la faillite du réassureur autre que captif, et autre qu'un réassureur qui est en même temps un actionnaire direct ou indirect de l'entreprise, dont la part dans les provisions techniques en brut de réassurance est la plus importante déduction faite des dépôts effectués par ce réassureur ;
- 5.2.2 de la faillite de l'intermédiaire ou du réseau d'intermédiaires envers lequel les créances sont les plus importantes ;
- 5.2.3 de la cessation des relations commerciales avec l'intermédiaire ou le réseau d'intermédiaires apportant le volume de primes le plus important.

Dans les cas de faillite, une perte de 100% des créances non garanties par une sûreté est présumée.

5.3. Analyse du hors bilan

Dans la **Partie 2** du rapport actuariel, l'actuaire analysera les risques résultant d'éléments hors bilan, que ces éléments soient ou non en relation avec des engagements d'assurance.

6. Les tarifs

L'article 76 de la loi modifiée du 7 décembre 2015 sur le secteur des assurances dispose que :

« Les primes pour les affaires nouvelles doivent être suffisantes, selon des hypothèses raisonnables, pour permettre à l'entreprise d'assurances de satisfaire à l'ensemble de ses obligations, et notamment de constituer les provisions techniques adéquates conformément au chapitre 6, section 3.

A cet effet, il peut être tenu compte de tous les aspects de la situation financière de l'entreprise d'assurances sans que l'apport de ressources étrangères à ces primes et à leurs produits ait un caractère systématique et permanent qui pourrait mettre en cause à terme la solvabilité de cette entreprise. »

Les **Tableaux RAC.D.0120 de la Partie 1** – *ratios combinés* comprendront les statistiques suivantes :

- les ratios combinés observés (en brut de réassurance) pour les 3 dernières années de souscription ou de survenance pour chaque produit répondant aux trois critères suivants ;
- les ratios combinés projetés à l'ultime (en brut de réassurance) pour les 3 dernières années de souscription ou de survenance pour chaque produit répondant aux trois critères suivants :
 1. Les produits représentant ou destinés à représenter un volume de primes d'au moins 10% de l'encaissement global ;
 2. autres que les produits d'assurances de la branche maladie et fonctionnant selon les techniques de l'assurance vie ;
 3. à l'exclusion des opérations d'assurances qui font l'objet d'une réassurance auprès d'une ou de plusieurs captives d'assurances ou de réassurances (activité dite 'fronting').

Ces tableaux seront déclinés selon les deux formats suivants :

1. selon les branches d'assurance définies à l'annexe I de la Loi modifiée du 7 décembre 2015 sur le secteur des assurances ;
2. et selon les catégories internes arrêtées par l'entreprise.

Au questionnaire qualitatif '**RAC.D.0020**' de la **Partie 1** du rapport actuariel, l'actuaire doit indiquer si l'entreprise a effectué pour chaque nouveau produit répondant aux critères susvisés et commercialisé pour la première fois au cours de l'exercice sur lequel porte le rapport actuariel un test de rentabilité avant sa commercialisation.

Dans la **Partie 2**, l'actuaire :

- indiquera plus particulièrement les produits pour lesquels un tel test de rentabilité n'a pas été effectué et établira un jugement actuariel sur la nécessité d'effectuer ou non pour ces produits un tel test ;
- produira pour tout produit qui a connu au cours de deux des trois dernières années dans l'un des deux tableaux précités un ratio combiné en brut de réassurance supérieur à 100%, un test de rentabilité analysant la rentabilité à long terme du produit en question ;
- énoncera ses conclusions et ses recommandations et fournira des indications sur les suites à y donner.

7. Dispositions finales

La présente lettre circulaire remplace les dispositions de la lettre circulaire 12/4 du Commissariat aux assurances relative au rapport actuariel annuel des entreprises luxembourgeoises d'assurances autres que sur la vie et s'applique pour la première fois aux comptes de l'exercice 2022.

Le Comité de Direction