



L'ARSF est en train
de revoir toutes
les directives de
réglementation de la CSFO,
y compris, mais sans
s'y limiter, les formulaires,
les lignes directrices
et les FAQ.

Les directives de
réglementation existantes
resteront en vigueur
jusqu'à ce que l'ARSF
en publie
de nouvelles.

Suivez la CSFO dans les médias
sociaux



À propos de l'assurance-
automobile >

Mesures d'application >

Formulaires >

Liste des représentants
autorisés >

Vous êtes ici: [Accueil](#) > [Assurance-automobile](#) > [Lignes directrices pour le dépôt s'appliquant aux compagnies d'assurance-automobile](#) > Lignes directrices pour le dépôt des demandes de taux visant les véhicules autres que les voitures de tourisme (formule intégrale)  [IMPRIMER](#)

Lignes directrices pour le dépôt des demandes de taux visant les véhicules autres que les voitures de tourisme (formule intégrale)

A. Renseignements généraux

Loi et réglementations régissant les taux et les systèmes de classement des risques

Les articles 410 à 417 de la Loi sur les assurances (la Loi), L.R.O. 1990, chap. I.8, dans sa version modifiée, énoncent certaines exigences relatives aux taux et aux systèmes de classement des risques en assurance-automobile. La Loi de 2003 sur la stabilisation des taux d'assurance automobile (LSTAA), en sa version modifiée, s'applique aux assureurs et aux contrats d'assurance-automobile en ce qui concerne la catégorie d'assurance-automobile Véhicules personnels — Voitures de tourisme. Comme l'énonce le Règlement 664, les articles 410 à 417 de la Loi s'appliquent aux contrats et aux avenants d'assurance-automobile en vertu de la Police d'assurance-automobile de l'Ontario (FPO 1) ou de la Police du conducteur de l'Ontario (FPO 2), mais ne s'appliquent pas aux contrats d'assurance des « parcs automobiles ». (Veuillez consulter le Règlement 664 pour obtenir une définition d'un parc automobile.)

Aux fins des présentes Lignes directrices pour le dépôt et des Notes techniques y afférentes, les termes « CSFO » et « surintendant » sont utilisés indifféremment pour désigner le « surintendant des services financiers ».

Le Règlement 7/00, Actes ou pratiques malhonnêtes ou mensongers, précise les facteurs interdits dans l'établissement des taux pour l'assurance-automobile. Le Règlement 664 décrit plus en détail les critères interdits dans l'établissement des taux pour l'assurance-automobile en Ontario. Conformément à l'article 16 du Règlement 664, les assureurs sont assujettis à l'interdiction d'utiliser les éléments suivants dans un système de classement des risques pour classer les risques dans le cadre d'une couverture ou catégorie d'assurance-automobile :

1. Les réclamations antérieures découlant d'accidents d'automobile survenus à compter du 1er septembre 2010 dans lesquelles les personnes assurées assument 25 % ou moins de la responsabilité.
2. L'existence ou la non-existence de régimes médicaux, chirurgicaux, dentaires ou d'hospitalisation ou de tout autre arrangement ou régime procurant une couverture à une personne qui serait une personne assurée aux termes d'un contrat de services et de traitements que l'assureur devrait

Publications et ressources >

Informations relatives >

Archives >

Carrières >

Explorez la CSFO

Contactez la CSFO >

 **Avis d'interruption du service en ligne**

Prière de consulter notre [calendrier des interruptions](#) prévues du service pour de plus amples détails.

autrement payer en vertu de l'annexe sur les indemnités d'accident légales.

3. L'existence ou la non-existence d'un régime de prestations de maintien du revenu, d'un régime de congés de maladie ou de tout autre arrangement ou régime procurant une couverture à une personne qui serait une personne assurée aux termes d'un contrat de services et de traitements que l'assureur devrait autrement payer en vertu de l'annexe sur les indemnités d'accident légales.
4. Une interruption de garantie dans le cadre de l'assurance-automobile, à moins que
 - a. la personne assurée ait contrevenu à l'article 2 de la Loi sur l'assurance-automobile obligatoire au cours de la période d'interruption de la garantie;
 - b. l'interruption de garantie découle directement ou indirectement de :
 - i. la résiliation d'une police d'assurance-automobile parce que la personne assurée a omis de payer les primes exigibles aux termes de cette police;
 - ii. la suspension du permis de conduire de la personne assurée à la suite d'une condamnation pour une infraction relative à la conduite d'une automobile;
 - iii. un accident ou une condamnation pour une infraction relative à la conduite d'une automobile, si la personne assurée a omis d'informer l'assureur de l'accident ou de la condamnation et que cet accident ou cette condamnation aurait entraîné des primes plus élevées pour la personne assurée.

Le Règlement 664 indique de plus que, sauf comme le permet le paragraphe 16 (5), aucun élément d'un système de classement des risques ne devrait utiliser l'un ou l'autre des facteurs suivants :

1. Le niveau de revenu d'une personne qui serait une personne assurée aux termes du contrat.
2. Les antécédents professionnels d'une personne qui serait une personne assurée aux termes du contrat.
3. L'occupation, la profession ou la situation d'emploi d'une personne qui serait une personne assurée aux termes du contrat, à moins que le contrat soit établi pour un véhicule utilitaire ou un véhicule public ou un véhicule utilisé aux fins de l'exploitation d'une entreprise ou de l'exercice d'un métier ou d'une profession.
4. Le fait qu'une personne qui serait une personne assurée aux termes du contrat possède une carte de crédit.
5. Le dossier de crédit d'une personne qui serait une personne assurée aux termes du contrat.
6. La cote de solvabilité d'une personne qui serait une personne assurée aux termes du contrat.
7. Le fait qu'une personne qui serait une personne assurée aux termes du contrat est en faillite ou a déjà fait faillite.
8. L'historique de résidence d'une personne qui serait une personne assurée aux termes du contrat.
9. Le fait qu'une personne qui serait une personne assurée aux termes du contrat possède une maison.
10. La valeur brute ou nette d'une personne qui serait une personne assurée aux termes du contrat.

11. L'endettement d'une personne qui serait une personne assurée aux termes du contrat.
12. Le fait qu'une personne qui serait une personne assurée aux termes du contrat a payé les primes qui étaient en souffrance ou refusées au titre d'un contrat d'assurance-automobile qui n'a pas été résilié en raison de paiements en souffrance ou refusés.
13. Un accident mineur survenu le 1er juin 2016 ou ultérieurement.

Il serait nécessaire de consulter les Règlements 7/00 et 664 au moment de préparer des dépôts de taux pour les voitures de tourisme afin d'assurer la conformité aux Règlements.

Processus d'approbation et d'autorisation

- Les modifications proposées aux taux et aux systèmes de classement des risques pour l'assurance visant les voitures de tourisme sont assujetties :
- soit aux lignes directrices de dépôt selon la **formule abrégée** (consulter les **Lignes directrices pour le dépôt des demandes de taux visant les voitures de tourisme – formule abrégée**) lorsque les modifications déposées respectent les critères établis par le surintendant (consulter l'annexe 1 des Notes techniques);
- soit aux directives de dépôt simplifiées CLEAR pour les modifications déposées visant les groupes tarifaires de véhicules; consulter les **Lignes directrices pour le dépôt des demandes de taux visant les voitures de tourisme – simplifiées CLEAR**;
- soit aux exigences de dépôt selon la **formule intégrale** (consulter les Lignes directrices pour le dépôt des demandes de taux visant les voitures de tourisme – formule intégrale).

Les modifications proposées aux taux et aux systèmes de classement des risques pour l'assurance-automobile visant les véhicules autres que les voitures de tourisme sont assujetties :

- soit aux exigences de dépôt selon la **formule intégrale** (consulter les **Lignes directrices pour le dépôt des demandes de taux visant les véhicules autres que les voitures de tourisme - formule intégrale**) lorsqu'il s'agit du premier dépôt de l'assureur dans cette catégorie, que l'assureur respecte les critères établis par le surintendant (consulter l'annexe 3 des Notes techniques) ou que la CSFO le juge approprié dans les circonstances;
- soit aux exigences de dépôt selon la **formule abrégée** (consulter les **Lignes directrices pour le dépôt des demandes de taux visant les véhicules autres que les voitures de tourisme - formule abrégée**) dans tous les autres cas.

Exigences de dépôt

La loi précise que la demande d'approbation de taux et de système de classement des risques doit se faire de la manière approuvée par le surintendant et être accompagnée des renseignements, des documents et des pièces justificatives qu'il aura précisés. Les Notes techniques font partie intégrante des lignes

directrices pour le dépôt de taux et doivent être prises en compte lors de l'examen des lignes directrices, s'il y a lieu. En général, les **Lignes directrices pour le dépôt des demandes de taux pour les véhicules autres que les voitures de tourisme (formule abrégée)** doivent être utilisées pour le dépôt des taux et des systèmes de classement des risques qui ne sont pas admissibles au dépôt conformément à toute autre ligne directrice pour le dépôt. Si la CSFO juge que cela est nécessaire, on pourra demander à un assureur de déposer l'ensemble des indications et de la documentation actuarielle en conformité avec les présentes lignes directrices. Tout assureur qui dépose des taux pour la première fois dans une catégorie autre que celles des voitures de tourisme devra lui aussi se conformer à ces lignes directrices.

Les Lignes directrices pour le dépôt des demandes de taux visant les véhicules autres que les voitures de tourisme (formule intégrale) ont pour objet de communiquer aux assureurs les exigences de la CSFO concernant les dépôts d'assurance-automobile aux fins d'approbation préalable qui ne sont pas admissibles au processus de dépôt selon la formule abrégée et de proposer une démarche systématique par laquelle les assureurs peuvent fournir cette information et ainsi faciliter le processus de préparation et d'examen des documents déposés.

Il y a des lignes directrices distinctes pour les modifications de taux d'assurance-automobile et de systèmes de classement de risques pour les voitures de tourisme (voir les **Lignes directrices pour le dépôt des demandes de taux visant les voitures de tourisme - (formule intégrale)**). Si la structure tarifaire d'une catégorie d'assurance-automobile devant être déposée conformément aux lignes directrices visant les véhicules autres que les voitures de tourisme dépend des taux applicables aux voitures de tourisme, les renseignements relatifs à la catégorie dépendante peuvent être joints au dépôt de l'assurance-automobile sur les voitures de tourisme (consulter la partie 8 des **Lignes directrices pour le dépôt des demandes de taux visant les voitures de tourisme**).

Le dépôt de modifications aux taux des avenants (autres que la FMPO 44R) et de modifications de taux fait également l'objet de lignes directrices distinctes. Voir les **Lignes directrices pour le dépôt des avenants**.

Assureurs affiliés

Un assureur est considéré comme étant affilié à un autre assureur si l'un d'eux est une filiale de l'autre, si les deux sont des filiales de la même personne morale ou si chacun d'eux est contrôlé par la même personne [par. 414 (3)].

Le surintendant peut exiger que les assureurs affiliés qui souscrivent une assurance-automobile déposent simultanément des demandes d'approbation des taux et des systèmes de classement des risques [par. 414 (1)]. Au moment de prendre une décision sur la demande d'un assureur, le surintendant peut examiner les systèmes de classement des risques et les taux de ses sociétés affiliées [par. 414 (2)]. L'objet de ces dispositions est que le surintendant pourrait examiner le tableau récapitulatif des assureurs affiliés pour déterminer si le système de classement des risques et les taux respectent les critères réglementaires.

Tous les critères utilisés pour déterminer si une personne bénéficie d'une garantie d'un assureur affilié et (ou) s'ils nuisent aux taux imposés à une personne doivent être déposés aux fins d'approbation auprès du surintendant. Tout processus ou tout critère utilisé pour la segmentation des activités entre les sociétés affiliées doit être conforme à la loi et aux règlements pris en application de cette dernière. La CSFO examinera les répercussions nettes sur le consommateur qui demande une assurance au groupe

affilié au moment d'appliquer les normes prévues par la loi.

Le paragraphe 2 (1) du Règlement de l'Ontario 7/00 définit le paragraphe suivant comme un acte ou pratique malhonnête ou mensonger :

8. Relativement à une demande de devis d'assurance-automobile ou d'une proposition d'assurance-automobile présentée à un assureur du même groupe, ou à une offre de renouvellement d'un contrat d'assurance-automobile en vigueur présentée par un assureur du même groupe, le fait de ne pas accorder le taux le plus bas offert par l'assureur ou n'importe lequel des assureurs appartenant au même groupe, conformément :

- i. d'une part, à leurs motifs de refus,
- ii. d'autre part, à leurs taux et systèmes de classement des risques ou à la Loi de 2003 sur la stabilisation des taux d'assurance-automobile.

Éléments obligatoires relatifs aux taux et aux systèmes de classement des risques

Pour que leur demande soit approuvée, les assureurs doivent déposer les taux et les systèmes de classement des risques relatifs aux éléments suivants :

- les indemnités d'accident optionnelles définies dans l'annexe sur les indemnités d'accident légales. Les assureurs doivent offrir et déposer les taux et les systèmes de classement des risques pour **toutes les catégories d'assurance-automobile** à l'égard des « indemnités d'accident optionnelles » comme suit :
 - indemnité combinée pour frais médicaux et de réadaptation et soins auxiliaires de 130 000 \$;
 - indemnité combinée pour frais médicaux de réadaptation et soins auxiliaires d'un million de dollars pour blessures non invalidantes;
 - indemnité d'un million de dollars supplémentaire pour blessures invalidantes;
 - indemnité de soignant pouvant atteindre jusqu'à 250 \$ par semaine pour la première personne à charge, plus jusqu'à 50 \$ par semaine pour chaque personne à charge supplémentaire pour des blessures non invalidantes; et indemnités pour travaux ménagers et entretien du domicile pouvant atteindre 100 \$ par semaine pour des blessures non invalidantes;
 - indemnité de personne à charge pouvant atteindre jusqu'à 75 \$ par semaine pour la première personne à charge, plus jusqu'à 25 \$ par semaine pour toute personne à charge supplémentaire, jusqu'à concurrence de 150 \$ par semaine;
 - indemnité de remplacement de revenu majorée;
 - prestation de décès et indemnité pour frais funéraires majorées;

indemnité d'indexation;

- Garantie additionnelle pour compenser les franchises délictuelles (FMPO 48)
- Une franchise de 500 \$ pour la garantie risques multiples et une franchise de 500 \$ pour la garantie d'indemnisation directe en cas de dommages matériels (ID-DM) et la garantie collision ou versement. Ces franchises doivent s'appliquer à **toutes les catégories d'assurance-automobile**, même si l'assuré peut choisir des franchises plus élevées ou moins élevées.

Format de dépôt

Sous réserve des lignes directrices énoncées à la partie C, le dépôt doit contenir les parties ci-dessous, dans l'ordre.

1. Table des matières
2. Sommaire des renseignements (annexe A) – voir SACRTTC
- 3.a. Certificat du membre de la direction/de la personne désignée (annexe B1)
- 3.b. Certificat de l'actuaire (annexe B2)
4. Renseignements actuariels
5. Modification des rabais et des majorations
6. Modification des règles de tarification
7. Taux définitifs/modifications de taux
8. Catégories dépendantes (le cas échéant)
9. Pages du manuel sur l'assurance-automobile
10. Exemples d'établissement des taux (annexe C) – voir SACRTTC
11. Modifications des frais (annexe D) – voir SACRTTC
12. Indemnités d'accident optionnelles et modifications de la franchise délictuelle (annexe E) – voir SACRTTC

Processus d'autorisation

Les dépôts doivent être envoyés au moyen de notre système de dépôt en ligne appelé Système automatisé de communication de renseignements techniques sur les taux et les classifications (SACRTTC). Si vous avez besoin d'un mot de passe, la « personne-ressource principale du SACRTTC » au sein de votre société peut s'occuper de vous donner accès.

À la réception d'un dépôt, la CSFO fera parvenir à chaque assureur un accusé de réception. L'intégralité du dépôt sera alors vérifiée en fonction de présentes lignes directrices et l'assureur sera informé de tout renseignement nécessaire pour compléter le dossier. Les délais prévus par la loi qui régissent l'approbation des dépôts ne courent pas tant que le dépôt n'est pas complet.

Une fois le dépôt complet, la CSFO en vérifiera les éléments techniques. La CSFO peut demander des renseignements supplémentaires à l'assureur.

Une fois que l'assureur a reçu l'avis d'autorisation de son dépôt de la CSFO, déposer une copie électronique (sur cédérom) de son manuel complet de l'assurance-automobile contenant le système de classement des risques modifié, y compris les modifications aux règles de tarification le cas échéant,

après de la CSFO dans les 30 jours, selon les **Lignes directrices pour le dépôt des manuels de tarification de l'assurance-automobile**.

L'assureur peut être assujéti à une mesure réglementaire imposée par la CSFO s'il omet de fournir les renseignements exigés dans ce délai.

Remarque

La CSFO peut recevoir des demandes d'accès à tout dossier dont elle a la garde ou le contrôle en vertu de la Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée (la LAIPVP). L'article 17 de la LAIPVP reconnaît que certains types de renseignements fournis à titre confidentiel par des tiers doivent être à l'abri de toute divulgation en cas de demande d'accès, si cette divulgation peut entraîner l'un des préjudices énoncés dans cet article. Ces types de renseignements peuvent comprendre des algorithmes, des taux de base, des écarts et tout renseignement compris dans les parties 4 à 7 des exigences de dépôt.

Si vous croyez que l'article 17 de la LAIPVP pourrait s'appliquer à une demande d'accès à votre dépôt de taux, veuillez estampiller toutes les pages confidentielles du dépôt ou en donner la liste et donner les raisons de cette confidentialité. Bien que cette précaution ne protège pas les dossiers contre toute divulgation, elle sera utile pour aider la CSFO à répondre à une demande d'accès.

B. Définitions

Assureurs affiliés

Deux assureurs ou plus sont censés être affiliés si l'un ou l'autre des critères suivants est respecté :

- i. l'un des assureurs est une filiale de l'autre;
- ii. les deux sont des filiales de la même personne morale;
- iii. les deux assureurs sont contrôlés par la même personne.

Frais de règlement de sinistre imputés (FRSI)

Tous les frais externes pouvant être directement imputés à un dossier de demande d'indemnité particulier qu'un règlement soit effectué ou non, y compris :

- i. les honoraires d'experts (y compris tous les débours) – à l'exception des employés;
- ii. les coûts d'estimation (y compris ceux des centres d'estimation) – à l'exception de ceux des employés en estimation ou des coûts inclus au point i);
- iii. les frais juridiques, y compris tous les coûts juridiques de première partie imputés à un dossier de demande d'indemnité particulier – à l'exception de ceux des employés ou des coûts ou frais inclus au point i);
- iv. toutes les autres dépenses externes liées aux sinistres.

Taux moyen

Pour une garantie : taux moyen de la garantie exprimé en dollars de primes par véhicule assuré pour une police d'une durée de 12 mois.

Pour des garanties multiples :

- i. Pour chaque garantie en cause, il faut multiplier le taux moyen de la garantie par la fraction A/B, formée comme suit :

A = le nombre total de véhicules assurés par l'assureur et qui étaient couverts par cette garantie durant l'exercice civil complet le plus récent;

B = le nombre total de véhicules assurés par l'assureur durant l'exercice civil complet le plus récent;

- ii. Additionner les montants déterminés aux termes de l'alinéa (i).

Catégorie

Pour les besoins des présentes lignes directrices, les catégories d'assurance-automobile comprennent les suivantes :

véhicules personnels – voitures de tourisme
véhicules personnels – motocyclettes
véhicules personnels – autocaravanes
véhicules personnels – remorques et véhicules de camping
véhicules personnels – véhicules tout-terrain
véhicules personnels – motoneiges
véhicules personnels – véhicules historiques
véhicules utilitaires
véhicules de transport public – taxis et limousines
véhicules de transport public – autres que taxis et limousines
FPO 2 – Police du conducteur de l'Ontario

Les titres des catégories ci-dessus doivent être utilisés dans la mesure du possible. Si les catégories ci-dessus ont été divisées en sous-catégories, l'assureur doit indiquer à laquelle des catégories ci-dessus appartiennent les sous-catégories.

Garantie

Pour les besoins des présentes lignes directrices, les garanties sont les suivantes :

Responsabilité civile – Préjudices corporels
Responsabilité civile – Dommages matériels
Indemnités d'accident types
Automobile non assurée
Indemnisation directe en cas de dommages matériels
Risques précisés

Risques multiples
Collision ou versement
Tous risques
Protection de la famille (FMPO 44R)

Avenant

Avenant (formulaire de modification de police), approuvé par le surintendant en vertu de l'article 227 de la Loi, à un contrat d'assurance-automobile. Les avenants normalisés de l'Ontario sont émis suivant une série de numéros FMPO. Les avenants particuliers, qui eux aussi doivent être approuvés par le surintendant, sont individuellement identifiés par l'assureur. Pour les besoins des présentes lignes directrices, la FMPO 44R est considérée comme une **garantie**, et non comme un avenant.

Approbation accélérée

Processus réglementaire par lequel les assureurs peuvent faire approuver leurs systèmes de classement des risques ou leurs taux au plus tard trente jours après leur dépôt auprès de la CSFO, conformément à la loi. Un assureur doit respecter les critères énoncés dans la réglementation pour pouvoir effectuer son dépôt dans le cadre du processus accéléré. Le système d'approbation accélérée s'applique aux garanties, y compris la FMPO 44R, couvrant les véhicules personnels de tourisme assurés en vertu de la FPO 1, sauf les contrats souscrits par l'Association des assureurs. Les contrats souscrits en vertu de la formule de police de l'Ontario 4, 6, 7 ou 8, les contrats d'assurance-automobile qui assurent les parcs ou tout avenant à ces contrats sont exemptés des systèmes réglementaires de déclaration et d'application, d'approbation accélérée et d'approbation préalable.

Parc automobile

S'entend d'un groupe d'au moins cinq automobiles qui satisfait aux exigences suivantes :

1. Au moins cinq automobiles du groupe sont un véhicule utilitaire, un véhicule public ou un véhicule utilisé aux fins de l'exploitation d'une entreprise.
2. Les automobiles du groupe sont soit :
 - i. l'objet d'une propriété ou d'une gestion commune et toutes les automobiles qui sont louées pour une période de plus de 30 jours le sont toutes par le même assuré;
 - ii. offertes à la location par l'entremise d'une application ou d'un système communs en ligne aux fins de la prise préalable d'arrangement de transport, et sont assurées en vertu d'un contrat d'assurance-automobile dans lequel un propriétaire ou, selon le cas, un locataire d'automobile, doit être couvert en tant qu'assuré désigné dans le contrat.

Revenu de placement

Tous les revenus attribuables au placement des fonds fournis par les titulaires de polices et les actionnaires et des surplus, **y compris** les gains et les pertes en capital réalisés, moins les frais de placement.

Rendement des placements lié à la trésorerie

Le taux de rendement lié à la tranche du revenu de placement tiré du placement des flux de trésorerie de l'assurance ou du placement des fonds fournis par les titulaires de polices.

Taux

Tous les montants payables à titre de prime en vertu de contrats d'assurance-automobile, ou d'avenants à ces contrats, pour une exposition à des risques spécifiés. Les taux peuvent être exprimés en dollars et (ou) sous forme de facteurs de multiplication ou d'addition appliqués à une prime de base. Les taux doivent inclure toutes les charges relatives aux rubans ou aux majorations pour les expositions aux risques applicables. Les taux doivent inclure les commissions et les autres dépenses engagées par l'assureur et doivent être pris en compte avant d'accorder des dividendes aux titulaires de polices. Les taux sont assujettis aux dispositions de la loi. Aux fins de l'application de ces lignes directrices pour les dépôts, les taux déposés doivent exclure les montants payables sur des avenants autres que le FMPO 44R.

Écarts de taux

Taux ou facteurs d'addition ou de multiplication appliqués à un taux de base pour un territoire particulier afin d'obtenir les taux relatifs à ce territoire par catégorie, limite de responsabilité, franchise, etc.

Algorithme de tarification

Façon de combiner les taux de base, les écarts de taux et autres rabais ou majorations pour arriver à la prime attribuée à un risque donné.

Règle de tarification

Règle en vertu de laquelle un risque est attribué à une cellule particulière de tarification ou qui détermine l'application d'un rabais ou d'une majoration. Certaines règles, par exemple, déterminent l'attribution des territoires, des catégories de conducteurs et des groupes de tarification des véhicules. Les règles de tarification sont différentes des règles de souscription, qui déterminent l'acceptation ou le refus d'un risque.

Système de classement des risques

Éléments utilisés dans le classement des risques pour déterminer les taux d'une garantie ou d'une catégorie d'assurance-automobile, y compris les variables, les critères, les règles et les procédures employés à cette fin.

Taux de base territorial

Taux qui sert de point de départ dans chaque territoire pour déterminer tous les autres taux par classe, limite de responsabilité, franchise, etc. Ce taux de base est celui de la combinaison particulière de classe, de limite de responsabilité, de franchise, etc. pour laquelle les facteurs de multiplication sont tous de 1,00 et les facteurs d'addition, de zéro.

Frais de règlement de sinistre non imputés (FRSNI)

Ensemble des coûts de règlement de sinistre et de traitement, à l'exception des FRSI, mais non imputés

incluant les experts, les estimateurs, les conseillers, les avocats et le personnel de bureau employés par l'assureur, ainsi qu'une partie des frais généraux raisonnablement attribuables à la fonction d'indemnisation.

Bénéfice de souscription

Primes directes acquises moins les indemnités non actualisées et les dépenses de règlement des sinistres, majorées des revenus de placement gagnés sur la trésorerie, moins les commissions et autres dépenses d'acquisition, moins les impôts (à l'exclusion des impôts sur le revenu et fonciers), moins les frais généraux (applicables aux activités d'assurance), divisées par les primes directes acquises.

Provision du bénéfice de souscription proposé

La provision du bénéfice de souscription au taux **proposé**, exprimée en pourcentage du taux.

Provision du bénéfice de souscription cible

La provision du bénéfice de souscription au **taux indiqué** par les données actuarielles, exprimé en pourcentage du taux.

Règles de souscription

Règles qui régissent la décision d'un assureur d'accepter ou de refuser un risque, une garantie ou un avenant. Ces règles sont assujetties aux dispositions des articles 237 et 238 de la Loi. Le dépôt de ces règles doit se faire à l'aide des **Lignes directrices pour le dépôt des règles de souscription** ou, pour les avenants, les **Lignes directrices pour le dépôt des modifications proposées aux règles de souscription et aux taux applicables aux avenants** publiées par la CSFO.

C. Lignes directrices pour le dépôt des demandes de taux visant les véhicules autres que les voitures de tourisme (formule intégrale)

Partie 1 : Table des matières

Cette partie contient une liste du contenu des parties 2 à 12 du dépôt et devrait être suffisamment détaillée pour servir de référence, par numéro de page, afin d'en repérer les éléments particuliers. La CSFO accepte uniquement le dépôt des soumissions par voie électronique au moyen du système de dépôt des demandes en ligne appelé **SACRTTC** (anglais seulement).

Partie 2 : Sommaire des renseignements

Le sommaire contient certains renseignements essentiels sur la nature des modifications apportées aux taux ou au système de classement des risques. Toutes les données utilisées dans la partie intitulée Renseignements actuariels (partie 4) doivent concorder avec les données de l'**annexe A**.

Voici les directives particulières à respecter pour remplir cette annexe :

- Pour répondre à la question 1, cochez **toutes** les réponses qui s'appliquent au dépôt. Bien que les réponses 1.a) et 1.b) s'excluent mutuellement, les autres modifications [de 1.c) à 1.m)]

peuvent s'appliquer.

- Pour répondre à la question 2, les dates d'entrée en vigueur proposées doivent être indiquées pour les nouveaux contrats et pour les renouvellements. Ces renseignements sont importants dans le cadre de l'examen des hypothèses de tendances ainsi que pour l'approbation du dépôt. Vous devez nous aviser immédiatement de tout changement aux dates d'entrée en vigueur proposées, le cas échéant. Les périodes d'avis énoncées à l'article 236 de la Loi doivent être prises en considération pour l'établissement des dates de renouvellement.
- Pour répondre à la question 4, la modification de taux indiquée pour chaque garantie ainsi que pour l'ensemble des garanties doit être déclarée dans les circonstances suivantes :
 - lorsque des modifications aux taux de base sont proposées, sauf si ces modifications découlent uniquement de modifications hors bilan des écarts ou des rabais;
 - lorsque des modifications aux écarts sont proposées si ces modifications entraînent un changement général de taux.
- Pour répondre à la question 4, les répercussions de **toutes** les modifications proposées aux taux ou aux règles, y compris les modifications apportées aux taux de base, aux écarts, aux rabais ou aux majorations ainsi qu'aux règles de tarification doivent être indiquées dans la colonne des modifications de taux proposées. Les répercussions sur chaque garantie doivent être calculées, sans tenir compte du plafond, et indiquées.
- Pour répondre aux questions 4a et 4b, les assureurs devraient exclure les primes des avenants. S'ils ne sont pas en mesure de le faire, les assureurs devraient indiquer que les primes des avenants sont incluses dans la modification de taux et dans le calcul de la modification proposée du taux moyen. Il est important que les assureurs fassent preuve de constance d'un dépôt à l'autre en ce qui a trait à l'inclusion ou à l'exclusion des primes des avenants. Voir la question 4b de l'annexe A pour plus de renseignements.
- Pour répondre à la question 4b, la pondération des risques de chaque garantie devrait être indiquée en pourcentage, en fonction du nombre de véhicules assurés sous Lésions corporelles, et doit refléter le niveau de distribution courant.
- Pour répondre à la question 5a, il faut indiquer les modifications de taux antérieures approuvées. La modification de taux pour toutes les garanties combinées doit reposer sur la pondération des primes nivelées applicables au moment de la modification de taux.
- Pour répondre à la question 5b, il faut calculer la modification de taux cumulative moyenne de la façon suivante :
 - en prenant la modification de taux pour toutes les garanties combinées de la réponse à la question 4;
 - en prenant chaque modification de taux pour toutes les garanties combinées survenue après le 1er janvier de l'année en question jusqu'à la date d'entrée en vigueur

proposée du renouvellement des réponses à la question 5a;

puis en appliquant la formule suivante :

$$[\prod (1 + i) (1 - d)] - 1$$

tous les i, d

où :

i = l'augmentation de taux proposée ou la ou les augmentations de taux approuvées survenues dans les 12 mois précédant l'entrée en vigueur de la proposition de modification de taux pour les renouvellements;

d = la diminution de taux proposée ou la ou les diminutions de taux approuvées survenues dans les 12 mois précédant l'entrée en vigueur de la proposition de modification de taux pour les renouvellements.

- Pour répondre à la question 9, veuillez consulter la définition de la provision du bénéfice de souscription dans les présentes lignes directrices.
- Pour répondre à la question 12c, la même formule que celle de la question 5b devra être utilisée, sauf si on prend la modification de taux pour toutes les garanties combinées de la réponse à la question 12b.

Partie 3 : Certificats de l'actuaire et du membre de la direction / de la personne désignée

3.a. Certificat du membre de la direction/de la personne désignée

Chaque dépôt doit être accompagné d'un certificat signé et autorisé par le membre de la direction ou la personne désignée. Vous trouverez à l'**annexe B1**  une copie du formulaire du membre de la direction ou de la personne désignée. Les membres autorisés de la direction sont le président, le chef de la direction, le chef de l'exploitation, le directeur des services financiers ou l'agent principal du Canada. Par ailleurs, le président, le chef de la direction, le chef de l'exploitation ou le directeur des services financiers peut autoriser une personne désignée à signer ce certificat. La personne désignée doit être au moins un vice-président.

L'original d'une lettre signée d'autorisation d'une personne désignée doit être soumis pour nos dossiers. **Une copie de cette autorisation doit accompagner tout dépôt dont le certificat est signé par une personne désignée.**

3.b. Certificat de l'actuaire

Les dépôts entraînant une modification de taux ou dans lesquels des modifications aux écarts sont proposées et les dépôts portant sur une catégorie d'assurance-automobile que l'assureur souscrit pour la première fois doivent être accompagnés d'un certificat d'un Fellow de l'Institut canadien des actuaires. Vous trouverez à l'**annexe B2**  une copie du formulaire requis. Un Certificat de l'actuaire n'est pas

exigé lorsque la société ne fait que déposer des modifications aux taux (voir l'annexe D). Il n'est pas exigé non plus pour les dépôts d'indemnités d'accident optionnelles ou de taux de franchises délictuelles (voir l'annexe E).

Partie 4 : Renseignements actuariels

L'assureur doit fournir des données justificatives détaillées pour toute modification de taux. Les renseignements actuariels doivent contenir les données et la description de toutes les étapes de l'établissement des taux pour chacune des modifications de taux proposées. Il faut à tout le moins donner des détails pour les garanties Responsabilité civile – Lésions corporelles, Responsabilité civile – Dommages matériels, Indemnités d'accident types (par sous-garantie), Automobiles non assurées, Indemnisation directe pour dommages matériels, Collisions, Risques multiples, Tous risques, Risques spécifiés et FMPO 44R, **même si aucune modification de taux n'est proposée pour chacune de ces garanties**. Chaque sous-partie énoncée ci-dessous doit contenir la documentation nécessaire à l'égard de chaque garantie (p. ex., la partie sur les tendances des sinistres doit contenir la documentation relative aux tendances des sinistres pour la responsabilité civile, les indemnités d'accident, les collisions, etc.). En règle générale, la documentation doit être suffisamment détaillée pour permettre au vérificateur de faire le lien entre les données brutes et autres données à l'appui et les taux résultants. La CSFO n'impose pas aux assureurs une méthodologie particulière d'établissement des taux. Cependant, les assureurs doivent fournir des documents actuariels et autres données à l'appui des taux sous réserve d'une approbation préalable.

Toutes les données justificatives fournies dans cette partie doivent concorder avec le Sommaire des renseignements (annexe A).

Les parties (4.a.) à (4.j.) doivent être remplies dans tous les cas, que le dépôt propose ou non une modification générale aux écarts de taux. En outre, les parties (4.k.) à (4.n.), selon le cas, doivent être remplies si le dépôt propose des modifications aux catégories, aux limites de responsabilité, aux franchises ou autres écarts de taux, que ces modifications entraînent ou non une modification générale des taux.

Les données à l'appui d'une modification générale des taux doivent être présentées dans les sous-parties suivantes, **dans l'ordre indiqué ci-dessous**. Chaque partie ou sous-partie doit être intitulée en conformité avec le modèle ci-dessous et contenir toutes les données, les définitions et les sources de données, ainsi que toute explication nécessaire pour expliquer ou clarifier les différentes étapes de l'établissement des taux.

Indications générales sur les taux :

4.a. Description globale et sommaire de la méthodologie d'établissement des taux

4.b. Sinistres

1. Évolution des sinistres
2. Tendances des sinistres
3. Traitement des sinistres importants
4. Procédure en cas de catastrophe (ou excédent de sinistres)

5. Facteurs d'ajustement des coûts de la réforme de l'assurance-automobile

6. Autres redressements

4.c. Frais de règlement de sinistre imputés (FRSI)

1. Évolution des FRSI

2. Tendances des FRSI

3. Procédure relative aux catastrophes

4. Autres redressements

4.d. Frais de règlement de sinistre non imputés (FRSNI)

4.e. Primes

1. Ajustements de mise à niveau

2. Tendance des primes

3. Autres redressements

4.f. Autres charges

1. Charges de la variable de risque

2. Charges de la variable de prime

4.g. Provision du bénéfice de souscription

4.h. Crédibilité

4.i. Autres redressements

4.j. Indications sommaires des taux

Indications des écarts de taux :

4.k. Indications territoriales

1. Écarts indiqués

2. Hors bilan

4.l. Mise en œuvre des écarts du système de groupes tarifaires

1. Description globale pour la mise en œuvre de la méthodologie CLEAR

2. Hors bilan

4.m. Écarts de classement, de limite de responsabilité, de franchise ou autres indications d'écarts de taux

1. Écarts indiqués
2. Hors bilan

4.n. Taux basés sur les effectifs de groupe

1. Rabais ou taux indiqués
2. Hors bilan

4.o. Programmes de tarification de l'assurance fondée sur l'usage (TAFU)

4.a. Description globale et sommaire de la méthodologie d'établissement des taux

Un assureur peut utiliser une méthode d'établissement des taux fondée sur la prime nette ou le taux de sinistres. Cette partie doit indiquer le type de méthode utilisée et décrire sommairement le processus. Il faut également inclure une description générale des données. Des renseignements précis et détaillés sur les données doivent être inclus dans les sous-parties appropriées qui utilisent ces données. Par exemple, les données sur les sinistres de responsabilité civile doivent préciser si elles s'appliquent à toutes les limites combinées ou à une limite (de base) particulière.

Le dépôt doit inclure les données de la plus récente année complète. Si le dépôt se fonde sur les résultats techniques de l'industrie, la CSFO s'attend que le dépôt soit établi sur les données de l'industrie les plus récentes.

4.b. Sinistres (voir aussi les [Notes techniques](#))

Si les sinistres sont pris en compte avec les FRSI, il faut le préciser dans cette partie et toutes les références aux sinistres dans cette sous-partie doivent se rapporter « au sinistre et frais de règlement de sinistre imputés ». Dans ce cas, la sous-partie (4.c.) peut être ignorée.

Le type de données relatives aux sinistres doit être décrit dans cette sous-partie (c.-à-d. l'année de sinistre ou l'année de souscription de la police). Lorsqu'un autre type de données est employé, il faut en justifier l'utilisation. La période des résultats techniques et les dates d'évaluation respectives doivent également être indiquées. La source des données doit être clairement indiquée (p. ex., données internes de la compagnie, données de la compagnie déclarées à l'ASAG). Les sinistres directs (c.-à-d. antérieurs à toute transaction de réassurance) doivent servir de base à l'établissement des taux et **ne pas** être réduits du montant des affaires que l'assureur cède au fonds commun de partage des risques. Les sinistres directs **ne** doivent **pas** inclure les pertes réalisées sur le marché secondaire de l'Association des assureurs. De même, lorsque les statistiques globales de l'industrie sont utilisées, les résultats du marché secondaire de l'Association des assureurs doivent être exclus. Les sinistres couverts par des avenants doivent être exclus. Pour les indemnités d'accident types, les sinistres doivent être traités au niveau des sous-garanties définies par le Plan statistique automobile. Pour la répartition des sous-garanties utilisées dans les pièces concernant l'évolution des sinistres liées au Plan statistique automobile de l'ASAG, consultez les Notes techniques.

Lorsque le type de données relatives aux sinistres est différent du type décrit dans cette partie, les différences doivent être expliquées en détail.

4.b.1. Évolution des sinistres (voir aussi les [Notes techniques](#))

Les données doivent être explicitées au niveau le plus détaillé à l'aide d'une méthode appropriée d'évolution des sinistres.

La méthode particulière d'évolution des sinistres utilisée pour le dépôt doit être brièvement expliquée et les calculs détaillés doivent être dévoilés dans cette sous-partie. Tous les jugements relatifs au processus d'évolution des sinistres doivent être déclarés en détail et justifiés (p. ex., le choix des facteurs d'évolution des sinistres).

L'évolution des sinistres doit se fonder sur les propres données de l'assureur, dans la mesure du possible. Il faut à tout le moins donner l'historique des données de l'évolution des sinistres non redressées évaluées à des intervalles de 12 mois (aussi appelé « triangles » d'évaluation des sinistres à divers stades de développement). Le recours à des données externes ne devrait être nécessaire que dans très peu de cas. Si l'assureur juge nécessaire de recourir à des données externes ou à une source différente de données internes (comme celles d'une compagnie affiliée), le dépôt doit mentionner la source de ces données et fournir une explication de leur applicabilité. Toutes les données utilisées dans le processus d'évolution des sinistres doivent être mises en annexe et identifiées (p. ex., sinistres réglés ou encourus, dates d'évaluation).

Si des procédures de crédibilité sont utilisées dans l'évolution des sinistres, les critères de crédibilité choisis doivent être déclarés, l'application de la norme de crédibilité, présentée et le complément de crédibilité, dévoilé et justifié.

On s'attend à ce que la méthode globale d'évolution des sinistres d'un assureur demeure raisonnablement constante au fil des ans. Toute modification soit de la méthode, soit des données qui sous-tendent le dépôt précédent doit être déclarée et justifiée.

4.b.2. Tendances des sinistres (voir aussi les [Notes techniques](#))

La méthode particulière de calcul des tendances des sinistres utilisée doit être brièvement expliquée et les calculs détaillés doivent être consignés dans cette partie. Tous les jugements relatifs au processus des tendances des sinistres doivent être consignés en détail et justifiés.

La tendance en matière de sinistres doit être fondée sur les données de sinistralité les plus récentes de l'industrie, en tenant compte de l'incidence des données manquantes sur l'ensemble des données de l'industrie. Si l'assureur juge nécessaire de recourir à des données externes ou à une source différente de données internes, le dépôt doit indiquer la source de ces données et fournir une explication de leur applicabilité dans la circonstance présente. Toutes les données utilisées dans le processus d'évaluation de la tendance annuelle des sinistres doivent être dévoilées, au moins sommairement, et identifiées (p. ex., sinistres réglés ou encourus, développés ou non).

Si des procédures de crédibilité sont utilisées dans l'évaluation des tendances des sinistres, les critères de crédibilité choisis doivent être déclarés, l'application de la norme de crédibilité, présentée, et le complément de crédibilité, dévoilé et justifié.

La durée de la période servant à l'évaluation des tendances dépend de l'échéance de la garantie offerte par l'assureur, de la date d'entrée en vigueur proposée et de la date d'évaluation des données de sinistres. Chacun de ces éléments doit être indiqué. Si la tendance est divisée en tendance passée et tendance future, chaque élément doit être entièrement déclaré et justifié avec les détails mentionnés ci-dessus.

On s'attend à ce que la méthode globale d'évaluation de la tendance des sinistres d'un assureur demeure raisonnablement constante au fil des ans. Toute modification soit de la méthode, soit des données qui sous-tendent le dépôt précédent, doit être déclarée et justifiée.

4.b.3. Traitement des sinistres importants (voir aussi les [Notes techniques](#))

Le dépôt doit clairement indiquer comment ont été traités les sinistres importants durant la période des résultats techniques. Si des sinistres ont été plafonnés, le nombre de ces sinistres et les conséquences du plafonnement doivent être démontrés. L'assureur doit faire en sorte que les sinistres importants ne provoquent pas d'instabilité marquée des taux d'une période à l'autre.

4.b.4. Méthode relative aux catastrophes (ou excédents de sinistres) (voir aussi les [Notes techniques](#))

Les garanties Risques multiples, Risques spécifiés et Tous risques sont exposées aux sinistres causés par des catastrophes naturelles. Si une méthode est utilisée pour évaluer les répercussions de ces sinistres, elle doit être incluse dans cette sous-partie.

La méthode particulière utilisée pour les catastrophes doit être décrite et les détails du calcul, consignés et justifiés. Tous les jugements relatifs au processus de la provision relative au calcul des catastrophes doivent être consignés en détail et justifiés.

La méthode relative aux catastrophes doit être fondée sur les propres données de l'assureur dans la mesure du possible, complétées au besoin par d'autres données pertinentes. Toutes les données utilisées dans le calcul de la provision relative aux catastrophes doivent être déclarées et identifiées.

On s'attend à ce que la méthode globale d'évaluation des sinistres par suite de catastrophes demeure raisonnablement constante au fil des ans. Toute modification soit de la méthode, soit des données qui sous-tendent le dépôt précédent, doit être déclarée et justifiée.

4.b.5. Facteurs d'ajustement des coûts de la réforme de l'assurance-automobile (voir aussi les [Notes techniques](#))

Les résultats techniques doivent être ajustés pour refléter l'incidence attendue de la réforme de l'assurance-automobile sur les coûts des sinistres dans l'analyse des tendances en matière de sinistres et des niveaux de taux.

Les résultats techniques ultérieurs à la réforme devront être examinés et fournis dans les dépôts lorsqu'ils seront disponibles.

Les dépôts devront clairement indiquer comment les résultats techniques ont été ajustés en fonction des modifications des coûts prévus liés à la réforme de l'assurance-automobile. Dans les cas où les modifications devraient avoir un effet rétroactif sur les coûts des sinistres, il faudra aussi fournir des

renseignements sur la procédure d'ajustement des coûts des sinistres des années de survenance antérieures.

4.b.6. Autres redressements

Tout autre redressement des données relatives aux sinistres doit être dévoilé, documenté et justifié dans cette sous-partie.

Les données doivent être présentées et identifiées, les procédures, décrites et les modifications par rapport au dépôt précédent, indiquées.

4.c. Frais de règlement de sinistre imputés (FRSI)

Si les FRSI sont traités séparément des sinistres, veuillez fournir les mêmes renseignements détaillés qu'à la sous-partie (4.b.).

4.d. Frais de règlement de sinistre non imputés (FRSNI)

La méthode particulière utilisée pour les FRSNI doit être décrite et les détails du calcul, dévoilés et justifiés. Tous les jugements relatifs à l'évaluation des FRSNI doivent être consignés en détail et justifiés.

L'évaluation des FRSNI doit être fondée sur les propres données de l'assureur pour chaque catégorie d'assurance et chaque garantie, dans la mesure du possible. Si l'assureur juge nécessaire de recourir à des données externes ou à une source différente de données internes, le dépôt doit indiquer la source de ces données et fournir une explication de leur applicabilité dans la circonstance présente. Toutes les données utilisées dans le processus d'évaluation des FRSNI doivent être dévoilées et identifiées (p. ex., FRSNI réglés ou encourus, année civile ou année d'accident).

On s'attend à ce que la méthode globale d'évaluation des FRSNI d'un assureur demeure raisonnablement constante au fil des ans. Toute modification soit de la méthode, soit des données qui sous-tendent le dépôt précédent, doit être déclarée et justifiée. Dans les cas où les FRSNI diffèrent sensiblement de la moyenne de l'industrie, des renseignements supplémentaires doivent être fournis. De même, dans les cas où les FRSNI diffèrent sensiblement de l'information soumise à l'ASAG, des renseignements supplémentaires doivent être fournis.

4.e. Primes

Les données relatives aux primes doivent être décrites dans cette sous-partie. La période des résultats techniques et la source des données relatives aux primes doivent également être déclarées. Les primes directes (c.-à-d. antérieures à toute transaction de réassurance) doivent servir de base à l'établissement des taux et ne devraient pas être réduites du montant des affaires que l'assureur cède au fonds commun de partage des risques. Les primes directes ne doivent pas inclure les primes des risques du marché secondaire de l'Association des assureurs. Les primes des avenants devraient être exclues (sauf pour FMPO 44R).

Lorsque les données relatives aux primes sont différentes des données décrites dans cette partie, les différences doivent être expliquées en détail.

4.e.1. Ajustements de mise à niveau (voir aussi les [Notes techniques](#))

Si l'assureur utilise une méthode fondée sur le ratio de sinistres pour l'établissement des taux, les primes acquises doivent être rajustées au niveau des taux présents par l'utilisation d'une méthode appropriée de mise à niveau. Les primes avant et après rajustement doivent être indiquées.

Si les ajustements de mise à niveau sont effectués à l'aide de facteurs (p. ex., parallélogramme), les calculs doivent être déclarés. Si les ajustements de mise à niveau sont effectués en calculant les primes aux taux actuels par la retarification des polices par ordinateur (p. ex., prolongation des risques), il faut fournir une description du processus ainsi qu'une comparaison des résultats avec ceux de la méthode du parallélogramme. Toute différence importante doit être expliquée.

Il faut également inclure dans cette partie l'historique des modifications de taux de chaque garantie des cinq années antérieures.

4.e.2. Tendances des primes (voir aussi les [Notes techniques](#))

La tendance des primes doit être prise en compte à l'égard des garanties dont les risques subissent les répercussions de l'inflation ou dont la combinaison variable de risques peut entraîner un changement correspondant du revenu de primes de l'assureur. La combinaison variable de risques relative aux marques et aux modèles de véhicules au titre des garanties couvrant les dommages matériels est un exemple de modification pouvant influencer sur la tendance des primes. (Dans le système **CLEAR** [Tarification automobile selon la sinistralité canadienne], la tendance des primes est déjà prise en compte dans le développement des groupes tarifaires.)

La méthode particulière utilisée pour la tendance des primes doit être décrite et les détails des calculs doivent être déclarés et justifiés. Tous les jugements relatifs au processus de tendance des primes doivent être consignés en détail et justifiés.

La tendance des primes doit être fondée sur les propres données de l'assureur, dans la mesure du possible. Si l'assureur juge nécessaire de recourir à des données externes ou à une source différente de données internes, le dépôt doit indiquer la source de ces données et fournir une explication de leur applicabilité dans la circonstance présente. Toutes les données utilisées dans le processus d'évaluation de la tendance des primes doivent être déclarées et identifiées.

La méthode globale d'évaluation de la tendance des primes d'un assureur devrait demeurer raisonnablement constante au fil des ans. Toute modification soit de la méthode, soit des données qui sous-tendent le dépôt précédent doit être déclarée, expliquée et justifiée.

4.e.3. Autres redressements

Tout autre redressement des données relatives aux primes doit être dévoilé, documenté et justifié dans cette sous-partie.

Les données doivent être présentées et identifiées, les procédures, décrites et les modifications par rapport au dépôt précédent, indiquées.

4.f. Autres charges (voir aussi les [Notes techniques](#) et l'annexe 2)

Les autres dépenses (c.-à-d. les dépenses non liées aux demandes d'indemnité) doivent être réparties entre les charges de la variable de risque (fixes) et les charges de la variable de prime (variables) de façon à correspondre à la conduite des affaires de l'assureur, à la méthode d'engagement des dépenses et au type de véhicule assuré. Les détails de cette répartition des dépenses doivent être déclarés et documentés.

Lorsqu'un assureur propose de moduler les taux en fonction du système de répartition, des statistiques distinctes doivent être tenues relativement aux dépenses et jointes au dépôt à l'appui des taux.

Il faut également inclure dans le dépôt l'allocation des dépenses à la catégorie d'assurance souscrite pour l'année la plus récente.

Aucune réserve pour frais ne doit être établie à l'égard du marché secondaire de l'Association des assureurs, à moins que ses activités ne soient notoirement subventionnées. Le fonds commun de partage des risques doit être classé parmi les affaires directes et doit donc faire partie des données relatives aux primes et aux sinistres directs.

Aucune dépense supplémentaire ne doit être déclarée par les assureurs nominaux à l'égard des affaires de l'Association des assureurs, car ces coûts sont comptabilisés dans les frais imposés par l'Association. Tout écart important des dépenses dans les données soumises à l'ASAG doit être expliqué.

Il est peu probable que la CSFO approuve un dépôt qui prévoit de répercuter sur les consommateurs une réserve pour frais, hormis les FRSNI et les FRSI, qui est beaucoup plus élevée que la moyenne de l'industrie indiquée à l'annexe 2 des **Notes techniques**, sans une explication détaillée justifiant la hausse des frais.

4.f.1. Charges de la variable de risque (fixes)

On peut s'attendre à ce que certaines dépenses varient en fonction du nombre de véhicules assurés (risques) plutôt que du volume de primes.

La méthode particulière d'évaluation des charges de la variable de prime utilisée dans le dépôt doit être décrite et les détails des calculs, déclarés. Tous les jugements relatifs au processus d'évaluation des charges de la variable de risque doivent être consignés en détail et justifiés.

Les charges de la variable de risque doivent être fondées sur les propres données de l'assureur. Si l'assureur juge nécessaire de recourir à des données externes ou à une source différente de données internes, le dépôt doit indiquer la source de ces données et fournir une explication de leur applicabilité dans la circonstance présente. Toutes les données utilisées dans le processus d'évaluation des charges de la variable de risque doivent être déclarées et identifiées.

Les charges de la variable de risque font l'objet de tendances. Les éléments relatifs à la tendance abordés dans la sous-partie (4.b.2.) s'appliquent également à la présente sous-partie.

On peut s'attendre à ce que la méthode globale d'évaluation des charges de la variable de risque d'un assureur demeure raisonnablement constante au fil des ans. Toute modification soit de la méthode, soit des données qui sous-tendent le dépôt précédent doit être déclarée et justifiée.

4.f.2. Charges de la variable de prime (variables)

On peut s'attendre à ce que certaines dépenses varient en fonction du volume de primes plutôt que du nombre de véhicules assurés.

La méthode particulière d'évaluation des charges de la variable de prime utilisée dans le dépôt doit être décrite et les détails des calculs, déclarés. Tous les jugements relatifs au processus d'évaluation des charges de la variable de risque doivent être consignés en détail et justifiés.

Les charges de la variable de prime doivent être fondées sur les propres données de l'assureur. Si l'assureur juge nécessaire de recourir à des données externes ou à une source différente de données internes pour évaluer ces charges, le dépôt doit indiquer la source des données et fournir une explication de leur applicabilité dans la circonstance présente. Toutes les données utilisées dans le processus d'évaluation des charges de la variable de prime doivent être déclarées et identifiées.

La méthode globale d'évaluation des charges de la variable de prime d'un assureur devrait demeurer raisonnablement constante au fil des ans. Toute modification soit de la méthode, soit des données qui sous-tendent le dépôt précédent doit être déclarée et justifiée.

4.g. Provision du bénéfice de souscription (voir aussi les [Notes techniques](#))

Tous les assureurs doivent soumettre leurs indications de taux conformément à une provision du bénéfice de souscription cible.

La provision du bénéfice de souscription cible doit être indiquée clairement dans la formule d'établissement des taux pour l'élaboration de taux indiquée par les données actuarielles. Si la provision du bénéfice de souscription cible s'écarte du repère réglementaire du bénéfice, la méthode particulière de détermination de la provision du bénéfice de souscription cible doit être décrite et des renseignements sur son calcul doivent être fournis. Tous les jugements relatifs au processus de calcul de la provision du bénéfice de souscription cible doivent être consignés en détail et justifiés.

Les assureurs qui utilisent la méthode de coût du capital dans leur modèle de taux doivent démontrer dans les étapes du modèle la relation entre le coût du capital et la provision du bénéfice de souscription cible.

Tous les coûts, y compris les coûts des sinistres et les coûts des dépenses, doivent être actualisés pour tenir compte du revenu de placement sur les fonds fournis par les titulaires de polices, avant l'inclusion de la provision du bénéfice de souscription.

Les assureurs doivent fournir le fondement de l'hypothèse retenue pour le rendement des placements dans le processus d'actualisation, et le comparer au rendement réel des placements obtenu récemment. Les modèles de paiement des sinistres prévus doivent être soutenus par des renseignements sur les sinistres payés.

Si les taux proposés diffèrent de ceux indiqués par les données actuarielles établies d'après la provision du bénéfice de souscription cible, l'assureur doit fournir la provision du bénéfice de souscription proposée qui sous-tend les taux proposés.

La méthode générale dans le choix des taux d'actualisation ou des modèles de paiement des sinistres pour l'assureur devrait demeurer raisonnablement constante au fil des ans. Toute modification soit de la

méthode, soit des données qui sous-tendent le dépôt précédent doit être déclarée et justifiée.

4.h. Crédibilité (voir aussi les [Notes techniques](#))

Les résultats techniques de l'assureur en Ontario peuvent ne pas représenter un volume suffisant pour donner des indications générales stables des taux provinciaux qui soient crédibles sur le plan actuariel. Dans ce cas, les procédures de crédibilité peuvent être utiles pour gonfler les données ontariennes de l'assureur.

La norme de crédibilité à 100 % et la formule de calcul de la crédibilité partielle doivent être dévoilées et justifiées.

La source de données utilisée comme pondération à laquelle s'applique le complément de crédibilité doit être déclarée et justifiée.

On peut s'attendre à ce que la méthode d'un assureur relative à la crédibilité demeure raisonnablement constante au fil des ans. Toute modification de la norme de crédibilité ou de la méthode utilisée pour le dépôt précédent doit être déclarée et justifiée.

4.i. Autres redressements

Tout autre redressement des données ayant des répercussions sur les primes ou les sinistres prévus doit être quantifié et ses répercussions sur les taux doivent être dévoilées et justifiées dans cette partie.

4.j. Indications sommaires des taux

Il faut joindre un résumé démontrant comment les données s'accordent avec les redressements et les provisions décrits dans les sous-parties (4.b.) à (4.i.). L'assureur peut utiliser les formulaires convenant à sa situation particulière. Si les données relatives aux primes et (ou) aux sinistres de plus d'une année sont utilisées pour établir les taux, la pondération de chacune des années doit être indiquée. Si ces pondérations sont différentes de celles du dépôt précédent de l'assureur, la modification doit être déclarée, expliquée et justifiée.

4.k. Indications territoriales

4.k.1. Écarts indiqués ou proposés (voir aussi les [Notes techniques](#))

Les indications territoriales doivent être calculées à partir des propres données de l'assureur. Si l'assureur juge nécessaire de recourir à des données externes ou à une source différente de données internes, le dépôt doit indiquer la source de ces données et fournir une explication de leur applicabilité dans la circonstance présente. Toutes les données utilisées dans le processus de développement des indications territoriales doivent être déclarées et identifiées.

Une comparaison des écarts territoriaux actuels, indiqués et proposés doit être fournie pour chaque garantie dont les taux sont modifiés par territoire, ainsi que les écarts territoriaux rebasés, proposés et indiqués. Il faut y inclure la répartition des primes souscrites et des risques par garantie et par territoire.

Les modifications rebasées, indiquées et proposées doivent être fournies, elles doivent être conformes aux indications et s'établir dans un paramètre de +/-10 pour cent.

Si des procédures de crédibilité sont utilisées, elles doivent être déclarées et justifiées de la même façon qu'à la sous-partie (4.h.).

On peut s'attendre à ce que la méthode globale de calcul des écarts territoriaux de l'assureur demeure raisonnablement constante au fil des ans. Toute modification soit de la méthode, soit des données qui sous-tendent le dépôt précédent doit être déclarée et justifiée. Les coûts doivent être alloués équitablement entre les territoires. Les taux applicables aux territoires adjacents nouvellement formés ne devraient pas varier de +/-10 pour cent.

Afin d'assurer l'équité des taux et de réduire au minimum le bouleversement des taux, l'assureur doit plafonner les modifications d'écarts à +/- 10 % de l'écart actuel dans le sens de la garantie indiquée. Les écarts de +/- 10 % doivent être mesurés par rapport à l'écart actuel après avoir remis les écarts proposés moyens à la même valeur que les écarts actuels moyens pour chaque garantie. Il est peu probable que la CSFO approuve les variations d'écarts territoriaux dépassant le paramètre de +/-10 pour cent.

Les exigences pour les variations doivent aller dans le même sens que les indications et se situer dans le paramètre de +/-10 pour cent pour toutes les garanties, ainsi que de façon générale.

4.k.2. Hors bilan

Le total des primes peut être augmenté ou diminué par l'ajout de nouveaux taux ou écarts de taux territoriaux ou par la modification des taux ou écarts actuels. Le dépôt doit prendre en compte ces modifications en utilisant des procédures hors bilan ou en tenant compte de la modification des primes dans ses taux. Si la modification des écarts territoriaux n'est pas comptabilisée hors bilan et qu'il en résulte plutôt une modification des taux, les sous-parties (4.a.) à (4.j.) doivent également être remplies.

Toutes les données utilisées dans le processus de calcul hors bilan doivent être déclarées et identifiées. Le calcul du montant hors bilan doit être indiqué. Tous les jugements relatifs au processus de calcul du montant hors bilan doivent être consignés en détail et justifiés.

Les calculs du montant hors bilan doivent utiliser la propre répartition des activités de l'assureur. Si l'assureur juge nécessaire de recourir à des données externes ou à une source différente de données internes, le dépôt doit indiquer la source de ces données et fournir une explication de leur applicabilité dans la circonstance présente.

On s'attend à ce que la méthode globale de calcul du montant hors bilan de l'assureur demeure raisonnablement constante au fil des ans. Toute modification soit de la méthode, soit des données qui sous-tendent le dépôt précédent doit être déclarée et justifiée.

4.k.3. Définitions (voir aussi les [Notes techniques](#))

Toute modification proposée aux définitions territoriales doit être accompagnée d'une carte de couleur indiquant les limites territoriales actuelles et proposées, au besoin. Il ne peut pas y avoir plus de 55 territoires dans la province, et dix d'entre eux, au maximum, devront se trouver dans la ville de Toronto. De plus, tous les territoires doivent être contigus d'un point de vue géographique. Il ne convient pas généralement d'utiliser des plans d'eau pour établir une zone géographique contiguë. Une définition territoriale commune doit être utilisée pour toutes les garanties, et une description écrite de

tous les territoires devrait accompagner les dépôts lorsque des modifications sont apportées aux limites et aux définitions.

Les assureurs ne devraient pas se fier exclusivement au RTA de Postes Canada ou aux attributions de codes postaux lorsqu'ils définissent des territoires, puisque la façon dont Postes Canada attribue des codes postaux et RTA peut créer des cas de non-contiguïté. Dans tous les cas de modification des définitions de territoire, une attestation de contiguïté pourrait être requise.

4.I. Mise en œuvre des écarts de groupe tarifaires

Les méthodes utilisées pour remplacer la méthodologie actuelle de groupes tarifaires de l'assureur par une nouvelle méthodologie doivent être entièrement décrites dans cette partie. Les données techniques exigées doivent comprendre les sous-parties ci-dessous, **dans l'ordre**.

4.I.1. Description globale de la mise en œuvre d'une nouvelle méthodologie de groupe tarifaire

Cette partie doit énoncer la méthode dont la compagnie se sert pour la mise en œuvre de la nouvelle méthodologie de groupe tarifaire. La table des groupes de tarification utilisée et les méthodes de plafonnement, le cas échéant, doivent être décrites dans cette partie. Il faut également fournir la liste des véhicules plafonnés par marque, par modèle et par année.

4.I.2. Hors bilan

Le total des primes peut être augmenté ou diminué par l'adoption de la nouvelle méthodologie de groupe tarifaire. Le dépôt doit prendre en compte ces modifications en utilisant des procédures hors bilan ou en tenant compte de la modification des primes dans ses taux. Si la modification n'est pas comptabilisée hors bilan et qu'il en résulte plutôt une modification des taux, les sous-parties (4.a.) - (4.j.) doivent également être remplies.

Toutes les données utilisées dans le processus de calcul hors bilan doivent être déclarées et identifiées. Le calcul du montant hors bilan doit être indiqué. Tous les jugements relatifs au processus de calcul du montant hors bilan doivent être consignés en détail et justifiés.

Les calculs du montant hors bilan doivent utiliser la propre répartition des activités de l'assureur. Si l'assureur juge nécessaire de recourir à des données externes ou à une source différente de données internes, le dépôt doit indiquer la source de ces données et fournir une explication de leur applicabilité dans la circonstance présente.

4.m. Écarts de classement, de limite de responsabilité, de franchise ou autres indications d'écarts de taux

4.m.1. Écarts indiqués (voir aussi les [Notes techniques](#))

Si l'assureur demande des modifications aux écarts de classement, de limite de responsabilité, de franchise ou autres, le processus d'établissement des taux doit être expliqué en détail.

Les écarts de classement, de limite de responsabilité, de franchise et autres indications d'écarts de taux doivent être fondés sur les propres données de l'assureur. Si l'assureur juge nécessaire de recourir à des données externes ou à une source différente de données internes, le dépôt doit indiquer la source des

données et fournir une explication de leur applicabilité dans la circonstance présente. Toutes les données utilisées dans le processus de développement des écarts de classement, de limite de responsabilités, de franchise ou autres indications d'écarts de taux doivent être déclarées et identifiées.

Une comparaison des écarts actuels, indiqués et proposés doit être fournie pour chaque garantie dont les écarts de classement, de limite de responsabilité, de franchise ou autres écarts de taux sont modifiés. La répartition des primes souscrites et des risques doit être fournie par catégorie, limite de responsabilité, franchise ou autre écart de taux.

Lorsqu'un modèle de prévision ou un autre modèle de prévision analytique de la tarification, comme le modèle linéaire général (MLG) ou le modèle additif général (MAG), est utilisé pour analyser les variables de classement proposées et les écarts de taux, il faut fournir une description complète du modèle, des variables des données et des hypothèses. Lorsque différents segments de données sont utilisés dans l'analyse, il faut fournir clairement les détails des données et de tout redressement apporté à celles-ci avant la demande.

La méthode de sélection des variables de classement en fonction de cette analyse différente doit être fournie. Les résultats du modèle doivent être inclus pour indiquer suffisamment la corrélation de ceux-ci entre les variables. Si on fait preuve de jugement pour inclure ou exclure les variables dans le système de classement des risques proposé, il faut indiquer le fondement du jugement.

Si des procédures de crédibilité sont utilisées, elles doivent être déclarées de la même façon qu'à la sous-partie (4.h.).

En présence de composantes variables avec interdépendance, toute modification proposée à la composante variable doit être examinée en fonction de la sinistralité pour l'ensemble des éléments individuels, collectivement (les analyses à une variable seront jugées insuffisantes).

Voir aussi les **Notes techniques** pour plus de renseignements sur les exigences des modèles de prévision.

On peut s'attendre à ce que la méthode globale de calcul des écarts de taux de l'assureur demeure raisonnablement constante au fil des ans. Toute modification soit de la méthode, soit des données qui sous-tendent le dépôt précédent doit être déclarée et justifiée.

4.m.2. Hors bilan

Le total des primes peut être augmenté ou diminué par l'ajout de nouveaux écarts de classement, de limite de responsabilité, de franchise ou autres indications d'écarts de taux ou par la modification des écarts actuels. Le dépôt doit prendre en compte ces modifications en utilisant des procédures hors bilan ou en tenant compte de la modification des primes dans ses taux. Si la modification des écarts de classement, de limite de responsabilité, de franchise ou autres indications d'écarts de taux n'est pas comptabilisée hors bilan et qu'il en résulte plutôt une modification des taux, les sous-parties (4.a.) - (4.j.) doivent également être remplies.

Toutes les données utilisées dans le processus de calcul hors bilan doivent être déclarées et identifiées. Le calcul de chaque montant hors bilan doit être indiqué. Tous les jugements relatifs au processus de calcul du montant hors bilan doivent être consignés en détail et justifiés.

Les calculs du montant hors bilan doivent être fondés sur la propre répartition des activités de l'assureur par catégorie, limite de responsabilité, franchise ou autre écart de taux. Si l'assureur juge nécessaire de recourir à des données externes ou à une source différente de données internes, le dépôt doit indiquer la source de ces données et fournir une explication de leur applicabilité dans la circonstance présente.

On peut s'attendre à ce que la méthode globale de calcul du montant hors bilan de l'assureur demeure raisonnablement constante au fil des ans. Toute modification soit de la méthode, soit des données qui sous-tendent le dépôt précédent doit être déclarée et justifiée.

4.n. Taux basés sur les effectifs de groupe

Cette partie **doit** être remplie par tout assureur qui met en vigueur ou propose des modifications à ses taux et à son système de classement des risques en fonction d'effectifs de groupe. Les assureurs doivent voir à ce que toute entreprise à laquelle un rabais de groupe est accordé réponde à toutes les exigences réglementaires et qu'elle fasse l'objet d'une surveillance continue à cet égard.

L'utilisation d'effectifs de groupe dans un système de classement des risques fait l'objet de restrictions. En vertu du paragraphe 16 (5) du Règlement 664, modifié :

L'effectif d'un groupe organisé ne doit pas être considéré comme un élément d'un système de classement des risques, à moins que le groupe comprenne au moins 100 membres, autres que les membres associés du groupe, qu'il y ait un plan de marketing pour le groupe qui répond aux exigences de la partie 17, et que le groupe est

- a. un syndicat, une association professionnelle ou une association d'anciens;
- b. une entité sans but lucratif qui existe depuis au moins 24 mois;
- c. un groupe d'employés du même employeur;
- d. un groupe de membres d'une caisse populaire qui satisfait aux exigences de la sous-partie (7),

Seuls les membres des groupes mentionnés ci-dessus, ainsi que leurs conjoints et enfants à certaines conditions, ont droit à un taux préférentiel dans le cadre d'un système de classement des risques fondé sur un effectif de groupe. Ce taux préférentiel de groupe ou cette réduction de groupe est fondé sur la réduction du coût des sinistres découlant de résultats techniques favorables.

Les assureurs doivent voir à ce que toutes les entreprises souscrivant une police collective répondent aux exigences réglementaires. Ils devront notamment respecter les principes suivants :

- En Ontario, un groupe doit être formé d'au moins 100 membres, et des efforts raisonnables devraient être faits pour assurer au sein d'un groupe une pénétration permettant d'atteindre éventuellement ou de même de dépasser un effectif de 100 membres. Il est à noter que dans le cadre des deux récentes études de marché, bon nombre des groupes ont déclaré moins de 10 risques relevés. Depuis 2003, les groupes potentiels doivent compter au moins 100 membres dans leurs rangs et les assureurs doivent prévoir d'accroître le taux de pénétration au sein des groupes ayant relevé un nombre minimal de risques.

- Tous les groupes doivent avoir un plan de commercialisation répondant aux exigences établies dans le Règlement 664. Aucun rabais de groupe n'est offert en l'absence d'un tel plan. Tout groupe accepté qui n'a pas de plan de commercialisation contrevient au règlement.

De même, aux termes du Règlement 664, il est interdit aux assureurs d'utiliser l'existence de régimes médicaux, chirurgicaux, dentaires, d'hospitalisation, de prestations de maintien du revenu ou de congés de maladie dans leurs systèmes de classement des risques.

Même si aucune modification n'est proposée, tous les rabais de groupe existants (y compris la méthodologie de groupe) doivent être fournis dans le dépôt, le cas échéant.

4.n.1. Rabais ou taux indiqués pour les groupes

Le processus d'établissement des taux doit être détaillé dans les cas où l'assureur propose :

- un rabais ou un barème de taux fondé sur l'appartenance à un groupe;
- des rabais ou un barème de taux qui varient selon les groupes.

Un rabais ou un barème de taux fondé sur un effectif de groupe doit s'appuyer sur une réduction du coût des sinistres en raison de résultats techniques favorables, sur des programmes de gestion des risques ou sur des caractéristiques particulières du groupe entraînant une diminution du risque ou une baisse des charges en fonction de coûts d'administration ou d'acquisition plus faibles.

Les assureurs doivent tenir des statistiques distinctes pour les primes et les sinistres afin de justifier un rabais ou un barème de taux fondé sur un effectif de groupe. Le fondement du rabais ou des taux doit être défini de façon suffisamment détaillée de façon qu'il soit inutile de nommer les organismes. Les assureurs **ne** sont **pas** obligés d'élaborer un rabais ou un barème de taux propre à un groupe particulier, à moins que ce groupe soit de taille suffisante pour que ses résultats techniques justifient un tel rabais ou barème de taux. Les données à l'appui des rabais et des taux doivent être crédibles sur le plan actuariel; donc un rabais ou un barème de taux particulier ne conviendrait que dans le cas de grands groupes. Si plus d'un rabais est proposé (p. ex., rabais variables en fonction du type de groupe), il faut soumettre une liste des groupes et des rabais avec le dépôt, ainsi qu'à des intervalles réguliers. Les assureurs devraient effectuer des examens de conformité de façon régulière afin de s'assurer que l'entreprise continue d'être admissible en tant que groupe et qu'il y a toujours lieu d'appliquer le rabais offert aux groupes.

L'assureur doit utiliser ses propres données relatives aux sinistres dans la mesure du possible. Si l'assureur juge nécessaire de recourir à des données externes ou à une source différente de données internes, le dépôt doit indiquer la source des données et fournir une explication de leur applicabilité. Toutes les données utilisées dans le processus d'élaboration des rabais ou des taux indiqués en fonction d'un effectif de groupe doivent être déclarées et identifiées.

Une comparaison des rabais ou des taux actuels, indiqués et proposés doit être fournie pour chaque garantie lorsqu'une modification est proposée. Il faut y inclure la répartition des primes souscrites et des risques par rabais ou barème de taux.

Si des procédures de crédibilité sont utilisées, elles doivent être déclarées de la même façon qu'à la sous-partie (4.h.).

On peut s'attendre à ce que la méthode globale de calcul des rabais ou des taux en fonction d'effectifs de groupe demeure raisonnablement constante au fil des ans. Toute modification soit de la méthode, soit des données qui sous-tendent le dépôt précédent doit être déclarée et justifiée.

4.n.2. Hors bilan

Le total des primes peut être augmenté ou diminué par l'ajout de nouveaux rabais ou taux, ou par la modification des rabais ou des taux actuels. Le dépôt doit prendre en compte ces modifications en utilisant des procédures hors bilan ou en tenant compte de la modification des primes dans ses taux. Si la modification des rabais ou des taux n'est pas comptabilisée hors bilan et qu'il en résulte plutôt une modification des taux, les sous-parties (4.a.) - (4.j.) doivent également être remplies.

Toutes les données utilisées dans le processus de calcul hors bilan doivent être déclarées et identifiées. Le calcul de chaque montant hors bilan doit être indiqué. Tous les jugements relatifs au processus de calcul du montant hors bilan doivent être consignés en détail et justifiés.

Les calculs du montant hors bilan doivent être fondés sur la propre répartition des activités de l'assureur pour les rabais et les barèmes de taux de groupe. Si l'assureur juge nécessaire de recourir à des données externes ou à une source différente de données internes, le dépôt doit indiquer la source des données et fournir une explication de leur applicabilité dans la circonstance présente.

On peut s'attendre à ce que la méthode globale de calcul du montant hors bilan demeure raisonnablement constante au fil des ans. Toute modification soit de la méthode, soit des données qui sous-tendent le dépôt précédent doit être déclarée et justifiée.

4.o. Programmes de tarification de l'assurance fondée sur l'usage (TAFU) pour l'assurance visant les voitures de tourisme

Les assureurs ont l'obligation de déposer des données actuarielles adéquates pour que la CSFO approuve les rabais.

Puisque les programmes TAFU sont nouveaux en Ontario, il se peut qu'il n'existe pas de données propres à l'assureur et/ou à l'Ontario pour appuyer le programme proposé par l'assureur. La CSFO est prête à accepter des données et des résultats techniques provenant d'autres territoires dans lesquels des programmes TAFU identiques ou semblables sont en vigueur. Toutefois, à mesure que les assureurs acquerront de l'expérience dans la prestation de programmes TAFU, nous prévoyons qu'ils seront davantage en mesure de s'appuyer sur des données propres à l'Ontario dans leurs dépôts subséquents.

La mise en œuvre d'un programme TAFU peut entraîner des modifications aux primes et aux coûts des sinistres. L'incidence des rabais du programme TAFU sur les niveaux de taux (que les modifications soient hors bilan ou non) et les économies connexes prévues sur les coûts des sinistres devraient être indiquées dans le dépôt. De la même façon, il faudrait indiquer les données et les hypothèses utilisées dans l'estimation des répercussions que les modifications apportées au programme TAFU auront sur les primes et les coûts des sinistres.

Voir les **Notes techniques** pour plus de renseignements sur l'approbation conditionnelle des premiers programmes TAFU et sur les exigences de déclaration subséquentes.

Partie 5 : Modification des rabais et des majorations

Si un assureur propose de n'adopter qu'un nouveau rabais visant à récompenser la conduite sécuritaire et que ce rabais est offert actuellement par un autre assureur en Ontario, l'assureur concerné peut fournir les renseignements pertinents (nom de l'assureur, règle de tarification appliquée pour établir le rabais, renseignements sur le rabais proposé et montant du rabais, etc.) dans la présente section. Les rabais/majorations sont considérés comme des « écarts », mais ils doivent être transparents et affichés sur le certificat d'assurance délivré à l'assuré désigné.

Un assureur qui souhaite présenter un nouveau rabais ou une nouvelle majoration, ou un rabais ou une majoration unique, dans son territoire doit aussi fournir de l'information à l'appui. Ceci comprendrait une description des rabais/majorations, des règles de tarification connexes et des détails sur les niveaux proposés. Les rabais/majorations sont considérés comme des « écarts » et des documents à l'appui adéquats doivent être fournis.

Après l'adoption de rabais et majorations nouveaux ou uniques qui ont reçu une approbation malgré l'absence de données actuarielles complètes, l'assureur doit fournir les écarts indiqués pour les rabais/majorations dans chaque dépôt subséquent, jusqu'à ce que les rabais/majorations soient adéquatement documentés.

Si l'assureur demande des modifications au montant ou à la valeur d'un rabais (sauf un rabais de groupe divulgué à la partie 4.n) ou d'une majoration ou met en vigueur un nouveau rabais (sauf un rabais de groupe divulgué à la partie 4.n ou un rabais aux automobilistes prudents) ou une nouvelle majoration, la méthode d'établissement des coûts ainsi qu'une explication générale du processus doivent être exposées en détail.

Le calcul du rabais ou de la majoration doit être fondé, lorsque c'est possible, sur les propres données de l'assureur. Le rabais peut être justifié par une baisse des charges en raison de faibles coûts d'acquisition, d'administration ou de sinistres. Le dépôt doit mentionner clairement le fondement du rabais ou de la majoration. L'assureur doit disposer de données appropriées pour justifier le rabais ou la majoration. Si l'assureur juge nécessaire de recourir à des données externes ou à une source différente de données internes, le dépôt doit indiquer la source des données et fournir une explication de leur applicabilité dans la circonstance présente. Toutes les données utilisées dans le processus d'élaboration des rabais et des majorations doivent être présentées et identifiées.

Une comparaison des rabais et des majorations actuels, indiqués et proposés doit être fournie pour chaque garantie à l'égard de laquelle les rabais ou les majorations sont modifiés. Il faut y inclure la répartition des primes souscrites et des risques pour les rabais et les majorations. L'incidence prévue des rabais et des majorations doit être soutenue par la répartition des risques réelle. Lorsque cette dernière n'est pas disponible, les hypothèses utilisées pour l'estimation de la répartition des risques doivent être fournies dans une annexe.

Si aucun nouveau rabais ni aucune nouvelle majoration n'est proposé dans le dépôt, l'assureur est quand même tenu d'énumérer tous les rabais/majorations existants (y compris les rabais fondés sur les charges et les rabais de groupe, le cas échéant).

La répartition actuelle et proposée du portefeuille d'affaires de l'assureur touché par la modification des rabais ou des majorations doit être fournie pour déterminer la modification (déplacement) moyenne des primes. L'ensemble des hypothèses et des calculs détaillés doit être fourni à l'appui de la modification de

taux.

Les assureurs qui souhaitent retirer un rabais doivent en expliquer les motifs et les répercussions. Il est peu probable que la CSFO approuve le retrait d'un rabais qui a été moins de trois ans sur le marché, puisqu'il s'agit du temps minimum requis pour obtenir un niveau acceptable en matière de résultats techniques.

Il est peu probable que la CSFO approuve un dépôt de taux dans lequel la modification de taux proposé contient une surévaluation des répercussions prévues de la mise en place d'un nouveau rabais.

Partie 6 : Modification des règles de tarification

Les règles de tarification sont les règles en vertu desquelles un risque est attribué à une cellule particulière de tarification ou qui déterminent l'application d'un rabais ou d'une majoration. Ces règles peuvent, par exemple, servir à l'attribution d'un territoire, de l'utilisation d'un véhicule ou d'un dossier de conduite. Les règles de tarification font partie du système de classement des risques de l'assureur et doivent faire l'objet d'un dépôt en conformité avec les présentes lignes directrices. L'incidence des règles de tarification modifiées sur les niveaux de taux devra être quantifiée et cela devrait aussi se refléter dans les modifications proposées pour ces niveaux de taux.

Les règles de souscription, qui régissent la décision d'accepter ou de refuser un risque, une garantie, un niveau de franchise ou une limite de responsabilité, doivent être déposées suivant les **Lignes directrices pour le dépôt des règles de souscription**.

Une version préliminaire des pages du manuel sur l'assurance-automobile qui décrivent les modifications aux règles ou aux définitions doivent accompagner le dépôt. Les dépôts subséquents du manuel doivent comprendre les modifications des règles de tarification qui ont été approuvées dans le cadre du processus de dépôt des taux et les règles de souscription et de refus modifiées et approuvées dans le cadre du processus de dépôt des règles de souscription et de refus.

Les renseignements obligatoires sont les suivants : i) la description des modifications proposées, ii) la justification des modifications proposées, iii) les répercussions des modifications proposées sur les taux et iv) les calculs des répercussions des modifications proposées sur les taux selon la répartition prévue des affaires.

6.a. Modification des règles de tarification pour les variables de classement

Toute modification d'une règle de tarification relative à une catégorie particulière doit être déclarée dans cette partie. La répartition actuelle et proposée de la catégorie touchée par la modification de la règle de tarification doit être fournie afin de déterminer la modification (déplacement) moyenne des primes ainsi que les répercussions sur le taux global. L'ensemble des hypothèses et des calculs détaillés doit être fourni à l'appui de la modification de taux.

6.b. Modifications des règles de tarification concernant les rabais et les majorations

Toute modification d'une règle de tarification relative à un rabais ou à une majoration spécifique doit être déclarée dans cette partie. De même, la règle de tarification applicable à une majoration ou à un rabais nouvellement proposé doit être énoncée dans cette partie. La répartition actuelle et proposée des affaires

touchées par la modification de la règle de tarification doit être fournie afin de déterminer la modification (déplacement) moyenne des primes ainsi que les répercussions sur le taux global. Toutes les hypothèses et la justification de l'utilisation de la règle de tarification doivent être déclarées.

Partie 7 : Taux définitifs/modifications de taux

Cette partie doit contenir les annexes détaillant les algorithmes de tarification, les taux de base, les rabais et les majorations ainsi que les écarts, **clairement identifiés comme étant actuels ou proposés**, y compris tout élément d'explication à l'appui des modifications proposées. **Pour faciliter le processus d'examen, les parties 7.a. à 7.d. doivent être toutes incluses, même si un seul des éléments est modifié.**

7.a. Algorithme

Des annexes exposant les algorithmes actuels et proposés de toutes les garanties, y compris les rabais et les majorations, les calculs des polices de six mois (le cas échéant) et ceux des indemnités d'accident optionnelles, doivent être incluses dans cette partie.

7.b. Taux de base

Des annexes exposant les taux de base actuels et proposés doivent être incluses dans cette partie.

7.c. Écarts

Des annexes exposant les écarts actuels et proposés doivent être incluses dans cette partie.

7.d. Rabais et majorations

Des annexes exposant tous les rabais et toutes les majorations actuels et proposés (notamment les rabais de groupe, s'il y a lieu) doivent être incluses pour chaque garantie applicable dans cette partie.

7.e. Calcul des taux définitifs

Le dépôt doit clairement décrire et démontrer la transition, par garantie, des taux de base territoriaux du manuel actuel à ceux du manuel proposé par l'application de la modification de taux proposée, conjointement avec tout calcul hors bilan.

7.f. Calcul du changement des taux

Le dépôt doit clairement décrire et démontrer comment sont utilisées, dans le calcul de la modification globale de taux par garantie, les répercussions sur les taux des modifications des taux de base, des écarts et des rabais et majorations, conjointement avec tout calcul hors bilan qui pourrait s'appliquer. Ce calcul doit correspondre à la modification de taux globale proposée à la question 4a ou 12 de l'annexe A, le cas échéant.

7.g. Bouleversement et augmentations du plafonnement des primes (plafonnement) (voir aussi les [Notes techniques](#))

Les assureurs doivent tenir compte des répercussions que les changements de taux proposés auront sur

les consommateurs. L'annexe A doit inclure des renseignements sur le bouleversement des taux. Toute méthode de plafonnement proposée, ainsi que les calculs des répercussions du plafonnement, doit être entièrement décrite dans cette partie.

Les garanties auxquelles la procédure de plafonnement s'appliquera doivent être calculées. L'incidence du plafonnement doit être calculée sur les principales garanties, y compris la FMPO 44R, mais à l'exclusion des avenants et des indemnités d'accident facultatives.

Bien que le plafonnement soit habituellement atteint sur les écarts, le plafonnement de la prime totale n'est autorisé que dans les circonstances limitées énoncées ci-dessous. La CSFO envisagera des augmentations du plafonnement des primes (plafonnement positif) à des fins d'approbation pour minimiser le bouleversement des taux dans les circonstances suivantes :

- a. Fusions et acquisitions de compagnies d'assurances : En raison de la complexité potentielle de ces opérations, les assureurs seront tenus de dresser un plan visant à éliminer progressivement le plafonnement positif (à supposer qu'il soit proposé) dans un délai de deux ans.
- b. Modification importante du système de classement des risques : Lorsque l'établissement de nouvelles variables ou le dégroupement de variables existantes crée, par exemple, une situation dans laquelle plus de 20 % des clients d'un assureur voient leurs taux augmenter de plus de 20 %, le plafonnement pourrait être autorisé pour une période d'au plus deux ans à compter de la date d'entrée en vigueur des taux approuvés pour les renouvellements.
- c. Les assureurs peuvent continuer à déposer leurs taux pendant cette période. Cependant, la CSFO n'approuvera aucun nouveau plafonnement positif tant que celui approuvé précédemment n'aura pas été éliminé.

Exigences

- a. les assureurs doivent fournir la modification générale proposée des taux « non plafonnée » de même que la modification générale proposée des taux « plafonnée » dans un dépôt de taux lorsque le plafonnement positif est proposé;
- b. les assureurs sont tenus d'assurer le suivi de toutes les politiques dans les cas où le plafonnement positif a été appliqué, ainsi que du motif. De plus, lorsque la hausse des primes excède le plafond, ils doivent faire le suivi des polices dont les taux n'ont pas fait l'objet d'un plafonnement positif. L'assureur doit assurer le suivi de ces renseignements deux fois par année et les mettre à la disposition de la CSFO sur demande;

Le plafonnement n'est pas autorisé dans les situations suivantes :

- a. modifications des taux de base seulement;
- b. transferts ou acquisitions dans le portefeuille du courtier;
- c. diminutions des primes (plafonnement négatif).

Pour les catégories d'assurance-automobile qui dépendent des taux déposés à l'égard des véhicules autres que les voitures de tourisme, veuillez donner les renseignements suivants :

- i. les répercussions des modifications proposées sur les taux;
- ii. les calculs qui valident les répercussions des modifications proposées sur les taux;
- iii. une copie de la règle de tarification qui établit le lien avec la catégorie d'assurance-automobile;
- iv. la partie 10 intitulée Exemples de tarification doit être remplie pour les catégories dépendantes d'assurance-automobile. Voir **SACRTTC** - voir Appendix C Other Than PPA Risk Profiles.xlsx.

Partie 9 : Pages du manuel sur l'assurance-automobile contenant le système de classement des risques modifié

Une version préliminaire des pages du manuel sur l'assurance-automobile contenant les modifications proposées aux règles de tarification, aux rabais, aux majorations ou aux définitions **doit être déposée**. Le dépôt d'une version préliminaire des pages du manuel contenant les taux par territoire, catégorie, dossier de conduite, etc. est facultatif.

Toute modification ou tout ajout aux règles de tarification, aux définitions ou au texte du manuel proposé doit être identifié au moyen d'une barre latérale (|).

Une copie électronique (ou sur cédérom) de la version définitive et complète des pages du manuel sur l'assurance-automobile contenant le système de classement des risques approuvé **doit** être soumise au plus tard 30 jours après l'approbation des taux déposés. L'assureur doit aussi fournir une copie des tables des groupes tarifaires de véhicules les plus récentes dans la version définitive du manuel. **Consultez les Lignes directrices pour le dépôt des manuels de l'assurance-automobile pour connaître les directives**. L'assureur peut être assujéti à une mesure réglementaire imposée par la CSFO s'il omet de fournir les renseignements exigés dans ce délai.

Partie 10 : Exemples d'établissement des taux

L'annexe C donne des exemples d'établissement des taux couvrant les catégories d'assurance-automobile assujétiées à la loi. Chaque assureur doit déposer auprès de la CSFO les exemples d'établissement des taux touchés par le dépôt. Il convient de noter que les exemples exigés pour les prochains dépôts ne seront peut-être pas les mêmes. La CSFO peut également exiger des exemples supplémentaires ou différents suite au processus d'examen. Consulter les versions Excel des exemples d'établissement des taux à l'annexe C relative aux profils de tarification pour les dépôts concernant des véhicules assurés autres que les voitures de tourisme dans l'écran d'aide du SACRTTC. Il est à noter que seuls les fichiers Excel joints aux dépôts dans le **SACRTTC** (anglais seulement) seront acceptés par la CSFO; sinon les dépôts seront considérés comme incomplets.



Certains sites Web ou documents auxquels vous pouvez accéder à partir du présent site ou menant au présent site ont été mis sur pied ou sont exploités par des organismes ne faisant pas partie du gouvernement de l'Ontario ou pour le compte de tels organismes. Ces derniers sont les seuls responsables du fonctionnement et le contenu (y compris le droit de fournir ce contenu) de leur site respectif. Il se peut que ces sites ou documents externes n'existent pas en français. Les liens externes fournis dans le présent site ou menant au présent site ne signifient pas que le gouvernement de l'Ontario appuie ces organismes ni qu'il garantit le contenu (y compris le droit de

fournir ce contenu) de leur site respectif.

Les exemples d'établissement des taux doivent être remplis en fonction de la description de risque énoncée. Chaque assureur doit donner les critères de tarification actuels et proposés pour chacun des exemples, au besoin. Les territoires de tarification doivent être ceux que définit le manuel de tarification de l'assureur.

Toute information supplémentaire à l'égard de l'exemple d'établissement des taux doit être déclarée et accompagnée d'une description détaillée pour chaque exemple en cause.

Voici les directives précises et les hypothèses de base qui doivent être respectées en remplissant les exemples d'établissement des taux :

- Tous les taux doivent être annuels. Si aucune police annuelle n'est établie, les taux doivent être annualisés.
- Tous les risques doivent être tarifés suivant strictement les renseignements donnés. **N'INSCRIVEZ PAS** de taux préférentiels, à moins que les critères énoncés correspondent aux règles d'admissibilité à une catégorie préférentielle. Si c'est le cas, ne donnez que les taux préférentiels et indiquez-le.
- Indiquez clairement tous les rabais et toutes les majorations qui s'appliquent à chaque garantie.
- À moins que ce ne soit précisé explicitement dans le profil, ne tenez pas pour acquis que le conducteur a progressé dans l'échelle des permis de conduire.
- Les territoires de tarification doivent être ceux que définit le manuel de tarification de l'assureur.
- Supposez également que seule la garantie de collision s'applique et que la demande d'indemnité était de plus de 1 000 \$.
- Si l'assureur offre des rabais de groupe, donnez le taux individuel hors groupe ainsi que les taux auxquels s'applique le rabais le plus élevé.
- Pour les risques s'appliquant à plusieurs conducteurs, donnez les primes par garantie pour chaque conducteur sur des feuilles distinctes. En outre, la prime totale de la police pour tous les conducteurs doit être soumise.
- Si, selon les règles de souscription de l'assureur, un profil de risque décrit dans un exemple particulier n'est pas souscrit, il faut le mentionner, et les taux n'ont pas besoin d'être indiqués dans ce cas. Cependant, l'assureur doit expliquer pourquoi l'exemple d'établissement de taux n'est pas approprié dans les circonstances.
- Si un exemple d'établissement de taux fait référence à plusieurs taux, l'assureur doit indiquer le taux le plus bas et le plus élevé pouvant être facturés pour le risque décrit, ainsi que l'hypothèse qui sous-tend la différence.
Incluez les primes des garanties tous risques **uniquement si** les garanties collision et risques multiples ne sont pas offertes.

- Toute information additionnelle se rapportant aux exemples de tarification doit être déclarée aux termes de la section du modèle consacrée au traitement des classements, et une description détaillée doit être fournie pour chaque exemple de tarification.
- afin que la CSFO prenne en considération la situation concurrentielle d'un assureur non standard dans un marché non standard, l'assureur est encouragé à déposer une comparaison de ses taux moyens, en fonction des différents risques des portefeuilles, par rapport à la prime moyenne de l'Association des assureurs et des concurrents non standards de l'assureur. De l'information additionnelle concernant toute anti sélection observée, la capacité de l'assureur à contrôler la croissance ou toute autre volatilité observée dans le marché non standard, doit être portée à l'attention de la CSFO dans le dépôt.

Un modèle de dossiers en format Excel est disponible dans l'écran d'aide du SACRRTC.

Les assureurs doivent tenir compte des règles suivantes pour remplir le modèle de dossier avant de les remettre à la CSFO :

1. Le modèle est protégé et ne peut en aucun cas être modifié.
2. Le modèle doit être joint au dépôt des taux applicables aux véhicules assurés autres que les voitures de tourisme dans le SACRRTC; il ne doit pas être en format ZIP ni être dans un dossier.
3. Il ne peut y avoir qu'une version du document, c'est-à-dire la version définitive. Les versions originales ou modifiées doivent être supprimées du SACRRTC.
4. Le dossier doit être en format Excel, non en PDF.
5. Le dossier doit être intitulé comme suit : **annexe C_Profils de risque Autres que VT.**
6. Le nom de la compagnie doit être sélectionné dans la liste déroulante, et les dates d'entrée en vigueur pour les affaires nouvelles et les renouvellements doivent être inscrites sur la première page.
7. Inscrivez les primes dans TOUS les endroits prévus. Notez qu'il faut arrondir au nombre entier pour les primes des couvertures individuelles (par exemple, vous devez inscrire séparément la prime pour automobile non assurée et la prime pour la garantie IA type et fournir chacune des primes dans leurs colonnes respectives). Si aucune prime n'est facturée, indiquez « 0 ». Indiquez les critères du profil de risque actuels et proposés et les commentaires qui s'y rapportent, en respectant la limite de 255 caractères, dans les tableaux au bas de chaque page de profil.
8. Si votre compagnie souscrit uniquement des groupes selon la définition du Règlement 664, veuillez remplir les deux modèles en utilisant le taux qui n'est pas réservé aux groupes.
9. Il faut soumettre le modèle pour chaque dépôt pour véhicules autres que les voitures de tourisme, y compris les catégories dépendantes s'il y a lieu, même si aucune modification de la prime n'est proposée.
10. Le dépôt doit être retourné et soumis de nouveau dans le SACRRTC lorsqu'il faut apporter des changements au modèle (par exemple, modification de la date d'entrée en vigueur ou correction de la prime).

Partie 11 : Modification de frais

Si la compagnie propose d'apporter des modifications ou d'ajouter de nouveaux frais, l'annexe D doit être envoyée. Un Certificat de l'actuaire n'est pas exigé dans les cas où les seules modifications proposées visent les frais. Les motifs pour les modifications et le certificat du membre de la direction sont requis.

Partie 12 : Indemnités d'accident optionnelles ou modifications de la franchise délictuelle

Si la compagnie propose d'apporter ces modifications, l'annexe E doit être envoyée. Les détails concernant les indemnités d'accident optionnelles doivent être inclus dans la partie 7, même si aucune modification n'est proposée dans le dépôt. Un certificat de l'actuaire n'est pas requis si la seule modification a trait aux indemnités d'accident optionnelles ou à la franchise pour responsabilité délictuelle. Les motifs pour les modifications, le certificat du membre de la direction et une version préliminaire des pages du manuel sur l'assurance-automobile sont requis.