

Mise en pratique des normes IFRS 4 pour les contrats d'assurances dommages

Recommandations de l'Association suisse des Actuaires pour la mise en pratique des Normes internationales d'informations financières 4 [*International Financial Reporting Standards 4, IFRS 4 Insurance Contracts, Issue Date : 31 March 2004*]

Edition d'avril 2006

Les termes et expressions français infra sont ceux utilisés dans le Journal officiel de l'Union européenne.

Traduction de l'allemand

1. Introduction et résumé

Les présentes recommandations éclairent les aspects des normes IFRS 4 concernant la comptabilité technique d'un assureur. Elles se réfèrent principalement à la situation en vigueur en Suisse. Elles ont pour objectif de faciliter aux actuaires et autres professionnels concernés la mise en œuvre d'une matière et la compréhension d'une terminologie en partie nouvelle.

Les paragraphes ci-dessous donnent tout d'abord une brève présentation des normes IFRS 4. Puis, divers concepts seront expliqués et, autant que possible, illustrés par des exemples. Les précédentes notices d'informations sur ce thème sont caduques. Leur contenu est intégré dans les présentes recommandations.

La présente édition d'avril 2006 remplace les versions parues antérieurement en allemand, en particulier l'édition de septembre 2004. Les modifications les plus importantes sont :

- Nous suivons la traduction française de l'UE sauf en cas de pratique suisse différente (voire : Journal officiel de l'UE du 31.12.2004, L 392/37 ss., IFRS 4 avec annexes, http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/fr/oj/2004/l_392/l_39220041231fr00010145.pdf à partir de page 37)
- Ainsi l'expression suisse «preneur d'assurance» («policyholder», «Versicherungsnahmer») est élargi au sens de l'IASB : il faut la comprendre au sens de «titulaire de la police». Par conséquent, le chiffre 3 de l'ancien texte allemand fut corrigé.

A l'origine, l'IASB avait l'intention d'édicter au 1^{er} janvier 2005 des règles extensives concernant la reconnaissance et l'évaluation des contrats d'assurance. Les difficultés rencontrées, principalement lors des questions d'évaluation, ne pouvant être résolues

de manière satisfaisante dans le temps imparti, ont conduit à l'introduction des présentes normes IFRS 4 qui, dans un certain sens, constituent une règle transitoire. Selon l'IASB cependant, ces normes présentent un progrès dans la publication des comptes et des améliorations lors de la reconnaissance et l'évaluation des contrats d'assurance.

Le contenu des normes IFRS 4 est résumé ci-dessous en guise d'introduction :

- Les présentes normes s'appliquent aux contrats d'assurance (y compris les traités de réassurance) qu'un assureur émet et aux traités de réassurance qu'il détient. Les autres types de contrat qu'un assureur traite ne sont pas touchés ou sont soumis à d'autres normes IFRS. Certains aspects de la comptabilité des assureurs et réassureurs sont abordés, mais pas ceux touchant les preneurs d'assurance.
- Un contrat d'assurance est caractérisé par le transfert d'une part significative du risque couvert de l'assuré à l'assureur. Par ce contrat, l'assureur indemnise l'assuré lorsqu'un évènement assuré imprévisible se produit à un moment futur également imprévisible et que cet évènement provoque une perte à l'assuré.
- Les normes IFRS 4 ne permettent pas la création de réserves pour des sinistres futurs qui ne se seraient pas encore produits au moment de la clôture du bilan ; sont visées en particulier les réserves de fluctuation de sinistres et les réserves en cas de catastrophe.
- Les normes IFRS 4 imposent l'application d'un « test de suffisance du passif » (Liability Adequacy Test ou LAT) pour les engagements de l'assureur, ainsi que l'examen de la valeur des prétentions envers le réassureur.
- Une compensation des engagements de l'assureur avec les prétentions envers le réassureur n'est pas possible.
- IAS 37.3 interdit une compensation de l'indemnité du titulaire de la police (« preneur d'assurance », « policyholder », voire chiffre 3) avec des recettes suite à un recours et de réalisation d'épaves (« subrogation » et « salvage »). Les conséquences pour IFRS 4 sont en étude.
- Les normes IFRS 4 n'autorisent un changement des bases comptables actuelles que si, formulé de manière générale, la modification favorise l'établissement d'un rapport financier plus transparent que l'ancien et que, en même temps, la fiabilité des données n'en est pas amoindrie. Il faut se référer aux critères de l'IAS 8.
- Un assureur pourra poursuivre certaines pratiques existantes avant le 31.12.2004, mais l'introduction de celles-ci postérieurement 1.1.2005 est contraire aux IFRS 4. Il s'agit de :
 - l'évaluation des passifs d'assurance sur une base non actualisée

- le maintien de chargements de sécurité dans le calcul des réserves techniques, mais sans renforcer ces dernières
- Les dérivés incorporés peuvent continuer à être traités conformément aux normes IFRS 4, pour autant qu'ils répondent à la définition applicable aux contrats d'assurance
- Les composantes « dépôt » de contrats d'assurance peuvent être séparées si l'assureur peut les évaluer sans prendre en compte la composante « assurance »
- L'utilisation de méthodes comptables non uniformes pour les contrats d'assurance des filiales peut être maintenue
- La transparence dans le rapport financier doit démontrer au lecteur qu'il est en présence d'affaires d'assurance. En particulier, les objectifs et les méthodes de risk-management, de même que le montant, le moment du paiement, ainsi que l'incertitude quant aux flux d'argent futurs sont des éléments intrinsèques aux contrats d'assurance

Des commissions de l'IASB travaillent actuellement à la problématique centrale d'une réglementation pour les contrats d'assurance, à savoir leur évaluation (travaux de phase 2 des normes comptables IFRS pour les contrats d'assurance). Les problèmes qui y sont liés ne sont pas traités dans cette notice. L'IASB publiera ces règles d'évaluation dans une norme IFRS ultérieure. Cependant, il ne faut pas s'attendre à une telle publication ni cette année, ni l'année prochaine.

Le tableau suivant donne les titres des paragraphes où sont expliquées les notions les plus importantes, illustrées par des exemples.

Paragraphe	Contenu
2	Assureur / Réassureur
3	Contrat d'assurance / Contrat d'investissement
4	Composante « assurance » / Composante « dépôt »
5	Classification des produits
6	Evènement
7	Risque d'assurance et risque financier

8	Flux des paiements / Cash-flows
9	Décomposition des composantes assurance et dépôt
10	Options et dérivés incorporés
11	Tarifification d'expérience
12	Participation aux excédents
13	Test de suffisance du passif (LAT)
14	Transparence
15	Entrée en vigueur des normes IFRS 4 et dispositions transitoires
	Schéma de classification des produits non Vie

2. Assureur / Réassureur

Les normes IFRS 4 considèrent comme assureurs les entreprises qui émettent des contrats d'assurance, peu importe qu'elles soient désignées comme telles par la législation ou soumises à la surveillance de l'état.

Un réassureur est celui qui émet des traités de réassurance. La société d'assurances qui souscrit un traité de réassurance est appelée cédante.

Les normes IFRS 4 exigent fondamentalement que les traités de réassurance soient traités de la même manière que les contrats d'assurance. Les dispositions transitoires permettent cependant en partie la poursuite des pratiques existantes. Une égalité de traitement absolue ne sera exigée qu'après la fin de la phase 2.

3. Contrat d'assurance / Contrat d'investissement

Un contrat d'assurance est un contrat liant l'assureur et le preneur d'assurance.

Selon IFRS 4 il faut comprendre la notion «preneur d'assurance» au sens élargi : y sont compris le partenaire de l'assureur et les ayants droit de la police.

Voire : Journal officiel de l'UE du 31.12.2004, L 392/37ss. IFRS 4, Annexe A,
Définitions : Titulaire de la police (en anglais : Defined terms : policyholder).

L'assureur y assume une part significative du risque d'assurance. Il s'oblige à indemniser l'assuré ou le bénéficiaire au cas où un événement déterminé causerait un préjudice à ce dernier. Les normes IFRS 4 définissent le contrat d'assurance principalement d'après les obligations contractées par l'assureur ; elles ne parlent pas des obligations du preneur d'assurance.

Les contrats qui ne prévoient pas ou trop peu de transfert de risque de l'assuré à l'assureur ne sont pas concernés par les normes IFRS 4. Ils seront traités comme contrats d'investissement ou instruments financiers.

IFRS 4 B 19 mentionne des exemples de contrats qui ne sont pas considérés comme contrats d'assurance.

Il faut en particulier traiter du cas de l'autoassurance (voire IFRS 4 B 19 c). Afin de décider si un contrat est une autoassurance (par conséquent pas un contrat d'assurance) il faut vérifier s'il y a transfert de risque avec un tiers indépendant.

A cet effet, il faut répondre aux questions suivantes :

1. Qui est le preneur d'assurance («titulaire de la police») selon IFRS 4 ? Bien que l'assureur peut bénéficier dans certain cas, il n'y a pas autoassurance dans tous les cas.
2. Le preneur d'assurance («titulaire de la police»), est-il indépendant de l'assureur en réalité, pas seulement de juridiquement ?
3. Si la réponse à la question 2 est « oui » : Y'a-t-il transfert d'un risque significatif entre le tiers indépendant et l'assureur ?

L'analyse de ces points peut être laborieuse.

Exemple : LAA

- En règle générale, les assureurs suisses placent le contrat LAA pour leur propre personnel dans leur propre portefeuille. S'agit-il d'autoassurance selon IFRS 4 ?
- Réponse :
Non, il s'agit d'un contrat d'assurance.
- Justifications :
Réponse à la question 1 : Ce sont les employés et leurs survivants qui sont les „titulaires de la police“. Le fait que l'employeur paye toute ou une partie de la prime est sans importance.

Réponse à la question 2 : Oui, le titulaire de la police, c'est-à-dire le bénéficiaire, est réellement indépendant de l'assureur. Les prestations d'assurance LAA sont à verser indépendamment d'une éventuelle

responsabilité civile de l'employeur, elles seront versées même si la prime ne serait pas payée (Dans ce cas par la caisse de compensation LAA, selon art. 59 LAA). De plus, l'assurance LAA s'étend aux accidents non-professionnels.

Réponse à la question 3 : Oui. Il y a transfert significatif de risque entre la personne assurée et l'assureur. La majeure partie des prestations sera versée pour des accidents non-professionnels.

Le contrat d'assurance peut être défini d'une part directement, comme nous l'avons fait ci-dessus, d'autre part indirectement, par opposition à d'autres instruments financiers, comme ci-dessous :

- Par le contrat d'assurance, l'assureur accepte un risque et garantit au preneur d'assurance ou au bénéficiaire une indemnité si un événement futur et incertain vient à se produire. L'évènement doit avoir causé un préjudice à l'assuré ou aux ayant droits.
- Ne sont pas considérés comme événements assurables, les dommages consécutifs aux modifications des variables suivantes : taux d'intérêt, papiers valeurs, prix des marchandises, cours de change, index des prix, « ratings » de crédit, etc. Les contrats protégeant de telles variables sont considérés dans la terminologie de l'IASB comme instruments financiers.
- Le contrat d'assurance doit contenir suffisamment de risque d'assurance. C'est le cas lorsque l'évènement assuré provoque pour l'assuré un changement significatif dans le Cash Flow contractuel.
- Ne tombent pas dans la catégorie des contrats d'assurance les instruments financiers, resp. les types de contrats suivants :
 - les garanties liées aux produits directement émises par un fabricant
 - les actifs et passifs des employeurs, résultant des régimes d'avantages du personnel, et les obligations au titre des prestations de retraite comptabilisées par des régimes à prestations définies
 - les paiements de prestations reçues ou fournies en vertu de relations d'affaires
 - les contrats de leasing et les tantièmes
 - les contrats en vertu desquels l'émetteur a la possibilité ou l'obligation, au cas où l'évènement assuré se produit, de conclure de nouveaux engagements financiers ou de recevoir des instruments liés au capital propre du partenaire.

Les opérations suivantes sont considérées comme contrats d'assurance :

- l'assurance contre le vol ou les dommages matériels

- l'assurance responsabilité civile (produits, professionnelle, privée) ou l'assurance défense et recours
- invalidité et frais médicaux
- la garantie liée aux produits (pour autant qu'elle soit donnée par un assureur)
- l'assistance en cas de voyage

- les titres obligataires permettant de se prémunir contre les catastrophes naturelles, pour autant que le titulaire subisse un préjudice financier

- l'assurance de crédit qui prévoit des paiements spécifiques à effectuer pour rembourser son titulaire d'une perte encourue par son titulaire en raison de la défaillance d'un débiteur spécifié

- les swaps d'assurance et autres contrats qui imposent un paiement sur la base de changements de variables climatiques, géologiques ou d'autres variables physiques spécifiques à une des parties au contrat

- la réassurance active et passive

Les exemples suivants ne sont pas des contrats d'assurance :

- les contrats d'investissement qui ont la forme juridique d'un contrat d'assurance, mais qui n'exposent pas l'assureur à un risque d'assurance significatif

- les contrats d'investissement qui ont la forme juridique d'un contrat d'assurance, mais qui rétrocèdent tout le risque d'assurance significatif au titulaire de la police par le biais de mécanismes exécutoires non résiliables et qui ajustent les paiements futurs à effectuer par le titulaire de la police directement en fonction des pertes assurées

- l'autoassurance

- les contrats tels que les jeux de hasard, sans que l'assuré ait à subir un préjudice

- les dérivés

- les titres obligataires permettant de se prémunir contre les catastrophes naturelles, sans que le titulaire ne subisse de préjudice financier

Chaque société doit analyser et classer ses produits selon les critères susmentionnés. Voir sous «**Classification des contrats d'assurance**».

4. Composante « assurance » / Composante « dépôt »

Certains contrats d'assurance contiennent à la fois une composante « assurance » et une composante financière appelée selon la terminologie IASB composante « dépôt ».

Chaque partie d'un contrat qui comporte un élément de risque assurantiel significatif est considérée comme composante « assurance ». A de telles composantes s'appliquent les mêmes règles que celle valables pour les contrats d'assurance.

Chaque partie d'un contrat qui ne comporte pas de risque ou seulement un risque insignifiant est considérée comme composante « dépôt ». C'est le cas lorsque les conditions contractuelles conduisent à ce qu'après l'exécution des droits et obligations prévues par le contrat, aucune des parties n'a la possibilité de réaliser un gain ou une perte. Comme exemple, mentionnons les clauses de participations aux bénéfices qui conduisent à l'élimination des gain et pertes pour chacune des parties, ou les procédures qui tendent à amortir les fluctuations du bilan et/ou du compte de résultats.

Voir à ce sujet le chapitre 9 : Décomposition des composantes assurance et dépôt.

5. Classification des produits

La classification comprend tous les contrats que l'assureur (ou réassureur) émet, et les traités de réassurance qu'il a conclu pour les protéger. Un contrat qui remplit les conditions d'un contrat d'assurance demeure un contrat d'assurance jusqu'à l'extinction ou l'expiration de l'ensemble de ses droits et obligations. Inversement, certains contrats ne transfèrent pas de risque d'assurance à l'origine, bien qu'ils transfèrent un risque d'assurance à une date ultérieure ; ces contrats sont à considérer comme contrats d'assurance dès le début (voir IFRS 4 B29).

Le graphique figurant à la fin de cette notice propose un processus de décision simple à appliquer pour classer les **produits non Vie**. Il s'agit bien sûr de classification d'un portefeuille existant d'une compagnie d'assurance ou de réassurance.

Dans la pratique, certains contrats, pourtant classifiés comme contrats d'assurance, n'ont pas pour objectif principal le transfert traditionnel de risque. Il s'agit par exemple de mesures de pré- ou post-financement, ou de protection du bilan. Les normes IFRS 4 prévoient pour ces contrats une exclusion, totale ou partielle, de la comptabilité technique de l'assureur.

Cette classification est à vérifier périodiquement et les nouveaux produits doivent être classés avant leur introduction sur le marché.

De bonnes procédures de classification, bien documentées, favorisent la transparence et aident l'assureur et les réviseurs à venir à bout plus rapidement des travaux de clôture.

6. Evènement

L'incertitude (le risque d'assurance) se réfère le plus souvent à un évènement futur. Les normes IFRS 4 mettent en évidence les trois éléments de cette incertitude. Le contrat doit garantir au moins un de ces éléments :

- l'occurrence elle-même de l'évènement,
- le moment de l'occurrence, ou
- le montant de l'indemnité à payer si l'évènement survient.

L'évènement assuré ne doit pas forcément avoir lieu dans le futur. Lorsque l'occurrence de l'évènement est connue à la souscription, mais que le montant à payer reste ouvert, nous sommes aussi en présence d'un risque d'assurance.

7. Risque d'assurance et risque financier

L'IASB définit tout d'abord le risque financier (dans les normes IFRS 4, puis dans d'autres standards IASB, par exemple l'IAS 39). Un tel risque est défini par le possible changement futur de l'une ou plusieurs des variables suivantes : taux d'intérêts, prix des papiers valeurs, cours de change, index des prix, « ratings » de crédit, etc.

Le risque d'assurance est défini a contrario comme n'étant aucun des risques susmentionnés, mais un risque qui est transféré de l'assuré à l'assureur et qui représente une importance significative.

Le risque d'assurance est significatif au sens des normes IFRS 4 dès que l'occurrence d'un évènement exerce un effet négatif significatif sur la valeur actuelle des cash-flows du contrat. Les normes IFRS ne donnent aucune indication quantitative permettant de préciser le terme significatif.

L'assureur doit apprécier le caractère significatif du risque d'assurance contrat par contrat et non pour l'ensemble du portefeuille. Cette estimation est à prendre au brut et non après décompte des éventuelles prestations de réassurance. Les traités de réassurance sont à analyser séparément en ce qui concerne leur teneur en risque.

Toute assurance traditionnelle remplit en principe ces conditions de transfert de risque significatif. Ce n'est qu'à travers des assurances complémentaires, par des clauses de

participation aux bénéfices spéciales ou par une tarification particulière basée sur l'expérience que l'influence financière du sinistre sur les flux de paiements est éliminée.

8. Flux des paiements / Cash-flows

La notion bien connue de cash-flow recouvre le flux des paiements pour une entreprise déterminée durant une période déterminée. Les cash-flows provenant de contrats d'assurance ou de portefeuilles d'assurance doivent aussi être traités en accord avec les normes IFRS 4. Pour tous ses produits, l'assureur doit, d'une part modéliser, d'autre part mesurer exactement les flux financiers, afin de pouvoir boucler ses comptes. La modélisation sert par exemple à la tarification du risque, à établir des calculs de rentabilité, ou au calcul des réserves techniques pour le bilan. La modélisation doit prendre en compte tous les droits et obligations émanant du contrat (CGA, conditions particulières et l'ensemble des conventions qui influencent d'une manière ou d'une autre le contrat).

Comme exemple concret illustrant l'analyse des flux de paiements futurs, on peut citer le calcul des réserves de sinistres à l'aide des triangles de développement. Ces derniers ne mettent pas seulement en évidence les paiements effectués par exercice, mais offrent la décomposition de ces montants par année d'occurrence. Les calculs basés sur cette méthode permettent la décomposition de la réserve de sinistres globale à la date du bilan par année d'occurrence. Les montants obtenus ne représentent rien d'autre que le flux des paiements futurs susmentionné (escomptés ou non escomptés).

9. Décomposition des composantes « assurance » et « dépôt »

Lorsque les composantes « assurance » et « dépôt » contenues dans un contrat sont indépendantes l'une de l'autre, elles doivent être séparées (IFRS 4 § 10 a).

La décomposition est nécessaire lorsque les conditions suivantes sont réunies :

- L'assureur peut évaluer la composante « dépôt » seule, c'est-à-dire sans avoir égard à la composante « assurance ».
- Les règles en vigueur de l'assureur ne prescrivent actuellement pas d'évaluer tous les obligations et droits résultant de la composante « dépôt ».

La décomposition est permise sauf au cas qu'une évaluation séparée ne soit pas possible.

Comme exemple pour la décomposition obligatoire, mentionnons les tarifications d'expérience et les clauses de participation aux bénéfices qui annulent le transfert de risque par des paiements appropriés, ou des contrats dont les deux composantes peuvent être offertes séparément.

De plus, la décomposition est obligatoire (IFRS 4 § 11) pour les contrats de réassurance financière qui prévoient le remboursement au réassureur des indemnités pour sinistres reçues qui autrement ne serait pas comptabilisées comme obligations.

La décomposition est permise, sans être obligatoire, lorsque la composante « dépôt » varie dans le temps et dans son montant en fonction des cash-flows d'assurance. C'est le cas des valeurs de rachat en assurance Vie.

Ceci est également valable dans les cas suivants :

Un contrat d'assurance dommage réuni deux parts :

- Couverture des dommages jusqu'à concurrence de CHF 1 million. La prime est CHF 1 million. A la fin de l'année, le réassureur verse une participation aux excédents correspondant à la différence entre la prime et les indemnités payées.
- Couverture « stop loss » de CHF 5 millions xs 1 million, conclue dans l'hypothèse que les montants garanties peuvent être atteints en réalité.

Manifestement, la première part n'est pas un contrat d'assurance selon IFRS 4. La deuxième part en fait un, puisque le montant garanti des deux part réunies peut varier de manière significative. La décomposition est permise, sans être obligatoire ; elle est possible sans problèmes. S'il n'y a pas décomposition, la prime entière peut être comptabilisée comme telle.

10. Options et dérivés incorporés

Les options et dérivés intégrés dans des contrats d'assurance ne doivent pas être évalués séparément, lorsqu'ils remplissent eux-mêmes les conditions pour être reconnus comme contrats d'assurance.

Comme exemple, mentionnons l'exercice par l'assuré de l'option de renouvellement avec une prime inchangée ou la garantie de pouvoir augmenter sa police dans certaines circonstances.

11. Tarification d'expérience

La tarification d'expérience est une méthode de tarification qui utilise l'expérience de sinistres des années passées pour la fixation de la prime des périodes futures. Les normes IFRS 4 considèrent qu'une tarification d'expérience poussée à l'extrême pourrait éliminer tout transfert de risque entre l'assuré et l'assureur. Dans un pareil cas, le contrat ne serait plus considéré comme contrat d'assurance, mais à classer comme contrat d'investissement.

Comme exemple, mentionnons un contrat avec une clause prévoyant le transfert total et automatique du bénéfice ou de la perte d'une période en déduction de la prime pour la période suivante.

12. Participation aux excédents

Il faut distinguer entre

- les participations aux excédents prévues contractuellement, selon des règles précises inscrites dans chaque contrat individuellement. Le preneur d'assurance a un droit effectif à cette participation au moment stipulé dans la police, et
- les participations aux excédents calculées et payées librement par l'assureur provenant de bénéfices réalisés globalement sur les primes de risques ou le revenu des placements du portefeuille considéré. Le terme librement se réfère ici à la détermination du montant et du moment du paiement, sans remettre en cause l'obligation de l'assureur de payer une participation aux excédents.

La participation aux excédents contractuelle est un engagement spécifique de chaque contrat individuel ; il faut la traiter comme telle : il s'agit d'un engagement technique, pour lequel il y a lieu de créer une réserve technique.

En assurance dommages, on ne rencontre en règle générale que la participation contractuelle, appelés souvent « participation aux excédents indépendante des résultats ».

Il faut par contre prévoir des règles adaptées en ce qui concerne les participations globales pour lesquelles des moyens ont déjà été réservés : en effet, ils ne peuvent par nature pas être répartis contrat par contrat. Il faut donc décider si les moyens à disposition sont à traiter comme réserves (liability) ou comme capital propre (equity).

Les normes IFRS 4 ne traitent que les participations globales librement calculées par l'assureur et laissent à celui-ci la liberté de traiter les moyens à disposition comme réserve ou comme capital propre. Le texte ne donne pas d'indication ou critère en ce qui concerne les règles d'attribution ou de répartition du bénéfice. L'IASB est consciente du problème que les règles IAS ne permettent pas la création de réserves techniques d'assurance pour des obligations futures (interdiction des réserves latentes ou surévaluées), ce qui semble pourtant être le cas ici : l'assureur devra sur la base de dispositions contractuelles, statutaires, légales ou de conventions de marché, payer un certain montant, dont on ne connaît pas précisément l'importance, l'attribution par police et le moment du paiement. En Suisse, des cas d'application seront plutôt rares.

Quoiqu'il en soit, l'assureur doit être conscient des conséquences de son choix : si la participation aux excédents globale est considérée comme un engagement, elle devra

satisfaire aux exigences du test de suffisance du passif (LAT – voir § 13). Dans tous les cas, la politique comptable doit être présentée de manière transparente.

13. Test de suffisance du passif

Le test de suffisance du passif est désigné en anglais par Loss Adequacy Test (LAT). Il s'agit de déterminer, pour chaque catégorie de produits (groupement de contrats d'assurance selon des critères définis), si les engagements portés au bilan de la période précédente sont toujours adaptés.

Les exigences minimales du test sont :

- Tous les flux d'argents futurs liés au paiement des sinistres, aux frais de traitement des sinistres, ainsi que aux options et garanties incorporées sont à calculer selon les hypothèses actuarielles actuelles et autres bases techniques adéquates.
- Au cas où le test montrerait que les engagements portés au bilan sont insuffisants, la différence serait à comptabiliser dans le compte de résultats.

Il s'agit de mettre en place une réserve pour perte sur liquidation forcée, telle qu'on la connaît en Allemagne, respectivement en Suisse avec les RPC. Les provisions pour sinistres sont à évaluer comme « best estimate ».

Lorsque la compagnie d'assurances réalise déjà au 1er janvier 2005 un test de suffisance du passif répondant aux conditions susmentionnées, elle peut le maintenir sans changement. Dans le cas contraire, elle doit l'introduire. Les normes IFRS 4 ne prescrivent pas dans le détail de quelle manière le test doit être mené, mais renvoie à IAS 37.

14. Transparence

Nous ne citons ici que les clauses ayant un rapport la technique d'assurance. Les normes IFRS 4 ne mentionnent que des exigences de transparence lors de l'élaboration des rapports financiers. Le genre et la profondeur de l'information à fournir ne sont pas spécifiés. On peut partir du principe que les présentations seront faites au niveau des compagnies d'assurances, même si des présentations plus détaillées sont bien sûr possibles. Fondamentalement, il s'agit de représenter les créances, obligations, recettes et dépenses correspondant aux contrats d'assurance séparément par genre de contrats. En ce qui concerne la réassurance passive, il faut indiquer chaque gain et chaque perte inclus dans le compte de résultats.

Il est nécessaire d'indiquer chaque hypothèse actuarielle ou autre et leurs possibles modifications qui pourraient avoir une influence sur la présentation des comptes. Chacune de ces hypothèses doit être analysée séparément.

Lors de la clôture des comptes, une conciliation par rapport à la clôture précédente sera effectuée en ce qui concerne les engagements d'assurance, les prétentions envers le réassureur, ainsi que les frais d'acquisition non amortis.

Afin de faciliter la lecture et la compréhension du compte rendu annuel, les documents suivants sont exigés :

- Présentation des informations avant et après réassurance
- Les effets des changements de bases de calculs sur le compte de résultats et le capital propre de la société
- Description de la concentration des risques
- Comparaison des montants de sinistres par rapport aux projections antérieures. C'est-à-dire la présentation du développement des sinistres d'au moins 5 ans depuis 2005, c'est-à-dire dès l'année d'occurrence 2001 (comprise).

Les informations relatives à la transparence seront fournies pour la première fois dans le rapport annuel 2005. A l'exception du développement des sinistres, il n'est pas nécessaire de fournir des comparaisons de données sur les exercices précédents.

15. Entrée en vigueur des normes IFRS 4 et dispositions transitoires

Les normes IFRS 4 sont applicables aux exercices débutants le 1er janvier 2005 ou plus tard.

Les dispositions relatives à la transparence sont valables aussi bien pour les assureurs appliquant déjà les normes IASB que pour les nouveaux qui les mettent en pratique pour la première fois.

L'application de nouvelles normes IAS, respectivement IFRS, exige que les données concernant les années antérieures à l'entrée en vigueur sont à disposition et doivent partiellement être révisées. Une exception toutefois : le test de suffisance du passif pour lequel il faut renoncer à une application rétroactive, car les difficultés sont trop importantes.