

SAV IFRS 17 Arbeitsgruppe Kollektivleben – Stellungnahme der SAV zur Bestimmung der Contract Boundary sowie zur Beurteilung der Unbundling-Erfordernisse für das Schweizer Kollektivlebensgeschäft

Dezember 2018

Inhaltsverzeichnis

1. Einführung	3
1.1. Schlussfolgerung.....	3
1.2. Zusammenfassung.....	3
2. Beschreibung und Charakteristiken des Schweizer Kollektivleben-Geschäfts	4
2.1. Geschichte, Sinn und Zweck der zweiten Säule	4
2.2. Vertragsparteien	5
2.3. Vertragsart	6
2.4. Repricing-Mechanismus	7
2.5. IFRS 17 Definitionen	9
3. Bestimmung der Contract Boundary und Beurteilung der Unbundling-Erfordernisse gemäss IFRS 17	10
3.1. Einleitung.....	10
3.2. Unbundling	10
3.3. Beurteilung der Darstellung	15
3.3.1. Bilanz	15
3.3.2. Gewinn- und Verlustrechnung	16
3.3.3. Abstimmung zwischen Aktiven und Passiven	17
3.3.4. Änderung des Geschäftsmodells.....	17
3.3.5. Änderung des Umwandlungssatzes	18
3.3.6. Zusammenfassung.....	19
3.4. Die Contract Boundary unter IFRS 17	19
3.4.1. Kriterium 1 [IFRS 17.B63]	20
3.4.2. Kriterium 2 [IFRS 17.34b]	21
3.4.2.1. Practical ability	23
3.4.2.2. Fully reflects	24
3.4.2.3. Pricing to date does not take into account risks rel. to periods after reassessment date ...	26
4. Appendix	28
4.1. Auszüge aus AVO/VAG	28
4.2. Relevante Paragraphen zum Unbundling	31

1. Einführung

Die Arbeitsgruppe Kollektivleben der SAV-Kommission Rechnungslegung hat sich mit der Frage befasst, wie das Schweizer Kollektivlebensgeschäft (KL) unter IFRS17 hinsichtlich der „Contract Boundary“ sowie der „Unbundling“-Kriterien zu beurteilen ist.

1.1. Schlussfolgerung

Die SAV kommt nach Analyse der IFRS 17-Kriterien zum Schluss, dass in Bezug auf das Schweizer Kollektivlebensgeschäft wie folgt vorzugehen ist¹:

- a) Es wird der Kollektiv-Lebensversicherungsvertrag zwischen der Versicherungsgesellschaft und der Stiftung betrachtet.
- b) Für das Schweizer Kollektivlebensgeschäft kommt eine lange Contract Boundary zur Anwendung.
- c) Keine der Komponenten des Schweizer Kollektivlebensgeschäftes erfüllt die Unbundling-Kriterien.

1.2. Zusammenfassung

In Kapitel 2 wird das Kollektivlebensgeschäft als Teil der beruflichen Vorsorge der Schweiz beschrieben. Hierbei wird insbesondere auf die Komponenten, die gesetzlichen Rahmenbedingungen, die Vertragsparteien sowie die Vertragsgestaltung und den Repricing-Mechanismus eingegangen.

In Kapitel 3 wird das Schweizer Kollektivlebensgeschäft im Hinblick auf die Bestimmung der Contract Boundary nach IFRS 17 betrachtet. Im ersten Teil wird untersucht, ob die verschiedenen Komponenten des Kollektivlebensgeschäftes separat betrachtet werden müssen (Unbundling). Im Anschluss wird dargestellt, welche Auswirkungen eine kurze bzw. eine lange Contract Boundary auf die Ergebnisse und die Veränderung der Ergebnisse eines Versicherungsunternehmens hat und inwieweit dies zu sinnvollen Aussagen über dieses Geschäft für die „users of financial statements“ führen würde. In Kapitel 3.3 werden die Anforderungen des IFRS 17 bezüglich der Bestimmung der Contract Boundary speziell für das Schweizer Kollektivlebensgeschäft im Detail analysiert.

Kapitel 4 enthält den Appendix.

¹ Im Falle von abweichenden Sachverhalten müssen die gesellschaftsspezifischen Ausprägungen zusätzlich analysiert werden.

2. Beschreibung und Charakteristiken des Schweizer Kollektivlebens-Geschäfts

2.1. Geschichte, Sinn und Zweck der zweiten Säule²

Das Schweizer Dreisäulen-Konzept für die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung wurde 1972 eingeführt. Die berufliche Vorsorge bildet darin die zweite Säule. Zusammen mit der ersten Säule, der staatlichen Vorsorge, soll sie sowohl die Existenz als auch die Fortsetzung der gewohnten Lebensweise in angemessener Weise sichern.

Dem Geschäft der beruflichen Vorsorge liegt das Kapitaldeckungsverfahren zugrunde, das auf der Äquivalenz von Beitrag und Leistung basiert. Jede versicherte Person finanziert zusammen mit dem Arbeitgeber seine eigene Altersleistung. Um die Altersrenten zu finanzieren, wird während einer 40-jährigen Ansparphase ein individuelles Altersguthaben durch Sparbeiträge, Zins- und Kapitalerträge geäufnet. Die Sparbeiträge sind nach Alter gestaffelt und hängen vom individuellen Lohn ab. Die Risikoleistungen umfassen Invaliditätsleistungen, bestehend aus Invalidenrenten und Invaliden-Kinderrenten, sowie Todesfalleistungen, die aus Hinterlassenenrenten und gegebenenfalls Todesfallkapitalien bestehen. Die Höhe dieser Leistungen bemisst sich aus dem projizierten Altersguthaben, respektive in Prozent des versicherten Lohnes, und wird über einjährige Risikoprämien und im Falle des Todes, über das frei werdende Altersguthaben finanziert.

Als Teil der Sozialversicherung unterliegt die berufliche Vorsorge strengen gesetzlichen Vorschriften. Im obligatorischen Teil der beruflichen Vorsorge sind der zu versichernde Personenkreis und zentrale Parameter gesetzlich vorgegeben. Dies umfasst insbesondere die Bestimmung des versicherten Lohnes, die Altersgutschriften im Sparprozess, die Mindestverzinsung des Altersguthabens mittels des BVG-Zinses, sowie die Festlegung der Rentenhöhe bei Renteneintritt durch den BVG-Umwandlungssatz. Über diese gesetzlichen Mindestleistungen hinaus können höhere, überobligatorische Leistungen versichert werden.

Jedes Unternehmen ist verpflichtet, seine Belegschaft für die obligatorische berufliche Vorsorge in einer vom Unternehmen rechtlich getrennten Vorsorgeeinrichtung zu versichern. Ein Unternehmen kann sich einer überbetrieblichen Sammel- oder Gemeinschaftsvorsorgeeinrichtung anschliessen oder bei ausreichender Grösse eine firmeneigene Vorsorgeeinrichtung gründen.

Bei den Organisationsformen der beruflichen Vorsorge lassen sich autonome und halbautonome betriebliche oder überbetriebliche Vorsorgeeinrichtungen, und vollständig rückgedeckte Vorsorgeeinrichtungen, d.h. Vollversicherungen mit Garantien unterscheiden.

² Dieser und der nächste Abschnitt orientieren sich am Artikel "Überlegungen zur Weiterentwicklung der beruflichen Vorsorge: Leistungs- und Finanzierungskonzept", der im Rahmen des VPS-Verlags erschienen ist.

- Eine *autonome Pensionskasse* ist eine Vorsorgeeinrichtung mit eigener Organisation und Verwaltung, die in der Regel die Anlagerisiken und die versicherungstechnischen Risiken selber trägt.
- Bei einer *halbautonomen Vorsorgeeinrichtung* wird das Anlagesparen selbstständig durchgeführt, während die Risiken Tod und Invalidität sowie allenfalls das Langlebkeitsrisiko für die Altersrenten bei einer Versicherungsgesellschaft rückgedeckt werden.
- Bei einer *vollständig rückgedeckten Vorsorgeeinrichtung* werden alle Risiken (Langlebigkeit, Tod, Invalidität, sowie die Kapitalanlagen) und Verpflichtungen bei einer Lebensversicherungsgesellschaft vollumfänglich rückgedeckt und der Lebensversicherer übernimmt zudem die gesetzeskonforme Durchführung der beruflichen Vorsorge. Die Garantien der Lebensversicherer umfassen dabei die Nominalwertgarantie (Substanzwertgarantie auf dem Altersguthaben), die Zinsgarantie (Verzinsung der Altersguthaben), die Leistungsgarantie (Garantie der BVG-Umwandlungssätze im Obligatorium und der vertraglichen Umwandlungssätze im Überobligatorium, der laufenden Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenrenten), und die Liquiditätsgarantie (Finanzielle Sicherstellung der rechtzeitigen Leistungserbringung, z.B. Freizügigkeitsleistungen, Wohneigentumsförderung).

Die Unternehmen können entscheiden, welche Organisations- und Durchführungsform und welches Vorsorgekonzept sie für die berufliche Vorsorge ihrer Belegschaft wählen. Je nach Durchführungsform sind die Lebensversicherungsgesellschaften unterschiedlich stark involviert. Da bei der Versicherung von Vorsorgeeinrichtungen Kollektive versichert werden, bezeichnet man dieses Geschäft der Versicherungsgesellschaften als *Kollektivlebensgeschäft*.

2.2. Vertragsparteien

Einer Sammel-Vorsorgeeinrichtung ist eine Vielzahl voneinander unabhängiger Arbeitgeber angeschlossen, die jeweils ein eigenes Vorsorgewerk bilden. Zwischen ihnen besteht grundsätzlich weder eine wirtschaftliche noch eine finanzielle Verbundenheit. Jedes Vorsorgewerk hat minimal einen eigenen Vorsorgeplan und die Vorsorgeleistungen werden pro Vorsorgewerk finanziert. Das an die Sammel-Vorsorgeeinrichtung angeschlossene Unternehmen hat somit seine eigene Vorsorgekasse innerhalb der Sammel-Vorsorgeeinrichtung. Der Leistungsempfänger ist das Vorsorgewerk der angeschlossenen Unternehmen und nicht die einzelnen Mitarbeiter des Unternehmens.

Von Gesetzes wegen entsenden Arbeitgeber und Arbeitnehmer die gleiche Anzahl von Vertretern in das oberste Organ der Vorsorgeeinrichtung (paritätische Führung). Die Sozialpartnerschaft spielt daher in der beruflichen Vorsorge eine zentrale Rolle. Wenn sich ein Unternehmen einer Sammel-Vorsorgeeinrichtung anschliesst, dann hat sein Vorsorgewerk eine Personalvorsorgekommission, die sich paritätisch zusammensetzt.

Bei der Durchführung der beruflichen Vorsorge mittels Sammeleinrichtung sind somit folgende Vertragsparteien involviert:

- *Arbeitgeber* und *Sammel-Vorsorgeeinrichtung* sind durch einen Anschlussvertrag (Vertrag sui generis nach OR) miteinander verbunden. Abschluss und Auflösung des Anschlussvertrages müssen gemäss Art. 11 BVG im Einvernehmen mit dem Personal erfolgen.
- Zwischen *Sammel-Vorsorgeeinrichtung* und *Lebensversicherer* besteht ein Kollektiv-Lebensversicherungsvertrag zur Rückdeckung der Leistungsverpflichtungen der Vorsorgeeinrichtung gemäss VVG. Versicherungsnehmerin und Begünstigte ist die Sammel-Vorsorgeeinrichtung. Deren Versicherte und Destinatäre haben kein direktes Forderungsrecht gegenüber dem Lebensversicherer.
- Im Verhältnis von *Sammel-Vorsorgeeinrichtung* und den *versicherten Arbeitnehmern sowie Destinatären* gelten die Reglemente der Vorsorgeeinrichtung. Der Inhalt ergibt sich im Bereich des Obligatoriums direkt aus dem Gesetz, im Überobligatorium aus dem sog. Vorsorgevertrag.

2.3. Vertragsart

Mit dem Kollektivlebensversicherungsvertrag werden Risiken einer Vorsorgeeinrichtung durch einen Lebensversicherer rückgedeckt. Es handelt sich aber nicht um Rückversicherungsverträge, da die Versicherungsnehmer (die Vorsorgeeinrichtungen) keine Versicherungsunternehmen im Sinne des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) sind. Im Gegensatz zu Rückversicherungsverträgen untersteht ein Kollektivlebensversicherungsvertrag dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG).

Die Art der rückgedeckten Risiken kann je nach Bedarf und Risikobereitschaft des Versicherungsnehmers stark variieren. Kollektivlebensversicherungsverträge können typischerweise in zwei Arten eingeteilt werden:

- Reine Risikoverträge sind Lebensversicherungsverträge, die ausschliesslich biometrische Risiken (Tod und Invalidität) rückdecken. Diese Verträge beinhalten weder eine Sparkomponente noch ein Langlebighkeitsrisiko. Im Normalfall werden die biometrischen Risiken jährlich gepreist/tarifiert. Eine Prämiengarantie gibt es kaum, in Spezialfällen bleiben die Prämienätze höchstens über wenige Jahre unverändert. Bei wesentlichen Änderungen, d.h. grossen Prämien- oder Leistungsanpassungen, erhält der Versicherungsnehmer ein ausserordentliches gesetzliches Kündigungsrecht nach BVG Art. 53f. D.h. der Arbeitgeber kann den angepassten Preis bezahlen oder den Anschlussvertrag kündigen. Bei einer Kündigung eines Anschlussvertrages entfällt selbstverständlich ebenfalls die Rückdeckung vom Kollektivlebensversicherungsvertrag.

- Die restlichen Verträge beinhalten hingegen eine Sparkomponente. Diese Sparkomponente kann alle oder einen Teil der finanziellen Risiken einer Stiftung - zusätzlich zu der Rückdeckung der biometrischen Risiken - rückdecken. Sobald einem Versicherungsunternehmen das Eigentum an den Vermögenswerten einer Vorsorgeeinrichtung übertragen wird, muss der Versicherer nach VAG Art.39 die Mindestleistungen garantieren, d.h. der Rückdeckungsvertrag muss mindestens die Leistungen der obligatorischen beruflichen Vorsorge erbringen. Gleichzeitig soll die berufliche Vorsorge gemäss Bundesverfassung die Fortsetzung der gewohnten Lebenshaltung in angemessener Weise ermöglichen. Somit ist es klar, dass Kollektivlebensversicherungsverträge mit einer Sparkomponente einen langfristigen Charakter aufweisen.

Besitzt ein Versicherer sowohl Verträge mit einer Sparkomponente als auch reine Risikoverträge, werden diese finanziell oft gemeinsam geführt, da Verträge mit einer Sparkomponente auch biometrische Risiken beinhalten. Die gemeinsame finanzielle Führung reduziert die biometrischen Zufallsrisiken und erhöht die Stabilität der Erfahrungstarifizierung zugunsten von allen.

Die genaue Gestaltung der Laufzeiten von Kollektivlebensversicherungsverträgen ist unterschiedlich von Versicherer zu Versicherer und von Vorsorgeeinrichtung zu Vorsorgeeinrichtung. Jedoch belegen die langjährigen Erfahrungswerte, dass Kollektivlebensversicherungsverträge (insbesondere solche mit einer Sparkomponente) durchwegs sehr lange Laufzeiten aufweisen und dies ungeachtet ihrer genauen Gestaltung.

Vertraglich besteht die Möglichkeit, den Kollektivlebensversicherungsvertrag auf eine bestimmte Dauer zu befristen; bei befristeten Verträgen stellt sich bei Ablauf die Frage der Kündbarkeit nicht. Nach der Befristung können diese Verträge erneuert werden.

Als weitere Möglichkeit kann der Kollektivlebensversicherungsvertrag als Dauerschuldverhältnis gestaltet werden. Dauerschuldverhältnisse sind Verträge, welche andauern, solange sie nicht gekündigt sind. Ein bekanntes Beispiel für Dauerschuldverhältnisse sind Mietverträge. Die Kollektiv-Lebensversicherungsverträge als Dauerschuldverhältnisse werden somit nicht erneuert sondern können nach einer vorgegebenen Zeit nur gekündigt werden. Eine Erneuerung geht nämlich davon aus, etwas Altes sei abgelaufen. Das ist bei einem Dauerschuldverhältnis nicht der Fall.

2.4. Repricing-Mechanismus

Das Versicherungsunternehmen kann via (genehmigungspflichtigen) Tarifänderungen während der Vertragslaufzeit Anpassungen auf der Finanzierungs- und allenfalls Verpflichtungsseite vornehmen. Im Gegenzug erhält der Versicherungsnehmer bei wesentlichen Anpassungen ein ausserordentliches Kündigungsrecht gemäss Art 53f BVG (in Sammeleinrichtungen: Kündigungsrecht besteht bezüglich Anschlussvertrag und kann zur entsprechenden Anpassung des Kollektivversicherungsvertrages führen).

Tarifänderungen sind genehmigungspflichtige Anpassungen des Geschäftsplans. Die FINMA überprüft dabei, ob keine erheblichen Ungleichbehandlungen entstehen und ob die Solvenz nicht gefährdet wird.

Die Lebensversicherer sind verpflichtet für die Tarifierung risikogerechte biometrische und kapitalmarktbedingte Grundlagen und Berechnungsmethoden zu verwenden. Im Geschäftsplan sind für die verwendeten Grundlagen und Berechnungsmethoden verbindliche Gültigkeitsperioden auszuweisen. In der schweizerischen Kollektivlebensversicherung kommen im Allgemeinen Gültigkeitsperioden eines Jahres zur Anwendung. Die regulatorischen Grundsätze für die Tarifklassen und Erfahrungstarifierung sind in AVO Art. 123 verankert. Die detaillierten aufsichtsrechtlichen Anforderungen der FINMA diesbezüglich sind in dem Rundschreiben 18/04 festgelegt.

Trotz jährlicher Tarifierung und Repricingmöglichkeiten auf dem gesamten Bestand, können in der Tarifierung kaum alle Risiken eliminiert werden, z.B.:

- Bereits laufende Renten insbesondere im Obligatorium können nicht angepasst werden;
- BVG-Zins und obligatorischer Umwandlungssatz sind exogen bestimmt, basierend auf politischen und regulatorischen Faktoren und werden nicht nach risikogerechten Kriterien angepasst;
- Ein Teil der regulatorischen Risiken kann über den Gesamtbestand mit dem Überobligatorium kompensiert werden. Dieser Risikoausgleich kann aber nicht auf Einzelanschlussvertragsebene risikogerecht angepasst werden (beispielweise Anschlussverträge mit minimal-obligatorischen Leistungen, sogenannten Minimalkassen, können keine Risiken über das Überobligatorium kompensieren);
- Aufgrund der Vorschriften gemäss BVG Art. 53e Abs. 3 gelten Abzüge für das Zinsrisiko als Rückkaufskosten. Wenn das Vertragsverhältnis allerdings bereits 5 Jahre gedauert hat, so können keine Rückkaufskosten abgezogen werden.
- Für einjährig tarifizierte reine Risikoverträge kann eine Erfahrungstarifierung angewendet werden. Die Grundsätze dieser Tarifierung sind im FINMA-Rundschreiben 18/04 festgelegt. Die jährlichen Risikoprämien können jährlich vertragsindividuell gestützt auf die individuelle Erfahrung angepasst werden. Wendet das Versicherungsunternehmen Tarifklassen oder Erfahrungstarifierung an, so muss für die Prämienbestimmung neben der individuellen Schadenerfahrung auch die kollektive Schadenerfahrung angemessen berücksichtigt werden. Zu grosse individuelle Prämienunterschiede gegenüber der Kollektivität werden von der FINMA als missbräuchlich beurteilt.

Aus diesem Grund und trotz wesentlicher mitigierender Möglichkeiten bei Kollektivlebensversicherungsverträge mit einer Sparkomponente oder Langlebigerkeitsrisiken, kann der Versicherer die Prämien und Leistungen nicht so anpassen, dass alle Risiken eliminiert werden können.

2.5. IFRS 17 Definitionen

Im Anhang A vom Standard ist für „Vertrag“ und „Policyholder“ folgendes definiert:

insurance contract	A contract under which one party (the issuer) accepts significant insurance risk from another party (the policyholder) by agreeing to compensate the policyholder if a specified uncertain future event (the insured event) adversely affects the policyholder .
policyholder	A party that has a right to compensation under an insurance contract if an insured event occurs.

Weiter werden in den Application Guidelines (Anhang B) „insurance risk“ (Paragraphen B3 – B5) und „significant“ (Paragraphen B17 – B23) erläutert.

Da der Lebensversicherer mit dem Kollektiv-Lebensversicherungsvertrag mindestens die biometrischen Risiken wie Tod oder Invalidität rückt (,,uncertainty“ gemäss Paragraph B3), können wir davon ausgehen, dass ein signifikantes Versicherungsrisiko vorhanden ist und ein Kollektivleben-Versicherungsvertrag im Sinne von IFRS 17 ein Versicherungsvertrag darstellt.

Dabei ist die Stiftung (Sammel-Vorsorgeeinrichtung oder firmeneigene Stiftung) der „Policyholder“ und es wird der Kollektiv-Lebensversicherungsvertrag zwischen der Versicherungsgesellschaft und der Stiftung bewertet³. Die Arbeitsgruppe ist der Meinung, dass zur Bestimmung der relevanten Cashflows die Komponenten aus den Anschlussverträgen an die Stiftung betrachtet werden, welche über den Kollektiv-Lebensversicherungsvertrag durch die Versicherungsgesellschaft rücktgedeckt werden (sowohl für Vollversicherungslösungen als auch für teilautonome Lösungen).

Ein derartiger Ansatz ist notwendig, da sich die Leistungen und damit die Verpflichtungen aus dem Versicherungsvertrag aus der Beschaffenheit der einzelnen Versicherten der Anschlussverträge ergeben. Dies unterscheidet den Versicherungsvertrag auch von einem Rückversicherungsvertrag, bei dem die Schäden einer Versicherung entstandenen Schäden durch die Rückversicherung (teilweise) gedeckt werden. Im Falle des Kollektivversicherungsvertrages handelt es sich um die Rückdeckung spezifischer Leistungen, die durch den Anschlussvertrag erbracht werden.

³ Der Vertrag zwischen der Versicherungsgesellschaft und der Stiftung ist ein Gruppenvertrag und keine Bündelung von einzelnen Versicherungsverträgen. Damit erübrigt sich eine Separierung gem. TRG-Meeting (Agenda Paper 8) vom 26./27. September 2018.

3. Bestimmung der Contract Boundary und Beurteilung der Unbundling-Erfordernisse gemäss IFRS 17

3.1. Einleitung

In diesem Kapitel betrachten wir das Schweizer Kollektivlebensgeschäft im Hinblick auf die Bestimmung der Contract Boundary nach IFRS 17.

Im ersten Teil wird dargestellt, dass die verschiedenen Komponenten des Kollektivlebensgeschäfts nicht separat betrachtet werden müssen (Unbundling). Im Anschluss wird ausgeführt, welche Auswirkungen eine kurze bzw. eine lange Contract Boundary auf die Ergebnisse und die Veränderung der Ergebnisse eines Versicherungsunternehmens hat und dass es nur zu sinnvollen Aussagen über dieses Geschäft für die „users of financial statements“ führen kann, wenn eine lange Contract Boundary gewählt wird. In Kapitel 3.3 werden die Anforderungen des IFRS 17 bezüglich der Bestimmung der Contract Boundary speziell für das Schweizer Kollektivlebensgeschäft im Detail analysiert.

3.2. Unbundling

Ein Versicherungsvertrag kann unterschiedliche Komponenten enthalten, die mit unterschiedlichen Standards zu behandeln sind. Dies gilt insbesondere für Anlage- und Dienstleistungskomponenten. Die relevanten Paragraphen aus dem Standard⁴ sind:

10

An insurance contract may contain one or more components that would be within the scope of another Standard if they were separate contracts. For example, an insurance contract may include an investment component or a service component (or both). An entity shall apply paragraphs 11–13 to identify and account for the components of the contract.

11

An entity shall:

- (a) apply IFRS 9 to determine whether there is an embedded derivative to be separated and, if there is, how to account for that derivative.*
- (b) separate from a host insurance contract an investment component if, and only if, that investment component is distinct (see paragraphs B31–B32). The entity shall apply IFRS 9 to account for the separated investment component.*

⁴ Diese und weitere relevante Paragraphen finden sich auch im Anhang 4.2.

In der Vollversicherung ist kein "embedded derivative" ersichtlich, sodass Paragraph 11 (b) relevant ist. Für die Vollversicherung im Kollektivleben ist der Fokus auf dem Sparprozess ("Investment component"). Eine Dienstleistungskomponente ("Service component") ist nicht separat ersichtlich.

Eine Trennung vom Sparprozess (Anlagekomponente) ist weiter im Standard geregelt:

B31

Paragraph 11(b) requires an entity to separate a distinct investment component from the host insurance contract. An investment component is distinct if, and only if, both the following conditions are met:

- (a) the investment component and the insurance component are not highly interrelated.*
- (b) a contract with equivalent terms is sold, or could be sold, separately in the same market or the same jurisdiction, either by entities that issue insurance contracts or by other parties. The entity shall take into account all information reasonably available in making this determination. The entity is not required to undertake an exhaustive search to identify whether an investment component is sold separately.*

B32

An investment component and an insurance component are highly interrelated if, and only if:

- (a) the entity is unable to measure one component without considering the other. Thus, if the value of one component varies according to the value of the other, an entity shall apply IFRS 17 to account for the combined investment and insurance component; or*
- (b) the policyholder is unable to benefit from one component unless the other is also present. Thus, if the lapse or maturity of one component in a contract causes the lapse or maturity of the other, the entity shall apply IFRS 17 to account for the combined investment component and insurance component.*

Für die Vollversicherung ist keine der Bedingungen aus B31 erfüllt:

- (a) the investment component and the insurance component are not highly interrelated.*
- sowie*
- (b) a contract with equivalent terms is sold, or could be sold, separately in the same market or the same jurisdiction, either by entities that issue insurance contracts or by other parties. The entity shall take into account all information reasonably available in making this determination. The entity is not required to undertake an exhaustive search to identify whether an investment component is sold separately.*

In Bezug auf (b) ist es für einen Schweizer Lebensversicherer, der die Vollversicherung anbietet, unmöglich einzig den Sparprozess zu führen, ohne die Risiken Invalidität oder Tod zu versichern. Falls der Sparprozess rückgedeckt wird, sind auch automatisch das Risiko- und Kostenprozess versichert. Aus diesem Grund ist Bedingung (b) in B31 nicht erfüllt.

Im Folgenden wird auf die Bedingung (a) eingegangen.

In der Kollektiv-Lebensversicherung (insbesondere in der Vollversicherung) unterscheidet man die Prozesse Sparen, Risiko und Kosten. Eine Umschreibung dieser Prozesse findet sich in der Aufsichtsverordnung, AVO, Art. 143, 144 und 145.

Die Prozesse sind eng miteinander verknüpft und können daher nicht losgelöst voneinander betrachtet werden⁵. Im Folgenden sollen Beispiele für diese Verknüpfung aufgezeigt werden:

- Bei den meisten versicherten Firmenkollektiven ist planmässig vorgesehen, dass die im Sparprozess geäuften Altersguthaben im Todesfall der versicherten Person zur Finanzierung der Hinterlassenenleistungen verwendet werden. Das im Sparprozess aufgebaute Altersguthaben ist daher eine wesentliche Einflussgrösse zur Bestimmung von Risikosummen Tod.

Somit besteht eine enge Verknüpfung des Sparprozesses mit der Tarifierung, Reservierung und Valuierung im Risikoprozess.

- Die Kostentarifierung basiert auf einem sogenannten Kostenmodell, welches die Kosten für Dienstleistungen in den Bereichen Akquisition und Betreuung, berufliche Vorsorge und Rückdeckung auf die versicherten Personen verteilt. Dabei erfolgt die Verteilung verursachergerecht in dem Sinne, dass das Modell bei Produkten mit einem höheren Dienstleistungsgrad zu einer höheren Kostenprämie führt.

Um eine adäquate Verursachergerechtigkeit zu erreichen, enthält das Kostenmodell sowohl fixe Prämielemente, welche pro Person anfallen, als auch variable Komponenten. Dabei gibt es variable Kostenprämien-Anteile, welche proportional von

- der Risikoprämie,
- der Sparprämie oder
- dem Altersguthaben

abhängen.

Somit verknüpft der Kostentarif den Kostenprozess sowohl mit dem Sparprozess als auch mit dem Risikoprozess.

- Der Überschussprozess in der Kollektiv-Lebensversicherung basiert auf den sogenannten Mindestquoten-Bestimmungen, welche in der AVO, Art. 139 bis 153, zu finden

⁵ Es ist zusätzlich anzumerken, dass ein einzelner Vertrag nicht in diese Prozesse aufgeteilt wird.

sind. Gemäss diesen Bestimmungen werden die einzelnen Ergebnisse aus Spar-, Risiko- und Kostenprozess zu einem Gesamtergebnis zusammengeführt.

- Für den Zufluss zum Überschussfonds, aber auch für die Alimentierung und die Höhe des Aktionärsanteils ist die Höhe dieses Gesamtergebnisses ausschlaggebend (vgl. AVO, Art. 149 und 150). Daraus resultiert die Möglichkeit einer Quersubventionierung zwischen den Prozessen. Ist beispielsweise der Sparprozess negativ, aber führt ein positives Ergebnis im Risikoprozess dennoch zu einem positiven Gesamtergebnis,
 - darf ein Überschuss geschüttet werden,
 - lassen sich Rückstellungen alimentieren, oder
 - kann der Aktionär einen Gewinn erhalten.

Durch diese Möglichkeit der Quersubventionierung entsteht eine enge und sehr wichtige Verknüpfung zwischen den drei Prozessen.

Ausserdem resultiert ein enger Zusammenhang innerhalb der Prozesse zwischen dem obligatorischen und überobligatorischen Teil der Vorsorge. So können Defizite im Obligatorium, welche etwa auf hohe, gesetzlich vorgegebene Garantien zurückzuführen sind, durch Gewinne im Überobligatorium aufgefangen werden. Für das Zusammenspiel zwischen Obligatorium und Überobligatorium ist noch folgendes zu beachten:

Die Vollversicherung weist eine grosse Vielfalt verschiedener Vorsorgepläne auf, in denen die Beiträge und die Leistungen definiert sind. Hier wird zwischen den zwei folgenden Typen unterschieden, die die überwiegende Mehrheit der Pläne bilden:

- so genannte BVG-Basispläne, die genau die gesetzlich vorgeschriebenen Mindestleistungen widerspiegeln,
- so genannte umhüllende Pläne. Diese Pläne erfüllen die zwingenden Anforderungen der obligatorischen BVG-Versicherung, d.h. sie enthalten die obligatorischen Mindestleistungen, überschreiten jedoch in einigen Fällen die obligatorische Deckung.

Bei den meisten Vorsorgeplänen der Vollversicherung handelt es sich um umhüllende Pläne. In diesen Plänen unterscheiden wir grob zwischen zwei Arten, die obligatorischen Mindestleistungen zu überschreiten:

- Erstens können die obligatorischen Mindestanforderungen so überschritten werden, dass der überobligatorische Teil leicht quantifiziert werden kann. Dies sind zum Beispiel Sparbeiträge oder versicherte Risikoleistungen, die höher sind als gesetzlich vorgeschrieben.
- Auf der anderen Seite gibt es viele qualitative Elemente, die über die obligatorischen Mindestleistungen hinausgehen. Dies sind zum Beispiel
 - erweiterte Bedingungen für den Anspruch auf Alters- oder Risikoleistungen, oder
 - strengere Bedingungen, um eine bestimmte laufende Leistung zu beenden.

Solche qualitativen Elemente sind facettenreich, oft individuell gestaltet und können von Plan zu Plan sehr unterschiedlich sein. Aus diesem Grund ist es normalerweise nicht möglich, den reinen überobligatorischen Teil eines umhüllenden Plans quantitativ zu bestimmen.

Da der überwiegende Anteil der Vollversicherung umhüllende Pläne mit qualitativen Elementen sind, die über die obligatorischen Anforderungen hinausgehen, ist eine quantitative Trennung zwischen den reinen obligatorischen Teilen und den reinen überobligatorischen Teilen der Prozesse nicht möglich.

Zudem unterscheidet das Freizügigkeitsgesetz (FZG) nicht zwischen dem obligatorischen und dem überobligatorischen Teil der Bestimmungen.

Art. 1 (FZG)

1 Dieses Gesetz regelt im Rahmen der beruflichen Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge die Ansprüche der Versicherten im Freizügigkeitsfall.

2 Es ist anwendbar auf alle Vorsorgeverhältnisse, in denen eine Vorsorgeeinrichtung des privaten oder des öffentlichen Rechts aufgrund ihrer Vorschriften (Reglement) bei Erreichen der Altersgrenze, bei Tod oder bei Invalidität (Vorsorgefall) einen Anspruch auf Leistungen gewährt.

3 Es ist sinngemäss anwendbar auf Ruhegehaltsordnungen, nach denen die Versicherten im Vorsorgefall Anspruch auf Leistungen haben.

Zum Beispiel ist es erforderlich, dass die Abfindungswerte durch Anwendung des BVG-Mindestzinssatzes auf das gesamte Altersguthaben (Obligatorium sowie Überobligatorium) angewandt wird. Unter diesem Standpunkt bedeutet dies wiederum, dass der obligatorische und der überobligatorische Teil des Altersguthabens als Ganzes betrachtet werden müssen.

Es wird grundsätzlich nicht zwischen dem obligatorischen und dem überobligatorischen Teil der Deckungen unterschieden. Dies ermöglicht eine Querfinanzierung der zu hohen Garantien im obligatorischen Sparprozess durch den nicht obligatorischen Teil, was eine wichtige Voraussetzung für die Profitabilität der Kollektivversicherung (Vollversicherung) ist und zu einer engen Verbindung zwischen obligatorischen und überobligatorischen Teilen führt.

Zudem sind die Kapitalanlagen zur Deckung der Verbindlichkeiten in der Vollversicherung nicht nach dem obligatorischen und dem überobligatorischen Teil getrennt.

Aus den oben genannten Gründen ist klar ersichtlich, dass die "Komponenten" Spar-, Risiko-, Kostenprozess sowie Obligatorium und Überobligatorium sehr stark miteinander verbunden sind ("highly correlated"). Somit ist die Bedingung (a) von B31 nicht erfüllt.

Demzufolge gibt es keine Trennung der Komponenten.

3.3. Beurteilung der Darstellung

Die Auswahl der Contract Boundary ist im Hinblick auf eine glaubwürdige Darstellung des den Aktionären zuzurechnenden Ergebnisses vom Schweizer Kollektivgeschäft entscheidend.

Insurance Contracts establishes principles for the recognition, measurement, presentation and disclosure of insurance contracts issued ... The objective is to ensure that entities provide relevant information in a way that faithfully represents those contracts. This information gives a basis for users of financial statements to assess the effect that contracts within the scope of IFRS 17 have on the financial position, financial performance and cash flows of an entity.
[IFRS 17.IN1]

Hierbei sollten insbesondere folgende Positionen berücksichtigt werden:

- die Bilanz,
- die Gewinn- und Verlustrechnung,
- die Abstimmung zwischen Aktiven und Passiven,
- eine allfällige Änderung des Geschäftsmodells von der Vollversicherung zur Teilautonomie, oder
- eine Änderung der künftigen Umwandlungssätze.

3.3.1. Bilanz

Langfristige Contract Boundary

Mit dem Variable Fee Approach (VFA) und einer langfristigen Contract Boundary spiegelt sich der Marktwert der Kapitalanlagen vollständig in den Verbindlichkeiten wider und der Erfüllungsbetrag (Fulfilment Cash Flows) berücksichtigt die zukünftigen Aufwendungen im Zusammenhang mit dem Mindestzinssatz, dem Umwandlungssatz und zukünftigen Alters-, Hinterlassenen- sowie Invalidenrenten.

Die VFA-Verpflichtungen würden den Marktwert der Kapitalanlagen dieses Geschäfts widerspiegeln während die Contractual Service Margin (CSM) den langfristigen Aktionärertrag beinhalten würde.

Kurzfristige Contract Boundary

Sollte das Schweizer Kollektivgeschäft unter IFRS 17 basierend auf einer kurzfristigen Contract Boundary bewertet werden, dann würden die Verbindlichkeiten in der Bilanz aus dem Altersguthaben und dem Deckungskapital für die auszahlenden Alters-, Hinterbliebenen-, und Invalidenrenten bestehen.

Das spätestens bei Erreichen der (kurzfristigen) Contract Boundary auszuzahlende Altersguthaben entspricht dem statutarischen Wert und die Bewertungsreserven auf Aktiva, die nicht Teil des dem Kunden auszuzahlenden Altersguthabens sind, hätten somit Eigenkapitalcharakter.

In der Praxis werden diese Bewertungsreserven für die Finanzierung des Mindestzinssatzes sowie der künftigen Umwandlungssatzverluste herangezogen, welche jedoch in der Bilanz bei einer kurzfristigen Contract Boundary sehr rasch wegfallen würden.

Das heisst, bei einer kurzfristigen Contract Boundary würden Aktiva im Eigenkapital berücksichtigt, hingegen diesen Aktiva gegenüberstehende Verpflichtungen wären nicht mehr Bestandteil der Bilanz, womit der Aktionärswert des Schweizer Kollektivgeschäfts viel zu hoch dargestellt wäre.

Fazit

Nur durch die Wahl eine langen Contract Boundary kann das Kollektivlebensgeschäft in der Bilanz sinnvoll dargestellt werden.

3.3.2. Gewinn- und Verlustrechnung

Langfristige Contract Boundary

Beim VFA werden alle Veränderungen von Aktiva und Passiva durch die CSM geglättet und fliessen über die Zeit in das versicherungstechnische Ergebnis durch die Abschreibung der CSM.

Kurzfristige Contract Boundary

Ein wesentlicher Teil der Prämie resp. der Kapitalanlagerendite eines Geschäftsjahres finanziert zukünftige Mindestzinssatzgarantien und Umwandlungssatzverluste des Schweizer Kollektivgeschäfts. Wenn dieser Teil aufgrund der kurzfristigen Contract Boundary nicht mehr reserviert wird, dann werden unmittelbar zu hohe Gewinne vereinnahmt und Verluste entstehen zu einem späteren Zeitpunkt, sobald die Erbringung der Garantien erfolgt.

Fazit

Eine kurzfristige Darstellung der Profitabilität des Kollektivgeschäfts wäre irreführend und keine angemessene Darstellung der finanziellen Lage oder der Cash Flows gemäss [IFRS 17 IN1]. Daher führt auch in der Gewinn- und Verlustrechnung nur eine lange Contract Boundary zu sinnvollen Ergebnissen.

3.3.3. Abstimmung zwischen Aktiven und Passiven

Langfristige Contract Boundary

Mit dem Variable Fee Approach und einer langfristigen Contract Boundary ist die Laufzeit der Aktiven mit dem zeitlichen Anfallen der Verbindlichkeiten in der Bilanz abgestimmt und der Einfluss der Veränderungen der Aktiven in der Gewinn- und Verlustrechnung wird von den Passiven kompensiert.

Wenn die Duration der Aktiven und der Passiven ähnlich ist, dann sollte die Abschreibung der CSM über die Zeit ein glattes Gewinnmuster verursachen.

Kurzfristige Contract Boundary

Mit einer kurzfristigen Contract Boundary und damit einer kurzfristigen Auszahlung des statutarischen Werts der Altersguthaben würden Marktwertschwankungen der Kapitalanlagen nicht durch die Verpflichtungsseite der Gewinn- und Verlustrechnung fliessen. Wenn Marktwertschwankungen der Aktiva durch die Gewinn- und Verlustrechnung oder Other Comprehensive Income (OCI) einfliessen, werden diese auf der Verpflichtungsseite keine entsprechende Gegenposition haben und somit Volatilität in den Ergebnissen verursachen.

Dies würde zu erheblichen Verzerrungen in der Berichterstattung führen, weil wesentliche Beträge an Bewertungsreserven ergebnisrelevant (oder OCI-relevant) wären und dem Aktionär zugeordnet werden würden, obwohl diese Bewertungsreserven für die Finanzierung der Garantien vorgesehen sind und damit den Versicherten zufließen.

Fazit

Daher führt auch bei der Abstimmung zwischen Aktien und Passiven nur über eine lange Contract Boundary zu sinnvollen Ergebnissen.

3.3.4. Änderung des Geschäftsmodells

Langfristige Contract Boundary

Die Modellierung der Auswirkung einer Änderung des Geschäftsmodells eines Lebensversicherers von der Vollversicherung zur Teilautonomie hängt vom Ergebnis der Gespräche mit den betroffenen Stiftungen ab. Der Anteil des Aktionärs an den Bewertungsreserven des Lebensversicherers gemäss Bestimmungen zur Mindestquote könnte an die teilautonome Stiftung übertragen werden und würde unter IFRS 4 zu einem Verlust von ca. 5% bis 10% der transferierten Bewertungsreserven führen.

Kurzfristige Contract Boundary

Im Falle einer Änderung des Geschäftsmodells von der Vollversicherung zu einer teilautonomen Lösung wären die Bewertungsreserven nicht Bestandteil der IFRS17 Verbindlichkeiten basierend auf einer kurzfristigen Contract Boundary. Der Lebensversicherer würde infolge der Allokation der Bewertungsreserven an die teilautonome Stiftung einen buchhalterischen Verlust in der Höhe der Bewertungsreserven unter IFRS17 ausweisen. Dieser Verlust wäre 10 Mal grösser als der ökonomische, statutarische oder IFRS 4-Verlust in der Höhe von lediglich 10% der Bewertungsreserven. Ein solcher Verlust wäre eine signifikant falsche Darstellung des Ergebnisses für den Aktionär.

Eine solche Änderung des Geschäftsmodells sollte zwischen dem Lebensversicherer und der teilautonomen Stiftung, die den Sparprozess weiterführt, vereinbart werden. Darüber hinaus wäre die Genehmigung der FINMA und der Eidgenössischen Steuerverwaltung erforderlich. Dies zeigt deutlich, dass diese Verträge nicht durch die Analyse ihres Vertragstexts allein beurteilt werden können, sondern nur als Teil des gesamten Konstrukts der zweiten Säule der Schweiz.

Fazit

Bei einer Änderung des Geschäftsmodells führt ebenfalls nur eine lange Contract Boundary zu sinnvollen Ergebnissen.

3.3.5. Änderung des Umwandlungssatzes

Langfristige Contract Boundary

Falls es zu einer Änderung des langfristigen Umwandlungssatzes kommen sollte, würden sich sowohl der Erfüllungsbetrag (Fulfilment Cash Flows) als auch die CSM entsprechend verändern: z.B. bei einer Senkung des Umwandlungssatzes wäre der Erfüllungsbetrag kleiner resp. die CSM grösser (Erhöhung des ökonomischen Werts für den Aktionär).

Kurzfristige Contract Boundary

Die Bewertung der Verbindlichkeiten würde keine Cash Flows und keinen künftigen Umwandlungssatz jenseits der kurzfristigen Contract Boundary berücksichtigen. Eine Änderung des Umwandlungssatzes hätte somit keinen Einfluss auf das IFRS17-Ergebnis, obwohl eine materielle Auswirkung auf die Profitabilität des Kollektivgeschäfts erwartet wird.

Fazit

Bei einer Änderung des Umwandlungssatzes führt nur eine lange Contract Boundary zu sinnvollen Ergebnissen.

3.3.6. Zusammenfassung

Betrachtet man das Schweizer Kollektivgeschäft und die den Versicherern auferlegten Verpflichtungen durch die Bestimmungen des Bundesgesetzes über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge sowie die Verpflichtungen gegenüber den Stiftungen und die von der FINMA auferlegten Verpflichtungen, so haben die Aktionäre gegenüber ihren Kunden klar langfristige Verpflichtungen.

Wie in den vorhergehenden Unterkapiteln im Detail analysiert, ist eine für den Aktionär getreue Darstellung lediglich auf Basis einer langfristigen Contract Boundary möglich.

3.4. Die Contract Boundary unter IFRS 17

Alle zukünftigen Cashflows, die innerhalb der Contract Boundary liegen, sollen gemäss Paragraph 33 für die Bewertung verwendet werden:

33 **An entity shall include in the measurement of a group of insurance contracts all the future cash flows within the boundary of each contract in the group (see paragraph 34). Applying paragraph 24, an entity may estimate the future cash flows at a higher level of aggregation and then allocate the resulting fulfilment cash flows to individual groups of contracts. The estimates of future cash flows shall:**

Nach Paragraph 35 dürfen Cashflows, die ausserhalb der Contract Boundary sind, nicht berücksichtigt werden:

35 **An entity shall not recognise as a liability or as an asset any amounts relating to expected premiums or expected claims outside the boundary of the insurance contract. Such amounts relate to future insurance contracts.**

Wesentlich ist auch, dass nach Paragraph BC164 die Beurteilung der Contract Boundary zu jedem Stichtag erfolgt und diese über die Jahre, sofern sich wesentliche Gegebenheiten ändern, angepasst werden muss:

BC164 Because the entity updates the measurement of the group of insurance contracts to which the individual contract belongs and, hence, the portfolio of contracts in each reporting period, the assessment of the contract boundary is made in each reporting period. For example, in one reporting period an entity may decide that a renewal premium for a portfolio of contracts is outside the contract boundary because the restriction on the entity's ability to reprice the contract has no commercial substance. However, if circumstances change so that the same restrictions on the entity's ability to reprice the portfolio take on commercial substance, the entity may conclude that future renewal premiums for that portfolio of contracts are within the boundary of the contract.

Des Weiteren spezifizieren IFRS 17.B63 sowie IFRS 17.34 die Kriterien für die Bestimmung der Contract Boundary. Auf diese beiden Paragraphen wird in den folgenden Kapiteln detailliert eingegangen.

3.4.1. Kriterium 1 [IFRS 17.B63]

Paragraph B63 besagt, dass bei Verträgen, die erneuert oder anderweitig verlängert werden, gemäss Paragraph 34 überprüft werden soll, ob Cashflows aus dem erneuerten Vertrag innerhalb der Contract Boundary des ursprünglichen Vertrags berücksichtigt werden sollen:

B63 When an issuer of an insurance contract is required by the contract to renew or otherwise continue the contract, it shall apply paragraph 34 to assess whether premiums and related cash flows that arise from the renewed contract are within the boundary of the original contract.

Wie im Abschnitt 2.3 erläutert, gib es in diesem Zusammenhang zwei Arten von Kollektivlebensversicherungsverträgen:

- Kollektivlebensversicherungsverträge, die auf eine bestimmte Dauer befristet sind. Diese Verträge laufen nach einer bestimmten Zeit ab. Für die Zeit nach dem Ablauf kann der Vertrag eine Erneuerungsklausel (z.B. stillschweigende Erneuerung) beinhalten oder nicht. Ist keine Erneuerungsklausel vertraglich verankert, dann sollen Cash Flows nach der vertraglich vereinbarten Dauer nicht mehr berücksichtigt werden (d.h. Contract Boundary entspricht der vereinbarten Dauer). Ist eine Erneuerungsklausel vorgesehen (d.h. „required by the contract to renew the contract“), dann sollen auch die darauffolgenden Cashflows gemäss Paragraph 34 beurteilt werden.
- Kollektivlebensversicherungsverträge, die als Dauerschuldverhältnis gestaltet sind. Diese Verträge werden somit nicht erneuert sondern laufen weiter, solange sie nicht gekündigt werden (d.h. „required by the contract to continue the contract“). Auch für

diese Verträge ist deshalb Paragraph B63 anwendbar. Die zu berücksichtigende Cash-flows sollen deshalb gemäss Paragraph 34 beurteilt werden.

Bemerkung: jeder Vertrag ist im gegenseitigen Einvernehmen modifizierbar (z.B. Portfolio Transfer oder Ausstieg der Axa). Da gemäss IFRS17 ausschliesslich existierende Verträge relevant sind, sind solche künftigen Modifikationen von Verträge nicht miteinzubeziehen.

Da für das UVG-Geschäft eine kurze Contract Boundary für ein -auf den ersten Blick- ähnliches Geschäft argumentiert wird, noch eine Bemerkung zur Abgrenzung vom UVG: Im Gegensatz zu UVG sind die Rentenleistungen aus den Kollektivlebensverträgen lebenslang und ungewiss. Während der Rentenphase laufen die anderen Versicherungskomponenten weiter (z.B. bei der Berufsunfähigkeitsrente). Ferner stellt das Berufsunfähigkeitsrisiko bei der UVG-Versicherung ein Folgerisiko dar. Wohingegen beim BVG-Geschäft das Risiko berufsunfähig zu werden ein Erstrisiko repräsentiert. Daher können die Rentenleistungen des Kollektivlebensgeschäftes mit den Leistungen der UVG nicht gleichgestellt werden und wären als „liability for remaining coverage“ zu behandeln (TRG-Meeting (Agenda Paper 1) vom 26./27. September 2018).

3.4.2. Kriterium 2 [IFRS 17.34b]

Paragraph 34 spezifiziert die „boundary“ eines Vertrages. Wesentliche Punkte sind:

Cashflows arise from *substantive rights and obligations* that exist *during the reporting period* in which

- the entity **can compel the policyholder to pay premiums**, or
- the entity has a **substantive obligation** to provide the policyholder with services.

Auszug aus dem Standard:

34	Cash flows are within the boundary of an insurance contract if they arise from substantive rights and obligations that exist during the reporting period in which the entity can compel the policyholder to pay the premiums or in which the entity has a substantive obligation to provide the policyholder with services (see paragraphs B61–B71). A substantive obligation to provide services ends when:
----	--

Eine „Substantive obligation to provide services“ endet, wenn Kriterium (a) oder (b) erfüllt ist:

- | |
|---|
| <p>(a) the entity has the practical ability to reassess the risks of the particular policyholder and, as a result, can set a price or level of benefits that fully reflects those risks; or</p> <p>(b) both of the following criteria are satisfied:</p> <p style="padding-left: 20px;">(i) the entity has the practical ability to reassess the risks of the portfolio of insurance contracts that contains the contract and, as a result, can set a price or level of benefits that fully reflects the risk of that portfolio; and</p> <p style="padding-left: 20px;">(ii) the pricing of the premiums for coverage up to the date when the risks are reassessed does not take into account the risks that relate to periods after the reassessment date.</p> |
|---|

Die Mitglieder der Arbeitsgruppe sind sich einig, dass Paragraph 34(a) für das Kollektivlebensgeschäft nicht zur Anwendung kommt, da der Kollektivtarif auf Portfolioebene definiert wird und eine Gleichbehandlung der Versicherten sichergestellt werden muss. So sind Differenzierungen nur insofern zugelassen, als dass sie klar statistisch nachgewiesen und mit einem entsprechenden Credibility-Modell abgebildet werden können. Daher wird Paragraph 34(b) überprüft.

Es müssten somit beide Kriterien aus (b) erfüllt werden:

- the entity has the *practical ability* to reassess the risks of the portfolio of insurance contracts that contains the contract and, as a result, can set a price or level of benefits *that fully reflects* the risk of that portfolio; **and**
- the pricing of the premiums for coverage up to the date when the risks are reassessed *does not* take into account *the risks that relate to periods after the reassessment date*.

Hierzu findet sich in B64 Folgendes:

B64 Paragraph 34 refers to an entity's practical ability to set a price at a future date (a renewal date) that fully reflects the risks in the contract from that date. An entity has that practical ability in the absence of constraints that prevent the entity from setting the same price it would for a new contract with the same characteristics as the existing contract issued on that date, or if it can amend the benefits to be consistent with the price it will charge. Similarly, an entity has that practical ability to set a price when it can reprice an existing contract so that the price reflects overall changes in the risks in a portfolio of insurance contracts, even if the price set for each individual policyholder does not reflect the change in risk for that specific policyholder. When assessing whether the entity has the practical ability to set a price that fully reflects the risks in the contract or portfolio, it shall consider all the risks that it would consider when underwriting equivalent contracts on the renewal date for the remaining coverage. In determining the estimates of future cash flows at the end of a reporting period, an entity shall reassess the boundary of an insurance contract to include the effect of changes in circumstances on the entity's substantive rights and obligations.

3.4.2.1. Practical ability

Im Zusammenhang mit der Überprüfung der "Practical ability" gemäss Abs. B64 vom IFRS17 Standard ist darauf einzugehen, ob die Möglichkeit besteht, den Preis für einen existierenden Vertrag so anzupassen, dass derselbe Preis wie für einen neuen Vertrag entsteht.

Der im Kriterium herangezogene Vergleich der Anpassung eines existierenden Vertrags mit einem Neuvertrag ist für das Kollektivgeschäft hinfällig, da derselbe Tarif für sämtliche Verträge (existierende und neue) gilt. Dies bedeutet aber nicht, dass die Preisgestaltung unbeschränkt ist. Im Gegensatz zu anderen Versicherungsbranchen ist der Versicherer in der Festlegung des Kollektivtarifs eingeschränkt, was sich insbesondere durch die Genehmigungspflicht des Tarifes durch die Versicherungsaufsicht widerspiegelt.

Für die Prüfung und Genehmigung von Kollektivtarifen der Lebensversicherer gilt VAG Art. 38. Dieser sieht vor, dass sich Kollektivtarife in einem Rahmen bewegen müssen, der einerseits die Solvenz (untere Grenze) der gesuchstellenden Versicherungseinrichtung und andererseits den Schutz der Versicherten vor Missbrauch (obere Grenze) gewährleistet. Bei der oberen Grenze soll verhindert werden, dass vorsorglich zu hohe Prämien erhoben und allenfalls entstehende Gewinne erst später zurückerstattet werden.

Die Lebensversicherer haben Einschränkungen im Rahmen der Gestaltung von Kollektivtarifen aufgrund der unteren und oberen Grenzen, die sich über die Zeit ändern können. Dadurch ist die Bedingung "Practical ability" nicht erfüllt.

3.4.2.2. Fully reflects

Im Zusammenhang mit der Überprüfung des Kriteriums "fully reflects" gemäss Abs. B64 vom IFRS17 Standard ist darauf einzugehen, ob es möglich ist, den Preis so anzupassen, dass er die Risiken voll reflektiert. In diesem Sinne stellt die im Kapitel 3.4.2.1 aufgeführte Argumentation eine Einschränkung auch für das Kriterium „fully reflects“ dar.

Der Paragraph 53f BVG regelt das ausserordentliche Kündigungsrecht im Falle der Preisanpassung von Risiko-/Kostenprämien und bei der Senkung des Umwandlungssatzes.

Art. 53f Gesetzliches Kündigungsrecht

- ¹ Die Vorsorgeeinrichtung oder die Versicherungseinrichtung muss wesentliche Änderungen eines Anschlussvertrages oder eines Versicherungsvertrages mindestens sechs Monate, bevor die Änderungen in Kraft treten sollen, der andern Vertragspartei schriftlich ankündigen.
- ² Die andere Vertragspartei kann den Vertrag unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von 30 Tagen schriftlich auf den Zeitpunkt kündigen, auf den die Änderungen in Kraft treten sollen.
- ⁴ Als wesentliche Änderung eines Anschlussvertrages oder Versicherungsvertrages nach Absatz 1 gelten:
 - a. eine Erhöhung derjenigen Beiträge, denen nicht Gutschriften auf den Guthaben der Versicherten entsprechen, um mindestens 10 Prozent innerhalb von drei Jahren;
 - b. eine Senkung des Umwandlungssatzes, die für Versicherte zu einer Senkung ihrer voraussichtlichen Altersleistung um mindestens 5 Prozent führt;
 - c. andere Massnahmen, deren Wirkungen denjenigen nach den Buchstaben a und b mindestens gleichkommen;
 - d. der Wegfall der vollen Rückdeckung.

Das Kollektivlebensversicherungsgeschäft kann effizienter und profitabler betrieben werden wenn umfangreiche Bestände verwaltet werden. Daher haben die Versicherungsgesellschaften ein grosses Interesse daran die Bestände aus Profitabilitätsgründen weiter auszubauen. Die Möglichkeit einer ausserordentlichen Kündigung im Falle einer Beitragserhöhung (gemäss BVG 53f) erhöht signifikant das Risiko Kunden zu verlieren mit daraus resultierender Benachteiligung im Wettbewerb wie beschrieben (Volumen, Profitabilität).

Daher stellt das ausserordentliche Kündigungsrecht eine klare Einschränkung der freien Beitragsanpassung (Repricing) bei laufenden Verträgen dar und somit ist die Bedingung „fully reflects“ nicht erfüllt. Der folgende Auszug 19 aus der Transition Resource Group für IFRS 17 unterstreicht die Argumentation der Arbeitsgruppe:

19*. TRG members discussed the analysis in Agenda Paper 3 and observed that:
(c) IFRS 17 does not limit pricing constraints to contractual, legal and regulatory constraints. Market competitiveness and commercial considerations are factors that an entity typically considers when pricing new contracts and repricing existing contracts.

*Summary of the Transition Resource Group for IFRS 17 *Insurance Contracts* meeting held on 2 May 2018

Ausserdem ist eine eigenständige und risikogerechte Ausgestaltung der obligatorischen beruflichen Vorsorge kaum möglich, da die Altersfinanzierung über die Altersgutschriften (die minimalen Altersgutschriften werden durch BVG Art. 16 definiert⁶) und die Leistungen über den Umwandlungssatz (BVG Art. 14 Abs. 2) gesetzlich vorgegeben sind. Der Mindestzinssatz für die Verzinsung der BVG-Altersguthaben in der obligatorischen beruflichen Vorsorge wird durch den Bundesrat auf jährlicher Basis definiert (BVG Art. 15 Abs. 2). Darüber hinaus dürfen die Lebensversicherer zurzeit keine Umwandlungssatzgarantieprämie erheben.

Ferner können die laufenden Leistungen für die Alters-, Invaliden-, Waisen und Witwenrenten nicht angepasst werden. Die damit verbundenen Risiken wie z.B. Langlebigkeitsrisiko können dadurch beim Repricing nicht berücksichtigt werden.

Gemäss Artikel BC161 der Basis of Conclusions gibt es keine Bindung für den Versicherer falls die Einschränkung keine kommerzielle Substanz aufweist.

BC161

However, if an entity has the practical ability to reassess the risk presented by a policyholder, but does not have the right to set a price that fully reflects the reassessed risk, the contract still binds the entity. Thus, that point would lie within the boundary of the existing contract, unless the restriction on the entity's ability to reprice the contract is so minimal that it is expected to have no commercial substance (ie the restriction has no discernible effect on the economics of the transaction). In the Board's view, a restriction with no commercial substance does not bind the entity.

Die aktuelle Praxis zeigt, dass eine Rentennachfinanzierung eine signifikante kommerzielle Substanz hat. Die Höhe der gegenwärtigen Verstärkungen in den Bilanzen der Versicherer mit der Auslegung im Punkt 20 der Transition Resource Group für IFRS 17 untermauern diese Argumentation:

20*. TRG members also observed that an entity should apply judgement to decide whether commercial considerations are relevant when considering the requirements in paragraph 34 of IFRS 17.

*Summary of the Transition Resource Group for IFRS 17 *Insurance Contracts* meeting held on 2 May 2018

⁶ Es gibt lediglich Spielraum bei der Festsetzung der Altersgutschriften vor dem Alter 25 (Vorversicherung).

Somit ist die Bedingung "fully reflects" nicht erfüllt.

3.4.2.3. Pricing to date does not take into account risks rel. to periods after reassessment date

Betreffend der Berücksichtigung von Risiken im Pricing nach dem nächstmöglichen Zeitpunkt des „Reassessments“, beschäftigt sich ein Auszug aus dem Staff paper 2 zum TRG Meeting vom Februar 2018 – Paragraph 18 (b):

„(b) to meet paragraph 34(b), paragraph 34(b)(ii) requires the pricing of the premiums for coverage up to the date when the risks are reassessed not to take into account the risks that relate to periods after the reassessment date. **If the pricing does take these into account then the entity is effectively considered to have an obligation to provide services even if it can reassess the risks at a portfolio level and has the practical ability to reprice contracts to reflect the reassessed risks.** This is the case because the policyholder has an incentive to continue with or renew the contract because he/she has already paid amounts effectively relating to future services. ... “

Im Schweizer Kollektivlebensgeschäft ist es üblich, dass beim Underwriting und/oder Pricing (Tarifizierung als auch Überschussbeteiligung) zukünftige erwartete Verlustrisiken berücksichtigt werden.

Die typischsten Beispiele dafür sind:

- Ungünstige Altersstruktur, welche in der Zukunft zu vielen Pensionierungen und damit hohen Umwandlungssatzverlusten führen.
- Geringer Anteil an überobligatorischem Altersguthaben, womit Quersubventionssubstrat für die allenfalls politisch zu hoch festgelegten Parameter für die obligatorische Mindestverzinsung des Altersguthabens sowie den obligatorischen Mindestumwandlungssatz fehlt.

Ebenfalls werden für zukünftig erwartete Umwandlungssatzverluste bereits heute Rückstellungen gebildet.

Demgegenüber können Risiko- und Kostenprämien, Verzinsung überobligatorisches Altersguthaben sowie überobligatorische Umwandlungssätze (in der Regel mit Übergangsfristen) jährlich neu festgelegt werden. In diese Festlegung fliesst unter anderem auch ein, wie viel Subventionierungssubstrat vorhanden sein muss, um aus den Risiko- und Kostenprämien sowie der Zinsmarge die – bereits jetzt zu reservierenden – zukünftig erwarteten Umwandlungssatzverluste finanzieren zu können.

Somit berücksichtigt das Pricing Risiken aus Perioden, welche erst nach dem Datum der (teilweisen) Möglichkeit der Neufestsetzung von Prämien und Leistungen anfallen.

4. Appendix

4.1. Auszüge aus AVO/VAG

AVO Art. 56⁴⁹ Sollbetrag des gebundenen Vermögens

1 Der Sollbetrag des gebundenen Vermögens setzt sich zusammen aus:

- a. den versicherungstechnischen Rückstellungen nach Artikel 55 Buchstaben a und b;
- b. den Verbindlichkeiten aus Versicherungstätigkeit gegenüber Versicherungsnehmerinnen und -nehmern;
- c. dem Zuschlag nach Artikel 18 VAG.

⁴⁹ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 25. März 2015, in Kraft seit 1. Juli 2015 (AS 2015 1147).

2 Von den versicherungstechnischen Rückstellungen gemäss Absatz 1 Buchstabe a können in Abzug gebracht werden:

- a. Policendarlehen;
- b. vorausbezahlte Versicherungsleistungen;
- c. ausstehende Prämien, soweit diese mit Versicherungsleistungen verrechnet werden können.

AVO Art. 74 Deckung

1 Der Sollbetrag muss jederzeit durch Aktiven (Art. 79) gedeckt sein.

2 Stellt das Versicherungsunternehmen eine Unterdeckung fest, so hat es das gebundene Vermögen unverzüglich zu ergänzen. Die FINMA kann in besonderen Fällen eine Frist zur Ergänzung einräumen.

AVO Art. 76 Allgemeine Grundsätze

1 Das Versicherungsunternehmen bestellt das gebundene Vermögen durch Zuweisung von Vermögenswerten. Es erfasst und kennzeichnet diese Werte so, dass es jederzeit ohne Verzug nachweisen kann, welche Werte zum gebundenen Vermögen gehören und dass der Sollbetrag des gebundenen Vermögens gedeckt ist.

2 Die Werte des gebundenen Vermögens sind in erster Linie unter dem Gesichtspunkt der Sicherheit, der tatsächlichen finanziellen Lage sowie der Struktur und der zu erwartenden Entwicklung des Versicherungsbestandes auszuwählen.

3 Im Übrigen ist ein marktgerechter Ertrag bei zweckmässiger Diversifikation anzustreben und der voraussehbare Bedarf an flüssigen Mitteln jederzeit sicherzustellen.

AVO Art. 77⁶⁴ Separate gebundene Vermögen

- 1 Je ein separates gebundenes Vermögen ist insbesondere zu bestellen für:
- die Versicherungen der beruflichen Vorsorge;
 - die Versichertenansprüche aus Versicherungsverträgen in den Versicherungszweigen A2.1, A2.2, A2.3 und A6.1;
 - die Versichertenansprüche aus Versicherungsverträgen in den Versicherungszweigen A2.4, A2.5, A2.6 und A6.2.

⁶⁴ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 25. März 2015, in Kraft seit 1. Juli 2015 (AS 2015 1147).

AVO Art. 139 Jährliche Betriebsrechnung

1 Für die Versicherungen der beruflichen Vorsorge ist eine gesonderte Betriebsrechnung zu führen. Werte des gebundenen Vermögens für die Versicherungen der beruflichen Vorsorge sind als Bestandteil in der Betriebsrechnung aufzuführen.

2 Vermögenswerte können nur zum Buchwert von der Betriebsrechnung für die berufliche Vorsorge zu derjenigen für das übrige Geschäft übertragen werden und umgekehrt. Die Differenz zwischen Buchwert und Marktwert wird in der Betriebsrechnung für die berufliche Vorsorge als Gewinn beziehungsweise als Verlust verbucht. Fehlt ein Marktwert, so bestimmt das Versicherungsunternehmen die marktnahe Bewertung. Die FINMA muss die Bewertungsmethode genehmigen.

AVO Art. 142 Grundsätze zur Ermittlung

- Die Überschusszuweisung ist auf der Grundlage der Betriebsrechnung zu ermitteln. Dabei sind die Erfolgspositionen nach Spar-, Risiko- und Kostenprozess aufzuteilen.
- Die Überschusszuweisung ist mindestens einmal jährlich zu ermitteln.

AVO Art. 146 Besondere Fälle

1 Versicherungsverträge oder Teile davon, für welche gesonderte Einnahmen- und Ausgabenrechnungen vereinbart worden sind, werden für die Ermittlung der Komponenten nach den Artikeln 143–145 nicht berücksichtigt.

2 Versicherungsverträge oder Teile davon, für welche die Übertragung des Kapitalanlagerisikos auf den Versicherungsnehmer oder die Versicherungsnehmerin vereinbart worden ist, werden für die Ermittlung der Sparkomponente nach Artikel 143 nicht berücksichtigt.

3 Reine Stop Loss-Verträge werden für die Ermittlung der Risiko- und der Kostenkomponente nach den Artikeln 144 und 145 nicht berücksichtigt.

4 Die Versicherungsverträge nach den Absätzen 1–3 sind in der Betriebsrechnung für die entsprechenden Prozesse separat auszuweisen.

5 Für diese Verträge gelten die Artikel 152 Absatz 3 und 153 Absatz 1 zweiter Teilsatz

nicht.

AVO Art. 147 Mindestquote und Ausschüttungsquote

1 Ein Teil der Komponenten nach den Artikeln 143–145 muss zu Gunsten der Versicherungsnehmer und Versicherungsnehmerinnen verwendet werden (Ausschüttungsquote).

Die Ausschüttungsquote muss mindestens 90 Prozent der Komponenten umfassen (Mindestquote).

VAG Art. 37 Besondere Regelung für das Geschäft der beruflichen Vorsorge

1 Die Versicherungsunternehmen, die das Geschäft der beruflichen Vorsorge betreiben, errichten für ihre Verpflichtungen im Rahmen der beruflichen Vorsorge ein besonderes gebundenes Vermögen.

2 Sie haben für die berufliche Vorsorge eine getrennte jährliche Betriebsrechnung zu führen. Diese weist insbesondere aus:

- a. die allfällige Entnahme aus der Rückstellung für künftige Überschussbeteiligung;
- b. die Prämien, aufgeteilt in Spar-, Risiko- und Kostenprämien;
- c. die Leistungen;
- d. allfällige den Versicherungsnehmerinnen und Versicherungsnehmern im Vorjahr verbindlich zugeteilte, im Berichtsjahr ausgeschüttete Überschussanteile;
- e. die Kapitalerträge sowie die nicht realisierten Gewinne und Verluste auf Kapitalanlagen;
- f. die Kosten und Erträge der eingesetzten derivativen Finanzinstrumente;
- g. die nachgewiesenen Abschluss- und Verwaltungskosten;
- h. die nachgewiesenen Kosten der Vermögensverwaltung;
- i. die Prämien und Leistungen aus der Rückversicherung von Invaliditäts-, Sterblichkeits- und anderen Risiken;
- j. die Bildung und Auflösung nachgewiesener technischer Rückstellungen und nachgewiesener zweckgebundener Schwankungsreserven.

3 Der Bundesrat erlässt Vorschriften über:

- a. die Art und Weise, wie die Informationen, die aus der getrennten Betriebsrechnung hervorgehen müssen, auszuweisen sind;
- b. die Grundlagen der Ermittlung der Überschussbeteiligung;
- c. die Grundsätze der Verteilung der ermittelten Überschussbeteiligung.

4 Die ausgewiesene Überschussbeteiligung beträgt mindestens 90 Prozent der nach Absatz 3 Buchstabe b ermittelten Überschussbeteiligung.

5 Weist die Betriebsrechnung einen Verlust aus, so darf für das betreffende Geschäftsjahr keine Überschussbeteiligung ausgerichtet werden. Der ausgewiesene Verlust ist auf das Folgejahr zu übertragen und dannzumal für die Ermittlung der Überschussbeteiligung zu berücksichtigen.

4.2. Relevante Paragraphen zum Unbundling

Separating components from an insurance contract (paragraphs B31–B35)

10

An insurance contract may contain one or more components that would be within the scope of another Standard if they were separate contracts. For example, an insurance contract may include an investment component or a service component (or both). An entity shall apply paragraphs 11–13 to identify and account for the components of the contract.

11

An entity shall:

- (a) apply IFRS 9 to determine whether there is an embedded derivative to be separated and, if there is, how to account for that derivative.
- (b) separate from a host insurance contract an investment component if, and only if, that investment component is distinct (see paragraphs B31–B32). The entity shall apply IFRS 9 to account for the separated investment component.

12

After applying paragraph 11 to separate any cash flows related to embedded derivatives and distinct investment components, an entity shall separate from the host insurance contract any promise to transfer distinct goods or non-insurance services to a policyholder, applying paragraph 7 of IFRS 15. The entity shall account for such promises applying IFRS 15. In applying paragraph 7 of IFRS 15 to separate the promise, the entity shall apply paragraphs B33–B35 of IFRS 17 and, on initial recognition, shall:

- (a) apply IFRS 15 to attribute the cash inflows between the insurance component and any promises to provide distinct goods or non-insurance services; and
- (b) attribute the cash outflows between the insurance component and any promised goods or non-insurance services accounted for applying IFRS 15 so that:
 - (i) cash outflows that relate directly to each component are attributed to that component; and
 - (ii) any remaining cash outflows are attributed on a systematic and rational basis, reflecting the cash outflows the entity would expect to arise if that component were a separate contract.

13

After applying paragraphs 11–12, an entity shall apply IFRS 17 to all remaining components of the host insurance contract. Hereafter, all references in IFRS 17 to embedded derivatives refer to derivatives that have not been separated from the host insurance contract and all references to investment components refer to investment components that have not been separated from the host insurance contract (except those references in paragraphs B31–B32).

Separating components from an insurance contract (paragraphs 10–13)

Investment components (paragraph 11(b))

B31

Paragraph 11(b) requires an entity to separate a distinct investment component from the host insurance contract. An investment component is distinct if, and only if, both the following conditions are met:

- (a) the investment component and the insurance component are not highly interrelated.
- (b) a contract with equivalent terms is sold, or could be sold, separately in the same market or the same jurisdiction, either by entities that issue insurance contracts or by other parties. The entity shall take into account all information reasonably available in making this determination. The entity is not required to undertake an exhaustive search to identify whether an investment component is sold separately.

B32

An investment component and an insurance component are highly interrelated if, and only if:

- (a) the entity is unable to measure one component without considering the other. Thus, if the value of one component varies according to the value of the other, an entity shall apply IFRS 17 to account for the combined investment and insurance component; or
- (b) the policyholder is unable to benefit from one component unless the other is also present. Thus, if the lapse or maturity of one component in a contract causes the lapse or maturity of the other, the entity shall apply IFRS 17 to account for the combined investment component and insurance component.

Promises to transfer distinct goods or non-insurance services (paragraph 12)

B33

Paragraph 12 requires an entity to separate from an insurance contract a promise to transfer distinct goods or non-insurance services to a policyholder. For the purpose of separation, an entity shall not consider activities that an entity must undertake to fulfil a contract unless the entity transfers a good or service to the policyholder as those activities occur. For example, an entity may need to perform various administrative tasks to set up a contract. The performance of those tasks does not transfer a service to the policyholder as the tasks are performed.

B34

A good or non-insurance service promised to a policyholder is distinct if the policyholder can benefit from the good or service either on its own or together with other resources readily available to the policyholder. Readily available resources are goods or services that are sold separately (by the entity or by another entity), or resources that the policyholder has already got (from the entity or from other transactions or events).

B35

A good or non-insurance service that is promised to the policyholder is not distinct if:

- (a) the cash flows and risks associated with the good or service are highly interrelated with the cash flows and risks associated with the insurance components in the contract; and
- (b) the entity provides a significant service in integrating the good or non-insurance service with the insurance components.

Payments in kind

B6

Some insurance contracts require or permit payments to be made in kind. In such cases, the entity provides goods or services to the policyholder to settle the entity's obligation to compensate the policyholder for insured events. An example is when the entity replaces a stolen article instead of reimbursing the policyholder for the amount of its loss. Another example is when an entity uses its own hospitals and medical staff to provide medical services covered by the insurance contract. Such contracts are insurance contracts, even though the claims are settled in kind. Fixed-fee service contracts that meet the conditions specified in paragraph 8 are also insurance contracts, but applying paragraph 8, an entity may choose to account for them applying either IFRS 17 or IFRS 15 *Revenue from Contracts with Customers*.