



**Bienvenue à toutes et à tous,
nous allons commencer dans un
instant.**

Jeudi 11 mai – SGT 7

GT Assurance des Emprunteurs

Impacts de la suppression de la sélection médicale

Tanguy LOAEC

Floriane PIAN

Juliano MEROLLE

Présentation du Groupe de Travail Assurance des emprunteurs

Objectifs

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

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

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

AGENDA

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

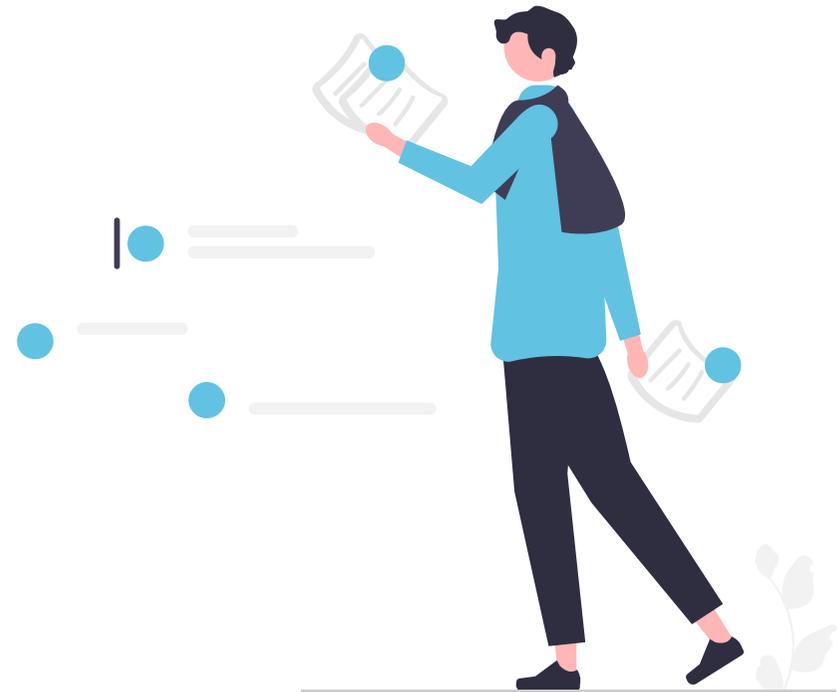
1. Analyse théorique du rôle de la sélection médicale

1 La finalité

La sélection médicale a pour but de :

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

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

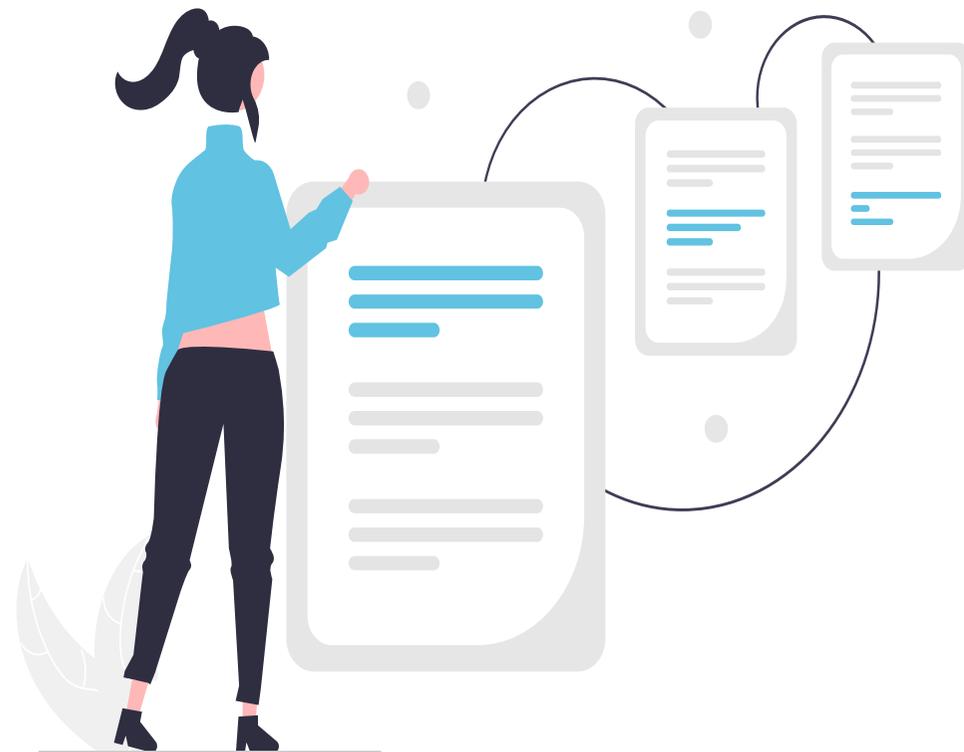


1. Analyse théorique du rôle de la sélection médicale

2 Les dispositifs

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

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



1. Analyse théorique du rôle de la sélection médicale

3 Les décisions



Accepter aux conditions standards

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



Refuser la garantie
(sous réserve du dispositif spécifique AERAS)

2. Benchmark des pratiques de souscription sans sélection médicale

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

Focus sur six pays:

- ✓ France
- ✓ Portugal
- ✓ Belgique
- ✓ Allemagne
- ✓ Pays-Bas
- ✓ Luxembourg



2. Benchmark des pratiques de souscription sans sélection médicale

Pays	France	Belgique	Luxembourg	Pays-Bas	Portugal
Année d'application	2016	2019	2020	2021	2022
Produits couverts	protection hypothécaire et couverture des prêts aux entreprises	Assurance protection hypothécaire à l'origine, mais étendue depuis à l'assurance revenu en 2022	Assurance de protection hypothécaire sur la résidence principale ou les installations professionnelles. Ne s'applique pas aux résidences secondaires ou aux investissements locatifs	Assurance-vie et assurance obsèques	Crédit logement et crédit à la consommation, et assurance obligatoire ou volontaire associée à ce crédit
Période RTBF	10 ans après la date de fin de traitement - passage à 5 ans en 2022	10 ans après la date de fin de traitement - passage à 8 ans en 2022 ou 5 ans lorsque le cancer est survenu chez les moins de 21 ans La période pour le RTBF pour cancer sera ramenée à 5 ans, à partir du 01.01.2025	10 ans après la date de fin de traitement ou 5 ans lorsque le cancer est survenu chez les moins de 18 ans	10 ans après la date de fin de traitement ou 5 ans lorsque le cancer est survenu chez les moins de 21 ans	10 ans après la date de fin de traitement ou 5 ans lorsque le cancer est survenu chez les moins de 21 ans
Conditions applicables à la RTBF	tous types de cancers + hépatite C (ajouté en 2022)	Cancer uniquement	10 types spécifiques de cancer ou d'hépatite virale C	Cancer uniquement	cancer ou "maladie chronique atténuée"
Restrictions d'âge	Aucune	Aucune	Aucune	Assurance-vie et assurance obsèques souscrit avant 71 ans	Aucune
Limitation en montant assuré	Le montant de l'assurance ne peut excéder 420 000 € pour un prêt immobilier	Aucune	1 M€	Aucune	Aucune

RTBF : Right to be forgotten – droit à l'oubli

2. Benchmark des pratiques de souscription sans sélection médicale

FRANCE



Prêts à la consommation

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

Prévoyance TNS

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

2. Benchmark des pratiques de souscription sans sélection médicale

PORTUGAL

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

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

- Droit à l'oubli pour les affections ayant fait l'objet d'un traitement qui a pris fin il y a plus de 10 ans.
- Droit à l'oubli pour les affections qui ont fait l'objet d'un traitement et qui a pris fin il y a plus de 5 ans si l'affection est survenue avant l'âge de 21 ans
- Droit à l'oubli pour les situations médicales chroniques faisant l'objet d'un protocole thérapeutique efficace et continu de plus de 2 ans, conduisant à un risque aggravé de santé atténué ou d'une invalidité atténuée

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

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

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

2. Benchmark des pratiques de souscription sans sélection médicale

BELGIQUE

Assurance emprunteur & Prévoyance

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

Contrairement à la France, L'assuré doit déclarer sa pathologie dans tous les cas, l'assureur ne doit pas en tenir compte

La réforme de 2022 en la matière vient modifier les délais affectés à ce « droit à l'oubli » et prévoit :

- Un délai standard de 5 ans qui s'applique si la personne était âgée de moins de 21 ans au moment du diagnostic du cancer.
- Un délai standard de 8 ans qui s'applique si la personne était âgée de 21 ans ou plus au moment du diagnostic du cancer.

La période du droit à l'oubli pour cancer sera ramenée à 5 ans, à partir du 01.01.2025

2. Benchmark des pratiques de souscription sans sélection médicale

ALLEMAGNE



Prêts à la consommation (auto)

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

Période: années 2010

2. Benchmark des pratiques de souscription sans sélection médicale

Autres pays

Italie

Le Parlement italien et l'Association italienne des consommateurs discutent actuellement pour introduire un droit à l'oubli pour le cancer (juillet 2022).

Roumanie

Droit à l'oubli 7 ans - 5 ans pour les moins de 18 ans (Sept. 2022).

Communauté européenne : discussions en cours

3. Panorama des critères de maîtrise de risque alternatifs

1

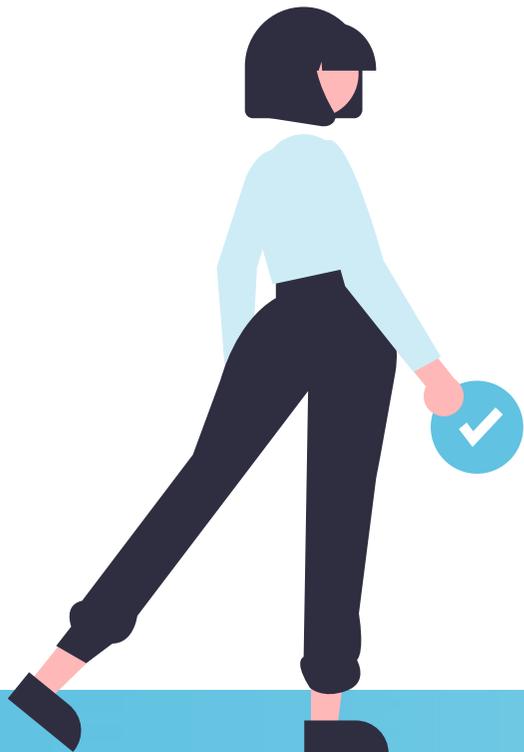
Dispositions contractuelles

2

Dispositions de sélection des risques

3

Dispositions tarifaires



3. Panorama des critères de maîtrise de risque alternatifs

1 Dispositions contractuelles

Exclusion des pathologies et sinistres antérieurs

Sous réserve de:

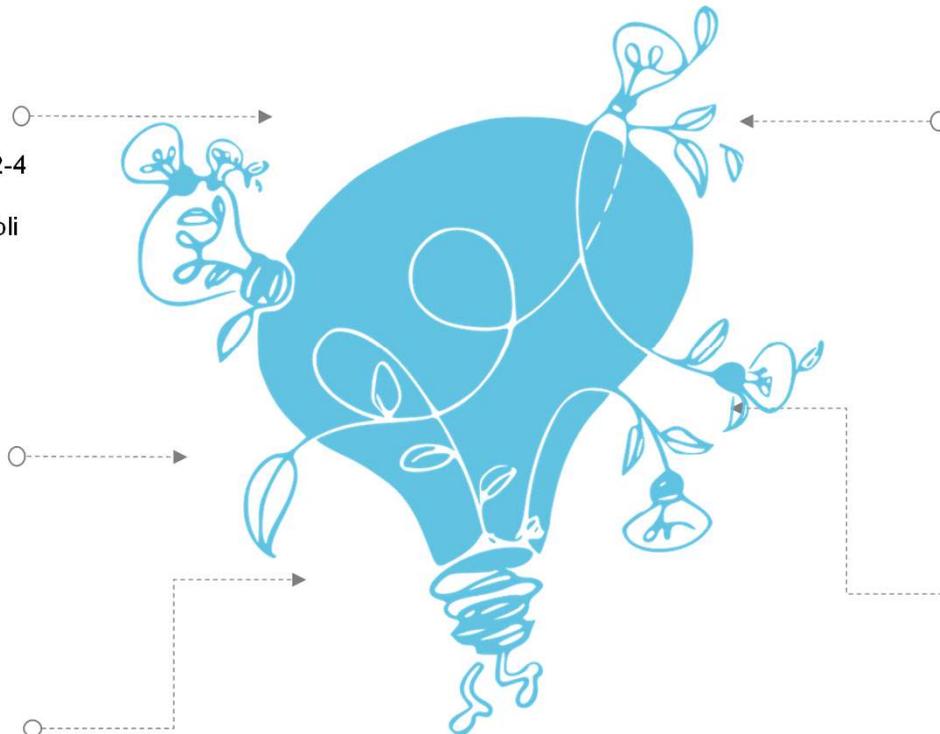
- Respecter le formalisme de l'article L112-4 du Code des assurances
- Respecter les dispositions du droit à l'oubli

Délais d'attente/ carence

Peu adopté sur le marché à date

Franchises

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



Limites d'indemnisation

Prise en charge partielle de la mensualité

MNO

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

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

3. Panorama des critères de maîtrise de risque alternatifs

2 Dispositions de sélection des risques

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

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

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

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

3. Panorama des critères de maîtrise de risque alternatifs

2 Dispositions de sélection des risques : interprétation doctrinale



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

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



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

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

3. Panorama des critères de maîtrise de risque alternatifs

3 Dispositions tarifaires



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



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



L'impossibilité de modification des garanties et des tarifs oblige à mettre en place un suivi de la sinistralité par génération, basé sur les indicateurs de risque à la souscription

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



1 Analyse qualitative

2 Indicateurs quantitatifs

3 Exemples de tarification

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

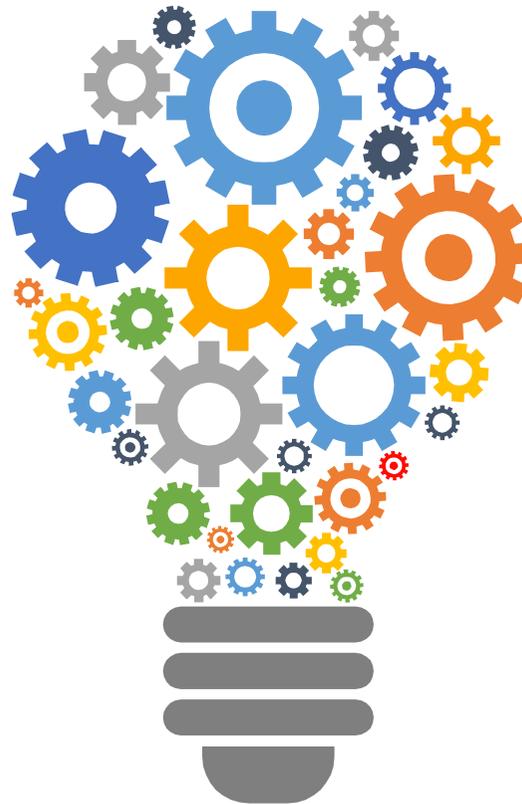
1 Analyse qualitative

⚙️ Conséquence de la suppression des formalités médicales

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

⚙️ Absorber les surcoûts

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



⚙️ Que pèsent ces prêts sur le marché ?

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

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

Source : Actélior

⚙️ Tarification

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

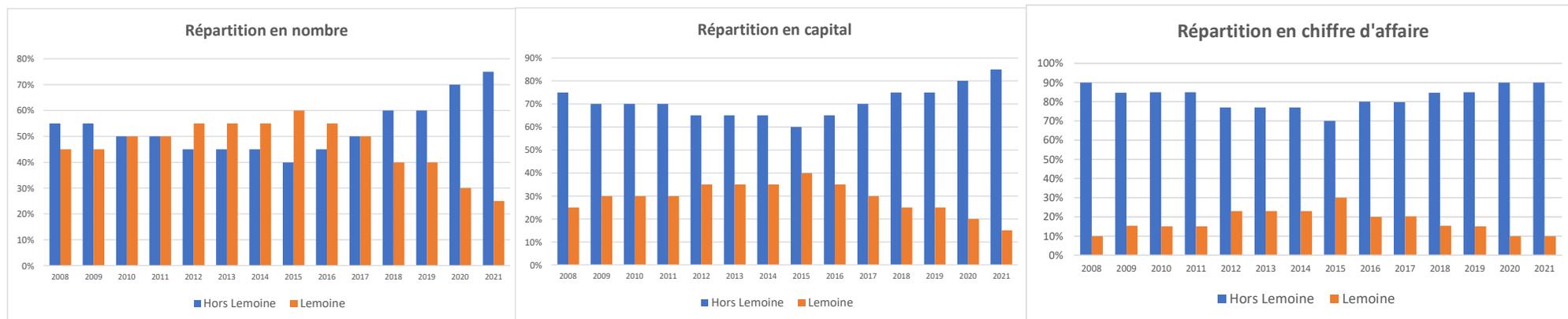
4. Impact de la sélection médicale sur le prix de l'assurance

2 Indicateurs quantitatifs

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

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

3 Répartition par type non-Lemoine / Lemoine



La répartition des contrats « Lemoine / Non-Lemoine » permet de compenser l'écart de risque à prendre en compte dans la tarification

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

4 Exemples de tarification

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

Le coût du risque supplémentaire lié aux sinistres inconnus doit être estimé et pris en compte dans la tarification

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

1

Marché des contrats groupe

2

Marché des contrats alternatifs

3

Perspectives liées à la substitution



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

1 Marché des contrats groupe



Les objectifs du contrat groupe bancaire

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



Les enjeux de l'actuaire pour le pilotage du risque

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

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

2 Marché des contrats alternatifs



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

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



Les enjeux de l'actuaire pour le pilotage du risque

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

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

3 Perspectives liées à la substitution

- Possibilité pour un assuré avec surprimes ou exclusions de changer pour un contrat sans sélection médicale dès lors que le capital restant dû assuré passe au-dessous de 200k€
- Une liberté sur la segmentation tarifaire et le choix du marché cible
- Des enjeux de connaissance client et de maîtrise du risque



Merci pour votre attention

Des questions ?

Pour nous contacter :
Floriane Pian : floriane_pian@swissre.com
Tanguy Loaec : tanguy.loaec@metlife.fr
Juliano Merolle : j.merolle@afi-esca.com
Vincent Roger : vincent.roger@kereis.com