

Mededeling

Brussel, 29 december 2017

Kenmerk: NBB_2017_32

uw correspondent:

Bart Maselis
tel. +32 2 221 34 82 – fax +32 2 221 31 36
bart.maselis@nbb.be

Mededeling betreffende de resultaten van de horizontale analyse van de kosten gebruikt bij de waardering van de technische voorzieningen

Toepassingsveld

Verzekerings- of herverzekeringsondernemingen naar Belgisch recht die zijn onderworpen aan de wet van 13 maart 2016 op het statuut van en het toezicht op de verzekerings- of herverzekeringsondernemingen.

Samenvatting/Doelstelling

Deze mededeling bevat de vaststellingen van de horizontale analyse die de Bank in 2016 en 2017 uitvoerde bij zeven verzekeringsondernemingen over de kosten gebruikt bij de waardering van de technische voorzieningen. Deze mededeling bevat eveneens verduidelijkingen bij de bestaande regelgeving dewelke ertoe moeten leiden dat de reglementaire bepalingen op een uniforme wijze worden toegepast.

Juridische basis

- artikel 133 van de Wet op het statuut van en het toezicht op de verzekerings- of herverzekeringsondernemingen van 13 maart 2016 (hierna de *wet*).
- artikel 31 van de Gedelegeerde verordening 2015/35 (hierna de *gedelegeerde verordening*).
- bijlage 2 van de Uitvoeringsverordening 2015/2450 met betrekking tot de templates voor de indiening van informatie bij de toezichthoudende autoriteiten (hierna de *uitvoeringsverordening voor de rapporteringstemplates*).
- richtsnoeren 29 tot 34 van de circulaire NBB_2016_26 betreffende de richtsnoeren voor de waardering van technische voorzieningen (hierna de *circulaire best estimate*).

Structuur

- A. Samenvatting
- B. Algemene vaststellingen en verduidelijkingen van de regelgeving

Horizontale analyse kosten

A. Samenvatting

Context

In 2015 hebben externe actuariële experts in opdracht van de Bank voor de zeven grootste verzekeringsondernemingen een beoordeling gemaakt van de adequaatheid van de *best estimate* van de technische voorzieningen (hierna de *best estimate*). De horizontale analyse van de kosten vervat in de *best estimate* is een gevolg van deze oefening. De analyse is gebaseerd op de resultaten van een vragenlijst die door de betrokken verzekeringsondernemingen werd ingevuld.

Doel

Het doel van de horizontale analyse was om de methodes te analyseren die de verzekeringsondernemingen toepassen om de kosten vervat in de *best estimate* te alloceren en te projecteren, deze onderling te vergelijken teneinde een *level playing field* te bekomen en om na te gaan of alles gebeurt conform de regelgeving. Verder werd ook aandacht geschonken aan de transparantie van de methodes en de vergelijkbaarheid van de rapportering.

Timing

De vragenlijst werd verstuurd op 5 april 2016. Tussen oktober 2016 en maart 2017 werden de antwoorden ontvangen en geanalyseerd. In het derde kwartaal van 2017 werden de vaststellingen eerst informeel besproken met de betrokken verzekeringsondernemingen en enkele revisoren. Op 20 september 2017 werden Assuralia, IREFI en IAbe formeel geconsulteerd.

Algemene conclusie

1. Solvency II introduceert een aantal nieuwe definities en vereisten voor de allocatie en projectie van kosten. Hierdoor zijn verschillende verzekeringsondernemingen reeds begonnen met het aanpassen van hun systemen en methodes.
2. Er bestaan op verschillende punten verschillen hoe de betrokken verzekeringsondernemingen kosten alloceren en projecteren. Bovendien zijn de verzekeringsondernemingen niet volledig conform met alle reglementaire bepalingen. Het is mogelijk dat de *best estimate* hierdoor materieel wordt onderschat. Deze publicatie bevat de algemene vaststellingen.
3. De huidige reglementering laat soms nog ruimte voor interpretatie of werd onvoldoende toegelicht, in het bijzonder de instructies bij de rapporteringstemplates. Deze publicatie bevat daarom ook bijkomende verduidelijkingen bij de bestaande regelgeving dewelke ertoe moeten leiden dat de reglementaire bepalingen op een uniforme wijze worden toegepast voor de aspecten die een materiële impact kunnen hebben op de *best estimate*.
4. De Bank verwacht dat voor de meeste verzekeringsondernemingen de implementatie van de verduidelijkingen een zekere tijd zal vergen. De verzekeringsondernemingen moeten daarom een realistisch actieplan opstellen om de nodige aanpassingen binnen een redelijke termijn door te voeren en dit ter beschikking houden voor de Bank. Aan de verzekeringsondernemingen in scope van de horizontale analyse werd gevraagd om dit actieplan te overhandigen tegen 31 mei 2018. De Bank verwacht ook dat verzekeringsondernemingen in afwachting van de implementatie van de verduidelijkingen een evaluatie van de mogelijke impact maken en de meest voorzichtige methodes toepassen.
5. De huidige rapportering in Solvency II is momenteel onvoldoende voor een volledige analyse van de allocatie en projectie van de kosten. De Bank vereist evenwel geen bijkomende rapportering maar verwacht wel dat de verzekeringsondernemingen over een adequate documentatie beschikken.
6. De Bank verwacht dat de actuariële functie en de erkende commissaris de punten vermeld in deze mededeling opnemen in hun controleplan.

B. Algemene vaststellingen en verduidelijking van de regelgeving

A. Kostenallocatie

1. Duidelijke, consistente en granulaire definitie van kosten

Vaststelling: Verschillende verzekeringsondernemingen definiëren de kostenplaatsen en eventueel onderliggende activiteiten onvoldoende duidelijk, consistent en granulair.

Verduidelijking 1: Verzekeringsondernemingen moeten kostenplaatsen en eventueel onderliggende activiteiten op een duidelijke, consistente en voldoende granulaire manier definiëren zodat aan de regelgeving omtrent kostenallocatie en -projectie kan voldaan worden. Er wordt in het bijzonder vereist dat de granulariteit voldoende is om te voldoen aan de verschillende verduidelijkingen van deze publicatie.

2a. Realistische toewijzing van kosten

Vaststelling: De meeste verzekeringsondernemingen proberen de kosten op een realistische manier toe te wijzen aan producttakken maar er bestaan desalniettemin verschillen in de toegepaste methodologie en de graad van realisme. Voor een aantal verzekeringsondernemingen gebeurt nog een significant deel van de toewijzing op basis van een forfaitaire of winst gedreven sleutel.

Verduidelijking 2a: In toepassing van artikel 31,2 van de gedelegeerde verordening moeten verzekeringsondernemingen de kosten op een realistische manier toewijzen. Dit betekent onder meer dat overheadkosten zo weinig mogelijk louter op een forfaitaire manier of op basis van winstmaatstaven mogen doorgerekend worden, zeker tot op het niveau van de producttakken. Indien dit toch gebeurt voor minstens een materieel deel van de kosten moeten de verzekeringsondernemingen een evaluatie van de mogelijke impact uitvoeren die aantoont dat de gekozen methode voorzichtig is voor de bepaling van de *best estimate*. Hierbij moet in het bijzonder nagegaan worden of er niet te veel wordt toegekend aan de kortlopende niet-leven activiteiten.

2b. Objectieve toewijzing van kosten

Vaststelling: Verschillende verzekeringsondernemingen wijzen de kosten van bepaalde kostenplaatsen (zeker voor marketing/sales en management) onvoldoende aantoonbaar objectief toe. In het bijzonder worden in sommige gevallen de kosten binnen kostenplaats toegewezen op basis van een bevraging van de verantwoordelijke van het departement en niet op basis van een vastgelegde tijdsregistratie of verdeling op basis van mandagen.

Verduidelijking 2b: Tijdens het proces om de kosten op een zo realistisch mogelijke manier toe te wijzen moeten verzekeringsondernemingen, in toepassing van artikel 31,2 van de gedelegeerde verordening, ervoor zorgen dat de kosten zo objectief en transparant mogelijk worden toegewezen. Specifiek voor personeelskosten betekent dit dat idealiter de kostenallocatie dient te gebeuren op basis van tijdsregistratie of mandagen. Indien er geen objectieve tijdsregistraties bestaan kunnen verzekeringsondernemingen enquêtes gebruiken maar dit moet waar mogelijk gebeuren op basis van gestandaardiseerde procedures en templates.

3. Definitie en rapportering van overhead kosten en kostencategorieën

Vaststelling: Verschillende verzekeringsondernemingen definiëren en rapporteren de kostencategorieën nog altijd volgens de definitie van BGAAP en niet volgens de instructies van de rapporteringstemplate S.05.01 van bijlage 2 van de uitvoeringsverordening voor de rapporteringstemplates. "Overhead kosten" worden vaak ook niet als een aparte categorie gedefinieerd en gerapporteerd.

Verduidelijking 3: De verzekeringsondernemingen moeten de kostencategorieën, inclusief overheadkosten, conform de instructies van de uitvoeringsverordening voor de rapporteringstemplates definiëren en rapporteren. Dit betekent onder meer dat kosten voor IT, logistiek en gebouwen, maar ook marketing en productontwikkelingskosten als overheadkosten moeten gerapporteerd worden.

4. Correcte toewijzing van overheadkosten aan de andere kostencategorieën

Vaststelling: Sommige verzekeringsondernemingen wijzen tot dubbel zoveel kosten toe aan acquisitiekosten dan anderen. Er kunnen hiervoor verschillende redenen zijn. Ten eerste wijzen sommige verzekeringsondernemingen overheadkosten op een forfaitaire manier toe aan de andere kostencategorieën of op basis van een vergelijking met concurrenten. Daarnaast maken verschillende verzekeringsondernemingen voor marketing-of saleskosten geen of op een onvoldoende transparante manier onderscheid tussen kosten voor nieuwe contracten en voor de bestaande portefeuille (retentie). Ten slotte bestaan er ook grote verschillen tussen verzekeringsondernemingen voor wat betreft de toewijzing van algemene management- en HR kosten.

Verduidelijking 4: De verzekeringsondernemingen moeten ervoor zorgen dat overheadkosten, in toepassing van artikel 31,1 van de gedelegeerde verordening op een correcte manier aan de andere kostencategorieën worden toegewezen, met bijzondere aandacht voor de toewijzing aan acquisitiekosten. Een forfaitaire toewijzing van overheadkosten aan de kostencategorieën is niet realistisch. Een allocatiemethode waarbij overheadkostenplaatsen in eerste instantie aan andere kostenplaatsen worden toegewezen, en waarbij deze andere kostenplaatsen op een dusdanige granulaire manier worden gedefinieerd zodat een toewijzing aan één enkele kostencategorie mogelijk is, kan wel als realistisch beschouwd worden. Indien een verzekeringsonderneming een andere methode gebruikt moet op periodieke basis aangetoond worden dat deze methode er niet toe leidt dat er te veel kosten aan de acquisitiekosten worden toegewezen.

Waar relevant moeten de verzekeringsondernemingen, bij de bepaling of een kost beschouwd moet worden als acquisitiekost of niet, duidelijk onderbouwen welke kosten gemaakt worden voor nieuwe contracten en welke voor de bestaande portefeuille of klantenbehoud (retentie), in het bijzonder voor *marketing* en *sales* kosten. De verzekeringsondernemingen moeten daarnaast ook de overheadkosten verbonden met *HR* en algemeen management toewijzen aan de administratiekosten, tenzij de activiteiten verbonden met nieuwe contracten duidelijk kunnen worden geïdentificeerd.

5. Correcties voor “éénmalige” kosten

Vaststelling: Sommige verzekeringsondernemingen maken een correctie voor éénmalige kosten op de kostenbasis en de manier waarop dit gebeurt kan onderling sterk verschillen.

Kosten voor grote strategische projecten, vaak softwareontwikkeling, worden door verschillende verzekeringsondernemingen boekhoudkundig als een investering gezien en geactiveerd op de balans. De Solvency II reglementering laat niet toe dat immateriële vaste activa meegenomen mogen worden voor het beschikbaar eigen vermogen, maar de kosten verdwijnen wel uit de kostenbasis waardoor ze ook als éénmalig kunnen beschouwd worden. Hoewel afschrijvingen geen *cash flows* zijn gebruiken sommige verzekeringsondernemingen deze wel als schatting voor de toekomstige éénmalige kosten.

Daarnaast beschouwen sommige verzekeringsondernemingen andere kosten zoals de kosten voor regelgeving als éénmalig en werden ze eveneens van de kostenbasis afgetrokken. Een aantal verzekeringsondernemingen trokken de kosten verbonden met reorganisaties ook af van de kostenbasis.

Geen enkele verzekeringsonderneming houdt expliciet rekening met toekomstige kostenreducerende maatregelen, bijvoorbeeld als gevolg van de implementatie bijvoorbeeld een efficiënter IT systeem, al wordt dit wel overwogen in een aantal gevallen.

Verduidelijking 5: Volgens artikel 31,4 van de gedelegeerde verordening moet de verzekeringsonderneming bij de bepaling van de kosten in de *best estimate* steeds ervan uitgaan dat nieuwe contracten zullen geschreven worden. Daarnaast bepaalt de uitvoeringsverordening voor de rapporteringstemplates onder meer dat overheadkosten ook kosten omvatten om interne processen te verbeteren, *zoals investeringen in systemen die nodig zijn om de (her)verzekeringsactiviteiten te ondersteunen, waaronder de aankoop van nieuwe IT systemen en de ontwikkeling van nieuwe software.* Ook de kosten verbonden met de implementatie van nieuwe regelgeving en reorganisaties kunnen door deze definitie beschouwd worden als een overheadkost.

Het is bijgevolg de verwachting dat er in de toekomst altijd kosten zullen moeten gemaakt worden om (software) systemen te hernieuwen of om regelgeving te implementeren, zelfs indien de projecten of regelgeving nog niet gekend zijn.

Indien toekomstige “éénmalige” kosten zoals hernieuwingen van softwaresystemen, implementatie van regelgeving of reorganisaties reeds gekend zijn en verband houden met de verzekeringsactiviteit moet hiermee rekening gehouden worden bij de bepaling van de *best estimate*. Indien de hoogte van de éénmalige kosten de voorgaande jaren materieel fluctueerde moet de verzekeringsonderneming hiermee rekening houden om de hoogte van de éénmalige kosten gedurende de ganse projectiehorizon in te schatten.

In het geval dat kosten boekhoudkundig geactiveerd worden moet de verzekeringsonderneming uitgaan van de effectieve verwachte *cash flows*. De gemaakte boekhoudkundige keuzes om éénmalige kosten eventueel te activeren en de afschrijvingen mogen hierbij dus in principe geen rol spelen. Enkel in bepaalde omstandigheden, zoals een stabiele historiek van éénmalige kosten en toegepaste boekhoudkundige regels, kunnen afschrijvingen een basis vormen voor de schatting van toekomstige éénmalige kosten. De finale kalibratie moet duidelijk onderbouwd en gedocumenteerd worden.

Verzekeringsondernemingen mogen in hun projecties geen rekening houden met toekomstige kostenreducerende maatregelen, tenzij deze maatregelen opgenomen werden in een *future Management actions plan* dat volledig opgemaakt werd volgens de bepalingen van artikel 23 van de gedelegeerde verordening. Dit betekent onder meer dat een gedetailleerd plan formeel wordt goedgekeurd door de bestuurlijke organen van de verzekeringsonderneming. Verzekeringsondernemingen mogen ook enkel rekening houden met de impact van de kostenreducerende maatregelen op toekomstige *cash flows* indien deze impact eenduidig en voldoende voorzichtig kan bepaald worden. De kosten verbonden met het uitvoeren van de maatregelen moeten eveneens opgenomen worden in de *best estimate*.

B. Kostenprojectie

6. Correcties voor *contract boundaries*

Vaststelling: Verschillende verzekeringsondernemingen hebben aangegeven dat een deel van de (administratie)kosten zoals momenteel beheerd in de boekhoudkundige systemen betrekking heeft op kosten verbonden met hernieuwing van premies die buiten de door Solvency II bepaalde contractgrenzen vallen. Het betreft bijvoorbeeld kosten verbonden met salarisverhogingen van groepsverzekeringscontracten of contracten met hernieuwbare éénmalige premies. Verschillende verzekeringsondernemingen argumenteerden ook dat de verkregen toeslagen op premies, die bedoeld zijn om de kosten voor hernieuwingen te dekken, ook niet meegenomen mogen worden.

Verschillende verzekeringsondernemingen hebben omwille van deze reden een expliciete correctie toegepast op de kostenbasis, maar er zijn grote verschillen tussen de toegepaste argumentatie en schattingsmethodes. Andere verzekeringsondernemingen hebben geen enkele correctie toegepast.

Daarenboven passen sommige verzekeringsondernemingen nog een impliciete correctie toe door onder meer voor administratiekosten in Leven (deels) premies als *cost driver* voor de projecties te gebruiken. Deze methode heeft eveneens tot gevolg dat de kosten in de projecties dalen omwille van de door Solvency II bepaalde contractgrenzen.

Verduidelijking 6: De uitvoeringsverordening voor de rapporteringstemplates bepaalt expliciet dat kosten verbonden met hernieuwingen van contracten als acquisitiekosten moeten gedefinieerd worden.

In plaats van correcties toe te passen moeten de verzekeringsondernemingen de kosten voor de hernieuwing van contracten zo correct mogelijk bepalen. Dit betekent dat verzekeringsondernemingen op een granulaire manier de verschillende kostenplaatsen en eventueel onderliggende activiteiten verbonden met de hernieuwing van contracten alsook de overheadkosten die ermee verband houden moeten toewijzen aan de acquisitiekosten, rekening houdend met de door Solvency II bepaalde contractgrenzen.

Omwille van de door Solvency II bepaalde contract grenzen is het daarenboven niet realistisch om premies te gebruiken als cost driver in Leven.

7. Samenvallen timing kosten *cash flows* met onderliggende schade *cash flows*

Vaststelling: Verschillende verzekeringsondernemingen houden geen rekening met de vereiste van richtsnoer 32 van de Circulaire *best estimate*. Dit richtsnoer bepaalt dat *de kosten in de kasstroomprognoses zodanig moeten toegerekend worden zodat het tijdstip van de kasstromen van kosten consistent is met het tijdstip van andere inkomende en uitgaande kasstromen die nodig zijn voor de afwikkeling van de verzekeringsverplichtingen.*

Verduidelijking 7: Verzekeringsondernemingen moeten richtsnoer 32 van de circulaire *best estimate* toepassen. Dit betekent dat voor de activiteit leven eenheidskosten en *cost drivers* voor de verschillende types afwikkelingen zoals overlijdens, afkopen en einde contracten apart moeten bepaald en gemodelleerd worden.

8. Modelleren van kosten in niet-leven

Vaststelling: De meeste verzekeringsondernemingen projecteren de schadekosten in niet-leven op basis van een gelijkaardige algemene methode (zoals de “New York methode” of de “*paid-to-paid methode*”) waarbij vaak op een eenvoudige manier een vaste kost/schade ratio wordt bepaald en waarbij de kosten evolueren in functie van het schadeverloop. Er zijn wel verschillen tussen verzekeringsondernemingen in de wijze waarop deze methode wordt toegepast en er zijn verder ook verschillen bij de behandeling van administratiekosten. Soms evolueren de administratiekosten mee in functie van de schade en soms in functie van de verwachte premies.

Verduidelijking 8: Artikel 31,1 van de gedelegeerde verordening bepaalt onder meer dat de kosten op realistische manier moeten toegerekend worden aan de delen van de *best estimate* waarmee ze verband houden. Verzekeringsondernemingen moeten daarom voor de kostenprojectie in niet-leven voor alle kostencategorieën duidelijk de keuze van de *cost driver* onderbouwen, met bijzondere aandacht voor administratiekosten. Verzekeringsondernemingen moeten ook periodiek evalueren, onder meer via back tests, of de gekozen methode en onderliggende assumpties overeenkomen met de realiteit of op zijn minst voorzichtig zijn.

9. Inflatie

Vaststelling: Alle verzekeringsondernemingen passen een inflatievoet toe op de geprojecteerde kosten *cash flows*, maar er bestaan grote verschillen tussen verzekeringsondernemingen hoe dit gebeurt. Sommige verzekeringsondernemingen gebruiken een inflatie op basis van een index en andere op basis van marktinstrumenten. Een aantal verzekeringsondernemingen maakt ook expliciet een onderscheid tussen salaris gedreven- en andere kosten. Ten slotte maken sommige verzekeringsondernemingen gebruik van stochastische projecties en andere niet.

Verduidelijking 9: In toepassing van artikel 133,2 van de wet en richtsnoer 33 van de circulaire *best estimate* moeten verzekeringsondernemingen rekening houden met kosteninflatie op een manier die consistent is met de economische assumpties. Verzekeringsondernemingen moeten hierbij expliciet bepalen welk type inflatie het meest geschikt is specifiek voor de projectie van kosten. Hierbij moeten verzekeringsondernemingen onderzoeken voor welke types kosten (bv. salaris gedreven kosten) welke inflatievoet van toepassing is. Verzekeringsondernemingen moeten ook periodiek evalueren, onder meer via back tests, of de gekozen methode en onderliggende assumpties overeenkomen met de realiteit of op zijn minst voorzichtig zijn.

10. Testen

Vaststelling: De meeste verzekeringsondernemingen voeren geen back-tests en variantie analyses uit op de eenheidskosten of onderliggende methodes en assumpties. Een aantal verzekeringsondernemingen hebben beperkte sensitiviteitstesten uitgevoerd.

Verduidelijking 10: Verzekeringsondernemingen moeten op regelmatige basis *back-tests* op de eenheidskosten en de belangrijkste onderliggende assumpties en methodes voor de kostenprojectie uitvoeren en rapporteren, in uitvoering van artikel 138 van de wet.

11. Documentatie

Vaststelling: De verzekeringsondernemingen hebben naar aanleiding van de vragenlijst kosten de nodige documentatie opgesteld maar voor sommigen is deze documentatie nog onvoldoende en niet permanent beschikbaar.

Verduidelijking 11:

In toepassing van artikel 265,1 (b) van de gedelegeerde verordening en om een adequate opvolging mogelijk maken moeten de verzekeringsondernemingen de kostenallocatie en –projectiemethodologie omvattend documenteren en permanent ter beschikking houden van de Bank. De documentatie moet minstens de volgende aspecten omvatten:

- een omvattende documentatie van de allocatie-en projectiemethodologie, inclusief:
 - alle assumpties en toegepaste expert judgments;
 - de transparante lijst en definitie van de kostenplaatsen en activiteiten;
 - de toewijzing van kostenplaatsen en activiteiten aan de kostencategorieën;
 - de toegepaste verdeelsleutels en de daaraan toegekende waardes;
 - rapport QRT S.05.01 maar dan na de toewijzing van de overhead kosten aan andere categorieën. Eventuele correcties moeten opgenomen worden in de post “andere kosten”.
- documentatie die aantoont dat aan de verduidelijkingen van deze publicatie wordt voldaan.

Er wordt een kopie van deze mededeling verzonden naar de commissaris(sen), erkend revisor(en) van uw instelling.

Hoogachtend

Jan Smets
Gouverneur