

# Kommentare und Empfehlungen der SAV zu IFRS 17 mit Fokus Nicht-Leben Schweiz

**Juli 2018**

## Inhaltsverzeichnis

<b>1.</b>	<b>Einführung</b>	<b>3</b>
<b>2.</b>	<b>Hintergrund und Zweck des Dokuments</b>	<b>3</b>
<b>3.</b>	<b>Allgemeine Aspekte</b>	<b>4</b>
<b>3.1</b>	<b>Typische Schweizer Mehrjahrespolice: Vertragsgrenzen</b>	<b>4</b>
<b>3.2</b>	<b>Vermittlerprovisionen für Mehrjahrespolice</b>	<b>4</b>
<b>3.3</b>	<b>Nachlaufprämien</b>	<b>4</b>
3.3.1	Funktionsweise der Nachlaufprämie	4
3.3.2	Problematik der Nachlaufprämie unter IFRS 17	5
3.3.3	Berücksichtigung der Nachlaufprämie in Bilanz und Erfolgsrechnung	5
3.3.4	Beispiel	6
3.3.5	Kommentar zum Wortlaut des Standards für PAA	6
<b>3.4</b>	<b>Überschussbeteiligung</b>	<b>7</b>
3.4.1	Einleitung	7
3.4.2	Überlegungen im Zusammenhang mit IFRS17	8
3.4.3	Beispiel der unterschiedlichen Darstellung	8
3.4.4	Zusammenfassung/Empfehlung	9
<b>3.5</b>	<b>Mitversicherung</b>	<b>9</b>
3.5.1	Erläuterung der Problematik	9
3.5.2	Implikationen für die Behandlung unter IFRS 17	10
<b>3.6</b>	<b>Gedanken zum Risk Adjustment</b>	<b>10</b>
<b>4.</b>	<b>Produktspezifische Themen</b>	<b>12</b>
<b>4.1</b>	<b>Unfallversicherung („UVG“)</b>	<b>12</b>
4.1.1	Renten, Teuerungszulagen und Teuerungsfonds	12
4.1.2	UVG Zusatzversicherungen	13
<b>4.2</b>	<b>Krankentaggeld („KTG“)</b>	<b>13</b>
4.2.1	Prämiensatzgarantie und Verzicht aufs Kündigungsrecht	14
4.2.2	Übernahme der laufenden Schäden	14
<b>4.3</b>	<b>Elementarschadenpool („ES-Pool“)</b>	<b>16</b>
4.3.1	Funktionsweise des Pools	16
4.3.2	Behandlung des ES-Pools als Rückversicherung	16
4.3.3	Behandlung der über den ES-Pool gekauften Rückversicherung als Rückversicherung	17
4.3.4	Separates Portfolio für das Geschäft aus dem ES-Pool	18
<b>4.4</b>	<b>Nuklearpool</b>	<b>19</b>
4.4.1	Funktionsweise des Pools	19
4.4.2	Separates Portfolio für Nuklearrisiken	19
<b>5.</b>	<b>Anhang</b>	<b>20</b>
<b>5.1</b>	<b>Urteil vom Bundesverwaltungsgericht über die Mehrwertsteuerproblematik bei Mitversicherung</b>	<b>20</b>
<b>5.2</b>	<b>Bewertung der Renten und des Teuerungsfonds im UVG unter IFRS 17</b>	<b>20</b>

## 1. Einführung

Im Mai 2017 wurde der Internationale Financial Reporting Standard IFRS 17 nach einer Entwicklungszeit von rund 20 Jahren vom International Accounting Standards Board IASB herausgegeben. IFRS 17 wird den existierenden Rechnungslegungsstandard IFRS 4 ersetzen und ab dem 1. Januar 2021 angewendet werden.

IFRS 17 wird dem Leser von Finanzinformationen von Versicherungsunternehmen eine gänzlich neue Perspektive geben, da die Darstellung von Information in den Finanzberichten neu überdacht und teils neu definiert wurde. Der neue Standard ist hochrelevant für die Schweizerische Versicherungsbranche, da viele Marktteilnehmer IFRS-Anwender sind.

Die Einführung und die Operationalisierung von IFRS 17 stellen die Versicherungsunternehmen vor eine grosse Herausforderung aufgrund der Komplexität des Standards und der derzeit grossen Bandbreite an Interpretationsmöglichkeiten.

## 2. Hintergrund und Zweck des Dokuments

Das vorliegende Dokument fokussiert auf Nicht-Leben-spezifische Fragestellungen, welche im Zusammenhang mit Themen stehen, welche charakteristisch und spezifisch für die Schweizerische Versicherungsbranche sind. Wir lassen bewusst die Diskussion und Interpretation von allgemeinen IFRS 17 Themen, welche globale Relevanz haben, weitestgehend auf der Seite. Unsere erklärte Absicht beim Verfassen dieses Dokumentes ist es, uns um lokale Aspekte der Interpretation des Standards zu kümmern.

Zusätzlich unterscheiden wir im vorliegenden Dokument zwei Hauptteile: Im ersten Teil (Abschnitt 3) erläutern wir allgemeine, nicht-produktspezifische Themen, welche in vielen Produkten bei schweizerischen Versicherungsgesellschaften parallel auftreten. Im zweiten Teil (Abschnitt 4) betrachten wir eine Reihe von Eigenheiten typischer Schweizer-NL-Versicherungsprodukte und erläutern und interpretieren diese im Lichte des IFRS 17 Standards.

Wir erheben keinen Anspruch auf eine vollständige Abhandlung aller relevanten Bereiche. Bewusst haben wir eine subjektive Auswahl der aus unserer Sicht wichtigsten lokal spezifischen Fragestellungen getroffen. Die Empfehlungen und Kommentare reflektieren die Ansichten des Berufsverbands der Schweizer Aktuare zum Zeitpunkt des Schreibens dieser Stellungnahme, das heisst per Juli 2018. Die Interpretation des Standards zu den betrachteten Punkten kann sich im Laufe der Zeit ändern, insofern sind die vorliegenden Kommentare im Sinne einer Momentaufnahme zu sehen. Auch ist es nicht verbindlich für die Versicherungsbranche, die in der Folge diskutierten Sachverhalte im Sinne dieses Dokuments zu interpretieren.

### 3. Allgemeine Aspekte

#### 3.1 Typische Schweizer Mehrjahrespolicen: Vertragsgrenzen

In der Schweiz gibt es durchaus Versicherungsverträge, welche über mehrere Jahre abgeschlossen werden. Beispiele sind Motor Haftpflichtpolicen mit 5-jähriger und Krankentaggeld- oder UVG-Policen mit 3-jähriger Vertragslaufzeit. Schweiz-üblich sind jedoch Prämienanpassungsklauseln, wodurch die Contract Boundary gemäss Artikel 34 auf kleiner oder gleich ein Jahr reduziert wird. Damit ist der überwiegende Teil des Schweizer Direktgeschäftes unter IFRS 17 als einjährig zu betrachten. Damit ist der Premium Allocation Approach („PAA“) gemäss Artikel 53 (b) für diese Verträge anwendbar.

Beachtung verdienen allerdings Fälle im Firmenkundengeschäft, bei welchen eine Prämiengarantie ausgesprochen wird. Diese Policen sind typischerweise unter IFRS 17 als mehrjährig zu betrachten. Des Weiteren existieren auf dem Schweizer Markt Technische Versicherungen im Bereich des Projektgeschäfts (z.B. im Baugewerbe) oder Garantieverlängerungen, welche eine mehrjährige Vertragslaufzeit und unter IFRS 17 eine Contract Boundary grösser als ein Jahr haben. Dies impliziert jedoch nicht automatisch, dass der PAA nicht anwendbar ist. Um den PAA anwenden zu können, muss gemäss Artikel 53 (a) mittels Vergleichsrechnung nachgewiesen werden, dass die Liability for remaining coverage („LRC“) sich nicht materiell von derjenigen unter dem Building Block Approach („BBA“) unterscheidet.

#### 3.2 Vermittlerprovisionen für Mehrjahrespolicen

Auf dem Schweizer Markt existieren mehrjährige Vermittlerprovisionen, auch für Verträge, welche eine IFRS 17 Contract Boundary von kleiner gleich einem Jahr haben. Diese Vermittlerprovisionen unterliegen unterschiedlichen Rückzahlungsmodalitäten im Falle von Vertragskündigungen.

Bei strikter Interpretation des IFRS 17 Standards (vgl. Artikel 17 und 47) ist es wahrscheinlich, dass dadurch Neukunden-Kohorten onerous werden. Dies aus dem Grunde, weil die gesamte Vermittlerprovision, falls es keine Teilrückerstattung der Vermittlerprovision bei frühzeitiger Kündigung gibt, dem Neukunden-Portfolio zugeordnet wird.

#### 3.3 Nachlaufprämien

##### 3.3.1 Funktionsweise der Nachlaufprämie

Eine Nachlaufprämie tritt dann auf, wenn die zu Vertragsbeginn vereinbarte Prämie zu einem späteren Zeitpunkt verändert wird. Dies kann z.B. dann der Fall sein, wenn die Prämie abhängig ist von einer Kennzahl wie der Lohnsumme eines Unternehmens, und erst nach Ablauf der Deckungsperiode die tatsächliche Lohnsumme bekannt ist und entsprechend die Prämie angepasst wird.

Das Konzept der Nachlaufprämie ist nicht beschränkt auf die Schweiz, sondern es existiert in ähnlicher Form auch in anderen Ländern. Dennoch sollen hier die Problematik und mögliche Optionen zur Behandlung der Nachlaufprämie im Zusammenhang mit IFRS 17 aufgezeigt werden.

### 3.3.2 Problematik der Nachlaufprämie unter IFRS 17

Gemäss Artikel 83 wird der Ertrag „Insurance Revenue“ gemessen an der Gegenleistung für die erbrachte Versicherungsleistung, sprich der Prämie. Bei Anwendung des PAA basiert gemäss Artikel 55 und Artikel B126 der Insurance Revenue für eine Periode auf der zu erwartenden Prämie (B126: „*insurance revenue is (...) the amount of expected premium receipts*“). Das Ignorieren der Nachlaufprämie würde keine Best-Estimate Sicht darstellen. Allerdings ist eine Nachlaufprämie erst bekannt, wenn die Deckungsperiode vorbei ist. Somit würde eine Nachlaufprämie als Insurance Revenue in einer Periode gezeigt, in der keine Versicherungsleistung erbracht wurde.

Unter IFRS 17 ergeben sich bei Verwendung des PAA Fragestellungen hinsichtlich der Schätzung der Nachlaufprämie und der damit zwangsläufig verbundenen Differenz zwischen der geschätzten und der tatsächlichen Nachlaufprämie.

### 3.3.3 Berücksichtigung der Nachlaufprämie in Bilanz und Erfolgsrechnung

Soll die erwartete Nachlaufprämie geschätzt werden?

Pro-Argumente:

- Eine Schätzung der Nachlaufprämie entspricht einer Best-Estimate Schätzung, die unter IFRS 17 gemäss Artikel 33 (a) gefordert wird („probability-weighted mean of the full range of possible outcomes“).
- Die resultierende Bilanz-Position widerspiegelt die tatsächlichen Erwartungen, also dass für einen abgelaufenen Vertrag ein zukünftiger positiver Geldfluss in Form einer Nachlaufprämie zu erwarten ist. Dies ist auch unter PAA der Fall, da der entsprechend höhere Wert als Ertrag ausgewiesen wird und somit von der „Liability for remaining coverage“ abgezogen wird.

Contra-Argumente: Keine

Empfehlung:

Bei einer signifikanten Nachlaufprämie soll diese geschätzt werden, z.B. aufgrund der Historie, und bereits im aktuellen Jahr berücksichtigt werden. Im Folgejahr wird lediglich die Differenz der tatsächlichen Nachlaufprämie und der geschätzten Nachlaufprämie als positiver oder negativer Ertrag ausgewiesen.

### 3.3.4 Beispiel

- 1-jähriger Vertrag im Jahr XX
- Prämie bezahlt bei Vertragsabschluss (entspricht Erstbewertung): 100
- Erwartete Nachlaufprämie: 20
- Tatsächliche Nachlaufprämie: 22, bekannt und bezahlt nach Abschluss der Jahresrechnung für das Jahr XX (d.h. Zahlung in XX+1)
- Zinssatz 0%

Folgende Optionen sind denkbar für den Ertrag unter IFRS 17:

#### Situation ohne Berücksichtigung der Nachlaufprämie

	Jahr XX	Jahr XX+1
Insurance Revenue	100	0
Liability for remaining coverage per Ende Jahr	0	0

#### Option 1: Berücksichtigung der Nachlaufprämie im Folgejahr, keine Schätzung

	Jahr XX	Jahr XX+1
Insurance Revenue	100	22
Liability for remaining coverage per Ende Jahr	0	0

#### Option 2: Schätzung der Nachlaufprämie für aktuelle Verträge

	Jahr XX	Jahr XX+1
Insurance Revenue	120	2
Liability for remaining coverage per Ende Jahr	-20	0

Die Empfehlung ist Option 2.

### 3.3.5 Kommentar zum Wortlaut des Standards für PAA

Artikel 55 beschreibt, wie die Liability for remaining coverage („LRC“) gemäss PAA berechnet wird. Der Wortlaut trägt jedoch der Situation nicht vollständig Rechnung, wenn sich die tatsächliche Nachlaufprämie von der geschätzten unterscheidet. Dies soll am obigen Beispiel verdeutlicht werden:

LRC bei Erstbewertung:

- Artikel 55 (a) (i): +100

- Keine weiteren Anpassungen da keine Abschlusskosten im Beispiel berücksichtigt sind

LRC am Ende des Jahres XX:

- Artikel 55 (b) (i)-(iv) sowie (vi): 0 da keine Prämienzahlung, keine Abschlusskosten und keine „financing component“.
- Artikel 55 (b) (v): -120 da eine Nachlaufprämie von 20 erwartet wird
- Stand Ende Jahr XX: -20

LRC am Ende des Jahres XX+1:

- Artikel 55 (b) (i): +22 da dieser Betrag als Nachlaufprämie einfließt
- Artikel 55 (b) (ii)-(iv) sowie (vi): 0 da keine Abschlusskosten und keine „financing component“.
- Artikel 55 (b) (v): 0 da keine Deckung im Jahr XX+1 gegeben wird („coverage provided in that period“)
- Stand Ende Jahr XX+1: 2.

Die Autoren erachten folgendes Vorgehen als sinnvoll: Der Wortlaut von Artikel 55 (b) (v) kann so interpretiert werden, dass hier auch der Unterschied zwischen der Schätzung und der tatsächlichen Nachlaufprämie berücksichtigt wird. Mit dieser Interpretation wird im Jahr XX+1 ein Ertrag von 2 ausgewiesen und die LRC auf 0 reduziert. Es sei jedoch darauf hingewiesen, dass dieses Vorgehen bei einer strengen Auslegung von Artikel 55 (b) (v) nicht im Einklang mit den Vorgaben ist. Allerdings schreibt Artikel B120 vor, dass die gesamte Insurance Revenue für einen Vertrag im Allgemeinen gleich der erhaltenen Prämie ist. Bei Fertigstellung dieses Dokuments gab es bezüglich dieser Problematik weder weitere Handlungsempfehlungen seitens des IASB noch einen internationalen Konsens seitens der Anwender von IFRS 17.

## 3.4 Überschussbeteiligung

### 3.4.1 Einleitung

In der Schweiz ist es insbesondere im Unternehmensgeschäft üblich, dass Verträge mit einer Überschussbeteiligung angeboten werden. Diese Option verspricht dem Kunden eine „Gewinnbeteiligung“, falls der Vertrag profitabel ist. Etwas konkreter heisst dies, falls die Schadenbelastung innerhalb der Überschussperiode zuzüglich eines vordefinierten Kostensatzes eine gewisse Schranke (z.B. 80% der bezahlten Prämie = Überschusschranke) nicht überschreitet, erhält der Kunde einen Anteil des Überschusses (z.B. 50% = Überschussanteil) zurück. Dabei sind die Parameter Überschussanteil, Überschusschranke, Überschussperiode sowie der Kostensatz vertraglich geregelt. Die einzige unsichere Komponente ist die Schadenbelastung innerhalb der Überschussperiode. Abgerechnet wird die Überschusskomponente

normalerweise erst, wenn alle Schadenfälle der betroffenen Überschussperiode geschlossen sind.

### 3.4.2 Überlegungen im Zusammenhang mit IFRS17

Die SAV Arbeitsgruppe ist der Meinung, dass eine Überschussbeteiligung unter IFRS 17 als Versicherungskomponente klassifiziert werden kann und entsprechend im insurance revenue und in den Schäden und Kosten enthalten ist.

Es wäre jedoch denkbar, eine Überschussbeteiligung als IFRS 17 Investment Komponente zu interpretieren. Die folgenden Ausführungen erläutern diese Interpretation.

Der IFRS 17 Standard definiert Investment Komponenten (in Appendix A) nämlich wie folgt: „The amount that an insurance contract requires the entity to repay to a policyholder even if an insured event does not occur“.

Dabei unterscheidet der Standard zwischen sogenannten distinct investment components, welche vom Versicherungsvertrag zu separieren (Artikel 11 (b)) und nach IFRS 9 zu bilanzieren sind, sowie non-distinct investment components, welche zwar unter IFRS 17 zu bilanzieren sind, jedoch sowohl von der insurance revenue (Prämie) als auch von den insurance service expenses (Versicherungsleistungen) in Abzug gebracht werden müssen (Artikel 85).

Ob investment components distinct oder non-distinct sind, wird in Anhang B31 und B32 des Standards erläutert. Dort kann man entnehmen, dass die Investment Komponente nur dann distinct ist, wenn der Wert des eigentlichen Vertrages unabhängig vom Wert der Investment Komponente ist und die Investment Komponente auch als Einzelprodukt auf dem Markt angeboten wird. Beide Bedingungen sind bei den Überschussbeteiligungen nicht erfüllt. Es bleibt also die Frage, ob die Überschussbeteiligung als eine non-distinct investment component angesehen werden muss.

### 3.4.3 Beispiel der unterschiedlichen Darstellung

Das nachfolgende einfache Beispiel illustriert die Behandlung der Überschussbeteiligung als insurance component (Option 1) und als non-distinct investment component (Option 2).

Eckdaten: 1-Jahresvertrag; Prämie = 1'000; Schäden & Kosten = 600; Überschussbeteiligung = 200.

Balance Sheet:	Option 1 (insurance component)		Option 2 (non-distinct inv. component)	
	t = 0	t = 1	t = 0	t = 1
Assets	1'000	200	1'000	200
Liabilities	1'000	200	1'000	200
Equity	0	200	0	200
LRC	1'000	0	1'000	0
P&L:				
Revenues		1'000		800
Claims & Costs		-800		-600
Income		200		200

Falls die Überschussbeteiligung als non-distinct investment component klassifiziert wird, sind sowohl das insurance revenue als auch die Schäden & Kosten um den entsprechenden Betrag kleiner. Das insurance income bleibt demzufolge gleich unter beiden Ansätzen.

### 3.4.4 Zusammenfassung/Empfehlung

Insurance component:

Wir empfehlen, die Überschussbeteiligung als insurance component zu klassifizieren. Dies reflektiert den Charakter der Überschussbeteiligung, nämlich die Beteiligung des Versicherungsnehmers an gutem Schadenverlauf und ist konsistent mit der Definition von Insurance Risk.

Distinct investment component:

Die SAV Arbeitsgruppe empfiehlt, Überschussbeteiligungen nicht als distinct investment component anzusehen und sie somit nicht vom Versicherungsvertrag zu separieren. Das impliziert, dass die Bewertung unter IFRS17 erfolgt.

Non-distinct investment component:

Falls bei Stornierung des Vertrags (oder ähnlichen Ereignissen) die Überschusskomponente nicht (anteilmässig) ausbezahlt wird, ist die Definition der investment component nicht erfüllt und es liegt somit auch keine non-distinct investment component vor. Die SAV empfiehlt, darauf zu verzichten, die Überschusskomponente von den Prämien und den Leistungen in Abzug zu bringen.

Falls Überschusskomponenten in jedem Fall ausbezahlt werden, ist eine Interpretation als non-distinct investment component gemäss IFRS 17 Definition möglich. Nach Meinung der SAV Arbeitsgruppe ist die Klassifizierung der Überschussbeteiligung als insurance component vorzuziehen, weil die Überschussbeteiligung vom Charakter her eine Versicherungskomponente und keine Investitionskomponente ist.

## 3.5 Mitversicherung

### 3.5.1 Erläuterung der Problematik

Die Mitversicherung ist die Beteiligung mehrerer Versicherungsunternehmen an der Versicherung desselben Risikos. In der Regel gibt es eine führende Versicherungsgesellschaft, welche Tätigkeiten wie Verwaltung, Inkasso, Zuweisung des Prämienanteils/der Provisionsbelastung, Schadensregulierung usw. ausführt. Bei Mitversicherungsverhältnissen besteht zwischen der führenden Gesellschaft und den weiteren Mitversicherern ein mehrwertsteuerliches Leistungsverhältnis. Der geschäftsführende Versicherer erhält für seine Tätigkeit von den einzelnen Mitversicherern eine Entschädigung in Form einer Führungsprovision oder Kostenprämie.

Damit erbringt die führende Gesellschaft den Mitversicherern eine Leistung, welche der Mehrwertsteuer unterliegt. Diese Auffassung spiegelt sich im Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 9. August 2016 wider (siehe Anhang 5.1 für den vollständigen Wortlaut des Urteils). Das Urteil wird zum Zeitpunkt der Redaktion vor dem Bundesgericht angefochten.

### 3.5.2 Implikationen für die Behandlung unter IFRS 17

Gemäss dem oben genannten Urteil ist der führende Versicherer verpflichtet, für die von den Mitversicherern erhaltene Führungsprovision/Kostenprämie eine Mehrwertsteuer abzuführen.

Im Rahmen von IFRS 17 stellt sich nun die Frage, inwiefern die Geldflüsse bezüglich der Mehrwertsteuer in den „Fulfilment Cash Flows“ berücksichtigt werden müssen. Artikel B65 beschreibt, welche Geldflüsse hier zu berücksichtigen sind. Insbesondere heisst es in B65 (i) und (j), dass folgende aus Steuern resultierende Geldflüsse berücksichtigt werden müssen:

- (i) “transaction-based taxes (such as premium taxes, value added taxes and goods and services taxes) and levies (such as fire service levies and guarantee fund assessments) that arise directly from existing insurance contracts, or that can be attributed to them on a reasonable and consistent basis.”
- (j) “payments by the insurer in a fiduciary capacity to meet tax obligations incurred by the policyholder, and related receipts.”

Da es sich bei der Mehrwertsteuer für die Führungsprovision/Kostenprämie um eine “transaction-based tax“ handelt, muss diese in den „Fulfilment Cash Flows“ berücksichtigt werden.

### 3.6 Gedanken zum Risk Adjustment

Weil es sich beim Risk Adjustment nicht um ein Schweiz-spezifisches Thema handelt, geben wir im Folgenden nur einige Denkanstösse aus aktuarieller Sicht.

Die Bewertung des Risk Adjustments wird im IFRS 17 sehr offen gelassen. Definiert ist sie für das Bruttogeschäft in Artikel 37:

*“An entity shall adjust the estimate of the present value of the future cash flows to reflect the compensation that the entity requires for bearing the uncertainty about the amount and timing of the cash flows that arises from non-financial risk.”*

Der Begriff *“compensation that the entity requires”* wird dabei nur durch die weiter unten aufgelisteten Eigenschaften charakterisiert. Ein Bezug zu Modellen aus der Betriebswirtschaft, wie sie etwa dem SST oder Solvency II zugrundeliegen, wird im Standard nicht hergestellt. Auch wird nicht verlangt, nachzuweisen, dass die berechneten Werte realistische Schätzungen für den Fall eines tatsächlichen Portefeuilleübertrags darstellen würden. Damit bleibt dem Marktteilnehmer hier ein grosser Interpretationsspielraum bei der Festlegung dessen, was er selbst als *“erforderliche Kompensation”* betrachten will - solange die gewählte Methodik die unten genannten Eigenschaften erfüllt.

Für die passive Rückversicherung muss gemäss Artikel 64 der Teil des Brutto Risk Adjustments ausgewiesen werden, welcher dem transferiertem Risiko entspricht.

Etwas mehr präzisiert wird das Konzept unter B86-92, was grob zusammengefasst werden kann als:

- Versicherungsrisiken müssen im Risk Adjustment und nur hier berücksichtigt werden,
- Portfolien oder Gruppen mit höheren Versicherungsrisiken sollen höhere Risk Adjustments bekommen,
- Diversifikationseffekte dürfen berücksichtigt werden,
- Die Methodik ist frei, muss aber wie das entsprechende Konfidenzniveau offengelegt werden. Insbesondere betrifft dies die Wahl der Aggregationsstufe, auf der das Risk Adjustment geschätzt wird, und etwaig zugehörige Allokationsmechanismen.

Die Anforderungen in B91 bezüglich der Höhe des Risk Adjustments lassen viel Interpretationsspielraum.

Bei der Wahl der Bewertungsmethode sollten folgende Punkte berücksichtigt werden:

- Selbst hochprofitable Portfolien oder Gruppen können durch ungünstige Allokation des Risk Adjustments onerous werden.
- Eine strikte Anwendung gebräuchlicher Methoden, wie Value at Risk, Expected Shortfall oder Faktormodelle, führen oft zu einer Verstärkung von Abwicklungsgewinnen oder –Verlusten.
- Selbst die Defaultmethode Value at Risk erfüllt B91 nicht in allen Fällen. Zum Beispiel kann unter der Lognormalverteilung ein höheres Risiko, ausgedrückt durch einen höheren Variationskoeffizienten, zu einem kleineren (im Extremfall zu einem negativen) Risk Adjustment führen.

In Bezug auf die Verwendung bereits bekannter Grössen, wie zum Beispiel MVM in SST oder Risk Margin in Solvency II, oder der entsprechenden Methoden ihrer Bestimmung, heisst dies, dass Vorsicht geboten ist, um Situationen wie:

- hochprofitable, aber onerous Gruppen, hervorgerufen durch zum Beispiel zu hohe Quantile,
- negative Risk Adjustments, hervorgerufen zum Beispiel durch zu schiefe Verteilungen bei zu tiefen Quantilen und
- nicht risikoadequate (vgl. B91) Zuteilungen des Risk Adjustments zu vermeiden.

Des Weiteren möchten wir darauf hinweisen, dass bei Verwendung der MVM bzw. der Risk Margin aus dem SST oder Solvency II mehrere Anpassungen notwendig sind, unter anderem:

- Zugrundeliegende Cash-Flows sind potenziell verschieden, aufgrund von unterschiedlicher Behandlung der Verwaltungskosten und/oder der Diskontierung.
- Unter IFRS 17 wird ein Risk Adjustment brutto und netto, also vor und nach Rückversicherung, benötigt; unter Solvency II / SST ist oftmals nur der Netto-Wert verfügbar.

- Die Risiken unter IFRS 17 sind enger gefasst als unter Solvency II / SST (z.B. kein Einbezug von ALM oder operationellen Risiken).
- MVM im SST und Risk Margin in Solvency II berücksichtigen in den meisten Fällen den eigenen Risikoappetit nicht.
- Es gibt potenzielle Unterschiede bei dem Einbezug des Diversifikationseffekts.

## 4. Produktspezifische Themen

### 4.1 Unfallversicherung („UVG“)

Zu den Besonderheiten des schweizerischen Versicherungsmarkts gehört das Unfallversicherungsgeschäft gemäss dem Unfallversicherungsgesetz (UVG). Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) verbietet im obligatorischen Teil eine Prämiensatzgarantie über mehr als ein Jahr, das heisst die Contract Boundary ist kleiner oder gleich ein Jahr. Deshalb kann der PAA angewendet werden. Eine weitere Eigenheit im UVG-Geschäft sind die lohnsummenabhängigen Prämien, wodurch jeweils erst im Folgejahr die definitive Prämie abgerechnet werden kann. Für die Behandlung solcher Nachlaufprämien wird auf das Kapitel 3.3 verwiesen.

#### 4.1.1 Renten, Teuerungszulagen und Teuerungsfonds

Im Kontext von IFRS 17 ist vor allem die Bewertung der Renten und ihrer Teuerungszulagen von Interesse, zumal diese durch die Existenz des „Vereins zur Sicherung künftiger Renten“ eine bedeutende Modifikation erfährt. Über diesen Verein – kurz auch als „Teuerungsfonds“ bezeichnet – wird die Finanzierung der Teuerungszulagen gepoolt. Ihm gehören seit dem 1.1.2017 alle Versicherer gemäss UVG Art. 68 Abs. 1 Bst. a und die Ersatzkasse an. wird,

Die Annahmen (z.B. Sterblichkeit), welche dem SUVA-Tool zugrunde liegen, können zurzeit als angemessen betrachtet werden, womit die Cash-Flows aus dem SUVA-Tool für IFRS 17 verwendet werden können. Die Angemessenheit dieser Annahmen für die Berechnungen unter IFRS 17 ist aber in Zukunft jeweils kritisch zu hinterfragen. Zudem ist für die Diskontierung der technische Zins nicht angemessen, und es muss eine marktnahe Zinskurve verwendet werden. Die Verwendung einer marktnahen Zinskurve führt dazu, dass die Rückstellungen zur Finanzierung des infolge einer Änderung der vom Bundesrat genehmigten Rechnungsgrundlagen erforderlichen Rentendeckungskapitals (UVG Art. 90.3) unter IFRS 17 nicht direkt zu berücksichtigen sind. Indirekt macht sich eine solche Änderung jedoch über den Zahlungsstrom der Ausgleichszahlungen in der Bewertung bemerkbar (siehe Anhang 5.2).

Um die Effekte des Teuerungsfonds auf die Bewertung der UVG-Renten unter IFRS 17 zu verstehen und vor allem in der praktischen Modellierung korrekt zu berücksichtigen, kommt man um eine detaillierte Beschreibung der Zusammenhänge nicht herum. Diese würde aber

mit ihrem unvermeidlichen Formelwerk den Rahmen dieses Dokuments sprengen. Sie wird daher als Anhang 5.2 zur Verfügung gestellt. Ein zweiter Anhang in Form eines Excel-Arbeitsblattes illustriert die Ausführungen anhand eines durchgerechneten Beispiels.

Der Anhang analysiert insbesondere die zusätzlichen Zahlungsströme, die durch den Fondsmechanismus induziert werden, nämlich die Ausgleichszahlungen und die Umlagebeiträge. Es werden die Effekte aus Neuverrentungen, Zusatzfinanzierungen und zukünftiger Teuerung beschrieben und verschiedene Ansätze diskutiert, die dazu dienen, die Rechnung im Vergleich zum vollständigen Modell zu vereinfachen.

Zu diesen Vereinfachungen gehört auch das Modell, das seit 2013 für den SST angewendet wird. Dieses modelliert den Fonds als Drittpartei, die gegen Zahlung der Überschusszinsen und der Zusatzfinanzierung und Abtretung aller Ansprüche aus Umlagebeiträgen und einforderbaren Ausgleichszahlungen alle Verpflichtungen aus bereits gesprochenen und zukünftigen Teuerungszulagen sowie auszustahlenden Ausgleichszahlungen übernimmt. Dabei macht die Drittpartei aber Gewinne oder Verluste, deren Bewertung im SST-Modell vernachlässigt wird. Ausserdem operiert rein rechtlich gesehen der Fonds nicht als echte Drittpartei - die Verpflichtungen gegenüber den Rentenempfängern liegen bei der jeweiligen Gesellschaft.

Angesichts der höheren Anforderungen, die IFRS 17 an die Ausmodellierung der Zahlungsströme stellt, ist es vom SST-Modell zur vollständigen Modellierung aller Zahlungsströme nur noch ein kleiner Schritt. Dies zeigt auch das durchgerechnete Beispiel in Excel.

Allerdings gehen in die Rechnung eine Vielzahl von Parametern ein. Hierzu zählen die Erwartungen bezüglich der Entwicklung der Zinsen, der Inflation und des vom Teuerungsfonds jährlich neu festgelegten Zinsanteilssatzes, aber auch die konkrete Situation der einzelnen Gesellschaft in Hinsicht auf ihren Fondsbedeckungsgrad.

In Anbetracht der Grösse des Parameterraums sind universell gültige Vereinfachungen nicht leicht herleitbar. Daher sprechen wir keine konkrete Empfehlung bezüglich Modellvereinfachungen aus.

#### **4.1.2 UVG Zusatzversicherungen**

Anders als im obligatorischen Teil können bei den UVG-Zusatzversicherungen auch mehrjährige Vertragsperioden ohne Prämienanpassungsmöglichkeit sowie Gewinnbeteiligungsvereinbarungen vorkommen. Für diese Themen verweisen wir auf die Abschnitte 3.1 bzw. 3.4 in diesem Dokument, wo sie spartenübergreifend besprochen werden.

## **4.2 Krankentaggeld („KTG“)**

Das Krankentaggeld ersetzt den Lohnausfall durch Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit. Ein vereinbarter Prozentsatz des Lohnes (oft 80%, aber auch 90% oder 100%) wird nach einer Wartefrist (häufig 30 Tage, aber auch 14, 90, 180 Tage oder andere Wartefristen) für eine fix vereinbarte Laufzeit (maximal 730 Tage) in Form eines monatlich fixen Betrages ausbezahlt.

#### 4.2.1 Prämiensatzgarantie und Verzicht aufs Kündigungsrecht

Im Schweizer Markt wird Grosskunden teilweise eine mehrjährige Prämiensatzgarantie, meist gekoppelt mit einem Verzicht auf das Kündigungsrecht seitens Versicherer, gegeben, unabhängig vom Schadenverlauf. Der Prämiensatz wird für eine Vertragsdauer von beispielsweise 3 oder 5 Jahren fixiert, und als Folge davon gibt es keine Möglichkeit für den Versicherer, das Risiko auf Jahresbasis neu einzuschätzen und zu präzisieren. Demzufolge ist Artikel 34 nicht erfüllt („*the entity has the practical ability to reassess the risks of the particular policyholder*“). Die Deckungsperiode eines Vertrages mit einer Prämiensatzgarantie entspricht der Zeitdauer, für welche die Prämiensatzgarantie gilt. Es ist uns wichtig, darauf hinzuweisen, dass in diesem Fall zwar ein Mehrjahresvertrag unter IFRS 17 vorliegt, dass dies aber nicht zwangsläufig bedeutet, dass der Premium Allocation Ansatz („PAA“) nicht angewendet werden kann. PAA kann verwendet werden, falls die Liability for Remaining Coverage unter dem BBA und PAA nicht materiell unterschiedlich ist. Dies muss getestet und dokumentiert werden, aber es gibt kaum Gründe anzunehmen, dass sich die beiden LRCs substantiell unterscheiden.

Weitere Details zu den Vertragsgrenzen unter IFRS 17 sind im allgemeinen Kapitel 3.1 aufgeführt.

Eine Schwierigkeit sehen wir darin, dass die Information, ob es bei einer konkreten Police eine Prämiensatzgarantie oder einen Verzicht auf das Kündigungsrecht gibt, nicht immer im Vertragsverwaltungs-System erfasst ist. Um eine detaillierte, flächendeckende Analyse der Vertragsbedingungen durchzuführen, muss diese Information strukturiert vorliegen.

#### 4.2.2 Übernahme der laufenden Schäden

Eine weitere Besonderheit in der Krankentaggeld-Versicherung ist die Übernahme der offenen Schäden beim Wechsel des Versicherers durch den neuen Risikoträger aufgrund des Freizügigkeitsabkommens unter den Krankentaggeld-Versicherern vom 1.1.2006. Falls ein Versicherungsnehmer den Versicherer wechselt, werden die noch nicht geschlossenen Schäden vom neuen Versicherungsunternehmen vollumfänglich getragen. Dieses Konzept ist nicht unbekannt in der Branche, in der Rückversicherung zum Beispiel funktionieren Clean-Cut Verträge nach einem ähnlichen Prinzip. Für die transferierten Schäden im Krankentaggeld wird vom Vorversicherer jedoch keine Kompensation bezahlt. Der neue Versicherer muss sicherstellen, dass die Prämie so berechnet ist, dass sowohl offene als auch neue Schäden gedeckt sind. Am anderen Ende der Deckungsperiode fällt die Pflicht zur Begleichung von noch nicht geschlossenen Schäden weg, wenn der Vertrag an einen anderen Versicherer übergeht. Schliesst der Versicherungsnehmer keinen neuen Vertrag ab oder ist der neue KTG-Versicherer dem Freizügigkeitsabkommen nicht beigetreten, bleibt die Pflicht zum Bezahlen der offenen Schäden bestehen. Auch wenn ein einzelner Leistungsbezüger aus dem Bestand ausscheidet (z.B. aufgrund Kündigung im Krankheitsfall nach der entsprechenden Karenzzeit) müssen die Krankentaggeldleistungen weiter erbracht werden. In einem konstanten Umfeld mit gleichen Risiken und stetiger Versicherungsdeckung heben sich diese Effekte über die Gesamtvertragslaufzeit auf. Abgesehen von den oben erwähnten Fällen funktioniert die KTG-Versicherung sehr ähnlich wie eine Krankenversicherung: Alle Zahlungen, die während der Deckungsperiode anfallen, sind gedeckt, unabhängig vom Zeitpunkt des Schadeneintrittes.

Die geschilderte Behandlung der offenen Schäden hat verschiedene Implikationen:

Erstens, im Falle von 1-jährigen Deckungsperioden unter IFRS 17 (also z.B. für Policen ohne Prämiensatzgarantie), wird das erste Vertragsjahr durch die Übernahme der noch offenen Schäden in den meisten Fällen verlustbringend sein. Dies kommt daher, dass der Zuschlag für die noch offenen Schäden über die gesamte mehrjährige Vertragslaufzeit verteilt wird, aber die noch offenen Schäden zum grössten Teil im ersten Vertragsjahr anfallen. Da unter IFRS 17 Jahreskohorten gebildet werden, ist davon auszugehen, dass auf Vertragsstufe die erste Jahreskohorte weniger profitabel beziehungsweise eher verlustbringend sein wird, als die nachfolgenden Jahreskohorten, in welchen der Vertrag erneuert wird.

Die Portfolios von Versicherungsverträgen müssen gemäss Artikel 16 in drei Profitabilitätsgruppen eingeteilt werden. Es ist aus oben genannten Gründen wahrscheinlich, dass Neugeschäft und Erneuerungsgeschäft in verschiedene Profitabilitätsklassen fallen, weil das Neugeschäft weniger profitabel ist. Wir empfehlen, genau zu prüfen, ob Neugeschäft und Erneuerungsgeschäft eine unterschiedliche Profitabilität aufweisen und wenn ja, die beiden Teile zu separieren.

Zweitens, im Falle von mehrjährigen Deckungsperioden unter IFRS 17 (also z.B. für Policen mit Prämiensatzgarantie), wird dieser Effekt „verschmiert“. Eine Jahreskohorte umfasst alles Geschäft, welches in einem bestimmten Jahr geschrieben wird. In diesem Beispiel haben die unterliegenden Verträge jedoch eine IFRS 17 Vertragslaufzeit von mehreren Jahren. Der Prämienzuschlag für die übernommenen Schäden wird über mehrere Jahre verteilt. Dennoch empfehlen wir zu untersuchen, ob das Neugeschäft sich von der Profitabilität her signifikant anders verhält, als das Erneuerungsgeschäft. Sollte das zutreffen, empfehlen wir zu prüfen, ob die beiden Teile in verschiedene Profitabilitätsgruppen fallen.

Drittens könnte ein Versicherungsunternehmen argumentieren, dass die KTG-Policen aus einjährigen Verträgen bestehen, welche alle Zahlungen für Krankentage decken, die während des Vertragsjahres anfallen. Dies hätte zur Konsequenz, dass am Ende der Vertragslaufzeit nur Rückstellungen für die Zahlungen gebildet werden müssen, welche noch in die Vertragsperiode fallen, aber erst in der Folgeperiode ausbezahlt werden (KTG für die Monate November / Dezember werden häufig erst im Januar / Februar ausbezahlt). Insbesondere müssten keine Rückstellungen für die KTG-Leistungen in der Folgeperiode gebildet werden, was heute üblicherweise der Fall ist. Dies aus dem Grund, weil nur Schadenzahlungen im laufenden Vertragsjahr gedeckt sind. Wird diese Argumentation verwendet, gibt es keinen Grund anzunehmen, dass die Profitabilität im Jahre 1 unterschiedlich ist zu den Folgejahren. Wir sehen dieses Argument als eher theoretisch an, weil einerseits die Fälle zu berücksichtigen wären, bei welchen die offenen Schäden nicht übernommen werden und andererseits bei den Rückstellungen heute nicht zwischen Rückstellungen für Krankheitstage innerhalb und ausserhalb der Vertragsperiode unterschieden wird.

Wir weisen darauf hin, dass die Thematik der Akquisitionskosten, welche für mehrere Vertragsjahre bezahlt wird sowie diejenige der korrekten Behandlung der Nachlaufprämie und der Gewinnbeteiligung unter IFRS 17 in den Kapiteln 3.2, 3.3 bzw. 3.4 beschrieben wird.

### 4.3 Elementarschadenpool („ES-Pool“)

#### 4.3.1 Funktionsweise des Pools

Im Folgenden wird die Funktionsweise des ES-Pool kurz stichpunktartig beschrieben.

- Unter dem Namen „Schweizer Elementarschaden-Pool“ bilden die unterzeichnenden Versicherungs-unternehmen („Poolmitglieder“) eine einfache Gesellschaft im Sinne von Art. 530 OR.
- Einheitsprämie für Elementarschadenversicherung in der Schweiz (VAG Art. 33.2)
- ES-Pool ist reiner Schadenpool (keine Umverteilung von Prämien)
- Vierteljährlicher Ausgleich von bezahlten Schäden pro Schadenjahr zwischen den Mitgliedern des Pools
- Poolmitglieder bringen 80% ihrer Elementarschäden in den Pool ein (d.h. 20% Eigenbehalt)
- Anteil der Schäden aus dem Pool, die eine Gesellschaft tragen muss, wird jährlich neu ermittelt (Verteilschlüssel wird auf Basis der Versicherungssumme pro Gesellschaft ermittelt)
- ES-Pool kauft Rückversicherung zugunsten der Poolmitglieder ein:
  - Obligatorische Stop-Loss-Rückversicherung für die 80% Poolungsquote
  - Optionale Rückversicherung für den 20% Eigenbehalt
- Rückversicherung wirkt auf die in den Pool eingebrachten Schäden
- Umlegung der Rückversicherungsprämie und Rückversicherungsleistungen auf die Mitglieder gemäss definiertem Mechanismus

Unser Verständnis der Behandlung unter IFRS 4:

Die Behandlung des ES-Pools unter IFRS 4 ist uneinheitlich. Einige Versicherer berücksichtigen die erwarteten Zahlungen an/aus dem ES-Pool in den Bruttoschadenrückstellungen und einige in den zedierten Schadenrückstellungen.

Die Pool-Abrechnungen widerspiegeln nur die bezahlten Schäden. Unter IFRS 17 müssen auch die zukünftigen Zahlungsströme geschätzt werden. In der Praxis kann es durchaus sein, dass eine beste Schätzung der Zahlungsströme vom oder zum Pool null sein kann, nämlich dann wenn ein Versicherer nicht besonders schwach oder stark von einem Ereignis betroffen wurde relativ zu seinem Marktanteil.

#### 4.3.2 Behandlung des ES-Pools als Rückversicherung

Es stellt sich die Frage, ob der ES-Pool unter IFRS 17 als Rückversicherung („reinsurance held“) gemäss Artikel 60-70 zu behandeln ist.

Pro-Argumente:

- Keine

Contra-Argumente:

- Der ES-Pool genügt nicht der Definition von Rückversicherung im IFRS 17 Standard. Im Standard heisst es: „An insurance contract issued by one entity (the reinsurer) to compensate another entity for claims arising from one or more insurance contracts issued by that other entity (underlying contracts).“ Der Vertrag zum ES-Pool wird jedoch zwischen allen Poolmitgliedern geschlossen und nicht lediglich zwischen einer Rückversicherungseinheit und dem Versicherer.
- Es handelt sich beim ES-Pool lediglich um einen Umverteilungsmechanismus für Schäden. Prämien werden nicht explizit umverteilt, sondern lediglich implizit über die Festlegung eines einheitlichen Prämienatzes für Elementarschäden.
- Rückversicherung führt im Schadenfall typischerweise zu einer Entlastung des Versicherers. Beim ES-Pool muss der Versicherer unter Umständen jedoch Schäden anderer Poolmitglieder übernehmen. Welches Poolmitglied entlastet und welches belastet wird, ist a priori nicht bekannt.
- Da keine Prämie fließt, und für die zukünftigen Perioden die Schäden im Mittel vermutlich neutral erwartet werden, ist unklar wie der Pool als Rückversicherung abgebildet werden könnte.

Empfehlung:

Der ES-Pool sollte nicht als Rückversicherung behandelt werden. Die aus dem ES-Pool resultierenden Cash Flows sollten direkt in den „Fulfilment Cash Flows“ berücksichtigt werden. Damit sollte der „Onerous Contract Test“ unter Berücksichtigung dieser Cash Flows durchgeführt werden.

Es sollte beachtet werden, dass die „Fulfilment Cash Flows“ gemäss Artikel 33 einer unverzerrten und wahrscheinlichkeitsgewichteten Schätzung (d.h. „Best Estimate“) entsprechen müssen. Damit wird implizit auch gefordert, das Ausfallrisiko der anderen Poolmitglieder zu berücksichtigen.

#### **4.3.3 Behandlung der über den ES-Pool gekauften Rückversicherung als Rückversicherung**

Es stellt sich die Frage, ob die über den ES-Pool gekaufte Rückversicherung (d.h. die optionale Rückversicherung für den 20% Eigenbehalt) unter IFRS 17 als Rückversicherung („reinsurance held“) gemäss Artikel 60-70 zu behandeln ist.

Pro-Argumente:

- Die über den Pool eingekaufte Rückversicherung deckt direkt die Versicherer, und nicht den Pool als solchen, da dieser keine risikotragende Funktion hat. Sie entspricht damit der Definition von Rückversicherung unter IFRS 17.

- Gemäss Artikel 78 wird ein separater Ausweis der Rückversicherungsverträge verlangt

Contra-Argumente:

- Gemäss Artikel 9 («combination of insurance contracts») können zusammengehörige Verträge kombiniert betrachtet werden. Dies gilt jedoch nur, wenn die Gegenpartei die gleiche ist. Da dies hier nicht der Fall ist, ist dieses Argument nicht zulässig.

Empfehlung:

Die Guthaben und Verpflichtungen aus der über den ES-Pool gekauften Rückversicherung sollten separat ausgewiesen werden.

Ein Schlüssel für die Umverteilung der Rückversicherungsprämien und Leistungen aus Rückversicherung zwischen den Poolmitgliedern ist definiert. Dies sollte eine separate Schätzung ermöglichen.

#### 4.3.4 Separates Portfolio für das Geschäft aus dem ES-Pool

Es stellt sich die Frage, ob für das Geschäft aus dem ES-Pool ein separates Portfolio gemäss Artikel 14 erstellt werden sollte.

Pro-Argumente:

- Das Geschäft aus dem ES-Pool umfasst auch Risiken, die nicht direkt durch den Versicherer geschrieben wurden. Daraus könnte man ableiten, dass Artikel 14 („similar risks and managed together“) nicht erfüllt ist.

Contra-Argumente:

- Die Komponente der Versicherungsverträge, die Elementarschäden abdeckt, müsste separiert werden. Da die Elementarschadenversicherung obligatorisch in den entsprechenden Verträgen enthalten ist und nicht separat gekauft wird, erscheint eine Separierung unangemessen. Ausserdem wurde im Rahmen der Transition Resource Group<sup>1</sup> klargestellt, dass Verträge im Allgemeinen nicht zerlegt werden sollten und die Bestandteile nicht verschiedenen Portfolios zugeordnet werden sollten.
- Ebenfalls sehen wir keinen Anlass, die Risiken, die von den eigenen Versicherern kommen, separat von den Risiken die vom Pool kommen, zu behandeln, da diese ähnliche Risiken darstellen (d.h. «similar risks» gemäss Artikel 14).
- Da kein Austausch von Prämien zwischen den Versicherern stattfindet, könnte der Unit of Account mit den Poolschäden keine Prämie zugeordnet werden. Damit müsste diese Unit of Account unter Umständen als nicht profitabel (onerous) ausgewiesen werden.

Empfehlung:

---

<sup>1</sup> Siehe Abschnitt 6-8 in „Summary of the Transition Resource Group for IFRS 17 Insurance Contracts meeting held on 6 February 2018“

Es wird empfohlen, kein separates Portfolio für das ES-Pool-Geschäft zu erstellen.

## 4.4 Nuklearpool

### 4.4.1 Funktionsweise des Pools

- Gemäss Artikel 11 des Kernenergiehaftpflichtgesetzes (KHG) müssen Betreiber von Nuklearanlagen eine Haftpflichtdeckung für jede Anlage bei einem in der Schweiz ermächtigten Versicherer abschliessen.
- Der Betreiber der Anlage schliesst direkt mit einem Versicherer einen Versicherungsvertrag ab. Dieser Vertrag wird dann in den Pool „eingebracht“. Dies bedeutet, dass sich die anderen Mitglieder des Pools durch Mitversicherung an den Prämien und Schäden beteiligen.

Unser Verständnis der Behandlung unter IFRS 4:

Unter IFRS 4 werden die Nuklearrisiken derzeit analog wie anderes (Mit-)Versicherungsgeschäft behandelt.

Auch unter IFRS 17 sollten die Nuklearrisiken weiterhin wie (Mit-)Versicherungsgeschäft behandelt werden (siehe auch Abschnitt 3.5).

### 4.4.2 Separates Portfolio für Nuklearrisiken

Es stellt sich die Frage, ob für Nuklearrisiken ein separates Portfolio gemäss Artikel 14 erstellt werden sollte.

Pro-Argumente:

- Gemäss Artikel 14 dürfen nur ähnliche Risiken („similar risks“) in einem Portfolio zusammengefasst werden. Das Nukleargeschäft umfasst jedoch Risiken, die explizit aus allen anderen Haftpflichtdeckungen ausgeschlossen sind. Daher könnte argumentiert werden, dass Nuklearhaftpflichtrisiken nicht als ähnlich zu anderen Haftpflichtrisiken angesehen werden und auch nicht mit diesen vermischt werden sollten.

Contra-Argumente:

- Es könnte auch argumentiert werden, dass Nuklearhaftpflichtrisiken ähnlich zu anderen Haftpflichtrisiken sind.
- In der Verordnung über die Beaufsichtigung von privaten Versicherungsunternehmen (AVO) werden verschiedene Versicherungszweige unterschieden<sup>2</sup>. Für Nuklearhaftpflichtrisiken existiert hier kein eigener Versicherungszweig.

<sup>2</sup> Siehe Anhang 1 der AVO (B10: Haftpflicht für Landfahrzeuge mit eigenem Antrieb, B11: Luftfahrzeughaftpflicht, B12: See-, Binnensee- und Flussschiffahrtshaftpflicht und B13: Allgemeine Haftpflicht)

Empfehlung:

Die Frage, ob ein separates Portfolio für Nuklearrisiken erstellt werden sollte, lässt sich nicht abschliessend beantworten.

## **5. Anhang**

### **5.1 Urteil vom Bundesverwaltungsgericht über die Mehrwertsteuerproblematik bei Mitversicherung**

Die folgende, angehängte PDF-Datei enthält das Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 9. August 2016 zur Mehrwertsteuerproblematik bei Kostenprämien/Führungsprovisionen im Rahmen von Mitversicherungsverträgen.

### **5.2 Bewertung der Renten und des Teuerungsfonds im UVG unter IFRS 17**