

Modifications apportées en 2017 au test d'exonération et à l'imposition des contrats d'assurance vie

Introduction

Aux fins de l'impôt sur le revenu, un contrat d'assurance vie sera considéré comme un contrat exonéré ou comme un contrat non exonéré. Dans le cas d'un contrat exonéré, le revenu de placement associé à la valeur de rachat accumulée dans le contrat n'est pas soumis à une imposition annuelle. De même, le capital-décès (valeur de rachat comprise) est versé en franchise d'impôt au décès de l'assuré. Les contrats non exonérés, de leur côté, sont imposés sur le revenu annuel couru sur les placements. En fait, presque tous les contrats d'assurance vie actuellement offerts au Canada sont structurés pour être des « polices exonérées » au sens des lois fiscales.

La *Loi de l'impôt sur le revenu* (la « Loi ») comporte des règles permettant de déterminer si un contrat d'assurance vie est exonéré. Ces règles visent à assurer que les contrats qui servent principalement de moyen de placement et dont l'élément assurance n'est qu'accessoire ne confèrent pas à leurs titulaires les avantages fiscaux auxquels ont droit les titulaires de contrats exonérés. Le bulletin *Actualité fiscale* intitulé [Test d'exonération](#) examine les critères qui permettent de déterminer si un contrat d'assurance vie, établi avant 2017, peut être considéré comme un contrat exonéré, ainsi que les montants maximaux de dépôt pouvant être versés dans un contrat. Il étudie également les effets de ces critères sur la transformation d'assurance temporaire en assurance permanente et sur d'autres modifications apportées au contrat. Les bulletins *Actualité fiscale* intitulés [Disposition des contrats d'assurance vie](#) et [Imposition des participations et des avances sur police d'assurance vie](#) présentent d'autres règles d'imposition applicables aux contrats d'assurance vie établis avant 2017.

Pour les contrats d'assurance vie établis après 2016, certaines modifications ont été apportées au test d'exonération et aux règles d'imposition. Les nouvelles règles s'appliqueront aux contrats établis après 2016, de même qu'à ceux établis avant 2017 qui auront perdu leurs droits acquis (voir la section *Droits acquis* ci-après). Il ne s'agit pas d'une réforme en profondeur du test d'exonération; les modifications conservent le cadre fondamental du test et ne font qu'actualiser les hypothèses et méthodes sous-jacentes. Elles sont néanmoins importantes et réduiront généralement la croissance à l'abri de l'impôt permise au moyen des contrats exonérés, tous produits d'assurance vie confondus. Elles auront également des répercussions importantes sur le traitement fiscal de certaines opérations touchant les contrats.

Cadre législatif

Le budget fédéral du 29 mars 2012 donnait un aperçu des modifications que le gouvernement se proposait d'apporter au test d'exonération. Le gouvernement s'était alors engagé à consulter le secteur. À la fin mai 2012, le ministère des Finances a présenté un document de consultation à l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes (ACCAP) et à la Conference for Advanced Life Underwriting (CALU).

Un avant-projet de loi a été présenté le 23 août 2013. Les propositions législatives diffusées étaient accompagnées de notes explicatives et assorties d'une période officielle de consultation qui a pris fin le 6 novembre de la même année. On s'attendait à ce que les propositions nécessitent quelques ajustements techniques vu leur complexité, afin que leurs effets soient fidèles aux intentions exprimées dans les notes explicatives et lors de la consultation.

Le 29 août 2014, le ministère des Finances a publié un avant-projet de loi et de règlement visant à actualiser les règles d'imposition des contrats d'assurance vie ainsi qu'un avant-projet de loi relatif à certaines mesures proposées dans le budget fédéral de 2014. La période de consultation s'est terminée le 29 septembre 2014. Encore une fois, les propositions étaient accompagnées de notes explicatives.

L'avant-projet de loi de 2014 était semblable à celui de l'année précédente, à quelques différences près. Le 10 octobre 2014, un avis de motion de voies et moyens a été déposé à la Chambre des communes pour l'adoption de cet avant-projet. Pratiquement rien n'avait changé depuis les propositions du 29 août 2014. Les modifications ont finalement été intégrées au projet de loi C-43, qui a reçu la sanction royale le 16 décembre 2014.

Vue d'ensemble des règles applicables à compter de 2017

L'adoption du projet de loi C-43 a modifié le test d'exonération, le calcul du coût de base rajusté (CBR) et certaines définitions (voir ci-après). Du fait de ces modifications, l'article 148 de la Loi a été révisé et élargi, et les articles 300, 306, 307, 308, 310, 1401 et 1403 du *Règlement de l'impôt sur le revenu* (le « Règlement ») ont été élargis et/ou renumérotés.

La Loi prendra effet le 1^{er} janvier 2017. Plusieurs des modifications apportées à la structure de la Loi et du Règlement visaient d'abord à assurer la préservation globale des règles et méthodes existantes pour les contrats établis avant la date d'effet précitée (se reporter au bulletin *Actualité fiscale* intitulé [Test d'exonération](#)) et, ensuite, à préciser les nouvelles règles et méthodes applicables aux contrats établis à partir de cette date. Certaines dispositions ont été reformulées ou ont changé de paragraphe. C'est donc plus la forme que le fond qui a changé, dans le but d'établir un meilleur parallèle entre les règles et méthodes applicables aux contrats établis avant 2017 et celles applicables aux contrats établis après 2016.

Par exemple, l'alinéa 306(3)d) de la version précédente du Règlement indiquait que la « police type aux fins d'exonération » était généralement fondée sur une dotation échéant au 85^e anniversaire de naissance de l'assuré. L'article 310 du nouveau Règlement définit maintenant le terme « échéance » (généralement le 85^e anniversaire de naissance de l'assuré pour un contrat établi avant 2017 et le 90^e anniversaire pour un contrat établi après 2016). En outre, l'alinéa 306(3)d) a été supprimé et la définition de *réserves*, à l'article 1401, a été reformulée afin de tenir compte de l'*échéance* dans le calcul – décrit à l'article 307 – du *fonds accumulé* à l'égard d'une « police type aux fins d'exonération ». Ces changements donnent le même résultat que les règles antérieures pour les contrats établis avant 2017.

Le cadre fondamental du test d'exonération n'a pas beaucoup changé. Les modifications touchent plutôt les hypothèses actuarielles sous-jacentes et les méthodes utilisées pour le test d'exonération. Les assureurs procéderont à peu près de la même manière qu'avant pour déterminer si un contrat est exonéré. Ainsi, le bulletin intitulé [Test d'exonération](#) restera d'actualité pour ce qui est de la manière générale d'appliquer le test d'exonération. Cependant, les hypothèses et les méthodes applicables aux contrats établis après 2016 apporteront de nouvelles limites. Bref, le processus et le cadre général sont pratiquement les mêmes, mais les mesures et les limites ont changé.

Les contrats établis avant 2017 conserveront leurs droits acquis et demeureront assujettis aux règles d'exonération et d'imposition existantes, sauf si des changements y sont apportés à partir du 1^{er} janvier 2017 (voir ci-après). Font exception certaines des modifications liées au test des 250 % qui, lors de l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions, s'appliqueront rétroactivement à tout contrat dans lequel un intérêt a été acquis la dernière fois le 2 décembre 1982 ou après (voir ci-après).

Voyons maintenant plus en détail les principaux changements qui touchent les contrats établis après 2016 et ceux établis avant 2017 qui perdront leurs droits acquis.

Test préalable

Les contrats établis avant 2017 doivent réussir le test d'exonération (c.-à-d. que les fonds accumulés des contrats ne peuvent excéder les fonds accumulés des « polices types aux fins d'exonération »), tant au

moment de l'anniversaire du contrat qu'à tout anniversaire subséquent. Le dernier aspect de cette exigence, ou « test préalable », diffère dans le cas de contrats établis après 2016.

Ainsi, tout contrat établi avant 2017 doit réussir le test d'exonération à l'anniversaire où ce test est effectué, ainsi qu'à chacun de ses anniversaires subséquents, jusqu'à ce que l'assuré atteigne l'âge de 85 ans. Les assureurs emploient deux méthodes pour respecter cette exigence. La première consiste à structurer le contrat de sorte que les valeurs qui y sont liées remplissent les critères du test d'exonération à tous les anniversaires contractuels, ce qui n'est habituellement possible que pour les produits d'assurance dont la prime, la valeur de rachat et le capital-décès varient très peu ou demeurent fixes pendant la durée du contrat (par exemple, une assurance vie T100 ou une vie entière à primes temporaires). Pour les produits d'assurance dont les primes futures, les valeurs de rachat ou le capital-décès varient en fonction de l'expérience, l'assureur prévoit des mécanismes d'ajustement automatique assurant la réussite du test d'exonération à chaque anniversaire contractuel. Un tel ajustement peut consister à retirer une partie de la valeur de rachat, ou encore à augmenter le capital-décès selon la limite prescrite de 8 %. Parce qu'ils sont automatiques, ces ajustements garantissent que le contrat sera exonéré à tous ses anniversaires, peu importe les circonstances. Ainsi, le test préalable n'est pas projeté aux anniversaires subséquents.

Pour les contrats établis après 2016, le test préalable est effectué avec un horizon d'un an, mais les conditions sont plus strictes. Pour qu'un contrat d'assurance vie soit exonéré, il doit réussir le test d'exonération à l'anniversaire où ce test est effectué et être censé le réussir également à l'anniversaire suivant, sans ajustement automatique, et en fonction d'hypothèses raisonnables (prime prévue, croissance de la valeur du fonds, modification planifiée ou certaine du montant du capital-décès, etc.). Les ajustements automatiques (comme le retrait d'une partie de la valeur de rachat ou l'augmentation du capital-décès selon la limite prescrite de 8 %) sont uniquement permis lors de l'anniversaire (au moment où le test d'exonération est effectué). Les valeurs du contrat projetées au prochain anniversaire contractuel doivent toutefois satisfaire aux exigences du test d'exonération à la date visée sans que des ajustements automatiques soient alors apportés au contrat.

Les sociétés d'assurance peuvent remplir ces conditions en ayant recours à l'une des deux méthodes mentionnées précédemment. Les contrats dont les valeurs varient très peu ou demeurent fixes (ex. : vie T100 ou vie entière à primes temporaires) peuvent être structurés de manière à remplir les critères du test d'exonération à tous leurs anniversaires. Pour les autres (ex. : vie entière traditionnelle ou vie universelle), l'assureur peut prévoir des ajustements automatiques, à condition de les effectuer lors de l'anniversaire précédant celui auquel le fonds accumulé du contrat devrait dépasser le total des fonds accumulés des « polices types aux fins d'exonération », d'après les valeurs projetées.

Modifications apportées aux hypothèses actuarielles et aux méthodes de calcul des réserves

Dans le cas des contrats établis après 2016, de nouvelles méthodes et hypothèses doivent être utilisées pour le calcul du fonds accumulé des contrats et des « polices types aux fins d'exonération ». Si le contrat a été établi avant 2017, le calcul est basé sur les hypothèses que l'assureur a utilisées pour le tarifier, mais pour les contrats établis après 2016, la Loi exige l'application d'hypothèses fixes, soit un taux d'intérêt de 3,5 pour cent et les taux de mortalité prévus dans la table de mortalité 1986-1992 de l'Institut canadien des actuaires (CIA 86-92). Selon les nouvelles règles, la réserve utilisée pour le calcul du fonds accumulé des « polices types aux fins d'exonération » est basée sur une période de paiement de huit ans et une échéance au 90^e anniversaire de l'assuré (contrats établis après 2016) au lieu de 20 ans et au 85^e anniversaire (contrats établis avant 2017).

Le fonds accumulé d'un contrat établi après 2016 correspond au montant le plus élevé entre la valeur de rachat (compte non tenu des frais de rachat) et la « provision pour primes nettes » définie par la Loi. Le fonds accumulé d'un contrat établi avant 2017 correspond plutôt au montant le plus élevé entre la valeur de rachat (en tenant compte des frais de rachat) et la « réserve préliminaire d'un an et demi ». Compte tenu de la définition de « provision pour primes nettes », on ne peut plus affirmer qu'il est impossible d'effectuer ce calcul pour un contrat d'assurance vie universelle. De plus, la provision pour primes nettes est, par définition, égale ou supérieure à la valeur de rachat d'un contrat vie universelle établi après 2016; par conséquent, le fonds accumulé d'un tel contrat sera toujours égal à la provision pour primes nettes.

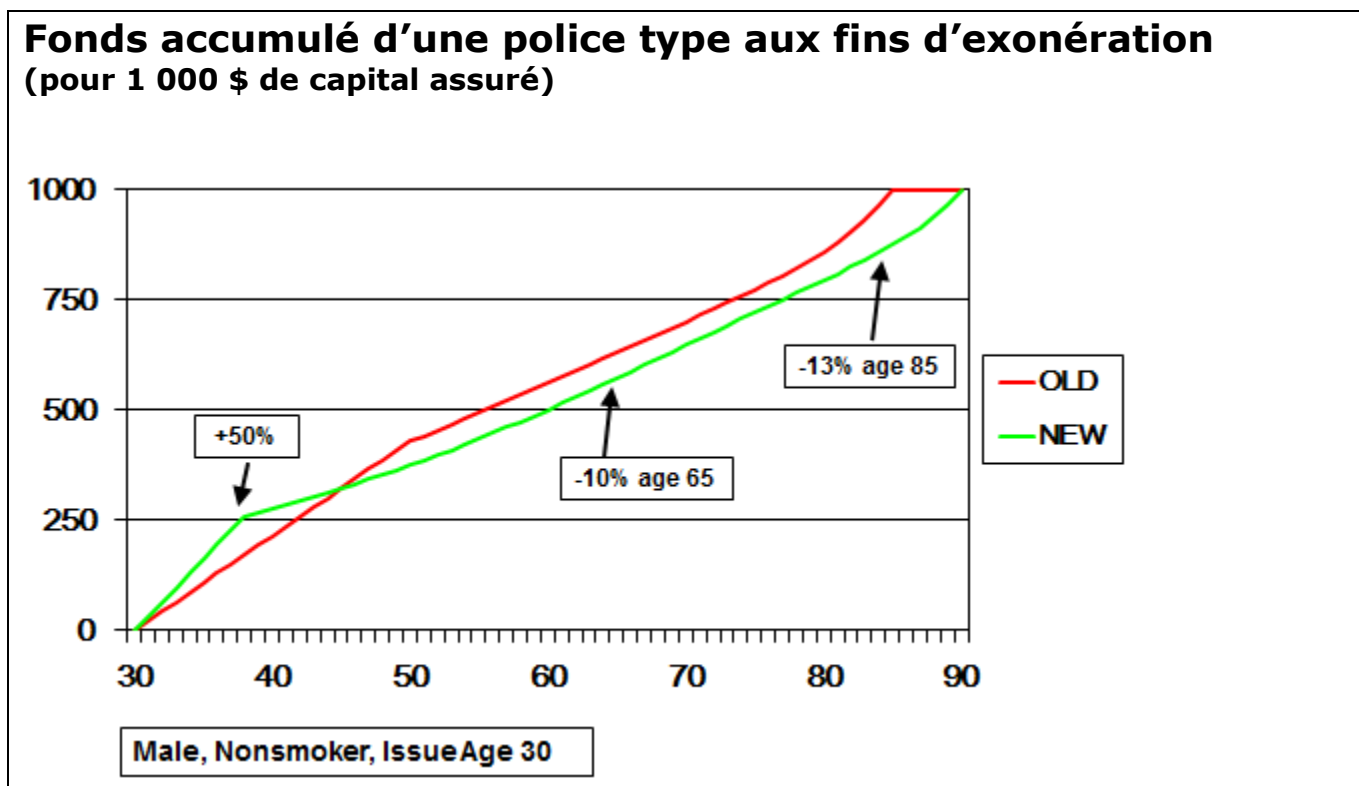
L'assurance vie universelle est le produit le plus touché par ces modifications. Ne plus tenir compte des frais de rachat réduit le montant maximum pouvant être déposé dans les contrats de vie universelle qui imposent des frais de rachat. De son côté, la provision pour primes nettes fait augmenter considérablement le fonds accumulé du contrat. Il en résultera une baisse des dépôts maximums, surtout dans le cas des contrats avec coût d'assurance (CDA) nivelé ainsi qu'avec CDA nivelé et à durée temporaire. Cela dit, tous les produits

d'assurance subiront les effets de ces modifications apportées aux hypothèses actuarielles et aux méthodes de calcul des réserves.

La réduction du dépôt maximum causée par les changements au calcul du fonds accumulé d'un contrat sera en partie atténuée par la nouvelle façon de calculer le fonds accumulé des « polices types aux fins d'exonération ». De manière générale, la nouvelle période de paiement de 8 ans utilisée pour le calcul du fonds accumulé des « polices types aux fins d'exonération » produira des valeurs plus élevées durant les 10 à 15 premières années pour un contrat établi après 2016 que dans le cas d'un contrat établi avant 2017 (période de paiement de 20 ans). Quant à la nouvelle échéance (90^e anniversaire de l'assuré), il en résultera un fonds accumulé inférieur aux années avancées des contrats établis après 2016, quel que soit le type de produit.

Les modifications annoncées n'auront pas les mêmes répercussions d'un type de produit et d'une société d'assurance à l'autre, puisque les règles applicables aux contrats établis avant 2017 reposent sur les hypothèses de tarification du produit propres à chaque assureur. Toutefois, on s'attend généralement à une réduction de l'écart entre le fonds accumulé des « polices types aux fins d'exonération » et celui du contrat, donc à une réduction des primes ou des dépôts maximums relatifs aux contrats exonérés.

Le graphique qui suit montre les effets des modifications aux hypothèses sous-jacentes. On y compare le fonds accumulé à l'égard d'une « police type aux fins d'exonération » avant et après l'entrée en vigueur des modifications :



La réduction de la période de paiement relative au fonds accumulé des « polices types aux fins d'exonération » semble accroître le montant maximal pouvant être versé durant les premières années du contrat. Cependant, le graphique ne reflète pas les modifications concernant les frais de rachat et la réserve utilisée dans le calcul du fonds accumulé du contrat. On prévoit que ces modifications supplémentaires élimineront en entier ou en partie les effets mentionnés précédemment.

Changements au calcul du « coût net de l'assurance pure » (CNAP)

La nouvelle législation modifie le calcul du CNAP pour les contrats établis après 2016. De manière générale, le CNAP correspond au montant net au risque multiplié par un taux de mortalité. Pour un contrat établi après 2016, le taux servant au calcul est tiré des tables de mortalité 86-92 de l'ICA (la même que pour le calcul de la réserve), et le montant net au risque correspond à la différence entre le capital-décès et le fonds accumulé du contrat selon la nouvelle définition.

De manière générale, ces deux changements se traduiront par un CNAP moins élevé pour les contrats établis après 2016 que pour ceux établis avant 2017. Puisque le CNAP réduit le CBR d'un contrat chaque année, un CNAP moindre signifie généralement un CBR plus élevé. Pour le titulaire du contrat, un CBR plus élevé se traduit par une diminution du revenu imposable découlant de toute disposition ayant lieu alors que le CBR est positif. Pour une société privée, un CBR plus élevé entraîne une réduction plus importante du crédit porté au compte de dividendes en capital que si le contrat était assujéti aux règles antérieures à 2017, dès lors qu'un capital-décès est versé alors que le CBR est positif.

Dans le cas des protections d'assurance établies après 2016 comportant une surprime, on calcule le CNAP en multipliant la surprime de la protection par le taux des tables de mortalité 86-92 de l'ICA, ce qui a pour effet d'augmenter le CNAP, et de réduire d'autant le CBR des contrats visés.

À noter que le CNAP intervient aussi dans le calcul de la déduction du coût de l'assurance cédée en garantie. Pour les risques normaux, les changements prévus feront en sorte qu'un CNAP moins élevé servira à ce calcul.

Changements au test des 8 %

Sous le régime en vigueur avant 2017, le test des 8 % s'appliquait au capital-décès total du contrat d'assurance vie. Pour les contrats établis après 2016, cette règle s'applique séparément à chaque personne assurée aux termes du contrat.

Ce changement vise essentiellement à refléter la différence entre les effets d'une augmentation de la protection pour un contrat sur plusieurs têtes et ceux qu'elle aurait si chaque assuré était couvert par son propre contrat. Il réduira l'augmentation possible des primes et/ou des dépôts maximaux associés à l'ajout d'une nouvelle protection à un contrat d'assurance vie sur plusieurs têtes, mais n'aura aucun effet notable sur l'application du test d'exonération.

Changements au test des 250 %

Le test des 250 % sera modifié à partir du 1^{er} janvier 2017, tant pour les contrats établis avant 2017 que pour ceux établis après 2016. Le test conserve sa structure générale, mais des dispositions d'allègement sont ajoutées pour tous les contrats touchés; pour les contrats établis après 2016, le test est fondé sur la nouvelle définition de « fonds accumulé ».

Les incidences générales du test des 250 % restent les mêmes. Il continue de prévenir les dépôts importants dans un contrat exonéré après le septième anniversaire contractuel, si le fonds accumulé n'y est pas encore substantiel à cette date. Toutefois, les changements s'accompagnent de nouvelles dispositions d'allègement pour les cas où l'épargne accumulée dans le contrat est minime.

Le test des 250 % est appliqué à compter du dixième anniversaire contractuel. Il sert à limiter la croissance du fonds accumulé dans le contrat sur les trois années contractuelles précédentes à 250 %; un échec au test entraîne un changement de la date d'établissement des « polices types aux fins d'exonération », de sorte qu'elles aient au plus trois ans au moment du test (pour en savoir plus, voir le bulletin *Actualité fiscale* intitulé [Test d'exonération](#)). À moins d'être visé par les nouvelles dispositions d'allègement décrites ci-après, un contrat doit satisfaire au test des 250 % à son dixième anniversaire contractuel et à chaque anniversaire subséquent.

La première disposition d'allègement permet au fonds accumulé de croître de plus de 250 % sur la période de référence de trois ans, tant qu'il ne dépasse pas la limite prescrite à l'anniversaire contractuel visé par le test. La limite correspond à un pourcentage du fonds accumulé de la « police type aux fins d'exonération » : elle est de 15 % pour les contrats établis avant 2017, et de 37,5 % pour les contrats établis après 2016. Cette disposition a été mise au point en songeant aux cas dans lesquels le fonds accumulé d'un contrat était très modique. Par exemple, si le fonds accumulé était de 0 \$ dans les trois années précédant le test, la moindre augmentation – ne serait-ce que de 1 \$ – entraînerait un échec au test en l'absence de cette disposition. En effet, 0 \$, même multiplié par 250 %, reste 0 \$.

La deuxième disposition d'allègement s'applique lorsqu'un échec au test des 250 % entraîne un changement de la date d'établissement des « polices types aux fins d'exonération » liées à un contrat. Les nouvelles règles précisent qu'en cas de redatation des « polices types » après 2016, le test des 250 % ne doit pas être appliqué de nouveau avant que sept années se soient écoulées. Essentiellement, après 2016, l'application du test des 250 % est suspendue jusqu'à l'anniversaire contractuel coïncidant avec le dixième anniversaire de la « police type » la plus ancienne. En l'absence de cette disposition, advenant un échec au test des 250 %, il était souvent nécessaire de modifier la date des « polices types » lors d'années contractuelles consécutives.

Modifications visant les contrats conjoints

Sous le régime en vigueur avant 2017, la loi ne prévoyait aucun traitement particulier pour les contrats conjoints. Les changements prévus en 2017 s'accompagnent de règles et de lignes directrices qui encadrent, pour ces contrats, l'établissement et la structure des « polices types aux fins d'exonération », le calcul du CNAP, le calcul de la réserve pour le fonds accumulé du contrat et plusieurs définitions contenues dans la loi. Ces changements devraient se traduire par une plus grande uniformité dans le traitement des contrats conjoints d'un type de produit et d'un assureur à l'autre, et ce, pour tous les contrats établis après 2016.

Changements au calcul du CBR

La définition de « coût de base rajusté » applicable aux contrats établis après 2016 est modifiée comme suit :

- Toutes les primes ou tous les dépôts versés à l'égard d'un contrat établi après 2016 doivent être additionnés au CBR du contrat au fur et à mesure, y compris les « primes non admissibles » (c'est-à-dire celles qui se rapportent à des prestations autres que de décès, par exemple les prestations de décès accidentel ou d'invalidité, les droits de transformation, les options d'assurabilité garantie ainsi que les surprimes).
- Les primes ou les coûts d'assurance exigés relativement à des prestations autres que de décès doivent être déduits du CBR des contrats établis après 2016 à mesure qu'elles sont acquittées ou qu'ils sont imputés.
- Le CBR d'un contrat est réduit au versement d'un capital-décès au titre d'une couverture lorsque ce versement entraîne la résiliation de la couverture, mais pas du contrat. Cette situation se présente surtout au décès d'une personne assurée par un contrat d'assurance vie sur plusieurs têtes. Par exemple, les paiements suivants entraînent forcément une réduction du CBR : versement d'un capital-décès au titre d'une garantie d'assurance temporaire du conjoint, paiement au titre d'une garantie Protection des enfants, versement d'un capital-décès de type « capital assuré plus valeur du fonds » au titre d'un contrat sur plusieurs têtes. La réduction est exprimée en proportion du CBR du contrat immédiatement avant le décès, selon un rapport entre la provision pour primes nettes du contrat associée au capital-décès versé et la provision pour primes nettes de l'ensemble du contrat. Cette réduction du CBR règle un problème qui se posait lorsque le contrat était détenu par une société. En effet, dans cette situation, aucune réduction du CBR n'était appliquée du fait des prestations de décès déjà versées. Par conséquent, lors des décès suivants, le CBR intégral réduisait indûment le crédit porté au CDC.
- Toute partie de la valeur de rachat ou de la valeur du fonds versée par suite d'une invalidité ou d'un décès sans que la protection d'assurance prenne fin (par exemple, la valeur du fonds ou les prestations d'invalidité forfaitaires versées au premier décès au titre d'une protection conjointe, dernier décès) doit être déduite du CBR des contrats établis après 2016 au fur et à mesure.
- Comme indiqué précédemment, pour les contrats établis après 2016 avec des protections faisant l'objet d'une surprime, le CNAP relatif à ces protections est calculé en multipliant la surprime par le taux des tables de mortalité 86-92 de l'ICA.
- Le CBR d'un contrat établi après 2016 augmente lorsqu'une avance consentie pour le paiement de la prime (y compris une avance d'office de la prime ou des intérêts capitalisés non déduits) est remboursée avec des fonds de source extérieure au contrat. (Les changements touchant les rachats partiels et les avances sur contrat sont expliqués en détail ci-après, à la section *Modifications touchant le remboursement des avances sur contrat*.)
- Toute avance d'office de la prime affectée au paiement de primes considérées comme des « primes non admissibles » au regard des règles applicables aux contrats établis avant 2017 ne sera plus un produit de l'avance en vertu des nouvelles règles, et n'aura donc aucun effet sur le CBR ni ne donnera lieu à un gain sur contrat (mais le paiement de ces primes réduira le CBR, comme expliqué précédemment).

Modifications touchant le remboursement des avances sur contrat

Pour les contrats établis après 2016, conformément au nouveau paragraphe 148(4.01) et à la définition révisée de « produit de disposition » du paragraphe 148(9), le remboursement des avances sur contrat sera traité différemment selon que l'avance a servi à payer une prime (avances d'office de la prime ou intérêts capitalisés non déduits) ou qu'elle a été consentie « en espèces » (avances consenties en argent ou intérêts capitalisés déduits par le titulaire du contrat).

Sous le nouveau régime, rembourser une avance en espèces à même la valeur de rachat du contrat aura d'abord pour effet d'augmenter le CBR du contrat du montant remboursé, et l'utilisation des valeurs du contrat pour effectuer le remboursement sera en outre traitée comme une disposition partielle, avec tous les effets correspondants sur le CBR. Le produit d'un rachat partiel servant au remboursement d'une avance consentie en espèces ne sera plus réduit du solde impayé des avances antérieures; il pourrait donc y avoir un gain sur contrat égal à la différence entre le produit (la valeur du contrat utilisée pour rembourser l'avance) et le CBR calculé au prorata selon les règles de rachat partiel. Ce changement vise à corriger une lacune des règles en vigueur avant 2017, qui permettaient d'éviter l'impôt sur un rachat partiel en contractant une avance sur contrat et en la remboursant à même les valeurs de celui-ci. Une avance sur contrat est non imposable dans la mesure où elle n'excède par le CBR du contrat. En vertu des règles applicables aux contrats établis avant 2017, tout produit découlant d'un rachat partiel qui est affecté au remboursement d'une avance sur contrat est diminué des avances non remboursées, de sorte que le rachat partiel ne donne lieu à aucun gain. Si le CBR du contrat est suffisamment élevé, aucun gain sur contrat n'est réalisé.

Pour un contrat établi avant 2017, si l'avance sur contrat est affectée au paiement d'une prime (avance d'office de la prime ou intérêts capitalisés non déduits), le CBR n'est généralement pas diminué du montant de l'avance et ne tient pas compte du montant de la prime, car le produit de disposition découlant de l'avance est généralement nul (puisque le montant affecté au paiement d'une prime admissible en est déduit). Si l'avance sur contrat est remboursée avec des fonds de source extérieure, le CBR ne s'en trouvera pas augmenté puisqu'il n'y a aucun produit de disposition. Pour les contrats établis après 2016, le CBR n'est pas réduit du fait du produit de disposition découlant de l'avance, mais est augmenté par le remboursement des avances consenties à l'origine pour payer une prime, pourvu que le remboursement soit fait à partir de fonds de source extérieure. (À noter que selon ces deux régimes, si une avance sur contrat consentie à l'origine pour payer une prime est remboursée à même les fonds détenus dans le contrat, le CBR n'est pas augmenté du montant du remboursement.)

Autres changements touchant les dispositions

Pour les contrats établis après 2016, si un capital-décès versé au titre d'une couverture comprend une partie ou la totalité de la valeur du fonds et que ce versement entraîne la résiliation de la couverture, mais pas celle du contrat, il se peut que le titulaire du contrat réalise un gain imposable. Les contrats touchés sont ceux qui couvrent plus d'un assuré (ex. : assurance vie sur plusieurs têtes, garantie d'assurance temporaire du conjoint, garantie Protection des enfants, etc.) et qui prévoient le versement intégral de la valeur du fonds au premier décès ou des versements partiels au décès de chaque assuré. Dans la mesure où la valeur du fonds versée sous forme de capital-décès au titre d'une couverture d'assurance est supérieure au montant qui aurait été payé aux termes d'un contrat exonéré distinct assorti de la même protection, l'excédent est considéré comme un produit de disposition, et le calcul se fonde sur le CBR pondéré utilisé pour les rachats partiels. Ainsi, le titulaire du contrat pourrait devoir payer de l'impôt sur le capital-décès versé à un bénéficiaire du contrat.

Dans le cas des contrats établis après 2016, le CBR pondéré qui sert au calcul des gains résultant d'un rachat partiel (disposition qui n'est pas le fait de la résiliation ou de l'arrivée à échéance du contrat) est fondé sur le rapport entre le produit du rachat et la valeur de rachat nette du contrat (soit la valeur de rachat diminuée du solde des avances). Pour les contrats établis avant 2017, le CBR pondéré est fondé sur le rapport entre le produit du rachat et le fonds accumulé du contrat. Toute partie du produit de disposition excédant le CBR pondéré constitue un revenu imposable entre les mains du titulaire de contrat. Comme le fonds accumulé du contrat est égal ou supérieur à sa valeur de rachat nette, ce changement fait en sorte que le revenu imposable découlant d'une disposition partielle sera égal ou moins élevé pour le titulaire d'un contrat établi après 2016 que pour celui d'un contrat établi avant 2017.

Impôt sur le revenu de placement (IRP)

Les nouvelles mesures apportent quelques modifications aux réserves utilisées dans le calcul de l'impôt sur le revenu de placement. La méthode prescrite pour les contrats établis avant 2016 se prêtait mal aux contrats d'assurance vie universelle flexibles, dont la prime n'est pas fixe. Ainsi, pour un contrat d'assurance vie universelle établi avant 2017, le fonds accumulé sera inévitablement égal à la valeur de rachat du contrat.

Pour les contrats établis après 2016, la méthode d'établissement des réserves a été modifiée et clarifiée pour rendre obligatoire le calcul des réserves relatives aux contrats d'assurance vie universelle. La nouvelle formule est similaire en substance à celle de la provision pour primes nettes modifiée en vigueur avant 2017, qui est toujours utilisée pour les contrats traditionnels et d'assurance vie entière. La méthode de calcul des réserves pour l'IRP des contrats établis après 2016 est relativement inchangée, mais les véritables exigences ont pour la plupart été ramenées dans les définitions du paragraphe 1401(3) du Règlement.

La conséquence de ces réserves obligatoires pour tous les contrats établis après 2016 est que certains produits, comme les contrats d'assurance vie universelle à CDA uniforme, pourraient subir une hausse substantielle des taux de CDA. Selon les estimations préliminaires présentées par des spécialistes du domaine aux congrès de l'ACCAP et de la CALU, les taux de CDA uniformes pourraient grimper de 3 à 10 %, selon l'âge de l'assuré à la souscription. L'incidence réelle sur la tarification de l'assurance vie universelle devra être évaluée par chaque assureur.

Droits acquis

Les contrats établis avant 2017 et acquis pour la dernière fois après le 2 décembre 1982 bénéficient généralement de droits acquis qui les tiennent à l'abri des changements de 2017 (sauf les changements rétroactifs au test des 250 % décrits plus haut). Le paragraphe 148(11) fournit un cadre pour déterminer si un contrat établi avant 2017 sera traité comme ayant été établi après 2016 (et, de ce fait, régi par le nouveau régime). En général, il y aura perte des droits acquis si, selon le cas,

1. une assurance temporaire est transformée en assurance vie permanente dans le cadre du contrat après 2016;
2. une assurance vie ajoutée au contrat (y compris une majoration du capital assuré) a fait l'objet d'une tarification médicale après 2016.

Pour l'application du deuxième critère, le terme « assurance vie » s'entend de toute assurance souscrite sur une ou plusieurs têtes (ex. : contrat conjoint), à l'égard de laquelle un barème particulier de taux de prime ou de coûts d'assurance s'applique. En conséquence, si la désignation des assurés ou la structure ou les taux de prime / du coût de l'assurance sont modifiés, on considère qu'une nouvelle assurance vie a été ajoutée. Les droits acquis seront donc perdus **SI** l'assurance a fait l'objet d'une tarification médicale après 2016.

Plusieurs exceptions s'appliquent à la perte des droits acquis. Ceux-ci seront maintenus si une transformation en un autre type d'assurance vie est liée uniquement à un changement du taux de prime ou du coût de l'assurance. Par exemple, si un contrat existant permet de changer un coût d'assurance temporaire renouvelable un an pour un coût d'assurance uniforme, les droits acquis ne seront pas touchés. Une exception est prévue si la tarification médicale est effectuée pour la remise en vigueur d'un contrat ou l'ajout à un contrat d'une protection dont la prime est payée par des participations. À titre d'exemple, si des participations sont utilisées pour souscrire des bonifications d'assurance libérée, l'ajout d'une telle protection à un contrat existant n'entraînera pas la perte des droits acquis.

De plus, l'expression « dont la tarification médicale est effectuée après 2016 » n'inclurait pas les cas où la tarification est effectuée afin d'obtenir une réduction de la prime ou des taux du coût d'assurance prévus aux termes du contrat. Par exemple, si la tarification est effectuée afin d'annuler une surprime ou de remplacer des taux fumeurs par des taux non-fumeurs pour un contrat existant, les droits acquis ne seront pas perdus pour ce contrat.

L'exigence voulant que la tarification soit de nature médicale est aussi une précision importante. En effet, certaines garanties peuvent permettre d'augmenter la protection d'un contrat moyennant une tarification financière. Un bon exemple serait une garantie qui permet d'augmenter la protection à mesure que l'entreprise prend de la valeur (comme la garantie Protection de la valeur de l'entreprise offerte par Manuvie). En pareil cas, la tarification requise lors de l'exercice de l'option de souscription d'assurance serait de nature financière et non médicale. En outre, l'exercice d'une telle option, comme de toute option d'assurabilité garantie (OAG), ne constitue pas une « transformation »; il s'agit plutôt de l'exercice d'un droit contractuel de souscrire des montants supplémentaires d'assurance sans preuve d'assurabilité médicale. Il n'y a donc pas perte des droits acquis.

Toutefois, si une garantie OAG est ajoutée à un contrat existant après 2016 et que cet ajout a nécessité une tarification, les droits acquis aux termes du contrat seront perdus dès l'exercice de la garantie en question (c.-à-d. l'ajout d'assurance additionnelle).

Souscrire un contrat temporaire avant 2017 et le transformer en contrat permanent après 2016 ne permet pas de bénéficier de droits acquis, même si le nouveau contrat est considéré comme le prolongement du

contrat initial. Le contrat établi dans le cadre de la transformation serait régi par le nouveau régime fiscal. De façon similaire, si une garantie d'assurance temporaire aux termes d'un contrat existant est transformée après 2016 en une protection d'assurance permanente avec coût d'assurance uniforme aux termes du même contrat, le contrat entier perdra ses droits acquis. Cependant, si la garantie d'assurance temporaire était transformée en un contrat distinct après 2016, les droits acquis du contrat existant seraient maintenus. Le contrat distinct établi à cette occasion serait régi par les règles applicables aux contrats établis après 2017.

Si, après 2016, une protection est ajoutée à un contrat établi avant 2017, les droits acquis du contrat seront perdus si la nouvelle protection fait l'objet d'une tarification médicale. En pareil cas, au lieu d'ajouter une protection à un contrat existant, il serait sans doute préférable d'établir tout simplement un nouveau contrat distinct. De la même façon, toute augmentation d'une protection existante qui nécessite une tarification médicale entraîne la perte des droits acquis. Ici encore, il vaut sans doute mieux établir tout simplement un nouveau contrat distinct pour le montant de l'augmentation nécessaire.

En général, tout contrat établi avant 1982 qui perd ses droits acquis en vertu des règles actuelles (en vigueur avant 2017) continue d'être régi par ces mêmes règles. (Voir le bulletin *Actualité fiscale* intitulé [Contrats d'assurance vie avec droits acquis](#).) Cependant, si le contrat perd ses droits acquis de la manière définie dans les règles applicables après 2016, il sera assujéti au nouveau régime. En général, les changements qui entraînaient la déchéance complète des droits acquis sous le régime en vigueur avant 2017 mèneront aussi à la perte de droits acquis sous le nouveau régime, à deux exceptions près :

- Le transfert avec ou sans lien de dépendance, si le contrat est visé par le paragraphe 12.2(9);
- L'exercice d'une option d'assurabilité garantie ajoutée ou souscrite avant 2017.

Conclusion

La réforme adoptée – une « modernisation » majeure du régime d'imposition des contrats d'assurance vie – résulte d'une volonté de suivre l'évolution des produits d'assurance et d'actualiser les hypothèses et les méthodes prescrites par la *Loi de l'impôt sur le revenu* pour l'assurance vie. La réforme impose de nouvelles règles et restrictions pour les contrats établis après 2016, mais elle préserve l'exonération de l'imposition du revenu couru pour les contrats dont l'objet premier est d'offrir une protection d'assurance. Le capital-décès versé aux termes d'un contrat d'assurance vie demeure aussi, en règle générale, non imposable.

Janvier 2016

Le service Fiscalité, retraite et planification successorale de Manuvie rédige régulièrement divers articles. Cette équipe, composée de comptables, de conseillers juridiques et de professionnels de l'assurance, fournit des renseignements spécialisés sur des questions touchant le droit, la comptabilité et l'assurance vie, ainsi que des solutions à des problèmes complexes de planification fiscale et successorale.

En publiant ces articles, Manuvie ne s'engage pas à fournir des conseils professionnels d'ordre juridique, comptable ou autre. Pour obtenir ces types de conseils, on aura recours aux services d'un spécialiste compétent en la matière.

Ce document est destiné aux conseillers uniquement. Il n'a pas été rédigé à l'intention des clients. Le présent document est protégé par le droit d'auteur. Il ne peut être reproduit sans l'autorisation écrite de Manuvie.

Le nom Manuvie, le logo qui l'accompagne, les quatre cubes et les mots « solide, fiable, sûre, avant-gardiste » sont des marques de commerce de La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers qu'elle et ses sociétés affiliées utilisent sous licence.

