

Circulaire 2010/3

Assurance-maladie selon la LCA

Assurance complémentaire à l'assurance-maladie sociale et questions particulières de l'assurance-maladie privée

Référence:	Circ.-FINMA 10/3 « Assurance-maladie selon la LCA »
Publication:	18 mars 2010
Entrée en vigueur:	1 ^{er} mai 2010
Dernière modification :	11 décembre 2015 [les modifications sont signalées par * et figurent à la fin du document]
Bases légales:	LFINMA art. 7 al. 1 let. b LSA art. 4 al. 2 let. d et r, 5 al. 1, 11 al. 1, 16, 38, 46 OS art. 3 al. 1, 54, 69, 117, 123, 155, 157 OS-FINMA art. 3
Annexe:	Glossaire

Destinataires								
LB	LSA	LEFin			LIMF	LPCC	LBA	Autres
Banques		Gestionnaires de fortune			Plates-formes de négociation			
Groupes et cong. financiers		Trustees			Contreparties centrales			
Autres intermédiaires		Gestionnaires de fortune coll.			Dépositaires centraux			
Assureurs	X	Directions de fonds			Référentiels centraux			
Groupes et cong. d'assur.		Maisons de titres tenant des comptes			Systèmes de paiement			
Intermédiaires d'assur.		Maisons de titres ne tenant pas de comptes			Participants			
		Gestionnaires d'avoirs de prévoyance			SICAV			
					Sociétés en comm. de PCC			
					SICAF			
					Banques dépositaires			
					Représentants de PCC étr.			
					Autres intermédiaires			
					OAR			
					Entités surveillées par OAR			
					Sociétés d'audit			
					Agences de notation			

I. But	Cm	1
II. Domaine d'application	Cm	2–4
III. Obligation de soumettre	Cm	5–7
IV. Technique d'assurance	Cm	8–57
A. Plage de valeurs légalement admissibles pour le résultat technique d'un produit	Cm	8-9
B. Saisie de tous les risques essentiels	Cm	10–13
a) Conditions auxquelles le tarif doit satisfaire	Cm	10–11
b) Restrictions pour les systèmes de financement	Cm	12–13
C. Provisions techniques	Cm	14–29
a) Constitution et évaluation	Cm	14–20
b) Attribution	Cm	21–22
c) Dissolution	Cm	23
d) Provisions techniques devenues inutiles	Cm	24
e) Restitution des provisions de vieillissement	Cm	25–29
D. Modalités de la construction tarifaire	Cm	30–34
E. Rabais	Cm	35–37
F. Adaptation périodique des niveaux de primes de tarifs existants (adaptation ordinaire)	Cm	38–39
G. Révision des bases techniques d'un tarif (adaptation extraordinaire)	Cm	40–44
H. Explications techniques contenues dans le plan d'exploitation	Cm	45–56
a) Système de financement	Cm	46

b) Structure tarifaire	Cm	47–51
aa) <i>Niveau tarifaire</i>	Cm	48–50
bb) <i>Positions tarifaires</i>	Cm	51
c) Provisions techniques	Cm	52–56
I./J. <i>Publicité pour des produits non encore approuvés</i>	Cm	57
V. Assurance collective d'indemnités journalières maladie : tarification empirique et répartition en classes tarifaires (art. 157 en relation avec l'art. 123 OS)	Cm	58–62
A. <i>Information au preneur d'assurance</i>	Cm	58–59
B. <i>Tarification</i>	Cm	60–62
VI. Liste des documents à remettre avec les demandes d'approbation de nouveaux produits ou de révision des bases techniques	Cm	63–73
VII. Entrée en vigueur et dispositions transitoires	Cm	74–75

Le glossaire (annexe) définit les termes figurant ci-après en *italique*.

I. But

La présente circulaire s'adresse aux assureurs sous surveillance qui exploitent la branche d'assurance B2 « Maladie », respectivement A5 « Assurance-maladie ». Dans la circulaire sont traitées de manière fondamentale des questions actuarielles touchant à la tarification et aux provisions. Il s'agit en l'espèce de prescriptions qui reprennent dans une large mesure la pratique en vigueur de l'autorité de surveillance. 1

II. Domaine d'application

La présente circulaire s'applique à toutes les entreprises d'assurance privées et caisses-maladie qui exploitent les assurances-maladie selon la loi sur le contrat d'assurance (LCA ; RS 221.229.1) au sens des branches d'assurance A5 et B2 (voir annexe 1 de l'ordonnance sur la surveillance [OS ; RS 961.011]). 2

Les contrats selon la LCA pour les assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale et les assurances individuelles d'indemnités journalières des branches B2 et A5 sont soumis aux Cm 2 à 57 et 63 à 75 de cette circulaire. Leurs tarifs et conditions générales d'assurance qui sont appliqués en Suisse font partie du plan d'exploitation et doivent être préalablement approuvés par l'autorité fédérale de surveillance des marchés financiers (FINMA) (art. 4 al. 2 let. r de la loi sur la surveillance des assurances [LSA ; RS 961.01] en relation avec l'art. 5 al. 1 LSA). 3

Les assurances collectives d'indemnités journalières en cas de maladie n'ont pas valeur d'assurance-maladie complémentaire à l'assurance-maladie sociale et ne sont dès lors pas soumises au contrôle préalable.¹ Dans la circulaire, seuls les Cm 58 à 62 et 74, qui règlent en particulier la répartition en *classes tarifaires* (art. 157 en relation avec l'art. 123 OS) et la tenue du plan d'exploitation, sont applicables aux assurances collectives d'indemnités journalières en cas de maladie. 4

III. Obligation de soumettre

Sont à soumettre pour approbation les *produits* qui incluent des engagements contractuels d'assurances-maladie complémentaires à l'assurance-maladie sociale ou d'assurances individuelles d'indemnités journalières selon la LCA. L'entreprise d'assurance privée ou la caisse-maladie qui entend réunir en un seul produit différents produits agréés couvrant des risques comparables peut le faire dès lors que les dispositions de cette circulaire sont respectées, moyennant une déclaration dans le plan d'exploitation. 5

Les engagements contractuels qui ne concourent de manière quantifiable ni à diminuer les risques ni à les éviter ne peuvent être financés par les recettes de primes. Cela vaut en particulier pour les prestations qui n'ont pas d'incidence sur le comportement des assurés dans un sens de promotion de la santé ou de prévention. 6

¹ Cf. Tribunal administratif fédéral : arrêt du 25 mai 2007 concernant „Vorlagepflicht von Tarifen und Allgemeinen Vertragsbedingungen in der kollektiven Krankentaggeldversicherung nach Versicherungsvertragsgesetz“ (disponible sous www.bundesverwaltungsgericht.ch > Jurisprudence).

Les tarifs et conditions générales d'assurance de *produits* d'assurance qui couvrent de manière accessoire des risques de maladie ne doivent pas être soumis pour approbation dès lors que l'espérance de la charge des sinistres en assurance-maladie est inférieure à la somme des autres charges de sinistres attendues. 7

IV. Technique d'assurance

A. Plage de valeurs légalement admissibles pour le résultat technique d'un produit

Le *résultat technique* attendu résulte des calculs tarifaires. Il est au moins égal à zéro et ne peut excéder notablement une indemnité conforme au marché pour le risque technique encouru majorée d'un intérêt pour un placement de capital sans risque. 8

Un équilibre des risques pris en charge est à garantir dans la durée au sein de l'effectif d'un *produit* et conduit à moyen terme à un *résultat technique* moyen conforme au Cm 8. 9

B. Saisie de tous les risques essentiels

a) Conditions auxquelles le tarif doit satisfaire

Aux fins de justification du tarif d'un nouveau *produit* ou d'une révision tarifaire d'un produit existant, l'entreprise d'assurance privée ou la caisse-maladie évalue les risques actuariels prévisibles. Fait exception le *renchérissement exogène* qui ne peut être anticipé. Des bases techniques appropriées sont à élaborer pour une évaluation adéquate et une quantification des risques déterminants. Il doit être indiqué la manière dont ces risques sont couverts financièrement. 10

La charge nominale annuelle attendue qui résulte des engagements contractuels est à évaluer actuariellement pour les cas de sinistres qui relèvent de l'exercice considéré, ceci en tenant compte des écarts statistiques par rapport à cette valeur. 11

b) Restrictions pour les systèmes de financement

a. Le *système de répartition des dépenses* ne peut pas être appliqué pour les assurances-maladie selon la LCA. Ce système de financement ne permet pas d'appréhender le risque de changement dans la structure des effectifs. 12

b. Une compensation du risque de vieillissement ne peut intervenir sans la constitution d'une *provision de vieillissement* appropriée. 13

C. Provisions techniques

a) Constitution et évaluation

Les art. 16 LSA et 54 al. 1 OS exigent la constitution de provisions techniques suffisantes pour la couverture des engagements. L'évaluation des risques actuariels se fonde sur leur ampleur estimée de même que sur le *système de financement* sous-jacent. Les incertitudes sur les hypothèses et les méthodes du modèle choisi sont à prendre en compte. Les composantes de primes correspondantes sont calculées sur cette base lors de la détermination du 14

tarif. Les conditions de constitution des provisions techniques sont à consigner dans le plan d'exploitation et leur évaluation à documenter. Les catégories de provisions techniques sont principalement les suivantes :

- | | | |
|----|---|-----|
| a. | <i>Provisions pour sinistres</i> : des provisions pour sinistres sont à constituer en fonction du processus de règlement des sinistres et des paiements. Il doit être prêté une attention particulière à la définition contractuelle des sinistres en assurance-maladie complémentaire. | 15 |
| b. | <i>Provisions de vieillissement</i> : dès lors qu'il est prévu une répartition du <i>risque de vieillissement</i> (cf. Cm 13), celui-ci est à évaluer actuariellement en fonction de la dynamique dans les effectifs et du profil du tarif. Les provisions de vieillissement sont à doter de manière à garantir la répartition à longue échéance. | 16 |
| c. | <i>Provisions de sécurité et pour fluctuations</i> : il s'agit d'une provision qui couvre deux risques distincts : | 17 |
| | <ul style="list-style-type: none"> - <i>Provisions pour risques de fluctuation des produits</i> 18
Des provisions pour les risques de fluctuation auxquels les produits sont exposés sont rendues nécessaires en raison des incertitudes qui pèsent sur la détermination des provisions pour sinistres et de vieillissement (risque de sécurité et de paramètre) de même qu'en raison des fluctuations aléatoires inhérentes à la survenance des sinistres (risque de fluctuation au sens strict). Elles visent à absorber tout ou partie aussi bien des résultats défavorables de liquidation des sinistres que des fluctuations dans la charge des sinistres. | |
| | <ul style="list-style-type: none"> - <i>Provisions pour autres risques liés à l'exploitation de l'assurance</i> 19
Les entreprises d'assurance privées peuvent et les caisses-maladie doivent constituer des provisions pour les risques qui ne sont pas liés directement aux produits mais qui le sont d'une manière générale à l'exploitation de l'assurance. Ces provisions n'ont pas valeur de provisions techniques et revêtent le caractère de capital de risque. | |
| d. | <i>Autres provisions techniques</i> : celles-ci sont à désigner avec exactitude et leur but à décrire. A cette catégorie appartiennent en particulier les provisions pour pertes éventuelles lorsque, par suite d'antisélection ou pour d'autres raisons, il doit être compté avec des pertes futures. | 20* |

b) Attribution

Les provisions techniques doivent être attribuées selon les catégories de l'art. 69 OS. Dans la comptabilité, la ventilation s'effectue par année comptable selon les dispositions du plan d'exploitation. En outre, les provisions selon les Cm 15, 16, 18 et 20 ainsi que les reports de primes sont à inscrire au débit de la fortune liée et à couvrir par des valeurs admises. 21

Dans le rapport à la FINMA, les entreprises d'assurance privées et les caisses-maladie saisissent les *provisions de sécurité et pour fluctuations* de manière séparée entre provisions pour risques de fluctuations des *produits* et provisions pour autres risques liés à l'exploitation de l'assurance. 22

c) Dissolution

La dissolution des provisions techniques, avec indication du but, est à fixer dans le plan d'exploitation conformément à l'art. 54 al. 3 OS. Le besoin de dissolution des provisions techniques résulte de la construction tarifaire et du *système de financement*. 23

d) Provisions techniques devenues inutiles

Pour les provisions techniques devenues inutiles (art. 54 al. 2 OS), l'entreprise d'assurance privée ou la caisse-maladie soumet avant d'y procéder un plan de dissolution, pour autant que la dissolution ne soit pas préalablement réglée dans le cadre du plan d'exploitation. Le plan de dissolution doit indiquer comment les provisions techniques devenues inutiles sont attribuées en faveur des assurés qui ont financé ces provisions. Si une attribution selon ce principe se révèle impossible, les provisions sont à utiliser en faveur de l'ensemble de l'effectif. 24

e) Restitution des provisions de vieillissement

A la restitution des *provisions de vieillissement* selon l'art. 155 OS s'applique ce qui suit : 25

a. Lorsque les provisions de vieillissement sont constituées sur une base individuelle, est considéré comme partie appropriée le montant constitué pour l'assuré concerné jusqu'à la résiliation du contrat. Les montants négatifs (p. ex. suite à une baisse du niveau de risque chez les femmes dans certaines catégories d'âges) sont à considérer comme nuls. Le mode de distribution est à décrire dans le plan d'exploitation. 26

b. Pour les provisions de vieillissement constituées de manière forfaitaire, le calcul des parts se fonde sur le modèle mathématique qui régit la constitution et la dissolution de ces provisions. Le mode de distribution est à décrire dans le plan d'exploitation. 27

c. Des déductions (« frais de rachat »), en particulier pour le risque d'intérêt, le risque de frais d'acquisition non amortis ou le risque de résiliation massive, sont admises dès lors qu'elles sont justifiées. 28

d. En cas de décès de l'assuré, le droit à la restitution tombe. 29

D. Modalités de la construction tarifaire

Une inégalité de traitement actuarielle au sens de l'art. 117 al. 2 OS se présente lorsque, pour des risques d'ampleur comparable, des primes fortement divergentes sont perçues ou lorsque des risques d'ampleurs différentes sont couverts pour une prime identique. En particulier, il doit être évité qu'une partie des assurés payent des primes trop basses au détriment d'autres assurés. 30

En conséquence, le tarif doit présenter suffisamment de *caractéristiques tarifaires* et de spécifications de celles-ci (*classes tarifaires*) pour prévenir en particulier un *risque d'antisélection*. 31

S'il est prévu des répartitions importantes, l'examen de leur ampleur requiert une indication appropriée des *primes de risque* en fonction des *classes tarifaires* déterminantes. L'établissement de ces primes est à présenter de façon concluante dans les demandes d'approbation à l'aide de statistiques adéquates ou, pour les développements de produits, d'hypothèses de calculs fondées. Le calcul des chargements de sécurité est également à 32

décrire.

Des *composantes de répartition* sont admises pour la création de solidarités (à l'exclusion du risque de vieillissement, voir à cet effet le Cm 13) dès lors que le *risque d'antisélection* est dûment pris en compte. 33

Les *caractéristiques tarifaires* approuvées de même que la structure fondamentale des *classes tarifaires* ne peuvent être modifiées que dans le cadre d'une révision des bases techniques au sens des Cm 40 ss. 34

E. Rabais

Les *rabais* qui concernent le risque assuré ou les frais constituent un cas particulier dans la structure des *caractéristiques tarifaires* (cf. Cm 30 ss) et sont, comme éléments du tarif, assujettis au régime d'approbation. Les nouveaux rabais de même que leurs modifications sont à soumettre à la FINMA pour approbation (art. 4 al. 2 let. r en relation avec l'art. 5 al. 1 LSA). 35

De tels *rabais* sont à justifier selon les principes des Cm 30 ss. Des rabais qui ne sont pas justifiés techniquement peuvent être admis comme éléments de la *composante de répartition* pour autant que cela n'induit pas d'inégalité de traitement importante au sens précisé au Cm 30. 36

Les réglementations des *rabais* qui ont été approuvées sont valables aussi longtemps qu'il n'est pas procédé à une révision des bases techniques au sens des Cm 40 ss ; elles s'appliquent à l'ensemble des assurés du même effectif qui remplissent les conditions d'octroi du rabais. 37

F. Adaptation périodique des niveaux de primes de tarifs existants (adaptation ordinaire)

Un tarif existant peut être adapté au plus dans la mesure du *renchérissement exogène* qui n'a pas été répercuté jusque-là. Pour autant que la solvabilité soit suffisante et qu'un risque de résiliations accru se présente, une augmentation échelonnée des tarifs concernés peut être ordonnée. Pour les *produits* pour lesquels il existe un droit de passage dans un portefeuille ouvert au moins équivalent, les adaptations liées au renchérissement ne sont pas restreintes à sa partie exogène. 38

D'autres adaptations tarifaires ne sont possibles qu'aux conditions des Cm 40 ss. 39

G. Révision des bases techniques d'un tarif (adaptation extraordinaire)

Une révision des bases techniques se présente lorsqu'il s'ensuit une modification des éléments du plan d'exploitation selon les Cm 46 à 55. Une demande en ce sens contient des indications selon les Cm 63 ss. Des adaptations du *système de financement* peuvent être effectuées, pour autant que des risques non prévisibles importants se soient manifestés. La répercussion de ces risques sur les assurés n'est en principe plus possible lorsque l'effectif a diminué de manière importante et durable. Les situations suivantes peuvent conduire à une révision. 40

L'entreprise d'assurance ou la caisse-maladie doit déposer une demande de révision lorsque 41

le *résultat technique* se situe durablement en dehors du cadre admissible (cf. Cm 8).

L'entreprise d'assurance ou la caisse-maladie peut déposer une demande de révision	42
- s'il est actuariellement suffisamment justifié pourquoi un assainissement tarifaire doit intervenir,	43
- si les hausses qui excèdent le <i>renchérissement exogène</i> ou les baisses de tarifs en dessous du niveau de la <i>prime de risque</i> (en cas d'application d'un <i>système de capitalisation</i> , en dessous du niveau de la prime de risque augmentée de la <i>composante de vieillissement</i>) ne conduisent ni à une inégalité de traitement actuarielle ni à un accroissement important du taux de résiliation.	44

H. Explications techniques contenues dans le plan d'exploitation

Pour un tarif soumis à approbation, au minimum les données suivantes sont à remettre : 45

a) **Système de financement**

Le *système de financement* choisi, respectivement la forme combinée de *systèmes de financement* en faisant le cas échéant référence aux termes définis dans le glossaire (annexe) est à décrire dans le plan d'exploitation. Cela inclut la description des risques importants, de la méthode d'évaluation des provisions techniques qui en découlent ainsi que de leur constitution et dissolution. 46

b) **Structure tarifaire**

Le plan d'exploitation décrit la *structure tarifaire* comme suit : 47

aa) *Niveau tarifaire*

Pour un système reposant sur le *système individuel de couverture des besoins* : 48
Le tarif est *conforme au risque*, par conséquent la prime tarifaire suit la *prime de risque*. La prime tarifaire est à déclarer explicitement dans le plan d'exploitation.

Pour un système reposant sur le *système individuel de capitalisation* ou sur un *système collectif de couverture des besoins* : 49
La structure tarifaire est à spécifier par la description explicite du rapport entre les primes tarifaires et les *primes de risque*.

Pour un système reposant sur le *système collectif de capitalisation* : 50
La structure tarifaire est à spécifier par la description explicite du rapport entre les primes tarifaires, les *primes de risque* et les *composantes de vieillissement*.

bb) *Positions tarifaires*

Pour tous les *systèmes de financement*, une liste exhaustive des *caractéristiques tarifaires* et des classes d'âges est à remettre. 51

c) Provisions techniques

Pour tous les *systèmes de financement*, les indications suivantes sont à consigner dans la partie technique du plan d'exploitation : 52

a. Evaluation quantitative des diverses provisions techniques selon les Cm 14 ss. 53

b. Désignation des provisions techniques avec quantification des risques qu'elles couvrent au sens du Cm 21. 54

c. Règles et ampleur de la dissolution des provisions techniques. 55

Pour chaque *produit* approuvé, il doit être remis à la FINMA deux exemplaires du tarif ainsi que des conditions générales d'assurance et/ou des conditions complémentaires dans chacune des langues employées. 56

I./J. Publicité pour des produits non encore approuvés

La promotion publicitaire pour des conditions générales d'assurance et des tarifs qui ne sont pas encore approuvés doit être accompagnée de la mention, claire et visible pour le consommateur, de la réserve de leur approbation par la FINMA. 57

V. Assurance collective d'indemnités journalières maladie : tarification empirique et répartition en classes tarifaires (art. 157 en relation avec l'art. 123 OS)

A. Information au preneur d'assurance

Préalablement à la conclusion du contrat ou à sa modification, l'entreprise d'assurance ou la caisse-maladie renseigne le preneur d'assurance, le cas échéant, sur l'application de *classes tarifaires* et sur les systèmes de participation aux bénéfices ou de tarification empirique. 58

Si, en raison de la complexité du système appliqué, l'entreprise d'assurance ou la caisse-maladie ne peut pas indiquer de manière quantitative les conditions régissant les changements vers le haut ou vers le bas, ou que cela n'est possible que dans une mesure restreinte, alors il doit être porté au moins les facteurs qui déterminent les primes à la connaissance du preneur d'assurance. 59

B. Tarification

Pour un contrat donné ou une *classe tarifaire* donnée, la prime appliquée doit tenir compte de manière appropriée du cours individuel et du cours collectif des sinistres. La pondération entre le cours individuel et le cours collectif des sinistres doit obéir à une méthode actuarielle reconnue. 60

La méthode est le cas échéant à adapter au contexte spécifique. 61

Des exceptions fondées peuvent être admises lorsque le cours individuel des sinistres n'est pas disponible ou lorsque le cours collectif des sinistres est sans incidence (full credibility, effectif des risques atypique, système de bonus-malus). 62

VI. Liste des documents à remettre avec les demandes d'approbation de nouveaux produits ou de révision des bases techniques

En plus des conditions générales d'assurance et du tarif complet, les indications suivantes sont indispensables pour toutes les demandes d'approbation :	63
1. En cas de révision des bases techniques, justification tenant compte des Cm 40 ss.	64
2. Description du <i>système de financement</i> du <i>produit</i> et, le cas échéant, de la réassurance.	65
3. Détermination des primes et chargements de risque, justifiée à l'aide de statistiques pertinentes ou, si celles-ci font défaut, d'hypothèses de calculs appropriées.	66
4. Description de la structure des primes et de leur constitution en composantes essentielles (<i>classes tarifaires, prime de risque, chargements de risque, composante de frais de gestion, éventuelles composantes de répartition et de vieillissement, marge bénéficiaire</i>).	67
5. Description et justification du système de <i>rabais</i> ou de participation aux excédents.	68
6. Si une <i>répartition temporelle</i> est prévue, preuve à l'aide d'un <i>scénario</i> adéquat que le <i>système de financement</i> choisi permet de maintenir la stabilité du <i>produit</i> à moyen, voire à long terme.	69
7. Description précise de la constitution et de la dissolution de chacune des catégories de provisions techniques (selon les art. 54 al. 3 et 69 OS).	70
8. Description de la politique d'acquisition ainsi que de la structure de l'effectif prévue à moyen terme.	71
9. Un plan prévisionnel établi par la direction qui indique en particulier le nombre d'assurés, la charge de sinistres, les frais de gestion, la constitution et la dissolution des provisions techniques et qui montre que l'entreprise d'assurance privée ou la caisse-maladie peut supporter les coûts de lancement du produit ainsi qu'une phase de résultats négatifs.	72
10. Si l'art. 155 OS est applicable, plan de restitution des <i>provisions de vieillissement</i> .	73

VII. Entrée en vigueur et dispositions transitoires

La présente circulaire entre en vigueur au premier mai 2010.	74
Pour les <i>produits</i> des branches B2 et A5 qui ont été approuvés avant l'entrée en vigueur de cette circulaire, les présentes dispositions sont applicables dès qu'une révision des bases techniques selon les Cm 40 ss est mise en œuvre. Jusqu'à fin avril 2013 au plus tard, les indications techniques du plan d'exploitation seront à remettre pour les produits qui n'auront pas été révisés jusque-là ainsi que pour les assurances collectives d'indemnités journalières en cas de maladie. Pour celles-ci, seul le Cm 70 est concerné ; pour les autres produits les indications selon les Cm 46 à 55 sont à produire. La FINMA communique de manière séparée les modalités du déroulement de cette procédure d'examen.	75

Glossaire

capitalisation, système collectif	Le système collectif de capitalisation est un <i>système de financement</i> pour lequel les recettes et les dépenses escomptées s'équilibrent au niveau du portefeuille (mais pas au niveau individuel). Il n'est pas seulement prévu une répartition dans l'espace d'une année, mais aussi sur la durée contractuelle restante pour le sous-effectif considéré.
capitalisation, système individuel	Le système individuel de capitalisation est un <i>système de financement</i> pour lequel les recettes et les dépenses escomptées s'équilibrent sur la durée complète d'un contrat. Dans l'intervalle, des différences importantes peuvent intervenir entre les primes et les prestations. Le système individuel de capitalisation est connu dans l'assurance sur la vie, où la plupart du temps la prime est garantie pour toute la durée du contrat.
caractéristique du risque	Les caractéristiques du risque sont les caractéristiques des personnes assurées qui ont une influence sur le risque, à savoir les critères qui influencent la survenance ou le montant d'un sinistre.
caractéristique tarifaire	Les caractéristiques tarifaires sont les <i>caractéristiques du risque</i> qui sont prises en compte dans la <i>structure tarifaire</i> . Elles se distinguent par une influence sensible sur la fréquence des sinistres ou sur leur montant, elles sont aisément perceptibles, ne changent pas arbitrairement pendant la durée du contrat et peuvent être facilement mesurées et classifiées.
classe tarifaire	Une classe tarifaire est une spécification donnée d'une <i>caractéristique tarifaire</i> . Au sens large, la notion de classe tarifaire désigne aussi la communauté d'assurés de la classe considérée.
composante de répartition	La composante de répartition est la composante de la prime qui vise à l'équilibrage continu entre les <i>classes tarifaires</i> . Elle peut être positive ou négative. Pour un tarif <i>conforme au risque</i> , elle est nulle pour chacune des classes tarifaires.
composante de vieillissement	La composante de vieillissement est la part de la prime qui couvre le <i>risque de vieillissement</i> par une <i>provision de vieillissement</i> .
conforme au risque, tarif	Un tarif est réputé conforme au risque si, pour une <i>structure tarifaire</i> suffisamment différenciée et pour chacune des <i>classes tarifaires</i> , les primes diminuées de la marge bénéficiaire et de la composante de frais de gestion correspondent aux <i>primes de risque</i> (augmentées de la <i>composante de vieillissement</i> pour un système

Glossaire

	<i>de capitalisation</i>).
couverture des besoins, système collectif	<p>Le système collectif de couverture des besoins est un <i>système de financement</i> pour lequel les produits et les charges d'une année s'équilibrent pour un effectif d'assurés. Dans une certaine mesure des répartitions interviennent entre différents groupes de risques, par exemple entre les femmes et les hommes du collectif. En revanche, il n'est pas prévu de répartition entre les assurés jeunes et âgés.</p> <p>Ce système correspond au « Prämiendurchschnittsverfahren » selon Walter Saxer (voir <i>Versicherungsmathematik, Erster Teil</i>, Springer Verlag, 1979, S. 205).</p>
couverture des besoins, système individuel	<p>Le système individuel de couverture des besoins est un <i>système de financement</i> pour lequel le produit d'une année et les charges attendues pour la couverture des sinistres de l'année considérée s'équilibrent pour chaque risque individuel. Il n'y a en principe pas de répartition.</p>
effectif des assurés	L'effectif des assurés est l'ensemble des assurés par <i>produit</i> .
financement, systèmes et types fondamentaux	<p>Les systèmes de financement en assurance-maladie complémentaire à l'assurance-maladie sociale sont caractérisés par une application particulière du <i>principe d'équivalence</i>.</p> <p>Le système de financement présente les caractéristiques suivantes : la période et les sous-effectifs sur lesquels le principe d'équivalence est satisfait ainsi que les indications sur la constitution et l'utilisation des provisions techniques.</p> <p>Les sous-effectifs en question peuvent être les assurés individuels (<i>système individuel de couverture des besoins</i> ou <i>de capitalisation</i>) ou encore un groupe de <i>classes tarifaires</i> (<i>système collectif de couverture des besoins</i> ou <i>de capitalisation</i>).</p> <p>Il est quatre types fondamentaux de systèmes de financement, lesquels se distinguent, d'une part, selon que le tarif est <i>conforme au risque</i> ou non et, d'autre part, selon qu'une <i>répartition temporelle</i> est appliquée ou non.</p>

Glossaire

		sans répartition temporelle	avec répartition temporelle (<i>provision de vieillissement</i> nécessaire)	
	tarification individuelle	<i>système individuel de couverture des besoins</i>	<i>système individuel de capitalisation</i>	
	tarification collective	<i>système collectif de couverture des besoins</i>	<i>système collectif de capitalisation</i>	
prime de risque	La prime de risque d'une <i>classe tarifaire</i> donnée est définie comme la prime théorique qui couvre les charges de sinistres attendues pour la classe tarifaire concernée pendant une année. La prime de risque n'englobe aucune composante de frais ni de bénéfice.			
principe d'équivalence	Le principe d'équivalence pour la tarification est défini comme l'égalité entre les charges et les produits attendus. Il peut être appliqué pour un risque unique (individuel) ou pour un effectif d'assurés (collectif) dans les limites définies par la présente circulaire.			
produit	Un produit d'assurance est constitué des conditions d'assurance et des tarifs qui leur sont afférents. La disposition du Cm 5 demeure réservée.			
provisions de sécurité et pour fluctuations	<p>Les provisions de sécurité et pour fluctuations se composent de deux parties :</p> <p>Première partie : provisions pour risques de fluctuations des produits</p> <p>Les provisions pour fluctuations sont des provisions techniques qui visent à couvrir les résultats de liquidation défavorables ou à l'équilibrage de la volatilité et de la sorte à l'équilibrage temporel des <i>résultats techniques</i>. Elles sont financées en principe par des composantes de primes ad hoc.</p> <p>La mesure de la volatilité prend en compte la diversification, la taille et la structure. L'allocation des provisions globales de sécurité et pour fluctuations s'opère en fonction de la volatilité effective</p>			

Glossaire

	<p>de chacun des <i>produits</i>.</p> <p>Deuxième partie : Provisions pour autres risques liés à l'exploitation de l'assurance</p> <p>Elles visent à amortir les risques d'entreprise et sont alimentées par les recettes réalisées de nature technique ou non technique qui sont constitutives du bénéfice. En ce sens, elles ne représentent pas un élément à considérer dans la détermination du niveau des tarifs.</p>
provisions de vieillissement	Les provisions de vieillissement préfinancent les répartitions à longue échéance du <i>risque de vieillissement</i> .
provisions pour sinistres	<p>Les provisions pour sinistres englobent les provisions pour les sinistres non liquidés au jour de référence, les provisions pour les sinistres survenus mais non annoncés ainsi que les provisions pour les éventuelles charges futures liées à des sinistres déjà réglés au jour de référence (réouvertures).</p> <p>Le cas échéant, elles incluent aussi les frais de gestion des sinistres attribuables de même que ceux qui ne peuvent être imputés.</p>
rabais	<p>Les rabais sont des réductions accordées sur les primes du tarif approuvé.</p> <p>Ils constituent un substitut pour une <i>caractéristique de risque</i> non prise en compte (espérance des charges de sinistres inférieure ou frais de gestion plus bas) ou une incitation pour le comportement des assurés (p.ex. rabais pour absence de prestations, système de bonus-malus, rabais pour les membres de sociétés ou d'associations avec structure de risque particulière).</p> <p>Dans la mesure où les rabais ne sont pas justifiés techniquement, ils sont élément de la <i>composante de répartition</i>.</p>
renchérissement exogène	Le renchérissement exogène correspond à l'augmentation de la charge de sinistres par assuré, déduction faite des incidences financières provenant des modifications dans l'effectif.
répartition temporelle	Lorsque l'équivalence entre charges et produits n'est pas réalisée continûment mais seulement sur l'ensemble de la durée contractuelle, on parle de répartition temporelle. Dans l'intervalle, des différences importantes peuvent intervenir entre charges et produits.

Glossaire

résultat technique	Le résultat technique d'un <i>produit</i> pour un exercice considéré est égal à la différence entre d'une part les recettes de primes et, d'autre part, la somme des paiements pour sinistres augmentée de la variation nette des provisions techniques et des frais de gestion imputés. Pour le <i>système de capitalisation</i> , les produits de capitaux attribués sont à ajouter.
risque d'antisélection	Par risque d'antisélection il est entendu le risque que pour un <i>produit</i> la composition ou le comportement de l'effectif conduise à une charge de sinistres attendue supérieure à la valeur qui découle des bases de calcul.
risque de vieillissement	Le risque de vieillissement consiste en les conséquences financières d'un changement dans la structure d'âge de <i>l'effectif des assurés</i> .
scénario	Si une <i>répartition temporelle</i> des charges de sinistres est prévue, il doit être produit dans le cadre de la procédure d'approbation une suite logique d'événements hypothétiques relatifs au risque. Celle-ci doit présenter, en sus des recettes de primes et des paiements pour sinistres, l'évolution attendue de la structure de <i>l'effectif des assurés</i> , l'utilisation des <i>composantes de répartition</i> ainsi que la constitution et la dissolution des diverses catégories de provisions techniques.
structure tarifaire	La structure tarifaire est définie d'une part par la donnée des <i>caractéristiques</i> et des <i>classes tarifaires</i> et d'autre part par la description des <i>composantes de répartition</i> et de <i>vieillessement</i> selon les <i>classes tarifaires</i> .
système de répartition des dépenses	Dans un système pur de répartition des dépenses, les dépenses et les recettes d'une année s'équilibrent. L'équivalence se réalise ainsi entre les recettes et les dépenses, mais pas entre les charges et les produits d'une année. La propriété caractéristique de ce système tient au fait qu'aucunes provisions de primes ou de sinistres, non plus que des réserves mathématiques ou des <i>provisions de vieillissement</i> ne sont créées. Les recettes de primes de l'année courante sont utilisées pour les prestations échues.

Liste des modifications



La présente circulaire est modifiée comme suit :

Modification du 11 décembre 2015 entrant en vigueur le 1^{er} janvier 2016.

Cm modifié

20