

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 : 26 juin 2024 [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							
Groupes et cong. financiers							
Personnes visées à l'art. 1b LB							
Autres intermédiaires							
X Assureurs							
Groupes et cong. d'assur.							
Intermédiaires d'assur.							
Gestionnaires de fortune							
Trustees							
Gestionnaires de fortune coll.							
Directions de fonds							
Maisons de titres tenant des comptes							
Maisons de titres ne tenant pas de comptes							
Plates-formes de négociation							
Contreparties centrales							
Dépositaires centraux							
Référentiels centraux							
Systèmes de paiement							
Participants							
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) <i>Abrogé</i>	Cm	12–13
C. <i>Abrogé</i>	Cm	14–29
D. Modalités de la construction tarifaire	Cm	30–34
E. Réductions actuariellement justifiées et réductions actuariellement injustifiées	Cm	35–37.5
F. Adaptation périodique des niveaux de primes de tarifs existants (adaptation ordinaire)	Cm	38–39.3
G. <i>Abrogé</i>	Cm	40–44
H. <i>Abrogé</i>	Cm	45–56
I./J. Publicité pour des produits non encore approuvés	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. Information au preneur d'assurance	Cm	58–59
B. Tarification	Cm	60–62
VI. <i>Abrogé</i>	Cm	63–73
VII. Entrée en vigueur et dispositions transitoires	Cm	74–76

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. 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 ne dépasse 10 % des recettes de primes (sur la base de la *prime contractuelle*) ni pour les nouveaux contrats ni pour le portefeuille existant. Pour les tarifs appliqués exclusivement aux nouveaux contrats, le *résultat technique* attendu est en principe au moins égal à zéro. 8*

Si le résultat technique est en moyenne, sur les trois dernières années, supérieur ou égal à 15 % des recettes de primes (sur la base de la *prime contractuelle*), le tarif doit être baissé. L'entreprise d'assurance est tenue de soumettre pour la prochaine échéance possible contractuellement une demande de modification du tarif afin que le résultat technique soit à moyen terme conforme au Cm 8. La FINMA peut tenir compte de limites de matérialité. 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

Abrogé 12*-29*

D. Modalités de la construction tarifaire

Une inégalité de traitement importante et actuariellement injustifiable 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. Si une inégalité de traitement selon l'art. 117 al. 2 OS vise à favoriser des enfants, des jeunes adultes ou des familles, les Cm 30 et 37 à 37.5 ne s'appliquent pas. 30*

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

d'âge et les effets d'un changement de classe d'âge sur la prime doivent être décrits dans les CGA.

Si les *composantes de répartition* se révèlent 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 à l'aide de statistiques adéquates ou, pour les développements de produits, d'hypothèses de calcul fondées. Le calcul des chargements de sécurité est également à décrire. 32*

Des *composantes de répartition* sont admises pour la création de solidarités (à l'exclusion du risque de vieillissement, voir à cet effet l'art. 52 OS-FINMA) dès lors que le *risque d'anti-sélection* est dûment pris en compte. 33*

Abrogé 34*

E. Réductions actuariellement justifiées et réductions actuariellement injustifiées

Les *réductions* constituent un élément des tarifs et doivent être soumises et approuvées avant de s'appliquer (art. 4 al. 2 let. r en relation avec l'art. 5 al. 1 LSA). 35*

Il faut distinguer les *réductions* pour lesquelles il y a une justification technique de celles qui ne peuvent pas être justifiées techniquement. Il y a justification technique lorsque des coûts de conclusion ou d'administration plus bas sont démontrables au moyen de méthodes actuarielles ou économiques reconnues ou lorsqu'une valeur attendue des sinistres plus basse est démontrable au moyen de méthodes actuarielles reconnues. 36*

Il y a notamment inégalité de traitement importante au sens de l'art. 117 al. 2 OS (en relation avec le Cm 30) lorsque des *réductions* (isolées ou cumulées) techniquement injustifiées 37*

- ont pour conséquence que la prime contractuelle est inférieure de plus de 10 % à la prime de référence réduite des éventuelles réductions techniquement justifiées ; 37.1*

- ne se situent pas dans une fourchette réduite sur l'ensemble des contrats d'assurance du produit considéré ; ou 37.2*

- ont pour conséquence un résultat technique négatif sur le produit ou, dans le cas de contrats collectifs ou de contrats-cadres, sur le sous-effectif bénéficiaire. Les conditions doivent être remplies initialement. Si elles ne sont plus remplies durablement, les réductions doivent être corrigées. 37.3*

L'entreprise d'assurance veille à ce que les conditions mentionnées aux Cm 37 ss soient remplies. 37.4*

L'entreprise d'assurance formule ses contrats d'assurance de manière à pouvoir supprimer ou diminuer les *réductions* au plus tard à l'échéance de la prime annuelle suivante si les conditions des Cm 37 ss ne sont plus remplies. 37.5*

F. Adaptation de tarifs existants

Un tarif existant peut être modifié dans le cadre d'une modification du plan d'exploitation selon l'art. 5 al. 1 LSA, pour autant que le droit civil le permette. 38*

Un tarif peut, sous réserve du Cm 39.3, être augmenté au maximum dans la mesure du *renchérissement exogène* non encore pris en compte. Si un accroissement des résiliations ne peut être exclu et que la solvabilité est suffisante, un échelonnement de la hausse des tarifs concernés peut être ordonné. Pour les produits fermés, les hausses de prime liées au renchérissement ne sont pas réduites au renchérissement exogène si lors de l'exercice du droit de passage dans un portefeuille ouvert aucun assuré n'est prétérité du point de vue tarifaire ou du point de vue des prestations et ce, ni au moment de l'adaptation tarifaire ni sur toute la durée du contrat. Les hausses doivent demeurer modérées et se limiter au préjudice économique qu'engendre pour l'assureur l'exploitation parallèle du produit fermé et du produit ouvert équivalent. 39*

Si le résultat technique du dernier exercice achevé dépasse la limite supérieure selon le Cm 8, ou si la hausse entraîne un dépassement de cette limite, le tarif ne peut pas être augmenté. 39.1*

La FINMA procède au besoin à des corrections si le résultat technique n'est pas cohérent. Cela concerne notamment des coûts de conclusion et d'administration inappropriés ou des modifications inadéquates des provisions techniques. 39.2*

Une hausse de tarif dépassant la mesure du *renchérissement exogène* non pris en compte jusque-là est exceptionnellement possible s'il faut s'attendre, pour l'entreprise d'assurance, à des pertes – sous la forme de résultats techniques négatifs – mettant en danger la solvabilité de celle-ci. 39.3*

G. Abrogé

Abrogé 40*-44*

H. Abrogé

Abrogé 45*-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. Abrogé

Abrogé 63*-73*

VII. Entrée en vigueur et dispositions transitoires

La présente circulaire entre en vigueur au premier mai 2010. 74

Les conditions générales d'assurance des contrats conclus à partir du 1^{er} janvier 2023 respectent les dispositions du Cm 31. Les conditions générales d'assurance des contrats qui sont en cours le 1^{er} juin 2021 doivent être adaptées d'ici le 1^{er} janvier 2023 de façon à respecter les dispositions du Cm 31, pour autant que le droit civil le permette. 75*

L'entreprise d'assurance adapte les réductions existant le 1^{er} juin 2021 qui divergent des Cm 37.1 à 37.3 dès que cela est possible au regard du droit civil. Ces réductions ne seront pas augmentées au-delà de la mesure autorisée selon les Cm 37 à 37.3. 76*

Glossaire

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> (le cas échéant, augmentées de la <i>composante de vieillissement</i>).
effectif des assurés	L'effectif des assurés est l'ensemble des assurés par <i>produit</i> .
prime contractuelle	La prime contractuelle correspond à la <i>prime de référence</i> , moins les <i>réductions</i> .
prime de référence	La prime selon la feuille de tarifs est considérée comme prime de référence.
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

Glossaire

	attendues pour la classe tarifaire concernée pendant une année. La prime de risque n'englobe aucune composante de frais ni de bénéfice.
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 vieillissement	Les provisions de vieillissement préfinancent les répartitions à longue échéance du <i>risque de vieillissement</i> .
réductions	Les réductions sont des déductions accordées sur la <i>prime de référence</i> . En font partie toutes formes d'avantages pécuniaires, comme par ex. un rabais, qu'ils soient accordés de manière temporaire ou permanente.
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.
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.
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> .
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>vieillissement</i> selon les <i>classes tarifaires</i> .

La présente circulaire est modifiée comme suit :

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

Cm modifié 20

Modifications du 6 mai 2021 entrant en vigueur le 1^{er} juin 2021.

Nouveaux Cm 37.1–37.5, 39.1–39.3, 76

Cm modifiés 8, 9, 30, 31, 32, 35, 36, 37, 38, 39, 75

Cm abrogés 34, 40–56, 63–73

Autres titres avant les Cm 35 et 38

Modifications du 26 juin 2024 entrant en vigueur le 1^{er} septembre 2024.

Cm modifiés 1, 33, 39.2

Cm abrogés 12–29

L'annexe de la circulaire est modifiée comme suit :

Modifications du 6 mai 2021 entrant en vigueur le 1^{er} juin 2021.

Modifié Glossaire (définition de résultat technique)

Nouveau Glossaire (définitions de prime contractuelle, prime de référence, réductions)

Supprimé Glossaire (définition de rabais)

Modifications du 26 juin 2024 entrant en vigueur le 1^{er} septembre 2024.

Modifié Glossaire (conforme au risque [tarif])

Supprimé Glossaire (principe d'équivalence, système de répartition des dépenses, couverture des besoins [système individuel], couverture des besoins [système collectif], capitalisation [système individuel], capitalisation [système collectif], provisions pour sinistres, provisions de sécurité et pour fluctuations, scénario, répartition temporelle)