

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 :	6 mai 2021 [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		
	Banques	LB
	Groupes et congl. financiers	
	Autres intermédiaires	
X	Assureurs	LSA
	Groupes et congl. d'assur.	
	Intermédiaires d'assur.	
	Gestionnaires de fortune	LEFin
	Trustees	
	Gestionnaires de fortune coll.	
	Directions de fonds	
	Maisons de titres tenant des comptes	
	Maisons de titres ne tenant pas de comptes	
	Gestionnaires d'avoirs de prévoyance	
	Plates-formes de négociation	LIMF
	Contreparties centrales	
	Dépôtaires centraux	
	Référentiels centraux	
	Systèmes de paiement	
	Participants	
	SICAV	LPCC
	Sociétés en comm. de PCC	
	SICAF	
	Banques dépositaires	
	Représentants de PCC étr.	
	Autres intermédiaires	
	OAR	LBA
	Entités surveillées par OAR	
	Sociétés d'audit	Autres
	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. 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 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 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

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 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. *Provisions pour sinistres* : 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. *Provisions de vieillissement* : dès lors qu'il est prévu une répartition du *risque de vieillissement* (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. *Provisions de sécurité et pour fluctuations* : il s'agit d'une provision qui couvre deux risques distincts : 17

- *Provisions pour risques de fluctuation des produits* 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.

- *Provisions pour autres risques liés à l'exploitation de l'assurance* 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. *Autres provisions techniques* : 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 21

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.

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 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 d'âge et les effets d'un changement de classe d'âge sur la prime doivent être décrits dans les CGA. 31*

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 le Cm 13) dès lors que le *risque d'antisélection* 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 prétérîté 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

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

Glossaire

	<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 <i>système de capitalisation</i>).
couverture des besoins, système collectif	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. Ce système correspond au « Prämiendurchschnittsverfahren » selon Walter Saxer (voir Versicherungsmathematik, Erster Teil, Springer Verlag, 1979, S. 205).
couverture des besoins, système individuel	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.
effectif des assurés	L'effectif des assurés est l'ensemble des assurés par <i>produit</i> .
financement, systèmes et types fondamentaux	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>. 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. Les sous-effectifs en question peuvent être les assurés individuels (système individuel de couverture des besoins ou de capitalisation) ou encore un groupe de classes tarifaires (système collectif de couverture des besoins ou de capitalisation). 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.

		sans répartition temporelle	avec répartition temporelle (<i>provision de vieillissement</i> nécessaire)	
	tarification individuelle	système individuel de couverture des besoins	système individuel de capitalisation	
	tarification collective	système collectif de couverture des besoins	système collectif de capitalisation	
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 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	Les provisions de sécurité et pour fluctuations se composent de deux parties :			
	Première partie : provisions pour risques de fluctuations des produits Les provisions pour fluctuations sont des provisions techniques qui visent à couvrir les résultats de liquidation défavo-			

	rables 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. 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 de chacun des <i>produits</i>. Deuxième partie : Provisions pour autres risques liés à l'exploitation de l'assurance 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.
provisions de vieillissement	Les provisions de vieillissement préfinancent les répartitions à longue échéance du <i>risque de vieillissement</i> .
provisions pour sinistres	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). Le cas échéant, elles incluent aussi les frais de gestion des sinistres attribuables de même que ceux qui ne peuvent être imputés.
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.
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.
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>vieillissement</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.

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

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)