



finma

Eidgenössische Finanzmarktaufsicht FINMA
Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers FINMA
Autorità federale di vigilanza sui mercati finanziari FINMA
Swiss Financial Market Supervisory Authority FINMA

Circulaire 2009/x

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

Référence : Circ.-FINMA 09/x
Date : 2009
Entrée en vigueur : 2009
Bases légales LFINMA art. 7 al. 1 let. b
LSA art. 4 al. 2 let. d et r, 5 al. 1, 11 al. 1, art. 16, 38, 46
OS art. 3 al. 1, art. 54, 69, 117, 123, 155, 157
OS-FINMA art. 3
Annexe 1 Glossaire
Annexe 2 Liste des abréviations utilisées

Destinataires																					
LB			LSA			LBVM		LPCC								LBA			Autres		
Banques	Groupes et congl. financiers	Autres intermédiaires	Assureurs	Groupes et congl. d'assur.	Intermédiaires d'assur.	Bourses et participants	Négociants en valeurs mob.	Directions de fonds	SICAV	Sociétés en comm. de PCC	SICAF	Banques dépositaires	Gestionnaires de PCC	Distributeurs	Représentants de PCC étr.	Autres intermédiaires	OAR	IFDS	Entités surveillées par OAR	Sociétés d'audit	Agences de notation
			x																		

I. Domaine d'application	Cm	1–4
II. Obligation de soumettre	Cm	5–8
III. Technique d'assurance	Cm	9–63
A. Plage de valeurs admissibles pour le résultat technique d'un produit	Cm	9–10
B. Saisie de tous les risques essentiels	Cm	11–15
a) Conditions auxquelles le tarif doit satisfaire	Cm	11–13
b) Restrictions pour les systèmes de financement	Cm	14–15
C. Provisions techniques	Cm	16–32
a) Constitution et évaluation	Cm	16–22
b) Attribution	Cm	23–24
c) Dissolution	Cm	25
d) Provisions techniques devenues inutiles	Cm	26–27
e) Restitution des provisions de vieillissement	Cm	28–32
D. Modalités de la structure tarifaire	Cm	33–37
E. Rabais	Cm	38–42
F. Adaptation périodique des niveaux de primes de tarifs existants (adaptation ordinaire)	Cm	43–44
G. Révision des bases techniques d'un tarif (adaptation extraordinaire)	Cm	45–49
H. Explications techniques contenues dans le plan d'exploitation	Cm	50–62
a) Système de financement	Cm	51

b) Structure tarifaire	Cm	52-56
aa) Niveau tarifaire	Cm	53-55
bb) Positions tarifaires	Cm	56
c) Provisions techniques	Cm	57-62
I. Publicité pour des produits non encore approuvés	Cm	63
IV. Assurance collective d'indemnités journalières maladie : tarification empirique et répartition en classes tarifaires (art. 157 en relation avec l'art. 123 OS)	Cm	64-68
A. Information du preneur d'assurance	Cm	64-65
B. Tarification	Cm	66-68
V. Exigences matérielles pour la remise de demandes d'approbation de tarifs au sens des Cm 5 ss, Cm 9 à 42 et Cm 45 ss	Cm	69-80
A. Phase d'introduction et de croissance d'un produit	Cm	69-77
a) Soumission initiale de produits	Cm	69-72
b) Développement de produits	Cm	73-74
c) Situations financières particulières	Cm	75-76
d) Demande de révision des bases techniques	Cm	77
B. Phase de maturité	Cm	78-79
C. Phase de saturation et de régression	Cm	80
VI. Liste des documents à remettre avec les demandes d'approbation de nouveaux produits ou de révision des bases techniques	Cm	81

VII. Dispositions transitoires

Cm	82-83
----	-------

Le glossaire (cf. annexe 1) définit les termes figurant ci-après en *italique*.

I. Domaine d'application

Du point de vue des personnes, la présente circulaire s'applique à toutes les entreprises d'assurance privées et caisses-maladie qui exploitent les assurances-maladie selon la LCA au sens des branches d'assurance A5 et B2 (voir annexe 1 OS). 1

Du point de vue matériel, cette circulaire s'applique aux contrats d'assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale selon la LCA, assurances d'indemnités journalières individuelles incluses, que proposent les entreprises d'assurance privées et les caisses-maladie dans le cadre des branches B2 et A5. Les tarifs et les conditions générales d'assurance appliqués en Suisse font partie du plan d'exploitation et doivent être préalablement approuvés par l'autorité de surveillance (art. 4 al. 2 let.r LSA en relation avec l'art. 5. al. 1 LSA). 2

Les assurances collectives d'indemnités journalières ne n'ont pas valeur d'assurance-maladie complémentaire à l'assurance-maladie sociale et ne sont dès lors pas soumises au contrôle préalable des tarifs et des conditions générales d'assurance¹. Pour les assurances collectives d'indemnités journalières en cas de maladie, les dispositions relatives à la répartition en *classes tarifaires* et à la tarification empirique selon les art. 123 et 157 OS, lesquelles sont concrétisées aux Cm 64 ss, sont toutefois à observer. En dehors des dispositions transitoires (Cm 82 s), les autres dispositions ne sont pas applicables aux assurances collectives d'indemnités journalières. 3

De même, les tarifs et conditions générales d'assurance portant sur la couverture de risques accessoires de maladie englobés dans des *produits* d'assurance ne doivent pas être soumis pour approbation dès lors que leur couverture mesurée en termes de charges de sinistres attendues est inférieure à la somme des autres risques couverts par les mêmes contrats. 4

II. Obligation de soumettre

Sont à soumettre pour approbation les calculs de primes en assurance-maladie complémentaire à l'assurance-maladie sociale qui résultent des engagements contractuels de l'entreprise d'assurance privée ou de la caisse-maladie. 5

Un équilibre de ces risques pris en charge est à garantir dans la durée au sein de l'effectif. 6

Les engagements contractuels de l'entreprise d'assurance privée ou de la caisse-maladie qui ne relèvent pas d'un processus stochastique sont admis dès lors qu'ils créent une incitation pour le comportement des assurés ou qu'ils concourent à diminuer les risques ou à les éviter, en particulier dans un sens de promotion de la santé ou de prévention. Les diminutions de charges que l'on en attend constituent un *rabais* (cf. Cm 38 ss), lequel est à soumettre pour approbation avec le tarif. 7

Les autres prestations de l'entreprise d'assurance privée ou de la caisse-maladie en faveur des assurés n'ont pas valeur de rabais soumis à approbation. Elles sont à financer par le biais des fonds propres de l'entreprise d'assurance privée ou de la caisse-maladie. Ces prestations ne doivent pas apparaître dans les statistiques qui servent de justification aux adaptations de tarifs. 8

¹ Cf. l'arrêté du 25 mai 2007 du Tribunal administratif fédéral

III. Technique d'assurance

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

Le *résultat technique* attendu, tel qu'il résulte des calculs tarifaires, doit être positif et représenter ainsi un bénéfice. Le bénéfice cumulé dans la durée ne peut excéder notablement la contre-valeur de l'indemnité pour le risque technique encouru majorée d'un intérêt pour un placement de capital sans risque. 9

Si, dans la durée, les résultats cumulés d'un *produit* conduisent à des bénéfices dont la hauteur n'est plus justifiée ou à une perte, l'entreprise d'assurance privée ou la caisse-maladie soumet en temps opportun une révision des bases techniques pour les tarifs concernés. 10

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 essentiels prévisibles en relation avec les engagements contractuels, en particulier les conséquences financières négatives qui peuvent provenir d'une antisélection, les risques de fluctuations ainsi que d'un équilibrage insuffisant à l'intérieur de la communauté de risques (notamment en cas de vieillissement du portefeuille). Il doit être indiqué la manière dont ces risques sont couverts financièrement. Pour les caisses-maladie, les risques évoqués sont à prendre en considération exclusivement dans les calculs tarifaires. 11

La charge nominale annuelle attendue qui résulte de la couverture d'assurance est à évaluer actuariellement pour les cas de sinistres qui relèvent de l'exercice considéré, ceci en tenant compte des déviations par rapport à cette valeur. 12

Dans les adaptations tarifaires qui visent au maintien de la solvabilité, il ne peut être répercuté que le *renchérissement exogène* qui ne peut être anticipé dans les calculs. 13

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. 14

b. Une solidarité entre les groupes d'âges ne peut intervenir sans la constitution d'une *provision de vieillissement* appropriée qui permette la répartition du *risque de vieillissement* à longue échéance. 15

C. Provisions techniques

a) Constitution et évaluation

Les art. 16 LSA et 54 al. 1 OS exigent la constitution de provisions techniques suffisantes pour 16

la couverture des engagements. Leur évaluation se fonde sur l'ampleur estimée des risques spécifiques de même que sur le système de financement sous-jacent. 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 les suivantes.

- | | | |
|----|--|----|
| a. | <i>Provision pour sinistres</i> : elles sont à constituer en fonction du mode de règlement des sinistres et des paiements. Cas échéant, il peut être tenu compte de l'usage courant en assurance maladie, selon lequel les sinistres sont attribués selon l'année de traitement et non selon l'année de survenance. | 17 |
| b. | <i>Provision de vieillissement</i> : le <i>risque de vieillissement</i> est à évaluer actuariellement en fonction de la dynamique dans les effectifs et du profil du tarif. Sur cette base et sur la base de la condition du Cm 15 une <i>provision de vieillissement</i> qui garantit la répartition à longue échéance et qui couvre les risques de paramètres liés au vieillissement doit être constituée. De la sorte, et pour autant qu'un risque de paramètre lié au vieillissement soit présent, une <i>provision de vieillissement</i> est à constituer même si un tarif conforme à l'évolution des risques avec l'âge (tarif selon l'âge réel) est appliqué. | 18 |
| c. | <i>Provision de fluctuations</i> : les fluctuations non systématiques évaluées actuariellement pour les différents <i>produits</i> déterminent la hauteur de la <i>provision de fluctuations</i> à constituer pour le lissage des <i>résultats techniques</i> dans le temps. | 19 |
| d. | <i>Provision de sécurité</i> des entreprises d'assurance privées : les entreprises d'assurance privées peuvent, pour les risques d'entreprise, créer des <i>provisions de sécurité</i> financées par les bénéfices. | 20 |
| e. | <i>Provision de sécurité</i> des caisses-maladie : les caisses-maladie, qui ne sont pas soumises aux prescriptions de la LSA sur le capital, doivent, pour les risques liés aux affaires selon la LCA, soit constituer des <i>provisions de sécurité</i> financées par les bénéfices, soit diminuer la portée de ces risques. | 21 |
| f. | Antisélection : pour le risque d'antisélection, qui, en sus des <i>risques de vieillissement</i> et de renchérissement, peut se manifester par suite d'une évolution défavorable des effectifs, des provisions sont à créer au sens de l'art. 69 let. g OS. | 22 |

b) Attribution

Les provisions techniques pour les risques pris en compte dans les calculs tarifaires doivent être attribuées à l'une des catégories de provisions techniques d'après l'art. 69 OS. Durant l'année comptable, la ventilation des moyens financiers dans les différentes catégories de provisions techniques s'effectue selon les dispositions du plan d'exploitation.	23
---	----

Les entreprises d'assurance privées comme les caisses-maladie saisissent les <i>provisions de fluctuations</i> et les <i>provisions de sécurité</i> séparément dans la comptabilité.	24
--	----

c) Dissolution

Le mode de dissolution des provisions techniques, avec indication du but, est à fixer dans le plan d'exploitation conformément à l'art. 54 al. 3 OS. La dissolution s'accorde au but visé par les provisions techniques au sens de l'art. 69 OS. Le besoin de dissolution des provisions techniques résulte de la construction tarifaire et du <i>système de financement</i> .	25
--	----

d) Provisions techniques devenues inutiles

- | | | |
|----|---|----|
| a. | Pour les provisions techniques devenues inutiles (art. 54 al. 2 OS), l'entreprise d'assurance privée ou la caisse-maladie soumet sans délai 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 la provision par leurs contributions. Si une attribution selon ce principe se révèle impossible, les provisions sont à utiliser en faveur de l'ensemble de l'effectif. | 26 |
| b. | Dans son rapport annuel à la direction de l'entreprise d'assurance selon l'art. 3 OS-FINMA, l'actuaire responsable renseigne sur les provisions techniques devenues inutiles. | 27 |

e) Restitution des provisions de vieillissement

Pour la restitution des *provisions de vieillissement* en application de l'art. 155 OS, il faut observer ce qui suit :

- | | | |
|----|--|----|
| a. | Lorsque les <i>provisions de vieillissement</i> sont constituées sur une base individuelle, est considéré comme « partie appropriée » le montant constitué pour les assurés concernés 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. | 29 |
| b. | Pour les <i>provisions de vieillissement</i> forfaitaires, le calcul des parts se fonde sur le modèle mathématique qui régit la constitution et la dissolution de ces provisions et duquel la « partie appropriée » doit pouvoir être déduite. Le mode de distribution est à décrire dans le plan d'exploitation. | 30 |
| 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. | 31 |
| d. | En cas de décès de l'assuré, le droit à la restitution tombe. | 32 |

D. Modalités de la structure 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.

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

Pour examiner l'ampleur des répartitions, les *primes actuarielles* et les *primes de risque* sont à indiquer de manière appropriée 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 décrire dans les demandes d'approbation.

Des *composantes de répartition* sont admises pour la création de solidarités dès lors que le risque d'antisélection est dûment pris en compte. 36

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 45 ss. 37

E. Rabais

Les *rabais* constituent un cas particulier dans la structure des *caractéristiques tarifaires* (cf. Cm 33 ss) et doivent, comme éléments du tarif, être soumis pour approbation. 38

Les *rabais* qui influencent le risque assuré ou les frais sont à justifier selon les principes des Cm 33 ss. Des *rabais* qui ne sont pas justifiés techniquement peuvent être admis comme éléments de la *composante de répartition* pour autant que cela n'induisse pas d'inégalité de traitement importante au sens précisé au Cm 33. 39

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 45 ss ; elles s'appliquent à l'ensemble des assurés du même effectif qui remplissent les conditions d'octroi du *rabais*. 40

Les conditions d'octroi et de suppression des *rabais* doivent être clairement stipulées dans les conditions d'assurance. 41

Une demande portant sur l'application de *rabais* est à soumettre à la FINMA pour approbation dans le cadre d'un projet de nouveau *produit* ou d'une révision tarifaire au sens des Cm 43 s ou des Cm 45 ss (art. 4 al. 2 let. r LSA en relation avec l'art. 5 al. 1 LSA). 42

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*, pour autant qu'un équilibre soit garanti dans la durée au sein du collectif. 43

D'autres adaptations tarifaires, à savoir des adaptations qui dépassent la mesure du *renchérissement exogène*, ne sont possibles qu'aux conditions des Cm 45 ss. 44

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

Une révision des bases techniques intervient lorsque, sur la base de l'art. 5 LSA, il s'ensuit une modification soumise à approbation du plan d'exploitation selon l'art. 4 al. 2 let. d et r LSA. 45

L'entreprise d'assurance ou la caisse-maladie doit déposer une demande de révision lorsque le cadre admissible pour le bénéfice technique au sens du Cm 9 est dépassé ou lorsque les *résultats techniques* annuels cumulés conduisent à une perte pour un *produit*. 46

L'entreprise d'assurance ou la caisse-maladie peut déposer une demande de révision 47

a.	s'il est actuariellement suffisamment justifié pourquoi un assainissement tarifaire doit intervenir,	48
b.	si les hausses qui excèdent le <i>renchérissement exogène</i> ne conduisent ni à une inégalité de traitement actuarielle ni à une augmentation du taux de résiliation. Des baisses de tarif en-dessous du niveau de la <i>prime actuarielle</i> ne doivent pas non plus entraîner d'inégalité de traitement.	49
H. Explications techniques contenues dans le plan d'exploitation		
	Pour un tarif soumis à approbation, au minimum les données suivantes sont à remettre :	50
a) Système de financement		
	Le plan d'exploitation décrit le <i>système de financement</i> choisi, respectivement la forme combinée de <i>systèmes de financement</i> en faisant cas échéant référence aux termes définis dans le glossaire (annexe 1). 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.	51
b) Structure tarifaire		
	Le plan d'exploitation décrit la <i>structure tarifaire</i> comme suit :	52
aa) Niveau tarifaire		
	Pour un système reposant sur le financement selon la <i>couverture des besoins</i> : la prime tarifaire suit la <i>prime de risque</i> . La prime tarifaire fait explicitement partie des explications relatives au plan d'exploitation.	53
	Pour un système reposant sur le <i>système individuel de capitalisation</i> ou sur un <i>système collectif de couverture des besoins</i> : le rapport entre les primes tarifaires et les <i>primes de risque</i> est à indiquer.	54
	Pour un système reposant sur le <i>système collectif de capitalisation</i> : le rapport entre primes tarifaires, <i>primes de risque</i> et <i>primes actuarielles</i> est à décrire de manière appropriée.	55
bb) Positions tarifaires		
	D'une manière générale, pour l'ensemble des <i>systèmes de financement</i> , une liste exhaustive des <i>caractéristiques tarifaires</i> et des classes d'âges est à remettre.	56
c) Provisions techniques		
	Pour l'ensemble des <i>systèmes de financement</i> , les données suivantes sont à consigner dans la partie technique du plan d'exploitation :	57
a.	Evaluation quantitative des diverses provisions techniques selon les Cm 16 ss.	58
b.	Désignation des provisions techniques avec quantification des risques qu'elles couvrent au sens du Cm 23.	59

- c. Ampleur et règles de la dissolution des provisions techniques. 60
- d. Méthodes d'information continue de la direction sur le montant des provisions techniques et leur couverture par la fortune liée. 61

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. 62

I. 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. 63

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

A. Information du 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 sur la classification tarifaire de son entreprise et cas échéant sur les systèmes de participation aux bénéfices, de tarification empirique et sur la dépendance de la prime en fonction de la masse salariale. 64

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. 65

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. Cela signifie que le facteur de pondération du cours individuel des sinistres (z) et le facteur de pondération du cours collectif des sinistres ($1-z$) doivent respecter une proportion qui corresponde à la crédibilité du contrat ou de la *classe tarifaire*. 66

La détermination du facteur de crédibilité doit reposer sur une méthode citée dans la littérature reconnue, la méthode étant cas échéant à adapter au contexte spécifique. 67

Les cas $z=1$ et $z=0$ sont admis dans la mesure où ils sont justifiés. Cela vaut en particulier 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). 68

V Exigences matérielles pour la remise de demandes d'approbation de tarifs au sens des Cm 5 ss, Cm 9 à 42 et Cm 45 ss

A. Phase d'introduction et de croissance d'un produit

a) Soumission initiale de produits

Pour un nouveau *produit* (p.ex. en assurance de soin), l'entreprise d'assurance ou la caisse-maladie ne dispose pas de propres données statistiques fiables. Souvent, il n'est pas non plus de données publiques disponibles. De plus, le comportement des clients est incertain. 69

Des bases techniques appropriées sont à élaborer de manière à ce qu'une évaluation et une quantification adéquates des risques déterminants couverts par le *produit* (voir Cm 11 ss ainsi que Cm 16 ss) soient rendues possibles. 70

Dans la tarification, il faut quoi qu'il en soit compter avec des incertitudes. Aussi l'actuaire responsable doit-il surveiller les tarifs et cas échéant initier une révision des bases techniques et adapter le plan d'exploitation. 71

Le plan prévisionnel établi par la direction, qui montre à l'aide de divers *scénarios* que l'entreprise d'assurance ou la caisse-maladie peut supporter les coûts d'investissement ainsi qu'une période marquée par des résultats négatifs, revêt une importance centrale. 72

b) Développement de produits

Pour le développement d'un *produit* existant (p.ex. assurance complémentaire d'hospitalisation avec possibilité de choix), des données statistiques sont disponibles, mais pas nécessairement dans la forme ou le degré de précision nécessaire. De plus, le comportement des assurés présente des incertitudes. 73

Ce cas est soumis aux mêmes incertitudes que les développements novateurs, dans une mesure toutefois moindre. Les statistiques disponibles sont à présenter et à interpréter. Ici aussi, l'actuaire responsable doit procéder à un calcul rétrospectif du tarif et au besoin initier une révision des bases techniques. Une telle révision est par exemple nécessaire en cas de forte déviation du résultat financier du *produit* par rapport aux projections ou en cas de divergences importantes et injustifiées des résultats entre les *classes tarifaires*. Un plan prévisionnel établi par la direction et incluant des *scénarios* est requis. 74

c) Situations financières particulières

Application d'un *système de financement* collectif : 75
 La *prime actuarielle* revêt une importance centrale dans l'analyse du *système de financement*. L'indication des *primes actuarielles* selon les *classes tarifaires* pertinentes permet de mesurer l'ampleur des éventuelles répartitions. A cet égard, une attention particulière est à porter aux *primes actuarielles* dans les documents remis avec la demande d'approbation du *produit*. La manière dont elles ont été déterminées est à présenter de façon concluante.

Financement de petits effectifs : 76
 Pour les petits effectifs, les déviations par rapport à la valeur attendue des sinistres sont à

prendre en compte à l'aide de méthodes statistiques pertinentes. Il faut tenir compte d'une part des déviations liées à la distribution des sinistres et d'autre part des déviations liées à la petite taille de l'effectif.

d) Demande de révision des bases techniques

Pour une demande de révision des bases techniques, les indications selon le Cm 81 sont à remettre. 77

B. Phase de maturité

Un *produit* qui se trouve dans la phase moyenne de son cycle ne devrait pas nécessiter de révision tarifaire avec adaptation de structure. Si le comportement des assurés devait se modifier (p.ex. en assurance d'une indemnité journalière) ou la jurisprudence conduire à un renchérissement de certaines catégories de prestations, de sorte que les recettes de primes se révèlent insuffisantes avec le temps, une adaptation sélective des primes peut devenir nécessaire. 78

Des adaptations sélectives des primes devraient toutefois demeurer l'exception et ne sont approuvées que de manière restrictive. Les adaptations de primes liées au renchérissement devraient intervenir plus souvent et être dans la plupart des cas linéaires. Dans tous les cas, les adaptations de primes sont à justifier à l'aide de statistiques. 79

C. Phase de saturation et de régression

Encore dans la phase de saturation, des adaptations du *système de financement* au sens des Cm 45 ss 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 pas prévue après la phase de saturation. 80

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 : 81

1. En cas de révision des bases techniques, une justification est à fournir en tenant compte des Cm 45 ss.
2. Description du *système de financement* du *produit* et, le cas échéant, de la réassurance.
3. Détermination des primes et des chargements de risque, justifiée à l'aide de statistiques pertinentes ou, si celles-ci font défaut, d'hypothèses de calculs appropriées.
4. Description de la structure des primes et de leur constitution en composantes essentielles (*classes tarifaires*, *prime de risque*, chargements de risque, composante de frais de gestion, éventuelles *composantes de répartition* et de *vieillesse*, marge bénéficiaire).
5. Description et justification du système de *rabais* ou de participation aux excédents.
6. Si une *répartition temporelle* est prévue, preuve à l'aide de *scénarios* adéquats que le

système de financement choisi permet de maintenir la stabilité du *produit* à moyen, voire à long terme.

7. Description précise de la constitution et de l'utilisation de chacune des catégories de provisions techniques (selon les art. 54 al. 3 et 69 OS).
8. Description de la politique d'acquisition ainsi que de la structure de l'effectif prévue à moyen terme.
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 tient compte aussi des exigences des Cm 69 ss.
10. Si l'art. 155 OS est applicable, plan de restitution des *provisions de vieillissement*.

VII Dispositions transitoires

La présente circulaire remplace les prescriptions antérieures de cette autorité, respectivement de l'autorité auquel elle a succédé, l'Office fédéral des assurances privées, dès lors que ces prescriptions couvrent les mêmes domaines que la circulaire. 82

Pour les *produits* déjà approuvés des branches B2 et A5, les présentes dispositions sont applicables dès qu'une révision des bases techniques selon les Cm 45 ss est mise en œuvre. 83

capitalisation, système collectif	Le système collectif de capitalisation est un <i>système de financement</i> pour lequel les produits et les charges futurs 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 l' <i>effectif des assurés</i> en question.
capitalisation, système individuel	Le système individuel de capitalisation est un <i>système de financement</i> pour lequel les produits escomptés et les charges 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, c'est-à-dire les caractéristiques qui influencent le risque ou ses effets.
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 de chacune des <i>caractéristiques tarifaires</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 <i>tarif conforme au risque</i> , elle est nulle pour chacune des <i>classes tarifaires</i> .
composante de vieillissement	La composante de vieillissement est la part de la prime qui contribue à la constitution de la <i>provision de vieillissement</i> , respectivement la partie manquante de la prime financée par dissolution de la <i>provision de vieillissement</i> .
couverture des besoins, système	Le système individuel de couverture des besoins est un <i>système de financement</i> pour lequel le produit d'une année et les

tème individuel	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.
couverture des besoins, système collectif	Le système collectif 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 un collectif de risques. 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).
effectif des assurés	L'ensemble des assurés par <i>produit</i> .
financement, systèmes et types fondamentaux	Un système de financement en assurance-maladie complémentaire à l'assurance-maladie sociale est caractérisé par une réalisation particulière du <i>principe d'équivalence</i>. Il se définit par la période et les sous-effectifs sur lesquels le <i>principe d'équivalence</i> est satisfait et par les indications sur la constitution et l'utilisation des provisions techniques. Les sous-effectifs en question peuvent être l'ensemble de l'<i>effectif des assurés</i> (<i>système de répartition des dépenses</i>), les assurés individuels (<i>système individuel de couverture des besoins</i> ou de <i>capitalisation</i>) ou encore un groupe de <i>classes tarifaires</i> (<i>système collectif de couverture des besoins</i> ou de <i>capitalisation</i>). Les concepts de systèmes de financement peuvent être classifiés selon le <i>principe d'équivalence</i> appliqué et la <i>répartition temporelle</i> des dépenses et des recettes. Dans l'assurance-maladie complémentaire à l'assurance-maladie sociale, quatre systèmes forment la base de définition pour les systèmes de financement concrets. Les caractéristiques des quatre groupes fondamentaux peuvent être combinées.

		sans répartition temporelle	avec répartition temporelle (provision de vieillissement 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 actuarielle	La prime actuarielle est égale à la <i>prime de risque</i> augmentée de la <i>composante de vieillissement</i> .		
prime de risque	La prime de risque d'une <i>classe tarifaire</i> est définie comme la prime théorique qui couvre les charges de sinistres attendues pour la <i>classe tarifaire</i> concernée pendant une année. La prime de risque n'englobe aucune composante de frais, de sécurité ou de bénéfice. En assurance sur la vie, cela correspond à la décomposition de la prime nette en une prime de risque et une prime d'épargne.		
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 individuel ou pour un collectif de risques dans les limites définies par la présente circulaire.		
produit	Un produit d'assurance est constitué des conditions d'assurance et des tarifs afférents.		
provisions de fluctuations	Les provisions de fluctuations sont des provisions techniques qui visent à l'équilibrage de la volatilité et de la sorte à l'équilibrage temporel des <i>résultats techniques</i>. Elles sont financées par des composantes de primes ad hoc. La mesure de la volatilité prend en compte la diversification, la taille et la structure de l'ensemble du portefeuille de l'entreprise d'assurance privée ou de la caisse-maladie. L'allocation des <i>provisions globales de sécurité</i> et de fluctuations s'opère en fonction de la volatilité de chacun des <i>produits</i>. Dans la présente circulaire, les <i>provisions de sécurité</i> et de fluctuations sont considérées de manière séparée.		

provisions de sécurité	Les provisions de sécurité visent à amortir les risques d'entreprise et sont alimentées par les marges bénéficiaires. Dans la présente circulaire, les <i>provisions de fluctuations</i> et celles de sécurité sont considérées de manière séparée.
provisions de vieillissement	En accord avec la définition du <i>risque de vieillissement</i>, les provisions de vieillissement englobent deux composantes : le préfinancement visant à garantir les répartitions à longue échéance et la provision visant à couvrir les risques de paramètres liés au vieillissement de <i>l'effectif des assurés</i>.
provisions pour sinistres	Les provisions pour sinistres englobent les provisions pour les sinistres non liquidés à l'échéance, les provisions pour les sinistres survenus mais non annoncés à l'échéance ainsi que les provisions pour les éventuelles charges futures liées à des sinistres déjà réglés (réouvertures). Cas échéant, elles incluent aussi les frais de gestion des sinistres attribuables de même que ceux qui ne peuvent être imputés.
rabais	Les rabais sont des réductions accordées sur les primes du tarif approuvé. Les rabais peuvent influencer ou non le risque assuré ou les frais. Dans le premier cas, les rabais peuvent constituer un substitut pour une caractéristique de risque 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). Dans la mesure où les rabais ne sont pas justifiés techniquement, ils font partie de la <i>composante de répartition</i>.
renchérissement exogène	Le renchérissement exogène est la part de l'augmentation de la charge de sinistres par assuré qui provient de facteurs sur lesquels l'entreprise d'assurance n'a que peu ou pas d'influence.
répartition temporelle	Lorsque l'équivalence entre dépenses et recettes 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

	dépenses et recettes.
résultat technique	Le résultat technique d'un <i>produit</i> pour un exercice considéré est égal à la différence entre d'une part les primes acquises 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 de vieillissement	Le risque de vieillissement consiste d'une part dans les conséquences financières d'un changement dans la structure d'âge de <i>l'effectif des assurés</i> et d'autre part dans les risques de paramètres liés au vieillissement (risques de modèles, d'évaluation ou de changement). Ceci inclut par exemple le risque d'un renchérissement plus prononcé pour les assurés les plus âgés.
scénario	Si une <i>répartition temporelle</i> des charges de sinistres est prévue, il doit être produit au moins un scénario dans le cadre de la procédure d'approbation. Un scénario adéquat 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. L'évolution du <i>produit</i> doit être simulée aussi bien dans sa phase d'introduction et de croissance que dans sa phase de maturité.
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 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 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 versements de primes de l'année courante sont utilisés pour les prestations échues.
tarif conforme au risque	Un tarif est réputé conforme au risque si, pour une structure suffisamment différenciée et pour chacune des <i>classes tarifaires</i> , les primes diminuées de la marge bénéficiaire et de la

Annexe 1



Glossaire

	composante de frais correspondent aux <i>primes actuarielles</i> .
--	--

Liste des abréviations utilisées

Cm	Chiffre marginal
FINMA	Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers
LAMal	Loi sur l'assurance-maladie (RS 832.10)
LCA	Loi sur le contrat d'assurance (RS 221.229.1)
LFINMA	Loi sur la surveillance des marchés financiers (RS 956.1)
LSA	Loi sur la surveillance des assurances (RS 961.01)
OAMal	Ordonnance sur l'assurance-maladie (RS 832.102)
OS	Ordonnance sur la surveillance (RS 961.011)
OS-FINMA	Ordonnance de la FINMA sur la surveillance des assurances (RS 961.011.1)