

Wegleitung

für Gesuche betreffend die Einreichung von **Tarifanpassungsvorlagen in der Krankenzusatzversicherung**

Ausgabe vom 26. April 2019

Zweck

Diese Wegleitung soll als Arbeitsinstrument die Erstellung von Gesuchen zu Tarifanpassungen in der Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung, welche gemäss Art. 5 Abs. 1 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG; SR 961.01) der vorgängigen Genehmigung durch die Eidgenössische Finanzmarktaufsicht (FINMA) bedürfen, erleichtern. Sie begründet keine Rechtsansprüche. Sie beschreibt die Modalitäten zum Inhalt der Gesuche und deren Einreichung. Dies schliesst nicht aus, dass vom Gesuchsteller zusätzliche Angaben gemacht oder von der FINMA weitere Angaben und Unterlagen verlangt werden.

Diese Wegleitung wendet sich an Versicherungsunternehmen mit einer Betriebsbewilligung für die Versicherungszweige B2 „Krankheit“ in der Schadenversicherung oder A5 „Krankenversicherung“ in der Lebensversicherung, sowie an liechtensteinische Versicherungsunternehmen, welche im Rahmen der Dienstleistungsfreiheit¹ in der Schweiz Produkte nach Art. 4 Abs. 2 Bst. r VAG anbieten.

Ausgenommen von der Genehmigungspflicht sind einerseits Tarifanpassungen bezüglich Produkte in der kollektiven Krankentaggeldversicherung für Unternehmen, welche nicht als Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung gemäss Art. 4 Abs. 2 Bst. r VAG gelten. Für solche Produkte ist Art. 123 i.V.m. Art. 157 der Aufsichtsverordnung (AVO; SR 961.011) relevant.

Ferner sind auch Tarifänderungen bezüglich Krankenversicherungen, welche keine Ergänzung zur obligatorischen Krankenversicherung nach KVG darstellen (im Sinne von Art. 4 Abs. 2 Bst. r VAG) oder welche akzessori-

¹ Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und dem Fürstentum Liechtenstein betreffend die Direktversicherung sowie die Versicherungsvermittlung (SR 0.961.514)

sche Krankheitsrisiken abdecken (Rz 7 FINMA-Rundschreiben 2010/3 „Krankenversicherung nach VVG“), vom Geltungsbereich ausgenommen.

Produktspezifische ergänzende Bestimmungen sind auch Bestandteil der allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) im Sinne von Art. 4 Abs.2 Bst. r VAG.

I. Einreichung und Behandlung der Gesuche

Als Frist zur Einreichung von Gesuchen über Tarifierpassungen, welche per 1. Januar des Folgejahres vorgenommen werden sollen, gilt der 31. Juli des laufenden Jahres.

Ein formeller Entscheid der FINMA im Rahmen der ordentlichen Tarifprüfungsrunde ist nach vollständiger und korrekter Einreichung des Gesuchs grundsätzlich innerhalb von zwei Monaten zu erwarten. Dies gilt nicht für Gesuche, die nach dem 31. Juli eingereicht werden oder die den Vorgaben dieser Wegleitung nicht entsprechen. Solche Gesuche können erst nach Abschluss der ordentlichen Tarifrunde bearbeitet werden.

Die Formulare für Tarifierpassungen sind herunterzuladen und gemäss dieser Wegleitung auszufüllen. Für jedes der Produkte, deren Tarife geändert werden sollen, sind folgende Dokumente vorzulegen:

- Datei „Formular Tarifierpassungen.xls“, Blätter A, B, C, D;
- für einen Tarif mit einer nicht linearen Anpassung, Blatt E;
- die Tarifblätter mit den neuen Prämien (**als Excel-Dateien**);
- die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB);
- bei Änderungen der AVB, ist auch eine Version im Korrekturmodus einzureichen;
- Erläuterungen in einem Anhang.

Das gültig unterzeichnete Gesuch wird vorzugsweise über die Zustellplattform an die FINMA gesendet. Falls die Einreichung via Zustellplattform aus technischen Gründen nicht möglich ist, wird das gültig unterzeichnete Gesuch in Papierform an die Adresse der FINMA, Laupenstrasse 27, 3003 Bern geschickt. Die Excel-Datei sowie weitere Beilagen werden an tarifkranken@finma.ch geschickt.

Das Gesuch ist in einer schweizerischen Amtssprache abzufassen.

II. Gebühr

In Anwendung der FINMA-Gebühren- und Abgabenverordnung (FINMA-GebV; SR 956.122) wird für die Prüfung der Tarifrevisionen eine Gebühr erhoben.

III. Begründung für Tarifierpassungen

Jede beantragte Tarifieränderung für Krankenzusatzversicherungen ist gemäss Art. 38 VAG (Solvenzschutz des Versicherungsunternehmens sowie Schutz der Versicherten vor Missbrauch), welcher die Vorlage von Tarifierberechnungen durch das Versicherungsunternehmen vorsieht, betriebswirtschaftlich bzw. technisch zu begründen, indem ein Bezug zu den Methoden und Parametern, mit denen die Prämien- und Schadenentwicklung des laufenden und des kommenden Jahres berechnet worden sind, hergestellt wird.

IV. Datenqualität

Das Versicherungsunternehmen gewährleistet die Qualität und Korrektheit der Daten, auf denen die Prüfung der FINMA beruht. Dies gilt insbesondere für die im Rahmen des Aufsichtsberichts (FIRST) eingereichten Daten auf Produktebene. Die FINMA behält sich vor, unvollständige oder unklare Gesuche zur Nachbearbeitung zurückzuweisen.

V. Bewilligungspflichtige Elemente

Tarifierpassungen wie auch Anpassungen der allgemeinen Versicherungsbedingungen sind der FINMA zur Genehmigung zu unterbreiten (Art. 5 Abs. 1 i.V.m. Art. 4 Abs. 2 Bst. r VAG). Änderungen der Selbstbehalte, Rabattsysteme und anderer prämierelevanter Merkmale sind als Tarifierbestandteile ebenfalls zur Genehmigung vorzulegen. Ein genehmigungspflichtiges Rabattsystem liegt vor, wenn daraus verminderte Prämieeinnahmen oder erhöhte Verwaltungskosten resultieren (vgl. Rz 35 FINMA-RS 10/3).

VI. Massstab für die Prüfung - Technische Ergebnisse

Das FINMA-RS 10/3 führt die Praxis der FINMA zur Tarifprüfung aus und umschreibt die Bandbreite des gesetzlich zulässigen technischen Ergebnisses eines Produkts. Dies dient auch der Konkretisierung des Missbrauchs-begriffs in der Krankenzusatzversicherung.

Für die Festlegung des technischen Ergebnisses wird auf die marktgerechte Entschädigung abgestellt (vgl. Rz 8 FINMA-RS 10/3). Derzeit beträgt das technische Ergebnis im Markt im Durchschnitt ca. 5% der Prämieinnahmen.

Im Rahmen der Konkretisierung des Missbrauchs-begriffs ist davon auszugehen, dass ein technisches Ergebnis, welches mehr als doppelt so hoch wie der Marktdurchschnitt ist, missbräuchlich ist.

Somit soll das erwartete technische Ergebnis 10% der Prämieinnahmen nicht überschreiten. Anders ausgedrückt soll die produktspezifische Schaden-Kostenquote oberhalb von 90% liegen.

Bei beobachteten Schaden-Kostenquoten unter 90% werden Prämien-erhöhungen abgelehnt. Auch Erhöhungen, die zu einer Schaden-Kostenquote unter 90% führen, werden abgelehnt.

Eine Tarifsenkungsvorlage für ein bestimmtes Produkt ist der FINMA einzu-reichen, wenn die Schaden-Kostenquote gemäss obiger Berechnungsweise sich auf 85% oder weniger im Schnitt über die letzten drei Jahre beläuft.

Des Weiteren prüft die FINMA anhand der Angaben pro Alters- und Risiko-klasse das Vorliegen einer versicherungstechnisch nicht begründbaren Un-gleichbehandlung (siehe Art. 117 AVO und Rz 30 FINMA-RS 10/3).

Die Prüfung des technischen Ergebnisses berücksichtigt Materialitätsgren-zen.

VII. Ermittlung des technischen Ergebnisses

Im Rahmen der Berechnung des technischen Ergebnisses sind die Verände-rungen der einzelnen Arten versicherungstechnischer Rückstellungen mitzu-berücksichtigen. Diese Komponenten sind im Blatt B anzugeben.

Produktspezifische Verwaltungskosten bedürfen einer ergänzenden Begrün-dung, welche auf der Anwendung einer über mehrere Jahre stabilen, revi-dierbaren und entsprechend dokumentierten Kostenrechnung beruht.

Damit eine allfällige produktspezifische Zuteilung der Verwaltungskosten bei der Tarifprüfung berücksichtigt werden kann, muss die diesbezügliche Dokumentation (insbesondere eine Bestätigung der Revisionsstelle) der FINMA vor Ende Mai vorliegen.

Wird bei der Bestimmung des technischen Ergebnisses das erwartete Ergebnis verzerrt dargestellt, kann die FINMA Korrekturen vornehmen. Dies betrifft insbesondere ungewöhnliche Abschluss- und Verwaltungskosten oder inadäquate Veränderungen der technischen Rückstellungen.

VIII. Geschlossene und kleine Bestände

Gemäss Rz 4 FINMA-Rundschreiben 2008/25 „Auskunftspflicht Versicherer“ ist die geplante Schliessung eines Bestandes der FINMA mitzuteilen. Bezüglich eines geschlossenen Bestandes sind die Anforderungen gemäss Art. 156 AVO einzuhalten.

Anpassungen bei kleinen und/oder geschlossenen Beständen berechnen sich nach einer für die Bemessung der exogenen Teuerung (vgl. Rz 38 FINMA-RS 10/3) aussagekräftigen Statistik. Ein technisches Ergebnis, das nur auf einem kleinen oder geschlossenen Bestand beruht, bildet keine ausreichende Grundlage für eine Tarifanpassung. Die Schadenstatistik soll sich auf einen breiteren, offenen Versichertenkreis stützen. Die Tarifanpassungsvorlage hat sich zu den versicherungstechnischen Rückstellungen und deren potentieller Verwendung zu äussern.

Eine Ausnahme bilden geschlossene Bestände, bei denen ein Übertrittsrecht in zumindest gleichwertige offene Bestände besteht (vgl. Rz 38 FINMA-RS 10/3).

Sollte durch dieses Vorgehen eine Finanzierungslücke entstehen, ist mitzuteilen, wie hoch diese für das betreffende Produkt ist und wie sie gedeckt werden soll.

IX. Vor Einreichung des Tarifgesuchs sicherzustellende Kriterien

- Die Tarifanpassung steht nicht im Widerspruch zu den Bestimmungen in den Versicherungsbedingungen oder weiteren vertraglichen Grundlagen hinsichtlich der Prämienentwicklung während der Vertragslaufzeit (z. B. Festlegung der Altersklassen, Einschränkungen bezüglich der Prämienentwicklung in Abhängigkeit des Alters, Rabattgarantie).

- Die produktspezifischen versicherungstechnischen Rückstellungen wie auch deren Veränderungen erfüllen die im Geschäftsplan verankerten entsprechenden Bedingungen.
- Die Tarifierfassung hat keine Inkonsistenz im Tarifwerk zur Folge (z. B. dass für geringere Leistungen höhere Prämien resultieren).

X. Erfassungsformular

Betreffend das Formular zum Erfassen der Tarifierfassungen „Formular Tarifierfassungen.xlsx“ sind folgende Aspekte zu beachten:

- Das „Formular Tarifierfassungen.xlsx“ kann in der gewünschten Sprache von der Webseite der FINMA heruntergeladen werden.
- Die beantragten Tarifierfassungen sind in einem separaten Anhang zu begründen.
- Die Struktur der vorgegebenen Excel-Tabellen darf nicht angepasst werden (kein Einfügen oder Löschen von Spalten/Zeilen; keine Anpassung der Namen der Laschen A, C, D).
- Das „Formular Tarifierfassungen.xlsx“ ist nicht (teil)-schreibgeschützt, sodass kurze Hinweise oder zusätzliche Daten in leeren Zeilen erfasst werden können. Das Ergänzen von Laschen zwecks Eingabe von spezifischen Analysen / Informationen ist möglich.
- Für alle im Formular angegebenen Positionen muss eine allfällige Differenz zu den Beträgen in FIRST begründet werden.

X.1 Blatt „A overview“

In dieser Lasche sind die allgemeinen Angaben wie die Produktbezeichnung und die Kontaktperson zu erfassen.

Für jedes Produkt, für welches eine Tarifierfassung beantragt wird, wird eine separate Zeile ausgefüllt. Das Akronym entspricht dem in FIRST angegebenen Namen, die Produktbezeichnung dem in den Versicherungsbedingungen und auf der Police erscheinenden Namen des Produkts. Die Produktbezeichnung wird in allen drei Amtssprachen angegeben (zwecks Veröffentlichung der Genehmigungsverfügung im Bundesblatt).

Umfasst ein in FIRST angegebenes Produkt mehrere Produkte, wird für jedes einzelne Produkt eine separate Zeile ausgefüllt.

X.2 Blatt „B product information“

Für jedes Produkt, für welches eine Tarifierpassung beantragt wird, wird jeweils eine Kopie des Excel-Basisblattes „B product information“ erstellt. Jedes neue Excel-Blatt wird mit dem jeweiligen Kurznamen umbenannt (bspw. „B Spital Privat“).

X.2.1 „Informationen über den neuen Tarif“

Für Einzel-Krankentaggeldversicherungen ist die minimale bzw. die maximale Anpassung der Monatsprämien in Bezug auf eine monatliche Prämie für ein versichertes Taggeld von CHF 10.- anzugeben.

X.2.2 „Rabattvolumen pro Rabatt“

In diesem Bereich wird der Unterschied zwischen den massgebenden und den fakturierten Prämien erhoben. Da Rabatte auch kumulativ gewährt werden, ist ein entsprechender Aggregations-Mechanismus direkt im Formular hinterlegt.

X.2.3 „Technisches Ergebnis“

- Veränderung der versicherungstechnischen Rückstellungen: Ein Rückstellungsaufbau wird als Verlust (negativer Betrag), eine Rückstellungsauflösung als Ertrag (positiver Betrag) angegeben.
- Ergebnis aus Rückversicherungsvertrag: Ein aus dem Rückversicherungsvertrag resultierender Verlust ist als negativer Betrag zu erfassen (Leistungen des Rückversicherers liegen unterhalb der Rückversicherungsprämien), ein aus dem Rückversicherungsvertrag resultierender Gewinn ist als positiver Betrag zu erfassen (Leistungen des Rückversicherers liegen oberhalb der Rückversicherungsprämien).
- In der Spalte „H“ sind die Halbjahreszahlen mit Stichtag 30. Juni zu erfassen. Sollte ein anderer Stichtag verwendet werden, so ist dieser in der Zelle H6 anzugeben.

X.3 Blatt „C product data“

Für jedes Produkt, für welches eine Tarifierpassung beantragt wird, sind im Excel-Tabellenblatt „C product data“ drei Zeilen einzufügen. Die Daten werden für das Vorjahr (definitive Zahlen), für das aktuelle Jahr (Schätzung aufgrund aktueller Angaben) und für das Anpassungsjahr (Bestschätzung) angegeben.

Die Überschussaufwendungen pro Produkt (FIRST Konto 501021) werden zusätzlich zu den direkten Schadenzahlungen unter der Position „gebuchte Zahlungen“ ausgewiesen.

X.3.1 Position „SchwRSTKranken“

Unter dieser Position sind die „Rückstellungen für Schwankungsrisiken bei Produkten“ gemäss Rz 18 FINMA-RS 10/3 auf Stufe der einzelnen Produkte zu erfassen, nicht jedoch die Rückstellungen für weitere Risiken des Versicherungsbetriebs gemäss Rz 19 FINMA-RS 10/3. Hier liegt ein Unterschied zur Berichterstattung in FIRST vor, in welcher die beiden Rückstellungsarten aggregiert angegeben werden. Für den Nachvollzug der Differenzen zwischen FIRST und den Zahlen im Excel-Formular sind diese sowie die zugrundeliegenden Berechnungsmodalitäten zu erläutern.

X.4 Blatt „D data by age group“

In der Lasche „D data by age group“ werden für jedes Produkt, für welches eine Tarifierfassung eingereicht wird, die Ergebnisse pro Altersklasse angegeben. Die Daten müssen für das Vorjahr (definitive Zahlen), für das aktuelle Jahr (Schätzung aufgrund aktueller Angaben) und für das Anpassungsjahr (Bestschätzung) angegeben.

Die vorgegebenen Altersklassen beziehen sich auf das Lebensalter und dürfen nicht angepasst werden. Eine Abweichung von den Altersklassen gemäss Tarif/AVBs ist deswegen möglich. Für Tarife nach Eintrittsalter sind die Angaben ebenfalls nach den vorgegebenen Effektiv-Altersklassen einzureichen.

Für Altersklassen ohne Bestand sind die Zellen leer zu lassen oder mit Nullen zu befüllen (die Zeilen dürfen nicht gelöscht werden).

Es ist sicherzustellen, dass die Definition, die Abgrenzung und die Bezeichnung mit den entsprechenden Angaben in FIRST übereinstimmen. Ferner ist auch die Übereinstimmung mit den Angaben gemäss Datenerhebung per 31. Mai 2019 sicherzustellen.

X.5 Blatt „E data non linear adaption“

Für jedes Produkt, für welches eine nicht-lineare Tarifierfassung beantragt wird, wird eine eigene Lasche „E data non linear adaption“ erstellt und gemäss den Vorgaben korrekt befüllt. Jede so erstellte Lasche ist dann nach dem jeweiligen Kurznamen des Produktes umzubenennen (bspw. „E Spital Privat“). Die Daten der letzten beiden Vorjahre (definitive Zahlen), für das aktuelle Jahr (Schätzung aufgrund aktueller Angaben) und für das Anpassungsjahr (Bestschätzung) werden angegeben. Es ist sicherzustellen, dass

die jeweiligen Gesamtsummen mit den entsprechenden Werten in der Lasche „C product data“ übereinstimmen.

Fällt eine Tarifierfassung nach mehreren Tarifmerkmalen nicht-linear aus, wird für jede betroffene Kombination von Tarifmerkmalen eine neue Zeile ausgefüllt.

X.6 Erläuterungen zu den wichtigsten Begriffen und Positionen

Spaltenüberschrift	Laschen	Erläuterung
Produkt_id	A, B, C, D, E	Diese Information muss im Kalenderjahr 2019 bzw. betreffend Tarifanpassungen 2020 noch nicht eingereicht werden. Es handelt sich um die zukünftige Produkt-Id in der EHP. Diese Spalte muss im Kalenderjahr 2019 noch leer bleiben.
Akronym	A, B, C, D, E	Produktname gemäss FIRST (Kurzfassung).
Aktuell gültiges Tarifdatum	A	Wirkungsdatum der aktuellsten Tarifverfügung. Falls das Produkt mehrere Tarife umfasst (Produktgruppe), so ist das aktuellste Datum anzugeben und der Sachverhalt mit der Begründung der Tarifvorlage kurz zu erläutern.
Jahr	C, D	Kalenderjahr, auf das sich die Angaben der jeweiligen Zeile beziehen.
Altersklasse	D	Effektivaltersklasse. Der Bestand muss für jedes Produkt in die Altersklassen 00–18, 19–25, 26–30, 31–35, 36–40, 41–45, 46–50, 51–55, 56–60, 61–65, 66–70, 71–75, 76–80, 81+ unterteilt werden, unabhängig von den im Tarif angewandten Altersklassen.
Risikobestand	B, D, E	Anzahl der Versicherten. Das Total für ein Produkt muss der FIRST-Position 700201 – SAI ADD003 – ADT0180 entsprechen.
davon_neue_Versicherte	D	Neue Versicherte in der betroffenen Altersklasse. Als neue Versicherte gelten Versicherte, die das Produkt neu abgeschlossen haben, ohne Übertritte (aus anderen Produkten) und Bestandsübernahmen.
gebuchte_Praemien	B, C, D, E	Effektiv gebuchte Prämien. Die Summe muss je Produkt dem Konto FIRST 700201 SAI ADC3DS entsprechen.
massgebende_Praemien	B, D	Es handelt sich um das kalkulatorische Prämienvolumen auf Basis des durch die FINMA genehmigten Grundtarifs vor Berücksichtigung der vertraglich nicht garantierten Rabatte (wie z.B. Kollektivrabatte, Familienrabatte, Internet-Rabatte, Mehrpolicenrabatte). Rabatte, deren Höhe explizit in den Versicherungsbedingungen festgehalten sind, müssen hingegen in Abzug gebracht werden (z. B. Schadenfreiheitsrabatte). Abzüge für Franchise und für den Unfallausschluss gelten als Tarifmerkmale und gehören mithin zum Grundtarif.
gebuchte_Zahlungen	B, C, D, E	Zahlungen für Versicherungsfälle. Die Summe je Produkt muss dem Konto FIRST 500121 SAI ADC3DS (Brutto) und das Konto 501021 SAI ADC3DS (Aufwendungen für vertragliche Überschussbeteiligung - Brutto) entsprechen.

		Es handelt sich grundsätzlich um negative Werte.
davon_Vorjahr	D, E	Im Jahr gebuchte Zahlungen für Versicherungsfälle aus den Vorjahren.
Verwaltungsaufwendungen	B, C	Aufteilung der Verwaltungskosten je Produkt. Produktspezifische Verwaltungskostensätze können nur bei Anwendung einer revidierbaren und entsprechend dokumentierten Kostenrechnung berücksichtigt werden. Es handelt sich hier grundsätzlich um negative Werte.
TRST_Transfer		Höhe der transferierten technischen Rückstellungen je Produkt. Eine übernommene Rückstellung wird als positiver Wert erfasst, eine abgegebene Rückstellung wird als negativer Wert erfasst. Diese Position dient dazu, Veränderungen der technischen Rückstellungen zu ersehen, welche auf eine Übertragung von Versicherten zwischen Produkten zurückzuführen sind, um diese schliesslich erfolgsneutral behandeln zu können. Diese Werte müssen nur angegeben werden, soweit dieser Effekt nicht bereits auf Produktebene berücksichtigt wird.
Prämienminderungen aus gewährten Kollektivrabatten	B	Das Volumen der Kollektivrabatte stellt die Summe der Prämienermässigungen dar (im Vergleich zum genehmigten Tarif), welche aufgrund der Zugehörigkeit zu einem Kollektiv gewährt werden.

X.7 Korrespondenz mit FIRST

Position	Blatt	Konto FIRST
Akronym	A, B, C, D, E	Gesellschaft – Geschäftsbereich – Branchen. Branche auswählen. Die Produkte sind aufgelistet.
Risikobestand	B, D, E	700201 SAI ADC3DS
gebuchte_Praemien	B, C, D, E	700201
gebuchte_Zahlungen	B, C, D, E	500121 und 501021
Verwaltungsaufwendungen	B, C	550101 zu 550105 (auf Produkt aufzuteilen)
Praemienuebertrag	C	300201 Prämienüberträge
SchadenRST	C	300203 Schadenrückstellungen
SchwRSTKranken	C	Keine Korrespondenz in FIRST (Teil vom 300205 – Nur Rückstellungen gemäss Rz 18 FINMA-RS 10/3) Die Zuteilung ist in der Begründung zu erklären.
AlterungRST	C	300206 Alterungsrückstellungen
RentenRst	C	300208 Rückstellungen für Renten
SonstigeRST	C	300209 Sonstige technische Rückstellungen
UeberschussRST	C	300207 Rückstellungen für vertragliche Überschüsse
deltaPraemienuebertrag	C	700321 Veränderung der Prämienüberträge
deltaSchadenRST	B, C	500521 Veränderung der Rückstellungen für eingetretene noch nicht ausbezahlte Versicherungsfälle
deltaSchwRSTKranken	C	Keine Korrespondenz in FIRST (Teil vom 500801 – Nur Rückstellungen gemäss Rz 18 FINMA-RS 10/3) Die Zuteilung ist in der Begründung zu erklären.
deltaAlterungRST	B, C	500802 Veränderung der Alterungsrückstellungen

deltaRentenRst	C	500804	Veränderung der Rückstellungen für Renten
deltaSonstigeRST	C	500805	Veränderung der übrigen technische Rückstellungen
deltaUeberschussRST	C	500803	Veränderung der gutgeschriebenen Überschussanteile
Veränderung der Schwankungsrückstellungen	B	500802	Veränderung der Sicherheits- und Schwankungsrückstellungen

XI. Rückfragen

Allfällige Rückfragen können an tarifkranken@finma.ch oder an den Aufsichtsbeauftragten gerichtet werden.