

Guide pratique

pour la soumission de demandes d'approbation **d'adaptations tarifaires en assurance-maladie complémentaire**

Edition du 26 avril 2019

But

Le présent guide pratique est un simple instrument de travail et a pour but de faciliter la présentation de la demande portant sur les adaptations tarifaires en assurance complémentaire à l'assurance-maladie sociale, lesquelles requièrent l'approbation préalable de la FINMA en vertu de l'art. 5 al. 1 de la loi sur la surveillance des assurances (LSA ; RS 961.01). Il ne saurait fonder aucune prétention. Il précise les modalités et énonce les prescriptions relatives au contenu et à la forme des demandes. Ce guide pratique n'exclut la possibilité ni pour la FINMA d'exiger ni pour l'assureur de fournir des indications et des documents supplémentaires.

Le présent guide pratique s'adresse aux entreprises d'assurance qui disposent de l'agrément pour les branches d'assurance B2, « maladie » en assurance dommages, ou A5, « assurance-maladie » en assurance sur la vie ; il s'adresse également aux compagnies d'assurances liechtensteinoises qui offrent en Suisse des produits selon l'art. 4 al. 2 let. r LSA dans le cadre de la libre circulation des services¹.

Sont dispensées du régime d'approbation les modifications de tarifs qui portent sur les produits d'assurance collective d'indemnités journalières en cas de maladie pour entreprises, laquelle n'a pas valeur d'assurance complémentaire à l'assurance-maladie sociale au sens de l'art. 4 al. 2 let. r LSA. Pour ces produits, l'art. 123 de l'ordonnance sur la surveillance (OS ; RS 961.011) en relation avec l'art. 157 OS est applicable.

¹ Accord sur l'assurance directe et l'intermédiation en assurance entre la Confédération suisse et la Principauté de Liechtenstein (RS 0.961.514).

Les adaptations tarifaires des produits d'assurance qui ne sont pas complémentaires à l'assurance-maladie sociale (art. 4 al. 2 let. r LSA) ou qui couvrent des risques de maladie accessoires (cf. Cm 7 de la circulaire FINMA 2010/3 « Assurance-maladie selon la LCA ») sont également exclues du champ d'application.

Les conditions complémentaires d'assurance spécifiques à des produits font également partie des conditions générales d'assurance (CGA) dans le sens de l'art. 4 al. 2 let. r LSA.

I. Remise et traitement des demandes

Les demandes d'adaptation tarifaires appelées à entrer en vigueur au 1^{er} janvier de l'année suivante doivent être déposées jusqu'au 31 juillet de l'année en cours.

Pour les demandes remises de manière complète et conforme dans le cadre de l'examen annuel des révisions tarifaires, une décision formelle de la FINMA peut être attendue sous délai de deux mois. Cela ne vaut pas pour les requêtes qui seraient déposées après le 31 juillet ou qui ne respecteraient pas les prescriptions du présent guide pratique. De telles requêtes ne pourraient être traitées qu'après la clôture de l'examen régulier des révisions tarifaires.

Les formulaires d'adaptations de tarifs sont à télécharger et à remplir conformément aux indications de ce guide pratique. Pour chacun des produits dont le tarif est appelé à être modifié, les documents suivants sont à remettre :

- fichier « Formulaire Adaptations tarifaires.xls », feuilles A, B, C, D ;
- pour un tarif avec une adaptation non linéaire, la feuille E ;
- les feuilles tarifaires complètes avec les nouvelles primes (**sous forme de fichiers Excel**) ;
- les conditions générales d'assurance (CGA) ;
- en cas de modification des CGA, joindre également une version en mode correction ;
- les explications dans une annexe.

La requête dûment signée est à remettre à la FINMA de préférence par le biais de la plate-forme de transmission. Si pour des raisons techniques il n'est pas possible de la remettre par cette plate-forme, alors la demande signée doit être envoyée par courrier à l'adresse de la FINMA, Laupenstrasse 27, 3003 Berne. Les fichiers Excel de même que les annexes sont à envoyer par courrier électronique à tarifkranken@finma.ch.

La demande est à présenter dans une langue officielle suisse.

II. Emolument

En application de l'ordonnance sur les émoluments et les taxes de la FINMA (Oém-FINMA ; RS 956.122), un émolument sera perçu pour l'examen des révisions tarifaires.

III. Justification des adaptations tarifaires

Conformément à l'art. 38 LSA (maintien de la solvabilité et protection des assurés contre les abus), lequel prévoit la présentation par les entreprises d'assurance de leurs calculs de tarifs, chaque requête portant sur une adaptation tarifaire en assurance maladie complémentaire doit être étayée par des justifications économiques et techniques. Celles-ci se réfèrent aux méthodes et aux paramètres qui ont servi de base au calcul de l'évolution des primes et des sinistres de l'année en cours et de l'année suivante.

IV. Qualité des données

L'entreprise d'assurance garantit la qualité et l'exactitude des données sur lesquelles l'examen de la FINMA sera fondé. Cela inclut en particulier les données sur les produits livrés dans le cadre du rapport d'activité (FIRST). La FINMA se réserve la possibilité de retourner pour mise en conformité les demandes qui seraient incomplètes ou insuffisamment claires.

V. Eléments soumis à approbation

Les adaptations de tarifs de même que celles des conditions générales d'assurance sont à soumettre à la FINMA pour approbation (art. 5 al. 1 en relation avec l'art. 4 al. 2 let. r LSA). Les modifications des franchises, des systèmes de rabais et d'autres éléments ayant une incidence sur le niveau des primes sont également à soumettre pour approbation. Un système de rabais est soumis à approbation lorsqu'il induit une réduction des encaissements de primes ou une hausse des frais de gestion (cf. Cm 35 de la Circ.-FINMA 10/3).

VI. Critères de référence pour l'examen – Résultats techniques

La Circ.-FINMA 10/3 précise la pratique de la FINMA en matière d'approbation des tarifs et décrit la fourchette légalement admissible pour le résultat technique d'un produit. Cela permet en particulier de concrétiser la notion d'abus en assurance-maladie complémentaire.

Le résultat technique admissible est déterminé à partir de l'indemnisation conforme au marché (cf. Cm 8 de la Circ.-FINMA 10/3). Actuellement, le résultat technique s'élève sur le marché en moyenne à 5 % environ des recettes de primes.

Dans le cadre de la concrétisation de la notion d'abus, il faut partir du principe qu'est abusif un résultat technique plus de deux fois supérieur à la moyenne du marché.

En conséquence, le résultat technique attendu ne doit pas excéder 10 % des recettes de primes. Autrement dit, le rapport des charges de sinistres et d'administration aux recettes de primes du produit doit être supérieur à 90 %.

Si les taux de charges observés sont inférieurs à 90 %, les augmentations de primes sont refusées. Sont également refusées les augmentations qui induisent un taux de charges inférieur à 90 %.

Une demande de baisse de tarif doit être adressée à la FINMA lorsque le taux de charges du produit concerné s'élève selon le mode de calcul susmentionné à 85 % ou moins en moyenne sur les trois dernières années.

Par ailleurs, la FINMA examine la présence d'une inégalité de traitement actuarielle non justifiable en s'appuyant sur les indications fournies par classe d'âge et de risque (se reporter à l'art. 117 OS et au Cm 30 Circ.-Finma 10/3).

L'examen du résultat technique tient compte de limites de matérialité.

VII. Détermination des résultats techniques spécifiques par produit

Le calcul du résultat technique prend en compte les variations des différentes catégories de provisions techniques. Aussi ces variations sont à indiquer dans la feuille B.

L'utilisation de taux de frais d'administration spécifiques par produit requiert une justification complémentaire reposant sur l'application d'une comptabilité analytique dûment documentée, révisable et stable sur plusieurs années.

Pour qu'une éventuelle répartition par produit des frais d'administration soit prise en compte lors de l'examen des tarifs, il faut que la documentation correspondante (en particulier une attestation de l'organe de révision) soit transmise à la FINMA avant fin mai.

Lors de la détermination du résultat technique, si le résultat attendu est présenté de manière biaisée, la FINMA peut procéder à des corrections. Ceci concerne en particulier des frais d'acquisition et d'administration inhabituels ou des variations inadéquates des provisions techniques.

VIII. Portefeuilles fermés et petits

Selon la circulaire FINMA 2008/25 « Obligation de renseigner – assureurs » Cm 4, la constitution d'un portefeuille fermé en assurance-maladie complémentaire doit être annoncée à la FINMA. L'art. 156 OS est applicable à un portefeuille fermé.

Les adaptations qui concernent des portefeuilles petits et/ou fermés se déterminent sur la base d'une statistique propre à mesurer le renchérissement exogène de manière fiable (cf. Cm. 38 de la Circ. FINMA 10/3). Un résultat technique qui repose uniquement sur un portefeuille petit ou fermé ne constitue pas une base suffisante pour une adaptation de tarif. La statistique des sinistres se rapporte en principe à un cercle d'assurés large et ouvert. La demande se prononce sur les provisions techniques et sur leur utilisation potentielle.

Des exceptions sont toutefois constituées par les portefeuilles fermés pour lesquels un droit de passage vers un portefeuille au moins équivalent et ouvert est garanti (cf. Cm 38 de la Circ.-FINMA 10/3).

Si cette façon de faire devait entraîner une lacune dans le financement, le montant de celle-ci est à indiquer pour le produit concerné de même que la manière dont elle sera couverte.

IX. Points à vérifier avant la remise de la demande d'approbation tarifaire

- L'adaptation tarifaire respecte les éventuelles restrictions à l'évolution des primes inscrites dans les conditions d'assurances ou dans d'autres documents contractuels (par exemple définition des classes d'âge, restriction de la progression de la prime en fonction de l'âge, garantie de rabais).
- Les provisions techniques reportées par produit ainsi que leurs variations respectent les modalités décrites dans le plan d'exploitation.
- L'adaptation tarifaire n'induit pas d'incohérences tarifaires (par exemple primes plus élevées pour des prestations moins étendues).

X. Formulaire de saisie

En ce qui concerne le formulaire d'adaptations de tarifs « Formulaire Adaptations tarifaires.xlsx », on tiendra compte des points suivants :

- Le « Formulaire Adaptations tarifaires.xlsx » peut être téléchargé dans la langue souhaitée depuis le site internet de la FINMA.
- Les demandes d'adaptations de tarifs doivent être justifiées dans une annexe séparée.
- La structure des tableaux Excel fournis (ne pas insérer ni supprimer des colonnes/lignes ; ne pas modifier le libellé des onglets A, C, D) ne doit pas être modifiée.
- Le « Formulaire Adaptations tarifaires.xlsx » n'est pas protégé en écriture, de brèves remarques peuvent être saisies ou des données complémentaires indiquées dans les lignes vierges. Des onglets peuvent être ajoutés pour fournir des analyses ou des informations spécifiques.
- Pour toutes les positions indiquées dans le formulaire, toute différence par rapport aux montants indiqués dans FIRST doit être justifiée.

X.1 Feuille « A overview »

Les données générales telles que dénominations des produits et personne de contact sont saisies dans cet onglet.

Une ligne séparée doit être remplie pour chaque produit appelé à subir une adaptation tarifaire. L'acronyme correspond au nom indiqué dans FIRST alors que les dénominations des produits correspondent aux noms indiqués

dans les conditions d'assurances et sur les polices. La dénomination du produit est à mentionner dans les trois langues officielles (en vue de la publication de la décision d'approbation dans la Feuille fédérale).

Si un produit indiqué dans FIRST regroupe plusieurs produits différents, il est nécessaire de saisir une ligne pour chacun des produits.

X.2 Feuille « B product information »

La feuille Excel de base « B product information » est copiée pour chaque produit pour lequel une adaptation tarifaire est soumise. Chaque nouvelle feuille Excel est renommée avec l'abréviation correspondante (par ex. « B Division privée »).

X.2.1 « Informations sur le nouveau tarif »

Pour les assurances individuelles d'une indemnité journalière en cas de maladie, l'adaptation minimale ou maximale de la prime mensuelle applicable pour une indemnité journalière assurée de 10 CHF est indiquée.

X.2.2 « Volumes de rabais par rabais »

La différence entre les primes déterminantes et les primes facturées doit être indiquée ici. Comme les rabais peuvent être octroyés cumulativement, le formulaire comprend un mécanisme d'agrégation.

X.2.3 « Résultat technique »

- Modification des provisions techniques : Une constitution de provisions est indiquée comme perte (montant négatif), une dissolution de provisions comme revenu (montant positif).
- Résultat de réassurance : Une perte résultant du contrat de réassurance doit être saisie sous la forme d'un montant négatif (les prestations du réassureur sont inférieures aux primes de réassurance) ; un bénéfice résultant du contrat de réassurance doit être saisi sous la forme d'un montant positif (les prestations du réassureur sont supérieures aux primes de réassurance).
- Dans la colonne « H », les chiffres semestriels sont saisis à la date de référence du 30 juin. L'utilisation d'une autre date de référence doit être indiquée dans la cellule H6.

X.3 Feuille « C product data »

Pour chaque produit concerné par une adaptation tarifaire, trois lignes doivent être insérées sur la feuille « C product data ». Les données de l'exercice précédent (chiffres définitifs), celles de l'exercice en cours (estimation sur la base des données actuelles) et celles portant sur l'année de l'adaptation (meilleure estimation) y sont ensuite saisies.

Les dépenses d'excédents par produit (compte FIRST 501021) sont indiquées en sus des paiements pour sinistres directs sous la position « paiements comptabilisés ».

X.3.1 Position « FluctProvMaladie »

Sous cette position, les « provisions pour risques de fluctuation des produits » sont indiquées pour chacun des produits considérés conformément au Cm 18 de la Circ.-FINMA 10/3, mais pas les provisions pour autres risques liés à l'exploitation de l'assurance selon le Cm 19 de cette même circulaire. Cette présentation diffère des rapports dans FIRST où ces deux types de provisions sont indiqués de manière agrégée. Afin de comprendre les différences entre FIRST et les chiffres indiqués dans le formulaire Excel, veuillez les expliquer et préciser les modalités de calcul sous-jacentes.

X.4 Feuille « D data by age group »

A l'onglet « D data by age group », les résultats sont indiqués par classe d'âge pour chaque produit concerné par une adaptation tarifaire. Les données de l'exercice précédent (chiffres définitifs), celles de l'exercice en cours (estimation sur la base des données actuelles) et celles portant sur l'année de l'adaptation (meilleure estimation) sont saisies.

Les classes d'âge prédéfinies correspondent à l'âge réel et ne doivent pas être modifiées. Les classes d'âge peuvent ainsi diverger de celles qui sont indiquées dans le tarif ou les CGA. Concernant les tarifs selon l'âge d'entrée, les données doivent également être fournies selon les classes d'âge réel prédéfinies.

Pour les classes d'âge sans effectif, les lignes restent vides ou sont complétées de zéros (ne pas supprimer les lignes).

Il faut s'assurer que la définition, la délimitation et la désignation concordent avec les données correspondantes indiquées dans FIRST. Par ailleurs, il faut s'assurer de leur concordance avec les données récoltées pour le 31 mai 2019.

X.5 Feuille « E data non linear adaption »

Insérer un onglet propre « E data non linear adaption » pour chaque produit pour lequel une demande d'adaptation non linéaire des tarifs est soumise ; il est complété conformément aux instructions. Chacun de ces onglets doit être renommé d'après l'abréviation respective du produit (par ex. « E Division privée »). Les données des deux exercices précédents (chiffres définitifs), celles de l'exercice en cours (estimation sur la base des données actuelles) et celles portant sur l'année de l'adaptation (meilleure estimation) y sont saisies. La concordance de chacun des totaux avec les valeurs correspondantes de l'onglet « C product data » doit être vérifiée.

Si l'adaptation est non linéaire selon plusieurs caractéristiques tarifaires, une nouvelle ligne doit être complétée pour chaque combinaison des caractéristiques tarifaires concernées.

X.6 Explications des principales notions et positions

Intitulé de la colonne	Onglets	Explication
Produit_id	A, B, C, D, E	Cette information ne doit pas encore être fournie pour l'exercice 2019, c'est-à-dire pour les adaptations tarifaires en 2020. Il s'agit de la future Produit-Id dans EHP. Cette colonne doit rester vide pour l'exercice 2019.
Acronyme	A, B, C, D, E	Nom du produit selon FIRST (version abrégée).
Date du tarif actuellement en vigueur	A	Date d'entrée en vigueur de la décision la plus récente portant sur le tarif. Si le produit comprend plusieurs tarifs (groupe de produits), la date la plus récente est indiquée et les faits doivent être expliqués brièvement dans la partie justificative de la demande.
Année	C, D	Année calendaire à laquelle se rapportent les données de la ligne considérée.
Classe d'âge	D	Classe d'âge réel. L'effectif de chaque produit doit être réparti entre les classes d'âge 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+, indépendamment des classes d'âge utilisées dans le tarif.
Effectif des risques	B, D, E	Nombre d'assurés. Pour chaque produit, le total doit correspondre à la position FIRST 700201 – SAI ADD003 – ADT0180.
dont_nouveaux_assurés	D	Nouveaux assurés dans la classe d'âge concernée. Sont considérés comme de nouveaux assurés les assurés qui viennent de souscrire le produit, sans passage (depuis d'autres produits), ni reprise de portefeuilles.
primes-comptabilisées	B, C, D, E	Primes effectivement comptabilisées. Pour chaque produit, la somme doit correspondre au compte FIRST 700201 SAI ADC3DS.
Primes_déterminantes	B, D	Il s'agit du volume de primes dues sur la base du tarif de base approuvé par la FINMA avant prise en compte des rabais non garantis contractuellement (par ex. rabais collectifs, rabais de famille, rabais Internet, rabais pluripolice). En revanche, il faut porter en déduction

		les rabais dont les montants sont explicitement précisés dans les conditions d'assurance (par ex. rabais pour absence de sinistre). Les déductions pour franchise et l'exclusion des accidents sont considérées comme des caractéristiques tarifaires et relèvent donc du tarif de base.
paiements_comptabilisés	B, C, D, E	Paiements pour cas d'assurance. La somme par produit doit correspondre au compte FIRST 500121 SAI ADC3DS (brut) et au compte 501021 SAI ADC3DS (dépenses pour participation contractuelle aux excédents - brut). Il s'agit en principe de valeurs négatives.
dont_année_précédente	D, E	Paiements comptabilisés pendant l'exercice pour des cas d'assurance des années précédentes.
Frais d'administration	B, C	Répartition des frais d'administration par produit. Concernant les frais d'administration, des taux spécifiques par produit ne peuvent être pris en compte qu'en cas d'application d'une comptabilité analytique dûment documentée et révisable. Il s'agit essentiellement de valeurs négatives.
TRST_Transfert		Montant des provisions techniques transférées par produit. Une provision reprise est saisie sous la forme d'une valeur positive, une provision cédée sous la forme d'une valeur négative. Cette position permet de voir les variations des provisions techniques qui résultent d'un transfert d'assurés entre produits, afin de pouvoir traiter ces variations sans qu'elles n'exercent d'effet sur le résultat. N'indiquer ces valeurs que si leur effet n'est pas déjà pris en compte au niveau des produits.
Réductions des primes du fait des rabais collectifs octroyés	B	Le volume des rabais collectifs représente la somme des réductions de primes (par rapport au tarif approuvé) qui ont été octroyées du fait de l'appartenance à un collectif.

X.7 Correspondance avec FIRST

Position	Feuille	Compte FIRST
Acronyme	A, B, C, D, E	Société – Domaine d'activité – Branches. Sélectionner la branche. Les produits sont énumérés.
Effectif des risques	B, D, E	700201 SAI ADC3DS
primes-comptabilisées	B, C, D, E	700201
paiements_comptabilisés	B, C, D, E	500121 et 501021
Frais d'administration	B, C	550101 à 550105 (à répartir sur les produits)
Report de primes	C	300201 Reports de primes
PROVSinistres	C	300203 Provisions pour sinistres
FluctProvMaladie	C	Pas de correspondance dans FIRST (pan de 300205 – uniquement provisions selon Cm 18 de la Circ.-FINMA 10/3). La répartition doit être expliquée dans la justification.
PROVViellissement	C	300206 Provisions de vieillissement
PROVRentes	C	300208 Provisions pour rentes
AutresPROV	C	300209 Autres provisions techniques

PROVExcédent	C	300207	Provisions pour excédents contractuels
deltaReport_de_primes	C	700321	Variation des reports de primes
deltaPROVSinistres	B, C	500521	Variation des provisions pour cas d'assurance survenus mais non encore indemnisés
deltaFluctProvMaladie	C		Pas de correspondance dans FIRST (pan de 500801 – uniquement les provisions selon le Cm 18 de la Circ.-FINMA 10/3). La répartition doit être expliquée dans la partie justificative.
deltaPROVViellissement	B, C	500802	Variation des provisions de vieillissement
deltaPROVRentes	C	500804	Variation des provisions pour rentes
deltaAutresPROV	C	500805	Variation des autres provisions techniques
deltaPROVExcédent	C	500803	Variation des parts d'excédents créditées
Variation des provisions pour fluctuation	B	500802	Variation des provisions de sécurité et pour fluctuations

XI. Renseignements

Veillez adresser les demandes de renseignements complémentaires à tarifkranken@finma.ch ou au chargé de surveillance attaché à votre entreprise d'assurance.