

WEGLEITUNG

für Gesuche betreffend

die **Einreichung** von Tarifierpassungsvorlagen in der Krankenzusatzversicherung

Ausgabe vom 1. Juni 2010

Gegenstand der Wegleitung

Gegenstand der vorliegenden Wegleitung bilden die Tarifierpassungen in der Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung, welche gemäss Art. 5 Abs. 1 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG; SR 961.01) der vorgängigen Genehmigung durch die FINMA bedürfen. Einerseits werden hier die Modalitäten zum Inhalt der Gesuche und andererseits die Vorgabe der Einreichungsform aufgeführt.

Ausgenommen von der Genehmigungspflicht sind einerseits Tarifierpassungen bezüglich Produkte in der kollektiven Krankentaggeldversicherung für Unternehmen, welche nicht als Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung gemäss Art. 4 Abs. 2 Bst. r VAG gilt, wie auch Tarifieränderungen bezüglich Zusatzversicherungen, welche akzessorische Krankheitsrisiken abdecken (vgl. Rz 7 FINMA-RS 2010/3 "Krankenversicherung nach VVG").

Geltungsbereich

Diese Wegleitung wendet sich an die Versicherer mit einer Betriebsbewilligung für die Versicherungszweige B2 „Krankheit in der Schadenversicherung“ oder A5 „Krankenversicherung in der Lebensversicherung“.

I. Einreichung der Gesuche

Als Einreichfrist für Gesuche von Tarifierpassungen, welche per 01. Januar des Folgejahres vorgenommen werden sollen, gilt der 31. Juli des laufenden Jahres. Die angehängten 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,
- Für einen Tarif mit einer nicht linearen Anpassung, Blatt D,
- Die Tarifblätter mit den neuen Prämien,
- Allenfalls erläuternde Beilagen, wenn sie im auf dem Blatt B vorgegebenen Textfeld nicht angegeben werden können.

Die Excel-Tabellen, und wenn möglich die Beilagen, sind per Mail an die Adresse tarifkranken@finma.ch einzusenden. Mit Ausnahme der Excel-Tabellen, welche auf eine Diskette, eine CD oder einen USB-Stick kopiert werden können, müssen alle Unterlagen auch in Papierform an die Adresse **FINMA, Einsteinstrasse 2, 3003 Bern** zugestellt werden.

Für ausserordentliche Anpassungen im Sinne von Rz 40 ff. des FINMA-RS 10/3 sind zusätzliche Angaben erforderlich (vgl. Abschnitt Änderung der Tarifstruktur).

II. Gebühr

In Anwendung der FINMA-Gebühren- und Abgabenverordnung (FINMA-GebV, SR 956.122) wird eine Gebühr für die Prüfung der Tarifrevisionen erhoben. Die im Anhang zur Verordnung aufgeführten Rahmentarife sehen für Verfügungen über die Genehmigung von Tarifen und Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Art. 4 Abs. 2 Bst. r VAG) eine Gebühr zwischen tausend und zehntausend Schweizer Franken vor (Punkt 3.3 des Anhangs).

III. Begründung für Tarifierpassungen

Jede beantragte Tarifänderung für Krankenzusatzversicherungen ist im Sinne von Art. 38 VAG (Solvenzschutz des Versicherungsunternehmens sowie Schutz der Versicherten vor Missbrauch) 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.

Grundsätzlich gelten diejenigen Änderungen der Prämien als Tarifierpassungen, welche die Entwicklung der externen, vom Versicherungsunternehmen nicht beeinflussbaren Faktoren widerspiegeln (vgl. Rz 38 des FINMA-RS 10/3). Ausschläge mit Zufallscharakter eignen sich nicht als Grundlage für die Kalkulation eines neuen Tarifs; diese sind vielmehr im Sinne von Rz 9 des FINMA-RS 10/3 über eine längere Zeitperiode auszugleichen.

IV. Datenqualität

Der Versicherer garantiert für die Qualität und Korrektheit der Daten, auf denen die Prüfung der FINMA beruht. Dies gilt insbesondere für die im Rahmen des Aufsichtsberichts (FIRST) eingereichten Produktdaten. Die FINMA behält sich vor, ungenügende oder unvollständige Gesuche zur Nachbearbeitung zurück zu weisen.

Vertragliche Leistungen, welche keinen bezifferbaren Einfluss auf das versicherte Risiko haben (vgl. Rz 6 FINMA-RS 10/3), sowie die Prämienermässigungen, die nicht als Rabatte gemäss Rz 35 ff. des FINMA-RS 10/3 gelten, dürfen in den technischen Ergebnissen nicht berücksichtigt werden.

V. Bewilligungspflichtige Elemente

Tarifanpassungen müssen zur Genehmigung unterbreitet werden (Art. 5 VAG). Änderungen der Selbstbehalte, Rabattsysteme und anderer prämierelevanter Merkmale, Änderungen des Geschäftsplans sowie der Versicherungsbedingungen müssen ebenfalls zur Genehmigung vorgelegt werden. Ein genehmigungspflichtiges Rabattsystem liegt vor, wenn daraus verminderte Prämieinnahmen oder erhöhte Verwaltungskosten resultieren (vgl. Rz 35 FINMA-RS 10/3).

Es ist dem Versicherer nicht erlaubt, Versicherungsverträge mit neuen Prämien abzuschliessen, bevor er im Besitz der durch die FINMA ausgesprochene Tarifgenehmigung ist. Den Versicherungsnehmern muss die Prämie gemäss dem genehmigten Tarif inkl. Rabatte in Rechnung gestellt werden.

Werbemassnahmen für noch nicht genehmigte Tarife sowie noch nicht genehmigte Rabatte müssen mit einem für den Konsumenten klaren und sichtbaren Vorbehalt der Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde versehen werden (vgl. Rz 57 FINMA-RS 10/3).

VI. Geschlossene und kleine Bestände

Bei kleinen und/oder geschlossenen Beständen werden nur Anpassungen genehmigt, die sich nach einer für die Bemessung der Teuerung aussagekräftigen Statistik ausrichten. Ein technisches Ergebnis, das nur auf einem kleinen oder geschlossenen Bestand beruht, bildet keine ausreichende Grundlage für eine Tarifanpassung. Die Schadenstatistik muss sich auf einen breiteren, offenen Versichertenkreis stützen. Die Vorlage muss sich zu den versicherungstechnischen Rückstellungen und deren potentieller Verwendung äussern.

Eine Ausnahme bilden geschlossene Bestände, bei denen ein Übertrittsrecht in zumindest gleichwertige offene Bestände besteht (vgl. Rz 38 FINMA-RS 10/3), oder wenn eine Gefährdung der Solvenz des Gesamtbestandes ausgelöst werden kann.

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

In der obligatorischen Krankenpflegeversicherung wird ein Bestand als klein beurteilt, sobald er weniger als 300 Versicherte zählt. Diese Zahl wird als Richtgrösse für die Beurteilung der Verlässlichkeit der statistischen Daten betrachtet.

VII. Neuere Produkte und Produkte mit un stetiger Bestandesentwicklung

Bei neu lancierten Produkten bzw. bei Produkten mit hoher Volatilität bezüglich der Versichertenanzahl genügt eine allein durch die Schadenerfahrung begründete Prämienanpassung grundsätzlich nicht. Bei Produkten, welche seit weniger als drei vollen Geschäftsjahren auf dem Markt sind oder die in den letzten Jahren einschneidende Veränderungen erfahren haben (Stilllegung des Produkts, Portefeuille-Übertragung, ...), wird eine Begründung aufgrund externer Einflüsse, wie z. B. der Teuerung bei den Leistungserbringern, verlangt.

Machen bereits erste Erkenntnisse nach der Einführung des Produktes oder nach der Änderung im Bestand eine grundsätzliche Änderung der Tarifstruktur nötig, ist gemäss nachstehendem Abschnitt vorzugehen.

VIII. Änderung der Tarifstruktur

Als ausserordentliche Anpassungen im Sinne von Rz 40 des FINMA-RS 10/3 gelten Prämienänderungen, welche aufgrund erheblicher Abweichungen von den angewendeten technischen Grundlagen zu einer Neugestaltung der Tarifstruktur führen, sei es durch eine wesentliche Umgestaltung der Umverteilungen, durch eine Neugestaltung der Tarifklassen oder durch die Einführung neuer Tarifmerkmale. Derartige Anpassungen bedürfen einer schlüssigen und fundierten Begründung. Einzureichen sind namentlich jene Angaben gemäss Rz 63 ff. des FINMA-RS 10/3, welche für das Gesuch Relevanz haben.

Insbesondere muss dargelegt werden, in welchem Umfang die Umverteilungen verändert werden. Gegebenenfalls muss aufgezeigt werden, wie das Finanzierungsmodell und die technischen Rückstellungen dadurch tangiert werden. Ferner ist anhand eines geeigneten Szenarios aufzuzeigen, welche Auswirkungen von der beabsichtigten Änderung der Tarifstruktur auf die mittel- bis langfristige Beständigkeit des Produktes erwartet werden.

Da die Prüfung solcher Eingaben umfangreich ist, wird eine möglichst frühe Einreichung der entsprechenden Gesuche empfohlen.

IX. Erfassungsformular

Zu einer Tarifierungsantragstellung gehört das angehängte Formular, welches gemäss folgenden Erläuterungen auszufüllen ist.

1. Blatt "A Allgemein"

Auf diesem Blatt sind die allgemeinen Angaben wie die Produktbezeichnung, die Gesellschaftsnummer sowie die Kontaktperson zu erfassen.

Der Kurzname und die interne Registratur der Gesellschaft müssen mit den Angaben in FIRST übereinstimmen. Die in den Blättern eingebauten Kommentare präzisieren, wo diese Informationen in FIRST vorgefunden werden können.

Für jedes Produkt mit beantragter Tarifierung ist eine Zeile einzufügen. Der Kurzname entspricht dem in FIRST angegebenen Namen, die Produktbezeichnung dem in den Versicherungsbedingungen erscheinenden Namen. Die Produktbezeichnung ist in allen drei Amtssprachen anzugeben (zwecks Veröffentlichung der Genehmigungsverfügung im Bundesblatt).

2. Blatt « B Produktbeschreibung »

Für jedes Produkt mit beantragter Tarifierung ist jeweils eine Kopie des Excel-Basisblattes „B Produktbeschreibung“ zu erstellen. Jedes neue Excel-Blatt ist mit dem jeweiligen Kurznamen zu versehen (B Produktbeschreibung NAMEPRODUKT). In der Spalte C sind zudem die benötigten Informationen einzutragen.

3. Blatt « C Daten pro Produkt »

Pro Produkt mit beantragter Tarifierung ist im Excel-Formblatt "C Daten pro Produkt" eine Zeile einzufügen. Darin sind folgende Angaben einzutragen: Risikobestand, verdiente Bruttoprämien, Schadenzahlungen (Zahlungsjahr), gesamte technische Rückstellungen und Verwaltungskosten. Sowohl für das laufende Jahr wie auch für das Folgejahr sind Schätzwerte anzugeben. Die Definition, die Abgrenzung und die Bezeichnung eines Produktes müssen mit denjenigen in FIRST übereinstimmen.

4. Blatt « D Daten pro Risikoklasse »

Ausschliesslich für jene Produkte, für welche eine nicht lineare Anpassung vorgelegt wird

Hier ist jeweils eine Kopie des Excel-Basisblattes "D Daten pro Risikoklasse" zu erstellen. Jedes neue Excel-Blatt ist mit „D NAMEPRODUKT“ zu versehen. Für jede Risikoklasse ist eine neue Zeile einzufügen, die durch die nichtlineare Anpassung betroffen ist (z.B. Geschlecht und Altersklassen).

Pro Risikoklasse sind folgende Angaben einzutragen: minimale Anpassung der Monatsprämie in CHF, maximale Anpassung der Monatsprämie in CHF, Anpassung in %, Risikobestand, verdiente Bruttoprämien und Schadenzahlungen (Zahlungsjahr). Für das nächste und das laufende Jahr sind Schätzwerte anzugeben. Die Konkordanz der Daten (Totale) ist mit dem Excel-Blatt " C Daten pro Produkt " sicherzustellen.

Für Anpassungen, welche pro Region linear ausfallen, jedoch unterschiedliche Anpassungssätze aufweisen, ist für jeden der Anpassungssätze eine entsprechende Zeile auszufüllen.

X. Auskünfte

Allfällige Anfragen richten Sie an: tarifkranken@finma.ch