

GUIDE PRATIQUE

pour des requêtes concernant

la **soumission** d'adaptations tarifaires en assurance-maladie complémentaire

Edition du 1^{er} juin 2010

Objet du guide pratique

Le présent guide pratique a pour objet les adaptations tarifaires en assurance complémentaire à l'assurance-maladie, lesquelles requièrent en vertu de l'art. 5 al. 1 de la loi sur la surveillance des assurances (LSA; RS 961.01) l'approbation préalable de la FINMA. Il précise les modalités et énonce les prescriptions relatives au contenu et à la forme des demandes.

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 de même que les adaptations tarifaires concernant des assurances complémentaires qui couvrent des risques de maladie accessoires (cf. Cm 7 de la circulaire FINMA 2010/3 « Assurance-maladie selon la LCA »).

Champ d'application

Il s'adresse aux assureurs qui disposent de l'agrément pour les branches B2, « maladie » en assurance dommages, ou A5, « assurance-maladie » en assurance sur la vie.

I. Remise des demandes

Les demandes d'adaptation tarifaires appelées à entrer en vigueur au premier janvier de l'année suivante sont à déposer jusqu'au 31 juillet de l'année en cours. Les formulaires d'adaptations de tarifs sont à télécharger à partir du site internet de la FINMA 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,
- pour un tarif avec une adaptation non linéaire, la feuille D,
- les feuilles de tarifs avec les nouvelles primes,
- éventuellement annexes explicatives si elles ne peuvent pas figurer dans la feuille B.

Les fichiers Excel, et dans la mesure du possible les annexes, doivent être retournés par courrier électronique à l'adresse tarifkranken@finma.ch. A l'exception des fichiers Excel, qui peuvent être copiés sur disquette, CD ou clé USB, l'ensemble des documents doivent être envoyés sous forme imprimée à l'adresse **FINMA, Einsteinstrasse 2, 3003 Berne**.

Pour des adaptations extraordinaires au sens des Cm 40 ss. de la Circ.-FINMA 10/3, des informations supplémentaires sont nécessaires (cf. paragraphe modification de la structure tarifaire).

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. Les tarifs-cadres mentionnés dans l'annexe à l'ordonnance prévoient pour les décisions concernant l'approbation des tarifs et conditions générales un émolument compris entre mille et dix mille francs suisses (point 3.3 de l'annexe).

III. Justification des adaptations tarifaires

Pour chacune des modifications de tarifs en assurance maladie complémentaire, les justifications spécifiques sont à apporter dans le sens de l'art. 38 LSA (maintien de la solvabilité et protection des assurés contre les abus). Elles doivent se référer 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.

Par principe, ont valeur d'adaptations tarifaires les modifications de primes qui résultent de l'évolution des facteurs extérieurs sur lesquels l'entreprise d'assurance n'a pas d'influence (cf. Cm 38 Circ.-FINMA 10/3). Les écarts à caractère aléatoire ne sont pas adéquats pour servir de base à l'établissement d'un nouveau tarif ; ils doivent plutôt, dans le sens du Cm 9 de la Circ.-FINMA 10/3, être compensés dans le temps.

IV. Qualité des données

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

Les engagements contractuels sans influence quantifiable sur le risque assuré (cf. Cm 6 Circ.-FINMA 10/3) de même que les réductions de primes qui n'ont pas valeur de rabais au sens des Cm 35 ss. de la Circ.-FINMA 10/3 ne peuvent être pris en compte dans les résultats techniques.

V. Eléments soumis à approbation

Les adaptations de tarifs doivent être soumises pour approbation (art. 5 LSA). Les modifications des franchises, des systèmes de rabais et d'autres éléments ayant une incidence sur le niveau des primes, les modifications du plan d'exploitation ainsi que celles des conditions d'assurance doivent également être soumises 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 Circ.-FINMA 10/3).

Il n'est pas permis à l'assureur de conclure des contrats d'assurance avec les nouvelles primes avant d'être en possession de l'approbation du tarif par la FINMA. La prime offerte à l'assuré ainsi qu'un éventuel rabais doivent reposer sur le tarif approuvé.

Les mesures publicitaires pour des tarifs et des rabais qui n'ont pas encore été approuvés doivent être accompagnées d'une réserve de l'approbation par l'autorité de surveillance qui soit claire et visible pour le consommateur (cf. Cm 57 Circ.-FINMA 10/3).

VI. Portefeuilles fermés et petits

Pour les portefeuilles petits et/ou fermés, seules sont approuvées les adaptations qui reposent sur une statistique fiable pour mesurer le renchérissement. 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 doit en principe se rapporter à un cercle d'assurés large et ouvert. La demande doit se prononcer 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 Circ.-FINMA 10/3) ou lorsque la solvabilité du portefeuille global est menacée.

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

Dans l'assurance-maladie obligatoire des soins, un portefeuille est réputé petit dès lors qu'il comprend moins de 300 assurés. Ce nombre constitue une valeur indicative pour apprécier la fiabilité des données statistiques.

VII. Portefeuilles récents ou qui ont subi un développement irrégulier

Pour les produits qui viennent d'être introduits sur le marché ou qui ont subi de fortes modifications dans les effectifs, il n'est pas suffisant de justifier une adaptation des primes uniquement par les statistiques de sinistres. Pour les adaptations tarifaires qui touchent des produits qui ont moins de trois années complètes d'exploitation ou qui ont subi des changements déterminants au cours des dernières années (fermeture du produit, transfert de portefeuille,...), il doit être montré que les adaptations de primes sont rendues nécessaires par des facteurs d'influence extérieurs, comme par exemple le renchérissement chez les fournisseurs de prestations.

S'il se révèle nécessaire, au vu des premières expériences après le lancement du produit ou après un changement notable dans l'effectif, de procéder à une modification importante de la structure tarifaire, alors les dispositions du paragraphe suivant sont à observer.

VIII. Modification de la structure tarifaire

Les modifications de primes qui, en raison d'une divergence importante par rapport aux bases techniques appliquées, conduisent à une refonte de la structure tarifaire, notamment par le biais d'une redistribution des composantes de répartition, d'un remodelage des classes tarifaires ou de l'introduction d'une nouvelle caractéristique tarifaire, ont valeur d'adaptations extraordinaires au sens du Cm 40 de la Circ.-FINMA 10/3. De telles adaptations doivent être motivées de manière circonstanciée. A ce titre, les indications selon les Cm 63 ss. de la Circ.-FINMA 10/3 qui sont pertinentes pour la demande doivent être produites.

Il doit en particulier être précisé dans quelle mesure les composantes de répartition sont modifiées et, cas échéant, quelles conséquences il en résulte au niveau du système de financement et des provisions techniques. De plus, il est à montrer à l'aide d'un scénario adéquat quelle est l'influence attendue de la modification de structure tarifaire sur la stabilité du produit à moyen ou long terme.

L'examen de tels projets tarifaires est sensiblement plus substantiel. Il est recommandé de faire parvenir les demandes suffisamment tôt.

IX. Formulaire de saisie

Le formulaire annexé doit être remis avec les demandes d'adaptations tarifaires. Il est à remplir selon les indications suivantes.

1. Feuille « A Général »

Les données générales telles que dénominations des produits, numéro de la société et personne de contact doivent être saisies sur cette feuille.

Le nom court et l'enregistrement interne de la société doivent correspondre aux données indiquées dans FIRST. Les commentaires insérés dans les feuilles précisent où trouver ces informations dans FIRST.

Une ligne est à introduire pour chaque produit appelé à subir une adaptation tarifaire. L'abréviation correspond au nom indiqué dans FIRST alors que la dénomination du produit correspond au nom indiqué dans les conditions d'assurances. La dénomination du produit est à mentionner dans les trois langues officielles (en vue de la publication dans la feuille fédérale de la décision d'approbation).

2. Feuille « B Résumé par produit »

La feuille de base « B Résumé par produit » est à copier autant de fois que le nombre de produits pour lesquels une adaptation tarifaire est soumise. Chaque feuille est alors à nommer sous la forme « B Résumé NOMPRODUIT ». Les informations demandées sont à fournir dans la colonne C.

3. Feuille « C Données par produit »

Sur la feuille « C Données par produit », une ligne est à introduire pour chaque produit concerné par une adaptation tarifaire. Les informations suivantes sont à fournir par produit : effectif des risques, primes brutes acquises, montants payés pour sinistres (année de paiement), provisions techniques totales et frais d'administration. Les valeurs pour l'exercice suivant et l'exercice en cours sont des valeurs estimées. Il doit être vérifié que la définition, la délimitation et la dénomination d'un produit sont les mêmes que dans FIRST.

4. Feuille « D Données par classe de risque »

Uniquement pour les produits pour lesquels est soumise une adaptation non linéaire

La feuille de base « D Données par classe de risques » est à copier autant de fois que le nombre de produits pour lesquels une adaptation non linéaire est soumise. Chaque feuille est à nommer sous la forme « D NOMPRODUIT ». Une nouvelle ligne est à introduire pour chaque classe de risques concernée par l'adaptation non linéaire (p. ex. sexe et classe d'âges).

Les informations suivantes sont à fournir par classe de risques: adaptation en CHF minimale du tarif mensuel, adaptation en CHF maximale du tarif mensuel, adaptation en pour cent, effectif des risques, primes brutes acquises et montants payés pour sinistres (année de paiement). Les valeurs pour l'exercice suivant et l'exercice en cours sont des valeurs estimées. Il est à vérifier que les totaux correspondent aux indications saisies dans la feuille « C Données par produit ».

Pour les adaptations qui sont linéaires par région, avec toutefois des taux d'adaptation différents selon les régions, une ligne est à remplir pour chacun des taux d'adaptation.

X. Renseignements

Veillez adresser vos éventuelles questions à tarifkranken@finma.ch.