

Guide pratique

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

Edition du 6 avril 2023

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 et les nouveaux produits 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 devoir 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.

Les premiers chapitres du guide sont consacrés aux adaptations tarifaires tandis que le chapitre XI énumère les informations qui doivent être fournies avec la demande d'approbation d'un nouveau produit d'assurance-maladie complémentaire. Le chapitre X recense quant à lui les informations qu'il y a lieu de remettre avec une demande portant sur l'introduction d'une nouvelle génération tarifaire.

I. Eléments soumis à approbation ; remise et traitement des demandes d'approbation d'adaptations tarifaires

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 systèmes de réductions et d'autres éléments ayant une incidence sur le niveau des primes sont également à soumettre pour approbation en tant que composantes du tarif.

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 modalités du présent guide pratique ou les principes énoncés dans la Circ.-FINMA 10/3. 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, outre le formulaire EHP R2 du plan d'exploitation, les documents suivants, au moins, sont à remettre :

- les explications dans une annexe ;

- le fichier « Formulaire Adaptations tarifaires.xlsx », feuilles A, B, C, D et pour un tarif avec une adaptation non linéaire, la feuille E (annexe vierge figurant dans le formulaire R2) ;
- le fichier « Tarifblatt – Feuille de tarifs.xlsx » avec les primes actuelles et les primes soumises à approbation (annexe vierge figurant dans le formulaire R2) ;
- les CGA ;
- en cas de modification des CGA, joindre en sus des nouvelles CGA également une version en mode correction (cf. ci-après sous « Adaptation des conditions d'assurance »).

La demande doit être soumise au moyen de la plate-forme électronique de saisie EHP. Dans le formulaire EHP du plan d'exploitation, il convient de mentionner les produits approuvés avec leur produit-Id respective. Les produits concernés par la demande d'approbation peuvent ainsi être sélectionnés. Ces produit-Id doivent être utilisées dans toutes les annexes.

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, 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.

Le contrôle de la requête s'effectue notamment conformément aux indications des Cm 38 à 39.3 de la Circ.-FINMA 10/3.

IV. Adaptation des conditions d'assurance

Si les CGA sont révisées, les adaptations doivent être repérées par des marques de suivi des modifications. La requête doit également contenir l'intégralité du texte aussi bien de la nouvelle que de l'ancienne version des CGA, celle-ci clairement juxtaposée avec la nouvelle version. Pour chaque disposition adaptée, il faut préciser la raison de la modification. Il convient en outre de mentionner si, et le cas échéant dans quelle mesure, les adaptations ont des répercussions sur la charge des sinistres.

Il faut également indiquer si les CGA révisées ne sont censées s'appliquer qu'aux nouvelles conclusions ou également aux contrats en portefeuille. Dans ce dernier cas, la procédure ad hoc (visant à recueillir l'adhésion du preneur d'assurance, valable au regard du droit civil) doit être décrite et un modèle de la lettre destinée aux clients doit être fourni. Si la modification doit pouvoir être approuvée tacitement au sens de l'art. 6 CO, il convient de justifier de façon détaillée si une telle hypothèse est permise au regard du droit civil.

V. Qualité des données

L'entreprise d'assurance garantit la qualité et l'exactitude des données sur lesquelles l'examen de la FINMA sera fondé. La conformité des données avec les indications figurant dans les rapports fournis à la FINMA doit être garantie. La FINMA se réserve la possibilité de retourner pour mise en conformité les demandes qui seraient incomplètes ou insuffisamment claires.

VI. Détermination des résultats techniques spécifiques

Conformément à la définition figurant dans le glossaire de la Circ.-FINMA 10/3, le résultat technique d'un produit pour un exercice considéré est égal à la différence entre d'une part les recettes de primes et, d'autre part la somme des paiements pour sinistres augmentée de la variation nette des provisions techniques et des frais de gestion imputés. Concrètement, le résultat technique s'obtient comme suit (les valeurs se réfèrent toujours aux indications fournies au niveau du produit concerné) :

$$TE = P + S + \dot{U} + \sum_i \delta R_i + TR + VK$$

où

TE : résultat technique

P : primes émises (selon le compte EHP 301300100)

S : paiements comptabilisés (selon le compte EHP 309300100)

Û : excédents versés (selon le compte EHP 318100500)

$\sum_i \delta R_i$: variation nette des provisions techniques :

- variation des reports de primes (selon le compte EHP 304300100)
- variation des provisions pour sinistres (selon le compte EHP 311210100)
- variation des provisions pour risques de fluctuation des produits (selon le compte EHP 311220200)
- variation des provisions de vieillissement (selon le compte EHP 311231100)
- variation des provisions techniques pour rentes (selon le compte EHP 311231200)
- variation des autres provisions techniques (selon le compte EHP 311231300)
- variation des provisions pour parts d'excédents (selon le compte EHP 311240100)

TR : provisions transférées (cf. aide à la saisie EHP concernant la saisie annuelle, al. 7.1.4.3)

VK : charges de gestion (selon le compte EHP 315000000)

Compte tenu des conventions relatives aux signes « + » et « - », cette formule est une somme (la constitution de provisions ainsi que les autres charges sont des valeurs négatives).

VII. 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, réductions garanties).

- Les provisions techniques reportées par produit ainsi que leurs variations respectent les modalités décrites dans le plan d'exploitation.
- La demande d'approbation des tarifs repose sur des bases contractuelles établies de manière appropriée avec les fournisseurs de prestations et sur un controlling des coûts efficace.

VIII. Formulaire de saisie

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

- Il convient de remplir un seul formulaire de saisie par demande, lequel contient l'intégralité des produits concernés par des adaptations tarifaires. Pour des raisons techniques, le tableau Excel contenant tous les produits concernés doit également être transmis en cas de nouvel envoi ou de correction du formulaire.
- Le « Formulaire Adaptations tarifaires.xlsx » peut être téléchargé depuis le site internet de la FINMA ([Approbation des tarifs en assurance-maladie](#)) mais il est également fourni en annexe au formulaire EHP R2 du plan d'exploitation.
- Les demandes d'adaptations de tarifs doivent être justifiées dans une annexe séparée.
- La structure des tableaux Excel fournis ne doit pas être modifiée (ne pas insérer ni supprimer des colonnes/lignes ; ne pas modifier le libellé des onglets A, C, D).
- Les onglets C et D ont la même structure que l'annexe EHP au rapport annuel. Voir à cet égard les informations complémentaires au chapitre 7.1.4 de l'aide à la saisie EHP concernant la saisie annuelle.
- 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.

VIII.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. La produit-Id qui a été communiquée doit être utilisée. 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-Id regroupe plusieurs produits différents, il est nécessaire de saisir une ligne pour chacun des produits.

VIII.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 »).

VIII.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 annuelle applicable pour une indemnité journalière assurée de 1 CHF doit être indiquée.

VIII.2.2 « Volumes des réductions respectives »

La différence entre les primes de référence et les primes facturées doit être indiquée ici. Comme les réductions peuvent être octroyées cumulativement, le formulaire comprend un mécanisme d'agrégation.

VIII.3 Feuille « C health product »

Pour chaque produit concerné par une adaptation tarifaire, trois lignes doivent être insérées sur la feuille « C health product ». 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.

Cette feuille a la même structure que l'annexe « Daten zu Krankenzusatzversicherungen » de la saisie annuelle (feuille « health_product ») et doit être remplie de manière analogue. Si nécessaire, voir l'aide à la saisie EHP pour la saisie annuelle.

VIII.4 Feuille « D health product age »

Cette feuille a la même structure que l'annexe « Daten zu Krankenzusatzversicherungen » de la saisie annuelle (feuille « health_product_age ») et doit être remplie de manière analogue. Si nécessaire, voir l'aide à la saisie EHP pour la saisie annuelle.

VIII.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.

VIII.6 Explications des principales notions et positions

Intitulé de la colonne	Onglets	Explication
Produit_Id	A, B, C, D, E	Produit-Id (désignation des produits). Les produit-Id sont disponibles dans le formulaire R2.
Acronyme	C, D	Nom du produit
Date du tarif actuellement en vigueur	B	Date d'entrée en vigueur de la dernière décision 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 effectif	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. Si aucune classe d'âge n'est prévue, l'attribut "product without class age" peut être sélectionné.
Effectif des risques	B, D, E	Nombre d'assurés dans l'année. Le nombre correspond à la moyenne de l'effectif des risques sur une base mensuelle.
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. Ce nombre ne tient pas compte de la durée de couverture.
Primes_comptabilisées	B, C, D, E	Primes effectivement comptabilisées. Cette quantité correspond à la part du produit dans le montant global comptabilisé sous le compte EHP 301300100.
Primes_de référence	B, D	La prime selon la feuille de tarifs est considérée comme prime de référence.

Intitulé de la colonne	Onglets	Explication
paiements_comptabilisés	B, C, D, E	Paiements pour cas d'assurance. Cette quantité correspond à la part du produit dans le montant global comptabilisé sous le compte EHP 309300100. Il s'agit en principe de valeurs négatives.
dont_paiements_pour_sinistres_pour_années_précédentes	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 (compte EHP 315000000) par produit. Cf. aide à la saisie EHP pour la saisie annuelle, al. 7.1.3
TRST_Transfert		Cf. aide à la saisie EHP pour la saisie annuelle, al. 7.1.4.3.
Réductions des primes du fait des réductions pour contrats-cadres	B	Le volume des réductions pour contrats-cadres représente la somme des réductions de primes qui ont été octroyées du fait de l'appartenance à un contrat-cadre.

VIII.7 Correspondance avec le plan comptable EHP

Les comptes EHP correspondants sont chaque fois indiqués dans l'onglet C du formulaire d'adaptations tarifaires.

IX. Feuille de tarifs

En ce qui concerne le formulaire « Tarifblatt – Feuille de tarifs.xlsx », les aspects suivants doivent être observés :

- Il convient de remplir un seul formulaire par demande, lequel contient l'intégralité des adaptations tarifaires. Pour des raisons techniques, le tableau Excel contenant tous les produits concernés doit également être transmis en cas de nouvel envoi ou de correction du formulaire.
- Pour chaque produit adapté, il faut indiquer les primes actuelles et les primes soumises à approbation pour toutes les positions tarifaires. Les positions tarifaires qui ne sont pas attribuées et celles qui ne peuvent plus l'être ne doivent pas impérativement être transmises. A cet égard, il convient de prêter attention à la possibilité de changements de domicile.
- La structure des tableaux Excel prédéfinis ne doit pas être modifiée.

X. Nouvelle génération tarifaire

En cas de demande d'approbation d'une nouvelle génération tarifaire, par laquelle on entend l'introduction dans un produit existant de nouvelles primes qui ne s'appliqueront qu'aux nouveaux contrats, la justification de la

nouvelle génération tarifaire est essentielle - comme pour un nouveau produit. Les incidences du nouveau tarif sur le produit en question doivent également être connues. Aussi les informations et documents suivants doivent-ils être remis avec une demande d'introduction d'une nouvelle génération tarifaire :

- le formulaire R2 du plan d'exploitation avec la description de l'objet de la demande ;
- le fichier « Tarifblatt – Feuille de tarifs.xlsx » avec le tarif actuel et le nouveau tarif, respectivement le tarif complété ;
- une justification actuarielle du nouveau tarif ;
- le fichier « Formulaire Adaptations tarifaires.xlsx ».

XI. Nouveaux produits

Les indications suivantes, au minimum, doivent être jointes à la demande d'approbation d'un nouveau produit d'assurance-maladie complémentaire :

- formulaire EHP R2 du plan d'exploitation dûment complété ;
- conditions d'assurance applicables ;
- fichier « Formular Neues Produkt.xlsx » (annexe au formulaire R2) ;
- détermination des primes de risque étayée par des statistiques probantes ou, à défaut de statistiques, par des calculs appropriés en indiquant les hypothèses sur lesquelles ils reposent ;
- exposé fondé de la façon dont les primes de référence (cf. glossaire dans la Circ.-FINMA 10/3) sont déterminées à partir des primes de risque ;
- description de la constitution et de la dissolution des provisions techniques attribuées et prise de position concernant un éventuel besoin d'adaptation du formulaire D ;
- description – et le cas échéant justification – des réductions applicables ;
- preuve que des bases contractuelles appropriées ont été établies avec les fournisseurs de prestations et qu'un controlling des coûts efficace est durablement garanti.

Il convient de fournir toutes les informations nécessaires à la compréhension de la demande d'approbation spécifique (par exemple, description de la politique de prospection, programme de réassurance, lien avec d'autres produits, etc.).

XII. Renseignements

Veillez adresser les demandes de renseignements complémentaires à tarifkranken@finma.ch ou à l'account manager attaché à votre entreprise d'assurance.