



<b>I. Zweck</b>	Rz	1
<b>II. Geltungsbereich</b>	Rz	2–4
<b>III. Vorlagepflicht</b>	Rz	5–7
<b>IV. Versicherungstechnik</b>	Rz	8–57
A. Bandbreite eines gesetzlich zulässigen technischen Ergebnisses eines Produkts	Rz	8–9
B. Erfassung aller wesentlichen Risiken	Rz	10–13
<b>a) Anforderungen an den Tarif</b>	Rz	10–11
<b>b) Aufgehoben</b>	Rz	12–13
C. <i>Aufgehoben</i>	Rz	14–29
D. Gestaltung der Tarifstruktur	Rz	30–34
E. Technisch begründete und unbegründete Abschläge	Rz	35–37.5
F. Anpassung bestehender Tarife	Rz	38–39.3
G. <i>Aufgehoben</i>	Rz	40–44
H. <i>Aufgehoben</i>	Rz	45–56
I./J. Werbung für noch nicht genehmigte Produkte	Rz	57
<b>V. Kollektiv-Krankentaggeldversicherung: Erfahrungstarifizierung und Einteilung in Tarifklassen (Art. 157 i.V.m. Art. 123 AVO)</b>	Rz	58–62
A. Information des Versicherungsnehmers	Rz	58–59
B. Tarifgestaltung	Rz	60–62
<b>VI. Aufgehoben</b>	Rz	63–73
<b>VII. Inkraftsetzung und Übergangsbestimmungen</b>	Rz	74–76

Die *kursiv* gedruckten Begriffe sind im Glossar (Anhang) erläutert.

## I. Zweck

Das vorliegende Rundschreiben richtet sich an die beaufsichtigten Versicherer, welche den Versicherungsweig B2 „Krankheit“ bzw. A5 „Krankenversicherung“ betreiben. Im Rundschreiben werden in grundsätzlicher Weise versicherungstechnische Fragen zur Tarifierung behandelt. Es handelt sich dabei um Vorgaben, die der geltenden Praxis der Aufsichtsbehörde weitgehend entsprechen. 1\*

## II. Geltungsbereich

Das vorliegende Rundschreiben gilt für alle privaten Versicherungsunternehmen und Krankenkassen, welche Krankenversicherungen nach dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG; SR 221.229.1) gemäss den Versicherungszweigen A5 und B2 (vgl. Anhang 1 der Aufsichtsverordnung [AVO; SR 961.011]) betreiben. 2

Die Verträge nach VVG für die Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung und Einzel-Krankentaggeldversicherungen der Branchen B2 und A5 unterliegen den Rz 2 bis 57 und 63 bis 75 dieses Rundschreibens. Die Tarife und Allgemeinen Versicherungsbedingungen der vorgenannten Versicherungen, welche in der Schweiz verwendet werden, bilden einen Bestandteil des Geschäftsplans und sind vorab durch die Eidgenössische Finanzmarktaufsicht (FINMA) zu genehmigen (Art. 4 Abs. 2 Bst. r des Versicherungsaufsichtsgesetzes [VAG; SR 961.01] i.V.m. Art. 5 Abs. 1 VAG). 3

Die Kollektiv-Krankentaggeldversicherungen gelten nicht als Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung. Dementsprechend unterliegen sie nicht der präventiven Kontrolle.<sup>1</sup> Im Rundschreiben sind für die Kollektiv-Krankentaggeldversicherungen ausschliesslich Rz 58 bis 62 und 74 anwendbar, welche insbesondere die Einteilung in die *Tarifklassen* (Art. 157 i.V.m. Art. 123 AVO) sowie die Führung des Geschäftsplans regeln. 4

## III. Vorlagepflicht

Der Vorlagepflicht unterliegen *Produkte*, welche vertragliche Verpflichtungen von Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung oder von Einzel-Krankentaggeldversicherungen nach VVG enthalten. Bestehen verschiedene zugelassene Produkte mit vergleichbarer Risikodeckung, die ein privates Versicherungsunternehmen oder eine Krankenkasse zu einem Produkt zusammenfassen möchte, so kann dies mit einer entsprechenden Erklärung im Geschäftsplan erfolgen, sofern die Bestimmungen dieses Rundschreibens eingehalten werden. 5

Versicherungsvertragliche Verpflichtungen, die auf die Risikoverringerung und -vermeidung keinen bezifferbaren Einfluss nehmen, dürfen nicht aus laufenden Prämieinnahmen finanziert werden. Dies trifft namentlich auf Leistungen zu, die das Verhalten von Versicherten hinsichtlich der Gesundheitsförderung und Prävention nicht zu steuern vermögen. 6

<sup>1</sup> Vgl. Bundesverwaltungsgericht: Urteil vom 25.5.2007 betreffend Vorlagepflicht von Tarifen und Allgemeinen Vertragsbedingungen in der kollektiven Krankentaggeldversicherung nach Versicherungsvertragsgesetz (abrufbar unter [www.bundesverwaltungsgericht.ch](http://www.bundesverwaltungsgericht.ch) > Entscheide).

Wenn die erwartete Schadenlast für Krankheitsrisiken geringer ist als die Summe der erwarteten Schadenlasten für die übrigen in den *Produkten* enthaltenen Risiken, dann sind die Tarife und Allgemeinen Versicherungsbedingungen zur Deckung solcher akzessorischer Krankheitsrisiken nicht vorlagepflichtig. 7

#### IV. Versicherungstechnik

##### A. Bandbreite eines gesetzlich zulässigen technischen Ergebnisses eines Produkts

Das erwartete *technische Ergebnis* resultiert aus der Tarifikalkulation. Es überschreitet weder bei neuen Verträgen noch beim Bestand einen Anteil von 10 % der Prämieinnahmen auf Basis der Vertragsprämie. Bei Tarifen, welche ausschliesslich bei neuen Verträgen angewendet werden, ist das erwartete technische Ergebnis grundsätzlich mindestens null. 8\*

Liegt das technische Ergebnis im Schnitt über die letzten drei Jahre bei einem Anteil von mindestens 15 % der Prämieinnahmen auf Basis der Vertragsprämie, so ist der Tarif zu senken. Das Versicherungsunternehmen ist verpflichtet, auf den vertraglich nächstmöglichen Termin ein Tarifanpassungsgesuch zu unterbreiten, damit mittelfristig ein technisches Ergebnis nach Rz 8 erreicht wird. Materialitätsgrenzen können von der FINMA berücksichtigt werden. 9\*

##### B. Erfassung aller wesentlichen Risiken

###### a) Anforderungen an den Tarif

Zur Begründung des Tarifs für ein neues *Produkt* oder einer Revision des Tarifs für ein bestehendes Produkt evaluiert das private Versicherungsunternehmen oder die Krankenkasse die aktuell vorhersehbaren versicherungstechnischen Risiken. Davon ausgenommen ist die nicht im Voraus kalkulierbare *exogene Teuerung*. Es sind geeignete technische Grundlagen für eine adäquate Evaluation und Quantifizierung der massgeblichen Risiken zu erarbeiten. Es ist darzulegen, wie die finanzielle Deckung erfolgen soll. 10

Aus den vertraglichen Verpflichtungen ist aktuariell der erwartete nominelle Aufwand für die während eines Geschäftsjahres gedeckten Schadenfälle unter Berücksichtigung der statistischen Abweichungen zu ermitteln. 11

Aufgehoben 12\*–29\*

##### D. Gestaltung der Tarifstruktur

Eine versicherungstechnisch nicht begründbare erhebliche Ungleichbehandlung gemäss Art. 117 Abs. 2 AVO liegt vor, wenn für ein vergleichbar hohes Risiko stark unterschiedliche Prämien verlangt oder wenn für die gleiche Prämie deutlich unterschiedliche Risiken gedeckt werden. Insbesondere ist zu vermeiden, dass ein Teil der Versicherten zu tiefe Prämien zu Lasten anderer Versicherter bezahlt. Dient eine Ungleichbehandlung nach Art. 117 Abs. 2 AVO der Begünstigung von Kindern, jungen Erwachsenen und Familien, gelten Rz 30 sowie 37–37.5 nicht. 30\*

Der Tarif hat genügend *Tarifmerkmale* mit differenzierenden Ausprägungen (*Tarifklassen*) aufzuweisen, um insbesondere einem *Antiselektionsrisiko* vorzubeugen. Die Altersklassen 31\*

und die Auswirkungen eines Altersklassenwechsels auf die Prämie sind in den AVB aufzuführen.

Ergeben sich grössere *Umverteilungskomponenten*, so sind zur Beurteilung deren Umfangs die *Risikoprämien* nach den relevanten *Tarifklassen* in geeigneter Weise vorzulegen. Die Ermittlung dieser Prämien ist anhand aussagekräftiger Statistiken oder bei Produktentwicklungen anhand geeigneter und begründeter Berechnungsannahmen schlüssig darzustellen. Die Herleitung der Risikozuschläge ist ebenfalls zu erläutern. 32\*

*Umverteilungskomponenten* zur Bildung von Solidaritäten (Alterungsrisiko ausgeschlossen, vgl. hierzu Art. 52 AVO-FINMA) sind zulässig, sofern das *Antiselektionsrisiko* gebührend berücksichtigt ist. 33\*

Aufgehoben 34\*

## E. Technisch begründete und unbegründete Abschläge

*Abschläge* bilden Bestandteile der Tarife und sind vor deren Anwendung vorlage- und genehmigungspflichtig (Art. 4 Abs. 2 Bst. r i.V.m. Art. 5 Abs. 1 VAG). 35\*

*Abschläge*, für die eine technische Begründung vorliegt, sind von solchen, die sich nicht technisch begründen lassen, zu unterscheiden. Eine technische Begründung liegt vor, soweit tieferere Abschluss-/Verwaltungskosten nach anerkannten versicherungsmathematischen oder betriebswirtschaftlichen Methoden oder ein tieferer Schadenerwartungswert nach anerkannten versicherungsmathematischen Methoden nachweisbar sind. 36\*

Als erhebliche Ungleichbehandlung im Sinne von Art. 117 Abs. 2 AVO (i.V.m. Rz 30) gilt namentlich, wenn einzelne oder mehrere kumulierte, technisch unbegründete, *Abschläge*: 37\*

- dazu führen, dass die Vertragsprämie die Referenzprämie abzüglich allfällig technisch begründeter *Abschläge* um mehr als 10 % unterschreitet; 37.1\*
- über alle Versicherungsverträge des betroffenen Produkts sich nicht in einem geringen Rahmen bewegen; oder 37.2\*
- dazu führen, dass ein negatives technisches Ergebnis auf dem Produkt oder auf dem begünstigten Teilbestand bei Kollektiv- und Rahmenverträgen entsteht. Die Voraussetzungen müssen initial erfüllt sein. Sind sie nachhaltig nicht mehr erfüllt, müssen die *Abschläge* korrigiert werden. 37.3\*

Das Versicherungsunternehmen sorgt für die Erfüllung der in Rz 37 ff. erwähnten Voraussetzungen. 37.4\*

Das Versicherungsunternehmen formuliert seine Versicherungsverträge derart, dass es die *Abschläge* spätestens auf die Fälligkeit der nächsten Jahresprämie hin streichen oder reduzieren kann, falls die Voraussetzungen nach Rz 37 ff. nicht mehr erfüllt sind. 37.5\*

## F. Anpassung bestehender Tarife

Ein bestehender Tarif darf im Rahmen einer Geschäftsplanänderung nach Art. 5 Abs. 1 VAG angepasst werden, sofern dies zivilrechtlich zulässig ist. 38\*

Ein Tarif darf, vorbehaltlich Rz 39.3, höchstens im Umfang der bislang noch nicht berücksichtigten exogenen Teuerung erhöht werden. Sind erhöhte Storni nicht auszuschliessen und ist die Solvenz hinreichend, kann die Erhöhung der betroffenen Tarife in Etappen angeordnet werden. Für geschlossene Produkte, bei denen durch das Übertrittsrecht in offene Bestände keinem Versicherten zum Zeitpunkt der Tarifierfassung und über die gesamte Vertragslaufzeit, weder leistungs- noch tarifseitig, ein Nachteil erwächst, sind die teuerungsbedingten Erhöhungen nicht auf die exogene Teuerung beschränkt. Erhöhungen dürfen nur moderat ausfallen und müssen sich auf den ökonomischen Nachteil beschränken, der dem Versicherungsunternehmen durch den parallelen Betrieb des geschlossenen Produkts und des äquivalenten offenen Produkts entsteht.	39*
Überschreitet das technische Ergebnis des zuletzt abgeschlossenen Geschäftsjahres die obere Grenze nach Rz 8 oder führt die Erhöhung zu einer Überschreitung derselben, so darf der Tarif nicht erhöht werden.	39.1*
Die FINMA nimmt im Falle eines nicht konsistenten technischen Ergebnisses bei Bedarf Korrekturen vor. Dies betrifft insbesondere inadäquate Abschluss- und Verwaltungskosten oder inadäquate Veränderungen der versicherungstechnischen Rückstellungen.	39.2*
Eine über den Umfang der bislang noch nicht berücksichtigten exogenen Teuerung hinausgehende Tarifierhöhung ist ausnahmsweise zulässig, sofern Verluste –als negative technische Ergebnisse– für das Versicherungsunternehmen erwartet werden müssen, die zu einer Solvenzgefährdung führen würden.	39.3*
<b>G. Aufgehoben</b>	
Aufgehoben	40*-44*
<b>H. Aufgehoben</b>	
Aufgehoben	45*-56*
<b>I./J. Werbung für noch nicht genehmigte Produkte</b>	
Werbemassnahmen für noch nicht genehmigte Allgemeine Versicherungsbedingungen und Tarife müssen mit einem für den Konsumenten eindeutigen und sichtbaren Vorbehalt der Genehmigung durch die FINMA versehen werden.	57
<b>V. Kollektiv-Krankentaggeldversicherung: Erfahrungstarifizierung und Einteilung in Tarifklassen (Art. 157 i.V.m. Art. 123 AVO)</b>	
<b>A. Information des Versicherungsnehmers</b>	
Vor Vertragsabschluss oder -änderung informiert das private Versicherungsunternehmen oder die Krankenkasse den Versicherungsnehmer gegebenenfalls über die Anwendung von <i>Tarifklassen</i> und über Systeme der Gewinnbeteiligung oder der Erfahrungstarifizierung.	58
Ist es dem privaten Versicherungsunternehmen oder der Krankenkasse wegen der Komplexität des angewendeten Systems nicht oder nur begrenzt möglich, die Voraussetzungen der Herauf- und Herabstufung quantitativ anzugeben, so sind dem Versicherungsnehmer	59

zumindest die Faktoren bekannt zu geben, welche für die Prämienbestimmung massgebend sind.

## B. Tarifgestaltung

Für einen bestimmten Vertrag oder eine bestimmte *Tarifklasse* muss die Prämie die individuelle und die kollektive Schadenerfahrung angemessen berücksichtigen. Die Gewichtung zwischen der individuellen und der kollektiven Schadenerfahrung muss gemäss einem anerkannten versicherungsmathematischen Verfahren erfolgen. 60

Die Methode ist gegebenenfalls an die spezifische Situation anzupassen. 61

Begründete Ausnahmen hiervon können zugelassen werden, wenn keine individuelle Schadenerfahrung vorliegt oder wenn die kollektive Schadenerfahrung nicht relevant ist (Full Credibility, atypischer Risikobestand, Bonus/Malus-System). 62

## VI. Aufgehoben

Aufgehoben 63\*–73\*

## VII. Inkraftsetzung und Übergangsbestimmungen

Das vorliegende Rundschreiben tritt am 1. Mai 2010 in Kraft. 74

Die allgemeinen Versicherungsbedingungen von ab dem 1. Januar 2023 abgeschlossenen Verträgen beachten Rz 31. Die allgemeinen Versicherungsbedingungen der am 1. Juni 2021 laufenden Verträge sind bis 1. Januar 2023 so anzupassen, dass sie Rz 31 beachten, sofern dies zivilrechtlich möglich ist. 75\*

Das Versicherungsunternehmen passt am 1. Juni 2021 bestehende Abschläge, welche von Rz 37.1–37.3 abweichen, an, sobald dies zivilrechtlich möglich ist. Diese Abschläge werden nicht über das zulässige Mass nach Rz 37–37.3 erhöht. 76\*

## Glossar

Abschläge	Abschläge sind Reduktionen, die auf den Referenzprämien gewährt werden. Darunter fällt jegliche Art von geldwerten Vergünstigungen wie z.B. Rabatte, ungeachtet dessen, ob sie zeitlich begrenzt oder unbegrenzt gewährt werden.
Alterskomponente	Die Alterskomponente ist der Prämienanteil, der das <i>Alterungsrisiko</i> mit einer <i>Alterungsrückstellung</i> deckt.
Alterungsrisiko	Das Alterungsrisiko besteht aus den finanziellen Folgen einer Änderung der Altersstruktur des <i>Versichertenbestandes</i> .
Alterungsrückstellungen	Die Alterungsrückstellungen finanzieren die langfristigen Umverteilungen des <i>Alterungsrisikos</i> im Voraus.
Antiselektionsrisiko	Unter Antiselektionsrisiko wird das Risiko verstanden, dass für ein <i>Produkt</i> die Zusammensetzung oder das Verhalten des Bestandes zu einer höheren Schadenerwartung führt als gemäss den Berechnungsgrundlagen anzunehmen ist.
Exogene Teuerung	Die exogene Teuerung ist die Zunahme des Schadenaufwandes pro Versicherten abzüglich der finanziellen Auswirkungen eingetretener Bestandesveränderungen.
Produkt	Ein Versicherungsprodukt wird durch die Versicherungsbedingungen und die dazugehörigen Tarife gebildet. Die Bestimmung von Rz 5 bleibt vorbehalten.
Referenzprämie	Die Prämie gemäss Tarifblatt gilt als Referenzprämie.
Risikogerechter Tarif	Ein Tarif gilt als risikogerecht, falls bei einer genügend differenzierten <i>Tarifstruktur</i> die Prämien, abzüglich der Gewinnmarge und der Komponente für die Verwaltungskosten, für jede <i>Tarifklasse</i> den jeweiligen <i>Risikoprämien</i> (ggf. zuzüglich der <i>Alterskomponente</i> ) entsprechen.
Risikomerkmal	Risikomerkmale sind Merkmale der versicherten Personen, die einen Einfluss auf das Risiko haben, das heisst Kriterien, die den Eintritt und die Höhe eines Schadenfalls beeinflussen können.
Risikoprämie	Die Risikoprämie einer gegebenen <i>Tarifklasse</i> ist definiert als die kalkulierte Prämie, welche den erwarteten Schadenaufwand der betroffenen Tarifklasse während eines Geschäftsjahres abzudecken vermag. Die Risikoprämie enthält keine Kosten- oder Gewinnkomponenten.



## Glossar

Tarifklasse	Eine Tarifklasse ist eine bestimmte Ausprägung eines <i>Tarifmerkmals</i> . Im weiteren Sinne bezeichnet der Begriff Tarifklasse auch die Versichertengemeinschaft der betroffenen Klasse.
Tarifmerkmal	Tarifmerkmale sind diejenigen <i>Risikomerkmale</i> , die in der Tarifgestaltung berücksichtigt werden. Sie lassen sich dadurch charakterisieren, dass sie eine starke Wirkung auf die Schadenhäufigkeit und/oder -höhe haben, leicht erfassbar sind, sich während der Versicherungsdauer nicht willkürlich ändern und gut mess- und klassifizierbar sind.
Tarifstruktur	Die Tarifstruktur ist einerseits durch die Angabe der <i>Tarifmerkmale</i> und <i>-klassen</i> , andererseits durch die Beschreibung der <i>Umverteilungs-</i> und <i>Alterskomponenten</i> nach <i>Tarifklassen</i> definiert.
Technisches Ergebnis	Das technische Ergebnis eines <i>Produktes</i> in einem Geschäftsjahr ist die Differenz zwischen den Prämieinnahmen einerseits und der Summe der angefallenen Schadenzahlungen plus der Netto-Veränderungen der versicherungstechnischen Rückstellungen plus der zugeordneten Verwaltungskosten andererseits.
Umverteilungskomponente	Die Umverteilungskomponente ist der Anteil der Prämie, welcher dem laufenden Ausgleich zwischen den <i>Tarifklassen</i> dient. Sie kann positiv oder negativ ausfallen. Bei einem <i>risikogerechten Tarif</i> ist sie für alle Tarifklassen gleich null.
Versichertenbestand	Der Versichertenbestand ist die Gesamtheit der Versicherten pro <i>Produkt</i> .
Vertragsprämie	Die Vertragsprämie entspricht der <i>Referenzprämie</i> abzüglich der <i>Abschläge</i> .

# Verzeichnis der Änderungen



## Das Rundschreiben wird wie folgt geändert:

Diese Änderung wurde am 11. Dezember 2015 beschlossen und tritt am 1. Januar 2016 in Kraft

Geänderte Rz	20
--------------	----

Diese Änderungen wurden am 6. Mai 2021 beschlossen und treten am 1. Juni 2021 in Kraft

Neu eingefügte Rz	37.1–37.5, 39.1–39.3, 76
-------------------	--------------------------

Geänderte Rz	8, 9, 30, 31, 32, 35, 36, 37, 38, 39, 75
--------------	--

Aufgehoben	34, 40–56, 63–73
------------	------------------

Übrige Änderungen	Titel vor Rz 35, 38
-------------------	---------------------

Diese Änderungen wurden am 26. Juni 2024 beschlossen und treten am 1. September 2024 in Kraft

Geänderte Rz	1, 33, 39.2
--------------	-------------

Aufgehoben	12–29
------------	-------

---

## Der Anhang des Rundschreibens wird wie folgt geändert:

Diese Änderungen wurden am 6. Mai 2021 beschlossen und treten am 1. Juni 2021 in Kraft

Geändert	Glossar (technisches Ergebnis)
----------	--------------------------------

Neu	Glossar (Abschläge, Referenzprämie, Vertragsprämie)
-----	---

Aufgehoben	Glossar (Rabatt)
------------	------------------

Diese Änderungen wurden am 26. Juni 2024 beschlossen und treten am 1. September 2024 in Kraft

Geändert	Glossar (Risikogerechter Tarif)
----------	---------------------------------

Aufgehoben	Glossar (Äquivalenzprinzip, Ausgaben-Umlageverfahren, individuelles Bedarfsdeckungsverfahren, kollektives Bedarfsdeckungsverfahren, Finanzierungsverfahren (Grundtypen), individuelles Kapitaldeckungsverfahren, kollektives Kapitaldeckungsverfahren, Schadenrückstellungen, Sicherheits- und Schwankungsrückstellungen, Szenario, zeitliche Umverteilung)
------------	---