

Wegleitung

für Gesuche betreffend die Einreichung von **Tarifanpassungs- und Produktvorlagen in der Krankenzusatzversicherung**

Ausgabe vom 16. Mai 2024

Zweck

Diese Wegleitung soll als Arbeitsinstrument die Erstellung von Gesuchen zu Tarifanpassungen und neuen Produkten in der Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung, welche gemäss Art. 5 Abs. 1 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG; SR 961.01) der vorgängigen Genehmigung durch die Eidgenössische Finanzmarktaufsicht bedürfen, erleichtern. Sie begründet keine Rechtsansprüche. Sie beschreibt die Modalitäten zum Inhalt der Gesuche und deren Einreichung. Dies schliesst nicht aus, dass vom Gesuchsteller zusätzliche Angaben gemacht werden müssen oder von der FINMA weitere Angaben und Unterlagen verlangt werden.

Diese Wegleitung wendet sich an Versicherungsunternehmen mit einer Betriebsbewilligung für die Versicherungszweige B2 „Krankheit“ in der Schadenversicherung oder A5 „Krankenversicherung“ in der Lebensversicherung, sowie an liechtensteinische Versicherungsunternehmen, welche im Rahmen der Dienstleistungsfreiheit¹ in der Schweiz Produkte nach Art. 4 Abs. 2 Bst. r VAG anbieten.

Ausgenommen von der Genehmigungspflicht sind einerseits Tarifanpassungen bezüglich Produkte in der kollektiven Krankentaggeldversicherung für Unternehmen, welche nicht als Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung gemäss Art. 4 Abs. 2 Bst. r VAG gelten. Für solche Produkte ist Art. 123 i.V.m. Art. 157 der Aufsichtsverordnung (AVO; SR 961.011) relevant.

Andererseits sind auch Tarifänderungen bezüglich Krankenversicherungen, welche keine Ergänzung zur obligatorischen Krankenversicherung nach KVG darstellen (im Sinne von Art. 4 Abs. 2 Bst. r VAG) oder welche akzessorische Krankheitsrisiken abdecken (Rz 7 FINMA-Rundschreiben

¹ Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und dem Fürstentum Liechtenstein betreffend die Direktversicherung sowie die Versicherungsvermittlung (SR 0.961.514).

2010/3 „Krankenversicherung nach VVG“), vom Geltungsbereich ausgenommen.

Produktspezifische ergänzende Bestimmungen sind auch Bestandteil der allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) im Sinne von Art. 4 Abs. 2 Bst. r VAG.

Die ersten Kapitel sind den Anpassungen der Versicherungsbedingungen und der Tarife gewidmet, während das Kapitel X die Angaben, die mit dem Gesuch um Genehmigung eines neuen Krankenzusatzversicherungsprodukts einzureichen sind, auflistet. Die Kapitel VIII und IX listen die Angaben auf, die mit der Vorlage von Abschlägen beziehungsweise mit der Vorlage einer neuen Tarifgeneration einzureichen sind.

I. Genehmigungspflichtige Elemente sowie Einreichung und Behandlung der Tarifierpassungsgesuche

Tarifierpassungen wie auch Anpassungen der allgemeinen Versicherungsbedingungen sind der FINMA zur Genehmigung zu unterbreiten (Art. 5 Abs. 1 i.V.m. Art. 4 Abs. 2 Bst. r VAG). Änderungen der Abschläge und anderer prämierelevanter Merkmale sind als Tarifbestandteile ebenfalls zur Genehmigung vorzulegen.

Als Frist zur Einreichung von Gesuchen über Tarifierpassungen, welche per 1. Januar des Folgejahres vorgenommen werden sollen, gilt der 31. Juli des laufenden Jahres.

Die Formulare für Tarifierpassungen sind herunterzuladen (vgl. Kap. VI) und gemäss dieser Wegleitung auszufüllen. Für jedes der Produkte, deren Tarife geändert werden sollen, sind zum Geschäftsplanformular R2 der elektronischen Erhebungsplattform (EHP) mindestens folgende Dokumente vorzulegen:

- Erläuterungen in einem Anhang;
- die Datei „Formular Tarifierpassungen.xlsx“, Blätter A, B, C, D und für einen Tarif mit einer nicht linearen Anpassung, Blatt E (leerer Anhang im Formular R2 vorhanden);
- die Datei „Tarifblatt – Feuille de tarifs.xlsx“ mit den aktuellen und den beantragten Prämien (leerer Anhang im Formular R2 vorhanden);
- die AVB;
- bei Änderungen der AVB ist zusätzlich zu den neuen AVB auch eine Version im Korrekturmodus einzureichen (s. dazu auch nachfolgend unter „Anpassung der Versicherungsbedingungen“).

Das Gesuch ist mittels EHP einzureichen. Im EHP-Geschäftsplanformular sind die genehmigten Produkte mit den jeweiligen Produkt-Id hinterlegt. Die von der Tarifierungsvorlage betroffenen Produkte können somit selektiert werden. Diese Produkt-Id müssen in allen Anhängen verwendet werden.

Das Gesuch ist in einer schweizerischen Amtssprache abzufassen.

II. Anpassung der Versicherungsbedingungen

Werden die AVB revidiert, sind die Anpassungen mittels Markierung kenntlich zu machen. Die Eingabe muss auch den vollumfänglichen Text sowohl der bisherigen als auch der revidierten Version der AVB enthalten und auf übersichtlicher Weise der neuen Version gegenübergestellt werden. Bei jeder angepassten Bestimmung ist der Änderungszweck anzugeben. Ferner ist darzulegen, ob und in welchem Umfang die Anpassungen Auswirkungen auf den Schadenaufwand haben.

Zudem ist anzugeben, ob die revidierten AVB nur für Neuabschlüsse oder auch für den Bestand gelten sollen. In letzterem Fall ist das entsprechende Vorgehen darzulegen (mit dem Ziel der Einholung der zivilrechtlich gültigen Zustimmung des Versicherungsnehmers) und ein Muster des Schreibens an die Kunden einzureichen. Soll im Sinne von Art. 6 OR die Änderung stillschweigend angenommen werden können, ist einlässlich zu begründen, ob eine solche Annahme zivilrechtlich zulässig ist.

III. Begründung für Tarifierungen

Jede beantragte Tarifieränderung für Krankenzusatzversicherungen ist gemäss Art. 38 VAG, welcher die Vorlage von Tarifierberechnungen durch das Versicherungsunternehmen vorsieht, betriebswirtschaftlich bzw. technisch zu begründen. Die Prüfung der Eingabe richtet sich insbesondere nach den Rz 38–39.3 FINMA-RS 10/3.

Ferner ist vor Einreichung des Tarifieranpassungsgesuchs sicherzustellen, dass

- die Tarifieranpassung zivilrechtlich zulässig ist (vgl. Rz 38 FINMA-RS 10/3);
- die produktspezifischen versicherungstechnischen Rückstellungen wie auch deren Veränderungen die im Geschäftsplan verankerten entsprechenden Bedingungen erfüllen;
- die Tarifierangabe sich auf geeignete Vertragsgrundlagen mit den Leistungserbringern und ein wirksames Kostencontrolling stützt.

IV. Datenqualität

Das Versicherungsunternehmen gewährleistet die Qualität und Korrektheit der Daten, auf denen die Prüfung der FINMA beruht. Die Übereinstimmung der Daten mit den Angaben aus der Berichterstattung an die FINMA muss gewährleistet sein. Die FINMA behält sich vor, unvollständige oder unklare Gesuche zur Nachbearbeitung zurückzuweisen.

V. Ermittlung des technischen Ergebnisses

Das technische Ergebnis eines Produktes in einem Geschäftsjahr ist gemäss Definition im Glossar des FINMA-RS 10/3 die Differenz zwischen den Prämieinnahmen einerseits und der Summe der angefallenen Schadenzahlungen plus der Netto-Veränderungen der versicherungstechnischen Rückstellungen plus der zugeordneten Verwaltungskosten andererseits. Konkret ist das technische Ergebnis wie folgt gegeben (die Werte beziehen sich jeweils auf die Angaben auf der Stufe des betroffenen Produkts):

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

wobei

TE: Technisches Ergebnis

P: Gebuchte Prämien (gemäss EHP-Konto 301300100)

S: Gebuchte Zahlungen (gemäss EHP-Konto 309300100)

Ü: Ausbezahlte Überschüsse (gemäss EHP-Konto 318100500)

$\sum_i \delta R_i$: Netto-Veränderungen der versicherungstechnischen Rückstellungen:

- Veränderung der Prämienüberträge (gemäss EHP-Konto 304300100)
- Veränderung der Schadenrückstellungen (gemäss EHP-Konto 311210100)
- Veränderung der Rückstellung für Schwankungsrisiken bei Produkten (gemäss EHP-Konto 311220200)
- Veränderung der Alterungsrückstellungen (gemäss EHP-Konto 311231100)
- Veränderung der Rückstellungen für Renten (gemäss EHP-Konto 311231200)

- Veränderung der übrigen versicherungstechnischen Rückstellungen (gemäss EHP-Konto 311231300)
- Veränderung der Rückstellungen für Überschussbeteiligungen (gemäss EHP-Konto 311240100)

TR: Transferierte Rückstellungen (siehe EHP-Erfassungshilfe für die Jahreserhebung, Absatz 7.1.4.3)

VK: Verwaltungsaufwendungen (gemäss EHP-Konto 315000000)

Aufgrund der Vorzeichenkonventionen handelt es sich in dieser Darstellung um eine Summe (die Bildung von Rückstellungen wie die übrigen Aufwendungen sind Negativwerte).

VI. Erfassungsformular

Betreffend das Formular zum Erfassen der Tarifierpassungen „Formular Tarifierpassungen.xlsx“ sind folgende Aspekte zu beachten:

- Pro Gesuch ist ein einziges Erfassungsformular auszufüllen, welches sämtliche Produkte mit Tarifierpassungen beinhaltet. Auch bei Neueinreichungen oder Korrekturen des Formulars muss – aus technischen Gründen – die Exceltabelle mit all den betroffenen Produkten eingereicht werden.
- Das „Formular Tarifierpassungen.xlsx“ kann von der Webseite der FINMA ([Tarifierprüfung Krankenversicherung](#)) heruntergeladen werden, ist aber auch als Anhang zum EHP-Geschäftsplanformular R2 zu finden.
- Die beantragten Tarifierpassungen sind in einem separaten Anhang zu begründen.
- Die Struktur der vorgegebenen Excel-Tabellen darf nicht angepasst werden (kein Einfügen oder Löschen von Spalten/Zeilen; keine Anpassung der Namen der Laschen A, C, D).
- Die Laschen C und D haben die gleiche Struktur wie der EHP-Anhang zur Berichterstattung. Siehe weitere Informationen im Kapitel 7.1.4 der Erfassungshilfe EHP zur Jahreserhebung.
- Das „Formular Tarifierpassungen.xlsx“ ist nicht schreibgeschützt, sodass kurze Hinweise oder zusätzliche Daten in leeren Zeilen erfasst werden können. Das Ergänzen von Laschen zwecks Eingabe von spezifischen Analysen / Informationen ist möglich.

VI.1 Blatt „A overview“

In dieser Lasche sind die allgemeinen Angaben wie die Produktbezeichnung und die Kontaktperson zu erfassen.

Für jedes Produkt, für welches eine Tarifierfassung beantragt wird, wird eine separate Zeile ausgefüllt. Die kommunizierte Produkt-Id ist zu verwenden. Die Produktbezeichnung entspricht dem in den Versicherungsbedingungen und auf der Police erscheinenden Namen des Produkts. Die Produktbezeichnung wird in allen drei Amtssprachen angegeben (zwecks Veröffentlichung der Genehmigungsverfügung im Bundesblatt).

Umfasst eine Produkt-Id mehrere Produkte, wird für jedes einzelne Produkt eine separate Zeile ausgefüllt.

VI.2 Blatt „B product information“

Für jedes Produkt, für welches eine Tarifierfassung beantragt wird, wird jeweils eine Kopie des Excel-Basisblattes „B product information“ erstellt. Jedes neue Excel-Blatt wird mit dem jeweiligen Kurznamen umbenannt (bspw. „B Spital Privat“).

VI.2.1 „Informationen über den neuen Tarif“

Für Einzel-Krankentaggeldversicherungen ist die minimale bzw. die maximale Anpassung der Jahresprämien in Bezug auf eine jährliche Prämie für ein versichertes Taggeld von CHF 1.- anzugeben.

VI.2.2 „Volumen der jeweiligen Abschläge“

In diesem Bereich wird der Unterschied zwischen den Referenzprämien und den gebuchten Prämien erhoben. Da Abschläge auch kumulativ gewährt werden, ist ein entsprechender Aggregations-Mechanismus direkt im Formular hinterlegt.

VI.3 Blatt „C health product“

Für jedes Produkt, für welches eine Tarifierfassung beantragt wird, sind im Excel-Tabellenblatt „C health product“ drei Zeilen einzufügen. Die Daten werden für das Vorjahr (definitive Zahlen), für das aktuelle Jahr (Schätzung aufgrund aktueller Angaben) und für das Anpassungsjahr (Bestschätzung) angegeben.

Dieses Blatt hat die gleiche Struktur wie der Anhang „Daten zu Krankenzusatzversicherungen“ der Jahrerhebung (Blatt „health_product“) und ist in analoger Weise auszufüllen. Siehe bei Bedarf die Erfassungshilfe EHP für die Jahrerhebung.

VI.4 Blatt „D health product age“

Dieses Blatt hat die gleiche Struktur wie der Anhang „Daten zu Krankenzusatzversicherungen“ der Jahrerhebung (Blatt „health_product_age“) und ist in analoger Weise auszufüllen. Siehe bei Bedarf die Erfassungshilfe EHP für die Jahrerhebung.

VI.5 Blatt „E data non linear adaption“

Für jedes Produkt, für welches eine nicht-lineare Tarifierfassung beantragt wird (d.h. wenn die Prämienanpassungssätze nicht einheitlich ausfallen), wird eine eigene Lasche „E data non linear adaption“ erstellt und gemäss den Vorgaben korrekt befüllt. Jede so erstellte Lasche ist dann nach dem jeweiligen Kurznamen des Produktes umzubenennen (bspw. „E Spital Privat“). Die Daten der letzten beiden Vorjahre (definitive Zahlen), für das aktuelle Jahr (Schätzung aufgrund aktueller Angaben) und für das Anpassungsjahr (Bestschätzung) werden angegeben. Es ist sicherzustellen, dass die jeweiligen Gesamtsummen mit den entsprechenden Werten in der Lasche „C product data“ übereinstimmen.

Fällt eine Tarifierfassung nach mehreren Tarifmerkmalen nicht-linear aus, wird für jede betroffene Kombination von Tarifmerkmalen eine neue Zeile ausgefüllt.

VI.6 Erläuterungen zu den wichtigsten Begriffen und Positionen

Spaltenüberschrift	Laschen	Erläuterung
Produkt_Id	A, B, C, D, E	Produkt-Id (Produktbezeichnung). Die ProduktId's sind im Formular R2 ersichtlich.
Akronym	C, D	Produktname
Aktuell gültiges Tarifdatum	B	Wirkungsdatum der letzten Tarifverfügung. Falls das Produkt mehrere Tarife umfasst (Produktgruppe), so ist das aktuellste Datum anzugeben und der Sachverhalt mit der Begründung der Tarifvorlage kurz zu erläutern.
Jahr	C, D	Kalenderjahr, auf das sich die Angaben der jeweiligen Zeile beziehen.
Effektivaltersklasse	D	Effektivaltersklasse. Der Bestand muss für jedes Produkt in die Altersklassen 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+ unterteilt werden, unabhängig von den im Tarif angewandten Altersklassen. Falls keine Altersklassen vorgesehen sind, kann das Merkmal "product without class age" gewählt werden.
Risikobestand	B, D, E	Anzahl der Versicherten im Jahr. Die Anzahl entspricht dem durchschnittlichen Risikobestand auf Monatsbasis.
davon_neue_Versicherte	D	Neue Versicherte in der betroffenen Altersklasse. Als neue Versicherte gelten Versicherte, die das Produkt neu abgeschlossen haben, ohne Übertritte (aus anderen Produkten) und Bestandsübernahmen. Diese Anzahl berücksichtigt die Versicherungsdauer nicht.
gebuchte_Prämien	B, C, D, E	Effektiv gebuchte Prämien. Dieser Wert entspricht dem produktspezifischen anteilmässigen Betrag des im EHP-Konto 301300100 gebuchten Gesamtbetrags.
Referenzprämien	B, D	Die Prämie gemäss Tarifblatt gilt als Referenzprämie.
gebuchte_Zahlungen	B, C, D, E	Zahlungen für Versicherungsfälle. Dieser Wert entspricht dem produktspezifischen anteilmässigen Betrag des im EHP Konto 309300100 gebuchten Gesamtbetrags. Es handelt sich grundsätzlich um negative Werte.
davon_Schadenzahlungen_Für_Vorjahre	D, E	Im Jahr gebuchte Zahlungen für Versicherungsfälle aus den Vorjahren.
Verwaltungsaufwendungen	B, C	Aufteilung der Verwaltungskosten (EHP Konto 315000000) je Produkt. Siehe EHP-Erfassungshilfe für die Jahrerhebung, Absatz 7.1.3.
TRST_Transfer	C	Siehe EHP-Erfassungshilfe für die Jahrerhebung, Absatz 7.1.4.3.

Volumen der Abschläge	B	Das jeweilige Volumen der Abschläge stellt die Summe der Prämienermässigungen dar, welche aufgrund des betroffenen Abschlags gewährt werden.
-----------------------	---	--

VI.7 Korrespondenz mit dem EHP-Kontenplan

Die korrespondierenden EHP-Konti sind jeweils in der Lasche C des Erfassungsforschulars angegeben.

VII. Tarifblatt

Betreffend das Formular „Tarifblatt – Feuille de tarifs.xlsx“ sind folgende Aspekte zu beachten:

- Pro Gesuch ist ein einziges Formular auszufüllen, welches sämtliche Tarifierpassungen beinhaltet. Auch bei Neueinreichungen oder Korrekturen des Formulars muss – aus technischen Gründen – die Exceltabelle mit all den betroffenen Produkten eingereicht werden.
- Für jedes angepasste Produkt sind die aktuellen und die beantragten Prämien für sämtliche Tarifpositionen anzugeben. Nicht zwingend einzureichen sind die Prämienpositionen, die nicht besetzt sind und nicht mehr besetzt werden können. Dabei ist auf die Möglichkeit von Wohnsitzwechseln zu achten.
- Die Struktur der vorgegebenen Excel-Tabellen darf nicht angepasst werden.
- Die eingegebenen Tarifdaten werden im Formular automatisch auf Konsistenz geprüft. Es ist sicherzustellen, dass keine Fehler angezeigt werden. Es können Warnungen angezeigt werden, falls eine Überprüfung aufgrund anderer Fehler oder aufgrund der verwendeten Excel-Version nicht unterstützt wird. Bei Problemen kann das Formular mit entsprechendem Hinweis eingereicht werden.

VIII. Abschläge

Bei Gesuchen um Genehmigung von Abschlägen gilt es grundsätzlich zwischen drei Fällen zu unterscheiden:

VIII.1 Einführung neuer begründeter Abschläge

Bei Einführung neuer begründeter Abschläge sind deren Gewährungsbedingungen im einzureichenden EHP-Geschäftsplanformular R2 festzuhalten. Die Abschläge und deren jeweilige Höhe sind zu begründen, gegebenenfalls

im Sinne der Rz 36 FINMA-RS 10/3, sofern es sich nicht um Abschlüsse für Kinder, junge Erwachsene und Familien handelt (vgl. Rz 30 FINMA-RS 10/3).

VIII.2 Anpassung bestehender begründeter Abschlüsse

Anpassungen an den Gewährungsbedingungen bestehender begründeter Abschlüsse sind grundsätzlich teuerungsrelevant. Mit der Einreichung des EHP-Geschäftsplanformulars R2 und der Begründung der Anpassungen ist deshalb zusätzlich für jedes der betroffenen Produkte die Datei „Formular Tarifierpassungen.xlsx“ auszufüllen (vgl. Kap. VI) und einzureichen.

VIII.3 Anpassung oder Einführung technisch unbegründeter Abschlüsse

Werden technisch unbegründete Abschlüsse nach Rz 36 FINMA-RS 10/3 angepasst oder eingeführt, sind im der FINMA einzureichenden EHP-Geschäftsplanformular R2 Angaben nach Rz 37–37.3 FINMA-RS 10/3 festzuhalten. Insbesondere ist für das Gesamtvolumen der technisch unbegründeten Abschlüsse in einem Produkt eine Obergrenze im Geschäftsplan festzuhalten (vgl. Ziff. 4.7.1 der Erläuterungen vom 6. Mai 2021 zur Teilrevision des FINMA-Rundschreibens 2010/3²). Ferner muss im Gesuch dargelegt werden, dass es sich nach Rz 37.5 FINMA-RS 10/3 richtet.

IX. Neue Tarifgeneration

Bei Vorlage einer neuen Tarifgeneration, worunter die Einführung bei einem bestehenden Produkt von neuen Prämien, die nur für Neuabschlüsse gelten sollen, zu verstehen ist, ist – wie bei einem neuen Produkt – die Begründung der neuen Tarifgeneration zentral. Die Auswirkungen auf das betroffene Produkt müssen ebenfalls bekannt sein. Somit ist mit einem Gesuch um Einführung einer neuen Tarifgeneration Folgendes einzureichen:

- das EHP-Geschäftsplanformular R2 mit der Beschreibung des Gesuchsgegenstands;
- die Datei „Tarifblatt – Feuille de tarifs.xlsx“ mit dem bisherigen und dem beantragten Tarif;
- eine versicherungstechnische Begründung des neuen Tarifs;
- die Datei „Formular Tarifierpassungen.xlsx“.

² www.finma.ch > Dokumentation > Archiv > abgeschlossene Anhörungen > 2020 > Rundschreiben 2010/3 „Krankenversicherung nach VVG“ (1.9.2020–2.11.2020) ([Erläuterungen](#))

X. Neue Produkte

Mit einem Gesuch um Genehmigung eines neuen Krankenzusatzversicherungsprodukts sind mindestens folgende Angaben einzureichen:

- EHP-Geschäftsplanformular R2 entsprechend ausgefüllt;
- anwendbare Versicherungsbedingungen;
- die Datei „Formular Neues Produkt.xlsx“ (Anhang im Formular R2), welche analog zum Formular „Tarifblatt – Feuille de tarifs.xlsx“ auszufüllen ist;
- begründete Ermittlung der Risikoprämien in aussagekräftigen Statistiken oder bei Fehlen von Statistiken mit geeigneten Berechnungen unter Angabe der zu Grunde liegenden Annahmen;
- begründete Darlegung der Herleitung der Referenzprämien (vgl. Glossar im FINMA-RS 10/3) ab den Risikoprämien;
- Beschreibung der Bildung und Auflösung der zugeteilten versicherungstechnischen Rückstellungen sowie Stellungnahme zu einem eventuellen Anpassungsbedarf des Formulars D;
- Beschreibung und gegebenenfalls Begründung der anwendbaren Abschläge;
- Nachweis, dass geeignete Vertragsgrundlagen mit den Leistungserbringern und ein wirksames Kostencontrolling nachhaltig sichergestellt sind.

Es sind alle Angaben einzureichen, die für das Verständnis der spezifischen Vorlage nötig sind (wie etwa die Beschreibung der Akquisitionspolitik, das Rückversicherungsprogramm, das Verhältnis zu anderen Produkten usw.).

XI. Gebühr

In Anwendung der FINMA-Gebühren- und Abgabenverordnung (FINMA-GebV; SR 956.122) wird für die Prüfung der Tarifrevisionen eine Gebühr erhoben.

XII. Rückfragen

Allfällige Rückfragen können an tarifkranken@finma.ch oder an den Account Manager gerichtet werden.