

---

# Rundschreiben 2009/x

## Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung und Spezialfragen der privaten Krankenversicherung

---

Referenz: FINMA-RS 09/x Krankenversicherungen nach VVG  
 Erlass: ... 2009  
 Inkraftsetzung: ... 2009  
 Rechtliche Grundlagen: FINMAG Art. 7 Abs. 1 Bst. b  
 VAG Art. 4 Abs. 2 Bst. d und r, 5 Abs. 1, 11 Abs. 1, Art. 16, 38, 46  
 AVO Art. 3 Abs. 1, Art. 54, 69, 117, 123, 155, 157  
 AVO-FINMA Art. 3  
 Anhang 1 Glossar  
 Anhang 2 Verzeichnis verwendeter Abkürzungen

Adressaten																					
BankG			VAG			BEH G		KAG				GwG		Andere							
Banken	Finanzgruppen und -	Andere Intermediäre	Versicherer	Vers.-Gruppen und -	Vermittler	Börsen und	Effekthändler	Fondsleitungen	SICAV	KG für KKA	SICAF	Depotbanken	Vermögensverwalter	Vertriebsträger	Vertreter ausl. KKA	Andere Intermediäre	SRO	DUFI	SRO-Beaufichtigte	Prüfungsgesellschaften	Ratingagenturen
			X																		

<b>I. Geltungsbereich</b>	Rz 1–4
<b>II. Vorlagepflicht</b>	Rz 5–8
<b>III. Versicherungstechnik</b>	Rz 9–63
A. Bandbreite eines gesetzlich zulässigen technischen Produktergebnisses	Rz 9–10
B. Erfassung aller wesentlichen Risiken	Rz 11-15
a) <b>Anforderung an den Tarif</b>	Rz 11–13
b) <b>Beschränkungen bei der Zulassung der Finanzierungsverfahren</b>	Rz 14–15
C. Versicherungstechnische Rückstellungen	Rz 16-32
a) <b>Bildung und Bewertung</b>	Rz 16-22
b) <b>Zuordnung</b>	Rz 23-24
c) <b>Auflösung</b>	Rz 25
d) <b>Nicht mehr benötigte versicherungstechnische Rückstellungen</b>	Rz 26-27
e) <b>Mitgabe von Alterungsrückstellungen</b>	Rz 28-32
D. Gestaltung der Tarifstruktur	Rz 33-37
E. Rabatte	Rz 38-42
F. Periodische Anpassung des Prämienniveaus bestehender Tarife (ordentliche Anpassung)	Rz 43-44
G. Revision der technischen Grundlagen eines Tarifs (ausserordentliche Anpassung)	Rz 45-49
H. Technische Erklärungen im Geschäftsplan	Rz 50-62
a) <b>Finanzierungsverfahren</b>	Rz 51

b)	<b>Tarifstruktur</b>	Rz 52-56
aa)	<i>Tarifniveau</i>	Rz 53-55
bb)	<i>Tarifpositionen</i>	Rz 56
c)	<b>Versicherungstechnische Rückstellungen</b>	Rz 57-62
I.	Werbung für noch nicht genehmigte Produkte	Rz 63
<b>IV.</b>	<b>Kollektivkrankentaggeldversicherung: Erfahrungstarifizierung und Einteilung in Tarifklassen (Art. 157 i.V. mit Art. 123 AVO)</b>	Rz 64-68
A.	Information des Versicherungsnehmers	Rz 64-65
B.	Tarifgestaltung	Rz 66-68
<b>V.</b>	<b>Materielle Anforderungen an die Eingabe von Tarifgesuchen nach Rz 5 ff., Rz 9 bis 42 und Rz 45 ff.</b>	Rz 69-80
A.	Einführungs- und Wachstumsphase eines Produktes	Rz 69-77
a)	<b>Erstgesuch von Produkten</b>	Rz 69-72
b)	<b>Weiterentwicklung von Produkten</b>	Rz 73-74
c)	<b>Spezielle Finanzierungsverhältnisse</b>	Rz 75-76
d)	<b>Gesuch um Revision technischer Grundlagen</b>	Rz 77
B.	Reifephase	Rz 78-79
C.	Sättigungs- und Rückbildungsphase	Rz 80
<b>VI.</b>	<b>Liste einzureichender Dokumente für Anträge neuer Produkte oder Revisionen der technischen Grundlagen</b>	Rz 81
<b>VII.</b>	<b>Uebergangsbestimmungen</b>	Rz 82-83

Die *kursiv* gedruckten Begriffe sind im Glossar (Anhang 1) erläutert.

## I. Geltungsbereich

- In persönlicher Hinsicht gilt das vorliegende Rundschreiben für alle privaten Versicherungsunternehmen und Krankenkassen, welche Krankenversicherungen nach VVG gemäss den Versicherungszweigen A5 und B2 (vgl. Anhang 1 AVO) betreiben. 1
- In sachlicher Hinsicht gilt dieses Rundschreiben für die von den privaten Versicherungsunternehmen und Krankenkassen angebotenen Zusatzversicherungsverträge zur sozialen Krankenversicherung einschliesslich Einzel-Krankentaggeldversicherungen der Branchen B2 und A5, welche auf dem VVG beruhen. Tarife und Allgemeine Versicherungsbedingungen, welche in der Schweiz verwendet werden, bilden Bestandteil des Geschäftsplans und sind vorab durch die Aufsichtsbehörde zu genehmigen (Art. 4 Abs. 2 Bst. r VAG i.V. mit Art. 5 Abs. 1 VAG). 2
- Die Kollektiv-Krankentaggeldversicherungen gelten nicht als Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung. Dementsprechend unterliegen sie nicht der präventiven Kontrolle<sup>1</sup>. Bei den Kollektiv-Krankentaggeldversicherungen sind allerdings die Bestimmungen über die Einteilung versicherter Risiken in *Tarifklassen* und die Erfahrungstarifizierung gemäss Art. 157 i.V. mit Art. 123 AVO zu beachten, welche in Rz 64 ff. konkretisiert werden. Abgesehen von den Übergangsbestimmungen (Rz 82 f.) gelten die übrigen Bestimmungen für die Kollektiv-Krankentaggeldversicherungen nicht. 3
- Ebenfalls nicht vorlagepflichtig sind die Tarife und Allgemeinen Versicherungsbedingungen zur Deckung akzessorischer Krankheitsrisiken, die in *Versicherungsprodukten* enthalten sind, sofern die Deckung gemessen an der zu erwartenden Schadenlast geringer als die Summe der übrigen in denselben Verträgen gedeckten Risiken ist. 4

## II. Vorlagepflicht

- Der Tarifvorlagepflicht unterliegen Prämienberechnungen in der Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung, welche sich aus den vertraglichen Verpflichtungen des privaten Versicherungsunternehmens oder der Krankenkasse ergeben. 5
- Ein Ausgleich dieser übernommenen Risiken ist innerhalb des Bestandes über die Zeit zu gewährleisten. 6
- Vertragliche Verpflichtungen des privaten Versicherungsunternehmens oder der Krankenkasse, denen keine Stochastizität zu Grunde liegt, sind zulässig, sofern sie zur Lenkung des Verhaltens von Versicherten, zur Risikoverringerung oder -vermeidung, insbesondere zur Gesundheitsförderung und Prävention, dienen. Die daraus erwarteten Schadenminderungen gelten als *Rabatt* (vgl. Rz 38 ff.), der zusammen mit der Tarifeingabe zur Genehmigung vorzulegen ist. 7
- Anderweitige Leistungen des privaten Versicherungsunternehmens oder der Krankenkasse 8
- 

<sup>1</sup> Vgl. Entscheid des Bundesverwaltungsgerichts vom 25.5.2007

zu Gunsten der Versicherten gelten nicht als genehmigungspflichtiger Rabatt. Diese sind aus Eigenmitteln des privaten Versicherungsunternehmens oder der Krankenkasse zu finanzieren. In den Statistiken zur Begründung von Tarifanpassungen dürfen diese Leistungen nicht aufgeführt werden.

### III. Versicherungstechnik

#### A. Bandbreite eines gesetzlich zulässigen technischen Produktergebnisses

Das erwartete *technische Ergebnis*, das aus der Tarifikalkulation resultiert, muss positiv ausfallen und damit einen Gewinn darstellen. Der kumulierte Gewinn über die Zeit darf den Gegenwert der Entschädigung für das übernommene technische Risiko zuzüglich des Zinses für eine risikofreie Kapitalanlage nicht wesentlich überschreiten. 9

Falls über die Zeit kumulierte Ergebnisse eines *Produktes* zu nicht mehr gerechtfertigt hohen Gewinnen oder zu einem Verlust führen, reicht das private Versicherungsunternehmen oder die Krankenkasse rechtzeitig eine revidierte technische Grundlage für die betroffenen Tarife ein. 10

#### B. Erfassung aller wesentlichen Risiken

##### a) Anforderung 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 für die vertraglichen Verpflichtungen die aktuell vorhersehbaren wesentlichen Risiken, wie etwa diejenigen der negativen finanziellen Auswirkungen einer potenziellen Antiselektion, der Schwankungsrisiken sowie eines ungenügenden Ausgleichs unter den Risiken (z.B. Alterung). Es ist darzulegen, wie die finanzielle Deckung erfolgen soll. Krankenkassen berücksichtigen diese Risiken ausschliesslich in der Tarifikalkulation. 11

Aus den vertraglichen Verpflichtungen ist aktuariell der erwartete nominelle jährliche Aufwand für die während eines Geschäftsjahres anfallenden Schadenfälle unter Berücksichtigung der Abweichungen von diesem Wert zu ermitteln. 12

Tarifanpassungen zur Sicherung der Solvenz dürfen nur die nicht im Voraus kalkulierbare *exogene Teuerung* berücksichtigen. 13

##### b) Beschränkungen bei der Zulassung der Finanzierungsverfahren

a. Das *Ausgaben-Umlageverfahren* darf für Krankenversicherungen nach VVG nicht verwendet werden, da es einer Veränderung der Bestandesstruktur nicht risikogerecht begegnet. 14

b. Eine Solidarität zwischen den Altersgruppen darf nicht ohne die Bildung einer geeigneten *Alterungsrückstellung* erfolgen, welche das *Alterungsrisiko* langjährig umverteilt. 15

## C. Versicherungstechnische Rückstellungen

### a) Bewertung und Bildung

- Art. 16 VAG und Art. 54 Abs. 1 AVO verlangen die Bildung ausreichender versicherungstechnischer Rückstellungen zur Deckung der Verpflichtungen. Deren Bewertung basiert sowohl auf dem evaluierten Umfang der spezifizierten Risiken als auch dem zu Grunde liegenden Finanzierungsverfahren. Auf dieser Grundlage werden die entsprechenden Prämienanteile bei der Festsetzung des Tarifs kalkuliert. Die Bedingungen der Bildung von versicherungstechnischen Rückstellungen sind im Geschäftsplan festzulegen und deren Bewertung zu dokumentieren. Es bestehen folgende Kategorien versicherungstechnischer Rückstellungen: 16
- a. *Schadenrückstellung*: Es sind nach dem Verfahren der Schaden- und Zahlungsabwicklung *Schadenrückstellungen* zu bilden. Dabei kann der in der Krankenversicherung geläufigen Usanz Rechnung getragen werden, wonach die Schäden dem Behandlungs-, nicht dem Ereignisjahr zugeordnet werden. 17
- b. *Alterungsrückstellung*: Das *Alterungsrisiko* ist unter Berücksichtigung der Dynamik in den Versichertenbeständen und des Tarifprofils technisch zu bewerten. Gestützt darauf und auf die Bedingung von Rz 15 sind *Alterungsrückstellungen* zu bilden, welche die langfristige Umverteilung sicherstellen und die mit der Alterung verbundenen Parameterrisiken abdecken. Auch bei Anwendung eines altersgerechten Tarifs (nach Effektivalter) ist eine *Alterungsrückstellung* zu bilden, sofern diesbezüglich ein Parameterrisiko vorliegt. 18
- c. *Schwankungsrückstellung*: Die für die einzelnen *Produkte* technisch bewerteten unsystematischen Schwankungen sind bei der Bestimmung der Höhe der *Schwankungsrückstellung* zwecks Ausgleichs der *technischen Ergebnisse* über die Zeit zu berücksichtigen. 19
- d. *Sicherheitsrückstellung* der privaten Versicherungsunternehmen: Die privaten Versicherungsunternehmen können *Sicherheitsrückstellungen* für spezifische Unternehmensrisiken bilden, welche aus Gewinnen finanziert werden müssen. 20
- e. *Sicherheitsrückstellung* der Krankenkassen: Die Krankenkassen, die den Vorschriften über die Eigenmittel nach VAG nicht unterliegen, müssen die aus dem Betrieb der Krankenversicherungen nach VVG anfallenden Risiken entweder entsprechend reduzieren oder dafür Sicherheitsrückstellungen aus erzielten Gewinnen aufbauen. 21
- f. Antiselektion: Für das Risiko der Antiselektion, welches infolge ungünstiger Bestandesentwicklungen zusätzlich zum Teuerungs- und *Alterungsrisiko* eintreten kann, sind Rückstellungen im Sinne von Art. 69 Bst. g AVO zu bilden. 22

### b) Zuordnung

Die versicherungstechnischen Rückstellungen für in die Tarifikalkulation einbezogene Risiken sind einer der Kategorien von versicherungstechnischen Rückstellungen nach Art. 69 AVO zuzuordnen. Die Zuführung der finanziellen Mittel auf die verschiedenen Kategorien versicherungstechnischer Rückstellungen im Rechnungsjahr erfolgt nach den entsprechenden Erklärungen im Geschäftsplan. 23

Die privaten Versicherungsunternehmen und die Krankenkassen führen die 24

*Schwankungsrückstellung* und die *Sicherheitsrückstellung* in der Buchhaltung getrennt.

### c) **Auflösung**

Die Auflösung der versicherungstechnischen Rückstellungen gemäss Art. 54 Abs. 3 AVO ist im Geschäftsplan unter Angabe des Verwendungszwecks festzuhalten und hat dem Zweck von Art. 69 AVO Rechnung zu tragen. Der Bedarf zur Auflösung versicherungstechnischer Rückstellungen ergibt sich aus der Tariffkalkulation und dem *Finanzierungsverfahren*. 25

### d) **Nicht mehr benötigte versicherungstechnische Rückstellungen**

a. Für nicht mehr benötigte versicherungstechnische Rückstellungen (Art. 54 Abs. 2 AVO) unterbreitet das private Versicherungsunternehmen oder die Krankenkasse unverzüglich einen Verwendungsplan, sofern die Verwendung nicht bereits im Geschäftsplan geregelt ist. In diesem Plan ist darzulegen, wie die Verteilung der nicht mehr benötigten versicherungstechnischen Rückstellungen an diejenigen Versicherten erfolgt, welche diese Rückstellungen finanziert haben. Ist eine Verteilung dieser Mittel nach diesem Grundsatz nicht möglich, sind diese zu Gunsten des Gesamtbestands zu verwenden. 26

b. In seinem jährlichen Bericht an die Geschäftsleitung des Versicherungsunternehmens gemäss Art. 3 AVO-FINMA informiert der verantwortliche Aktuar über nicht mehr benötigte Rückstellungen. 27

### e) **Mitgabe von Alterungsrückstellungen**

Für die Mitgabe von *Alterungsrückstellungen* nach Art. 155 AVO gilt Folgendes: 28

a. Bei individuell pro Versicherten gebildeten *Alterungsrückstellungen* gilt als angemessener Teil der für den Versicherten bis zum Zeitpunkt der Vertragsauflösung geäußerte Betrag. Negative Beträge (z.B. als Folge des in bestimmten Altersbereichen sinkenden Risikos bei Frauen) sind dabei auf Null zu setzen. Der Ausschüttungsmechanismus ist im Geschäftsplan darzulegen. 29

b. Bei pauschal gebildeten *Alterungsrückstellungen* basiert die Anteilsberechnung auf dem der Bildung und Auflösung zu Grunde liegenden mathematischen Modell, aus dem sich der angemessene Anteil herleiten lassen muss. Der Ausschüttungsmechanismus ist im Geschäftsplan darzulegen. 30

c. Abzüge („Rückkaufkosten“), insbesondere für das Zinsrisiko, das Risiko von nicht amortisierten Abschlusskosten sowie für das Risiko von Massenkündigungen, sind - sofern begründet - zugelassen. 31

d. Im Todesfall des Versicherten entfällt der Anspruch auf Ausschüttung. 32

## D. **Gestaltung der Tarifstruktur**

Eine versicherungstechnische 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. 33

Der Tarif hat deshalb genügend *Tarifmerkmale* mit differenzierenden Ausprägungen 34

(*Tarifklassen*) aufzuweisen, um insbesondere der Gefahr einer Antiselektion vorzubeugen.

Zur Beurteilung des Umfangs der Umverteilungen sind die *Bedarfs-* und die *Risikoprämien* nach den relevanten *Tarifklassen* in geeigneter Weise abzubilden. Die Ermittlung dieser Prämien ist schlüssig anhand aussagekräftiger Statistiken oder bei Produktentwicklungen anhand geeigneter und begründeter Berechnungsannahmen darzulegen. Die Herleitung der Risikozuschläge ist ebenfalls zu erläutern. 35

*Umverteilungskomponenten* zur Bildung von Solidaritäten sind zulässig, sofern das Antiselektionsrisiko gebührend berücksichtigt ist. 36

Die genehmigten *Tarifmerkmale* sowie die wesentliche Struktur der *Tarifklassen* dürfen nur in Zusammenhang mit einer grundlegenden technischen Revision gemäss Rz 45 ff. abgeändert werden. 37

## E. Rabatte

*Rabatte* bilden einen besonderen Fall von *Tarifmerkmalen* (vgl. Rz 33 ff.) und sind als Bestandteile der Tarife vorlage- und genehmigungspflichtig. 38

*Rabatte*, die das versicherte Risiko bzw. die Kosten beeinflussen, sind nach den Grundsätzen von Rz 33 ff. zu begründen. *Rabatte*, die nicht technisch begründet sind, können als Element der *Umverteilungskomponente* zugelassen werden, sofern keine erhebliche Ungleichbehandlung nach Rz 33 eintritt. 39

Die genehmigte Regelung von *Rabatten* gilt, solange keine Revision der technischen Grundlagen im Sinne von Rz 45 ff. durchgeführt wird. Sie gilt für alle Versicherten desselben Bestandes, welche die Bedingungen der Gewährung des *Rabatts* erfüllen. 40

Die Bedingungen für die Gewährung und den Wegfall von *Rabatten* müssen in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen klar umschrieben sein. 41

Gesuche für Verwendung von *Rabatten* sind der FINMA bei neuen Produkten oder bei Tarifrevisionen im Sinne der Rz 43 f. und Rz 45 ff. (Art. 4 Abs. 2 Bst. r i.V. mit Art. 5 Abs. 1 VAG) zur Genehmigung vorzulegen. 42

## F. Periodische Anpassung des Prämienniveaus bestehender Tarife (ordentliche Anpassung)

Ein bestehender Tarif darf höchstens im Umfang der Entwicklung der *exogenen Teuerung* angepasst werden, sofern ein Ausgleich innerhalb des Kollektivs und über die Zeit gewährleistet ist. 43

Weitere Tarifanpassungen, d.h. solche, die das Ausmass der *exogenen Teuerung* übersteigen, sind nur unter den Voraussetzungen von Rz 45 ff. möglich. 44

## G. Revision der technischen Grundlagen eines Tarifs (ausserordentliche Anpassung)

Eine Revision der technischen Grundlagen liegt vor, wenn der entsprechende Sachverhalt gestützt auf Art. 5 VAG zu einer genehmigungspflichtigen Änderung des Geschäftsplans nach Art. 4 Abs. 2 Bst. d und r VAG führt. 45

Eine Revision muss das private Versicherungsunternehmen oder die Krankenkasse beantragen, wenn der zulässige Rahmen des technischen Gewinns im Sinne von Rz 9 überschritten wird oder die kumulierten jährlichen <i>technischen Ergebnisse</i> für ein <i>Produkt</i> zu einem Verlust führen.	46
Eine Revision kann vom privaten Versicherungsunternehmen oder der Krankenkasse beantragt werden,	47
a.    wenn technisch hinreichend begründet ist, weshalb eine Tarifsanierung erfolgen soll,	48
b.    wenn Erhöhungen über der <i>exogenen Teuerung</i> weder zu einer technischen Ungleichbehandlung noch zu einer zu erwartenden höheren Stornoquote führen. Senkungen von Tarifen unterhalb des Niveaus einer <i>Bedarfsprämie</i> dürfen ebenfalls keine technische Ungleichbehandlung zur Folge haben.	49
<b>H.    Technische Erklärungen im Geschäftsplan</b>	
Für einen genehmigungspflichtigen Tarif sind mindestens folgende Angaben einzureichen:	50
<b>a)    Finanzierungsverfahren</b>	
Im Geschäftsplan ist das gewählte <i>Finanzierungsverfahren</i> oder die kombinierte Form unter Verwendung der Begriffe gemäss Glossar (Anhang 1) zu beschreiben. Dazu gehört die Beschreibung der relevanten Risiken, der Bewertungsmethode sowie der Bildung und Auflösung der entsprechenden versicherungstechnischen Rückstellungen.	51
<b>b)    Tarifstruktur</b>	
Im Geschäftsplan ist die Tarifstruktur wie folgt zu beschreiben:	52
aa) <i>Tarifniveau</i>	
Bei Wahl eines mehrheitlich individuellen Bedarfsdeckungsverfahrens: Die Tarifprämie folgt der <i>Risikoprämie</i> . Die Tarifprämie ist explizit Teil der geschäftsplanmässigen Erklärung.	53
Bei Wahl eines überwiegend individuellen Kapitaldeckungsverfahrens oder eines überwiegend kollektiven Bedarfsdeckungsverfahrens: Das Verhältnis zwischen Tarif- und <i>Risikoprämien</i> ist anzugeben.	54
Bei Wahl eines überwiegend kollektiven Kapitaldeckungsverfahrens: Das Verhältnis zwischen Tarif-, <i>Risiko-</i> und <i>Bedarfsprämien</i> ist geeignet zu beschreiben.	55
bb) <i>Tarifpositionen</i>	
Für alle <i>Finanzierungsverfahren</i> sind die <i>Tarifmerkmale</i> und die Altersklassen vollständig aufzulisten.	56
<b>c)    Versicherungstechnische Rückstellungen</b>	
Für alle <i>Finanzierungsverfahren</i> sind folgende Angaben im technischen Teil des	57

Geschäftsplans festzuhalten:

- a. Quantitative Bewertung der einzelnen versicherungstechnischen Rückstellungen gemäss Rz 16 ff. 58
  - b. Bezeichnung der versicherungstechnischen Rückstellungen mit den ihnen zugeordneten quantifizierten Risiken im Sinne von Rz 23. 59
  - c. Ausmass und Regeln für die Auflösung von versicherungstechnischen Rückstellungen. 60
  - d. Angewendete Methoden zur laufenden Information des Managements über die Höhe der versicherungstechnischen Rückstellungen und deren Bedeckung durch das gebundene Vermögen. 61
- Bei genehmigten *Produkten* sind der FINMA jeweils der Tarif und die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und/oder die Zusatzbedingungen in den verwendeten Sprachen zweifach einzureichen. 62

#### I. Werbung für noch nicht genehmigte Produkte

- 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. 63

### IV. Kollektivkrankentaggeldversicherung: Erfahrungstarifizierung und Einteilung in Tarifklassen (Art. 157 i.V. mit Art. 123 AVO)

#### A. Information des Versicherungsnehmers

- Vor Vertragsabschluss oder –änderung informiert das private Versicherungsunternehmen oder die Krankenkasse den Versicherungsnehmer über die Tarifklassifikation seines Betriebs und gegebenenfalls über Systeme der Gewinnbeteiligung, der Erfahrungstarifizierung und der Abhängigkeit der Prämie von der Lohnsumme. 64
- Ist es dem privatem 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 zumindest die Faktoren, welche für die Prämienbestimmung massgebend sind, bekannt zu geben. 65

#### B. Tarifgestaltung

- Für einen bestimmten Vertrag oder eine bestimmte *Tarifklasse* muss die angewendete Prämie die individuelle und die kollektive Schadenerfahrung angemessen berücksichtigen. Dies bedeutet, dass der Gewichtungsfaktor der individuellen Schadenerfahrung ( $z$ ) und der Gewichtungsfaktor der kollektiven Schadenerfahrung ( $1-z$ ) in einem Verhältnis stehen müssen, welches der Kreditibilität des Vertrags oder der *Tarifklasse* entspricht. 66
- Der Kreditibilitätsfaktor wird anhand eines in der anerkannten Literatur angegebenen Verfahrens bestimmt, wobei die Methode gegebenenfalls an die spezifische Situation anzupassen ist. 67

Die Fälle $z=1$ und $z=0$ sind soweit begründet zugelassen. Dies gilt insbesondere, wenn keine individuelle Schadenerfahrung vorliegt oder wenn die kollektive Schadenerfahrung nicht relevant ist (Full Credibility, atypischer Risikobestand, Bonus/Malus-System).	68
<b>V Materielle Anforderungen an die Eingabe von Tarifgesuchen nach Rz 5 ff., Rz 9 bis 42 und Rz 45 ff.</b>	
<b>A. Einführungs- und Wachstumsphase eines Produktes</b>	
<b>a) Erstgesuch von Produkten</b>	
Bei einem neuen <i>Produkt</i> (z.B. Pflegeversicherung) verfügt das private Versicherungsunternehmen oder die Krankenkasse über keine eigenen verlässlichen statistischen Daten. Auch sind oftmals keine öffentlich zugänglichen geeigneten Daten vorhanden. Ferner ist das Kundenverhalten ungewiss.	69
Geeignete technische Grundlagen sind zu erarbeiten, damit eine adäquate Evaluation und Quantifizierung der massgeblichen Risiken (vgl. Rz 11 ff. und Rz 16 ff.), die das <i>Produkt</i> deckt, ermöglicht werden.	70
Trotzdem ist mit Unsicherheiten in der Tarifikalkulation zu rechnen. Der verantwortliche Aktuar muss daher den Tarif überwachen und gegebenenfalls eine Revision der technischen Grundlagen veranlassen sowie den Geschäftsplan anpassen.	71
Zentral ist ein von der Geschäftsleitung verabschiedeter Businessplan, der mittels verschiedener <i>Szenarien</i> zeigt, dass das private Versicherungsunternehmen oder die Krankenkasse die Investitionskosten und eine Periode mit negativen Ergebnissen tragen kann.	72
<b>b) Weiterentwicklung von Produkten</b>	
Bei einer Weiterentwicklung eines bestehenden <i>Produktes</i> (z.B. Spitalzusatzversicherung mit Wahlmöglichkeit) sind statistische Daten verfügbar, aber eventuell nicht in der benötigten Form oder Detaillierung. Zudem ist das Kundenverhalten mit Unsicherheit behaftet.	73
Auch hier treten die gleichen Unsicherheiten wie bei der Neuentwicklung auf, jedoch in geringerem Ausmass. Die vorhandenen Statistiken sind zu präsentieren und zu interpretieren. Auch hier muss der verantwortliche Aktuar eine Nachkalkulation des Tarifes vornehmen und bei Bedarf eine Revision der technischen Grundlagen veranlassen. Ein Bedarf ist beispielsweise bei einer erheblichen Abweichung des finanziellen Ergebnisses des <i>Produktes</i> von den Projektionen oder bei erheblichen ungerechtfertigten Abweichungen der Ergebnisse zwischen den <i>Tarifklassen</i> gegeben. Ein von der Geschäftsleitung verabschiedeter Businessplan inklusive <i>Szenarien</i> ist notwendig.	74
<b>c) Spezielle Finanzierungsverhältnisse</b>	
Verwendung eines kollektiven Finanzierungsverfahrens: Eine absolut zentrale Rolle für die Beurteilung des Finanzierungsverfahrens spielt die <i>Bedarfsprämie</i> . Die Angabe der <i>Bedarfsprämien</i> nach den relevanten <i>Tarifklassen</i> erlaubt es, den Umfang der allfälligen Umverteilungen zu messen. Angesichts dessen ist in den Produktvorlagen auf die Ermittlung der <i>Bedarfsprämien</i> besonders zu achten. Wie sie	75

ermittelt worden sind, ist schlüssig darzulegen.

Finanzierung kleiner Bestände: 76  
 Bei kleinen Beständen sind die Abweichungen vom Erwartungswert der Schäden mittels geeigneter statistischer Methoden zu berücksichtigen. Dabei muss sowohl den Abweichungen, die mit der Schadenverteilung verbunden sind, als auch denjenigen, die durch die Bestandesgrösse bedingt sind, Rechnung getragen werden.

#### d) **Gesuch um Revision technischer Grundlagen**

Wird um Revision von technischen Grundlagen ersucht, sind die Angaben nach Rz 81 einzureichen. 77

### B. Reifephase

Bei einem *Produkt* in der Mitte des Produktzyklus sollte eine Tarifrevision mit Strukturanpassung nicht mehr notwendig sein. Sollte indessen das Versicherungsverhalten ändern (z.B. bei der Krankentaggeldversicherung) oder die Rechtsprechung zur Verteuerung bestimmter Leistungskategorien führen, so dass die Prämieinnahmen mit der Zeit nicht mehr ausreichen, kann eine selektive Prämienanpassung notwendig werden. 78

Selektive Prämienanpassungen sollten aber die Ausnahme sein und werden entsprechend restriktiv genehmigt. Häufiger dürften teuerungsbedingte Prämienanpassungen sein, die in den meisten Fällen linear vorgenommen werden können. In beiden Fällen sind die Prämienanpassungen anhand von Statistiken zu belegen. 79

### C. Sättigungs- und Rückbildungsphase

Noch in der Sättigungsphase dürfen Anpassungen am *Finanzierungsverfahren* im Sinne von Rz 45 ff. vorgenommen werden, sofern erhebliche, nicht vorhersehbare Risiken eingetreten sind. Die Überwälzung dieser Risiken auf die Versicherten ist nach Abschluss der Sättigungsphase grundsätzlich nicht vorgesehen. 80

## VI **Liste einzureichender Dokumente für neue Produkte oder Revisionen der technischen Grundlagen**

Zusätzlich zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen und dem vollständigen Tarif sind folgende Angaben erforderlich: 81

1. Bei Revision der technischen Grundlagen ist eine Begründung unter Berücksichtigung von Rz 45 ff. zu liefern.
2. Beschreibung des *Finanzierungsverfahrens* des *Produktes* und gegebenenfalls der Rückversicherung.
3. Begründete Ermittlung der *Risikoprämien* und –zuschläge, in aussagekräftigen Statistiken, oder mangels Statistiken mit geeigneten Berechnungen unter Angabe der Annahmen.
4. Beschreibung der Struktur der Prämien und deren wesentlichen Komponenten (*Tarifklassen*, *Risikoprämie*, Risikozuschläge, Zuschlag für Verwaltungskosten, allfällige *Umverteilungs-* oder *Alterskomponente*, Gewinnmarge).
5. Beschreibung und Begründung des Rabattsystems oder der Überschussbeteiligung.
6. Nachweis mittels geeigneter *Szenarien*, dass das gewählte Finanzierungsmodell die

- mittel- bis langfristige Beständigkeit des *Produktes* erlaubt, falls eine *zeitliche Umverteilung* vorgesehen ist.
7. Präzise Beschreibung der Bildung und der Auflösung der jeweiligen Kategorien versicherungstechnischer Rückstellungen (gemäss Art. 54 Abs. 3 sowie 69 AVO).
  8. Beschreibung der Akquisitionspolitik sowie der mittelfristig erwarteten Bestandesstruktur.
  9. Ein von der Geschäftsleitung verabschiedeter Businessplan, welcher insbesondere die Anzahl Versicherter, den Schadenaufwand, die Verwaltungskosten, die Bildung und die Auflösung der Rückstellungen aufzeigt, der auch den Anforderungen nach Rz 69 ff. Rechnung trägt.
  10. Plan zur Rückerstattung der *Alterungsrückstellungen*, falls Art. 155 AVO zur Anwendung kommt.

## VII Übergangsbestimmungen

- |  |    |
|--|----|
| Das vorliegende Rundschreiben löst die früheren Vorgaben dieser Behörde bzw. ihrer Vorgängerbehörde, des Bundesamts für Privatversicherungen, ab, soweit diese dieselben Sachverhalte abdecken wie dieses Rundschreiben. | 82 |
| Für die genehmigten <i>Produkte</i> der Zweige B2 und A5 sind die vorliegenden Bestimmungen anwendbar, sobald eine technische Revision gemäss Rz 45 ff. vorgenommen wird.  | 83 |

<p>Alterskomponente</p>	<p>Die Alterskomponente ist der Anteil der Prämie, welcher zur Bildung einer <i>Alterungsrückstellung</i> dient bzw. der fehlende Anteil der Prämie, welcher durch Auflösung der <i>Alterungsrückstellung</i> finanziert wird.</p>
<p>Alterungsrisiko</p>	<p>Das Alterungsrisiko besteht einerseits in den finanziellen Folgen einer Änderung in der Altersstruktur des <i>Versichertenbestandes</i> und andererseits in den mit der Alterung zusammenhängenden Parameterrisiken (Modell-, Schätz- und Änderungsrisiken). Dies schliesst zum Beispiel das Risiko einer für die ältesten Versicherten überdurchschnittlichen Teuerung ein.</p>
<p>Alterungsrückstellungen</p>	<p>Der Definition des <i>Alterungsrisikos</i> entsprechend umfassen die Alterungsrückstellungen zwei Komponenten: die Vorfinanzierung zwecks Sicherstellung der langfristigen Umverteilungen und die Rückstellung zwecks Abdeckung der Parameterrisiken, die mit der Alterung des <i>Versichertenbestandes</i> in Zusammenhang stehen.</p>
<p>Äquivalenzprinzip</p>	<p>Das Äquivalenzprinzip für die Tarifierung ist definiert als Gleichheit von erwartetem Aufwand und erwartetem Ertrag. Es kann innerhalb der in diesem Rundschreiben vorgesehenen Schranken auf ein einzelnes Risiko (individuell) oder auf einen <i>Versichertenbestand</i> (kollektiv) angewendet werden.</p>
<p>Ausgaben-Umlageverfahren</p>	<p>Im reinen Ausgaben-Umlageverfahren halten sich Ausgaben und Einnahmen eines Jahres etwa die Waage. Äquivalenz besteht also zwischen Einnahmen und Ausgaben, nicht jedoch zwischen Aufwand und Ertrag eines Jahres. Die charakteristische Eigenschaft besteht darin, dass weder Prämien- noch <i>Schadenrückstellungen</i>, und weder Deckungskapitalien noch <i>Alterungsrückstellungen</i> gebildet werden. Die Prämienzahlungen des laufenden Jahres werden für die fälligen Leistungen verbraucht.</p>
<p>Bedarfsdeckungsverfahren, individuelles</p>	<p>Das individuelle Bedarfsdeckungsverfahren ist ein <i>Finanzierungsverfahren</i>, bei welchem der Ertrag eines Jahres und der erwartete Aufwand für die Deckung der Schadenfälle dieses Jahres für jedes einzelne Risiko in etwa ausgeglichen gehalten werden. Es erfolgt dabei grundsätzlich keine Umverteilung.</p>
<p>Bedarfsdeckungsverfahren, kollektives</p>	<p>Das kollektive Bedarfsdeckungsverfahren ist ein <i>Finanzierungsverfahren</i>, bei welchem Aufwand und Ertrag eines Jahres über einen <i>Versichertenbestand</i> in etwa ausgeglichen gehalten werden. In einem gewissen Ausmass erfolgen dabei Umvertei-</p>

	<p>lungen zwischen den verschiedenen Risikogruppen, beispielsweise zwischen Männern und Frauen des Bestandes. Hingegen ist keine Umverteilung zwischen jüngeren und älteren Versicherten vorgesehen.</p> <p>Dieses Verfahren entspricht dem Prämierendurchschnittsverfahren gemäss Walter Saxer (vgl. Versicherungsmathematik, Erster Teil, Springer Verlag, 1979, S. 205).</p>
Bedarfsprämie	Die Bedarfsprämie ist gleich der <i>Risikoprämie</i> zuzüglich der <i>Alterskomponente</i> .
Exogene Teuerung	Die exogene Teuerung ist der Anteil an der Zunahme des Schadenaufwandes pro Kopf, welcher auf Faktoren, die das Versicherungsunternehmen nicht oder nur geringfügig beeinflussen kann, zurückzuführen ist.

<p>Finanzierungsverfahren und deren Grundtypen</p>	<p>Finanzierungsverfahren in der Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung sind gekennzeichnet durch eine bestimmte Realisation des <i>Äquivalenzprinzips</i>. Das Finanzierungsverfahren ist in Bezug zu setzen zur Periode, zu den Teilbeständen, über welche dem <i>Äquivalenzprinzip</i> entsprochen wird, und zu den Angaben zur Bildung und Verwendung der versicherungstechnischen Rückstellungen.</p> <p>Die fraglichen Teilbestände können den ganzen <i>Versichertenbestand</i> (<i>Ausgaben-Umlageverfahren</i>), die einzelnen Versicherten (<i>individuelles Bedarfsdeckungs- bzw. Kapitaldeckungsverfahren</i>) oder eine Gruppe von <i>Tarifklassen</i> (<i>kollektives Bedarfsdeckungs- bzw. Kapitaldeckungsverfahren</i>) umfassen.</p> <p>Begriffe zum Finanzierungsverfahren können klassifiziert werden, indem auf die Anwendung des <i>Äquivalenzprinzips</i> und auf die <i>zeitliche Umverteilung</i> von Ausgaben und Einnahmen abgestellt wird. In der Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung bilden dementsprechend vier Verfahren die Grundlage für die Festlegung konkreter Finanzierungsverfahren. Zudem sind einzelne Merkmale der vier Grundtypen kombinierbar.</p> <table border="1" data-bbox="627 1294 1404 1751"> <tr> <td></td> <td data-bbox="798 1294 1058 1473">Ohne zeitliche Umverteilung</td> <td data-bbox="1058 1294 1404 1473">Mit zeitlicher Umverteilung (<i>Alterungsrückstellung</i> notwendig)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="627 1473 798 1612">Individuelle Tarifierung</td> <td data-bbox="798 1473 1058 1612">Individuelles Bedarfsdeckungsverfahren</td> <td data-bbox="1058 1473 1404 1612">Individuelles Kapitaldeckungsverfahren</td> </tr> <tr> <td data-bbox="627 1612 798 1751">Kollektive Tarifierung</td> <td data-bbox="798 1612 1058 1751">Kollektives Bedarfsdeckungsverfahren</td> <td data-bbox="1058 1612 1404 1751">Kollektives Kapitaldeckungsverfahren</td> </tr> </table>		Ohne zeitliche Umverteilung	Mit zeitlicher Umverteilung ( <i>Alterungsrückstellung</i> notwendig)	Individuelle Tarifierung	Individuelles Bedarfsdeckungsverfahren	Individuelles Kapitaldeckungsverfahren	Kollektive Tarifierung	Kollektives Bedarfsdeckungsverfahren	Kollektives Kapitaldeckungsverfahren
	Ohne zeitliche Umverteilung	Mit zeitlicher Umverteilung ( <i>Alterungsrückstellung</i> notwendig)								
Individuelle Tarifierung	Individuelles Bedarfsdeckungsverfahren	Individuelles Kapitaldeckungsverfahren								
Kollektive Tarifierung	Kollektives Bedarfsdeckungsverfahren	Kollektives Kapitaldeckungsverfahren								
<p>Kapitaldeckungsverfahren, individuelles</p>	<p>Das individuelle Kapitaldeckungsverfahren ist ein <i>Finanzierungsverfahren</i>, bei welchem sich der diskontierte Aufwand und der diskontierte Ertrag während der Gesamtlaufzeit eines Vertrages die Waage halten. Zwischenzeitlich können grössere</p>									

	<p>Unterschiede zwischen Prämien und Leistungen auftreten.</p> <p>Das individuelle Kapitaldeckungsverfahren ist aus der Lebensversicherung bekannt, wobei meistens die Höhe der Prämie im Voraus über die gesamte Vertragsdauer garantiert ist.</p>
Kapitaldeckungsverfahren, kollektives	<p>Das kollektive Kapitaldeckungsverfahren ist ein <i>Finanzierungsverfahren</i>, bei welchem der zukünftige Aufwand und Ertrag eines ganzen Portefeuilles (aber nicht pro Individuum) ausgeglichen gehalten werden. Es ist nicht nur eine Umverteilung innerhalb eines Jahres, sondern auch über die Restlaufzeit des <i>Versichertenbestandes</i> vorgesehen.</p>
Produkt	<p>Ein Versicherungsprodukt wird durch die Versicherungsbedingungen und die dazugehörigen Tarife gebildet.</p>
Rabatt	<p>Rabatte sind Reduktionen, die auf den Prämien des genehmigten Tarifs gewährt werden.</p> <p>Rabatte können das versicherte Risiko bzw. die Kosten beeinflussen oder nicht. Im ersten Fall können Rabatte ein Ersatz für ein nicht erfasstes Risikomerkmale sein (erwarteter tieferer Schadenerwartungswert oder tiefere Verwaltungskosten) oder der Lenkung des Risikoverhaltens dienen (z.B. Schadenfreiheitsrabatt, Bonus-/Malussysteme, Rabatte für die Mitglieder von Vereinen, Verbänden mit bestimmter Risikostruktur).</p> <p>Sofern Rabatte nicht technisch begründet sind, bilden sie ein Element der <i>Umverteilungskomponente</i>.</p>
Risikogerechter Tarif	<p>Ein Tarif gilt als risikogerecht, falls für eine genügend differenzierte <i>Tarifstruktur</i> und jede <i>Tarifklasse</i> die Prämien abzüglich der Gewinnmarge und der Komponente für die Verwaltungskosten den jeweiligen <i>Bedarfsprämien</i> entsprechen.</p>
Risikomerkmale	<p>Risikomerkmale sind Merkmale der versicherten Personen, die einen Einfluss auf das Risiko haben, das heisst Merkmale, die entweder die Gefahr oder deren Wirkung beeinflussen.</p>
Risikoprämie	<p>Die Risikoprämie einer gegebenen <i>Tarifklasse</i> ist definiert als die kalkulierte Prämie, welche den erwarteten Schadenaufwand der betroffenen <i>Tarifklasse</i> während eines Behandlungsjahres abzudecken vermag. Die Risikoprämie enthält keine Kosten-, Sicherheits- oder Gewinnkomponenten. Sie entspricht der aus der Lebensversicherung bekannten Unterteilung der</p>

	Nettoprämie in Risiko- und Sparprämie.
Schadenrückstellungen	<p>Die Schadenrückstellungen umfassen die Rückstellungen für die per Stichtag pendenten Schadenfälle, die Rückstellungen für die per Stichtag noch nicht gemeldeten Schadenfälle sowie die Rückstellungen für allfällige zukünftige Schadenaufwendungen der per Stichtag bereits erledigten Schadenfälle (Wiederöffnungen).</p> <p>Gegebenenfalls umfassen sie auch die allozierbaren und nicht allozierbaren Schadenbearbeitungskosten.</p>
Schwankungsrückstellungen	<p>Die Schwankungsrückstellungen sind versicherungstechnische Rückstellungen, die zum Ausgleich der Volatilität und damit zum zeitlichen Ausgleich der <i>technischen Ergebnisse</i> dienen. Sie werden durch entsprechende Teile der Prämien finanziert.</p> <p>Die Volatilitätsmessung erfolgt unter Berücksichtigung von Diversifikation, Grösse und Struktur über das ganze Versicherungsportefeuille des privaten Versicherungsunternehmens oder der Krankenkasse, wobei die Allokation der globalen <i>Sicherheits-</i> und Schwankungsrückstellungen die tatsächliche Volatilität der jeweiligen <i>Produkte</i> berücksichtigt.</p> <p>Im vorliegenden Rundschreiben werden die <i>Sicherheits-</i> und die Schwankungsrückstellungen getrennt betrachtet.</p>
Sicherheitsrückstellungen	<p>Die Sicherheitsrückstellungen dienen zum Auffangen der Unternehmensrisiken und werden aus den Gewinnanteilen alimentiert.</p> <p>Im vorliegenden Rundschreiben werden die Sicherheits- und die <i>Schwankungsrückstellungen</i> getrennt betrachtet.</p>
Szenario	<p>Falls eine <i>zeitliche Umverteilung</i> der Schadenlasten vorgesehen ist, muss im Rahmen des Genehmigungsverfahrens mindestens ein Szenario vorgelegt werden, das neben den Prämieinnahmen und den Schadenzahlungen die erwartete Entwicklung der Struktur des <i>Versichertenbestandes</i>, die Verwendung der <i>Umverteilungskomponenten</i> sowie die Bildung und die Auflösung der verschiedenen Kategorien von technischen Rückstellungen aufzeigt. Das Szenario muss den Ablauf des <i>Produktes</i> in seiner Einführungs- und Wachstumsphase wie auch in seiner Reifephase simulieren.</p>

Tarifklasse	Eine Tarifklasse ist eine bestimmte Ausprägung eines jeden <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, gut messbar und klassifizierbar sind.
Tarifstruktur	Die Tarifstruktur ist einerseits durch die Angabe der <i>Tarifmerkmale</i> und –klassen sowie andererseits durch die Umschreibung 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 einerseits den verdienten Prämien und andererseits der Summe der angefallenen Schadenzahlungen plus der Netto-Veränderungen der versicherungstechnischen Rückstellungen plus der zugeordneten Verwaltungskosten. Beim <i>Kapitaldeckungsverfahren</i> sind die zugeteilten Kapitalerträge hinzuzufügen.
Umverteilungskomponente	Die Umverteilungskomponente ist die Komponente der Prämie, welche 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 <i>Tarifklassen</i> gleich null.
Versichertenbestand	Gesamtheit der Versicherten pro <i>Produkt</i> .
Zeitliche Umverteilung	Wenn die Äquivalenz zwischen Ausgaben und Einnahmen nicht laufend, sondern nur über die gesamte Vertragsdauer gewahrt werden soll, wird von zeitlicher Umverteilung gesprochen. Zwischenzeitlich können grössere Unterschiede zwischen Ausgaben und Einnahmen auftreten.

# Anhang 2



## Verzeichnis verwendeter Abkürzungen

AVO	Aufsichtsverordnung (SR 961.011)
AVO-FINMA	Aufsichtsverordnung FINMA (SR 961.011.1)
FINMA	Eidgenössische Finanzmarktaufsicht
FINMAG	Finanzmarktaufsichtsgesetz (SR 956.1)
KVG	Krankenversicherungsgesetz (SR 832.10)
KVV	Krankenversicherungsverordnung (SR 832.102)
Rz	Randziffer
VAG	Versicherungsaufsichtsgesetz (SR 961.01)
VVG	Versicherungsvertragsgesetz (SR 221.229.1)