

Orientations sur le sous-module « risque de catastrophe en santé »

Introduction

- 1.1. Conformément à l'article 16 du règlement (UE) n° 1094/2010 du Parlement européen et du Conseil du 24 novembre 2010 instituant une Autorité européenne de surveillance (ci-après, le « règlement AEAPP »)¹,
l'AEAPP émet des orientations sur le sous-module « risque de catastrophe en santé ». Les présentes orientations se rapportent à l'article 105, paragraphe 4, de la directive 2009/138/CE du Parlement européen et du Conseil du 25 novembre 2009 sur l'accès aux activités de l'assurance et de la réassurance et leur exercice (solvabilité II)², ainsi qu'aux articles 160 à 163 et à l'annexe VI des mesures d'exécution³.
- 1.2. Les présentes orientations sont publiées à l'attention des autorités de contrôle au titre de la directive solvabilité II.
- 1.3. Les présentes orientations visent à faciliter la convergence des pratiques entre États membres et à aider les entreprises à définir et à calculer de manière appropriée les quantités impliquées dans le calcul du capital requis pour catastrophe en santé dans différents cas et situations possibles.
- 1.4. Les calculs visant à déterminer le capital requis pour le sous-module « risque de catastrophe en santé » devraient être cohérents avec la conception et le calibrage des scénarios sous-jacents.
- 1.5. Les entreprises d'assurance et de réassurance peuvent être confrontées à des situations différentes selon les caractéristiques de leurs produits et les réglementations nationales.
- 1.6. Aux fins des présentes orientations, la définition suivante a été élaborée:
 - « sinistre unique »: sinistre à la suite d'un événement particulier survenu à une seule personne assurée identifiée.
- 1.7. En l'absence de définition dans les présentes orientations, les termes ont le sens défini dans les actes législatifs visés dans l'introduction.
- 1.8. Les présentes orientations entreront en vigueur à compter du 1^{er} avril 2015.

Orientation 1 – Dispositions générales concernant le calcul de l'exigence de capital pour catastrophe en santé

- 1.9. S'il est nécessaire de déterminer la cause d'un scénario de catastrophe dans les calculs du capital requis pour le sous-module « risque de catastrophe en santé » et si les effets décrits dans les scénarios peuvent avoir différentes causes, les entreprises devraient utiliser dans le calcul la cause engendrant la perte la plus élevée en fonds propres de base. Les entreprises devraient, en particulier, ne pas exclure le scénario selon lequel certaines causes possibles du

¹ JO L 331, du 15.12.2010, p. 48–83.

² JO L 335, du 17.12.2009, p. 1-155.

³ JO L 12 du 17.01.2015, p. 1-797.

scénario de catastrophe sont exclues au titre des termes et conditions de la police (par exemple, terrorisme).

Orientation 2 – Calcul de la somme assurée pour les prestations de mort accidentelle

1.10. Si un contrat d'assurance prévoit des prestations en cas de décès, indépendamment de la cause, et des prestations supplémentaires en cas de décès causé par un accident, les entreprises ne devraient tenir compte que des prestations supplémentaires au moment de calculer la valeur des prestations visées à l'article 161, paragraphe 3, point b), et à l'article 162, paragraphe 4, point c), des mesures d'exécution, dès lors que les conditions suivantes sont réunies:

- (a) les prestations ont été scindées;
- (b) les risques liés aux prestations en cas de décès, indépendamment de la cause, sont dûment pris en compte dans le module « risque de souscription en vie ».

1.11. Si des versements supplémentaires de prestations récurrentes sont prévus en cas de décès causé par un accident, les entreprises devraient baser leur calcul de la valeur des prestations à verser sur des paramètres de meilleure estimation (tableau de mortalité et courbe du taux d'escompte) en tenant compte des caractéristiques démographiques pertinentes. Les entreprises devraient également tenir compte dans le calcul de la durée contractuelle des versements de prestations récurrentes.

1.12. En l'absence de données démographiques ou à défaut de données démographiques suffisantes, les entreprises devraient utiliser dans le calcul de la valeur des prestations des hypothèses réalistes concernant les paramètres démographiques reposant sur des statistiques publiques ou internes. Les entreprises devraient être en mesure de justifier ces hypothèses de manière satisfaisante pour l'autorité de contrôle.

1.13. Dans le calcul de la valeur des prestations, les entreprises devraient tenir compte des augmentations attendues du montant de versements de prestations récurrentes et des dépenses de gestion des sinistres.

Orientation 3 – Calcul de la somme assurée pour les prestations de handicap permanent

1.14. Si les prestations de handicap peuvent être versées soit sous forme d'un versement unique soit sous forme de versements récurrents, les entreprises devraient adopter une approche en trois étapes afin de déterminer la valeur des prestations visées à l'article 161, paragraphe 3, point b), et à l'article 162, paragraphe 4, point c), des mesures d'exécution:

- (a) Étape 1: déterminer la proportion prévue des versements de prestations sous forme d'un versement unique.

- (b) Étape 2: déterminer, pour chaque personne assurée, les prestations en cas de versement unique et la meilleure estimation des prestations récurrentes.
 - (c) Étape 3: calculer la moyenne des deux valeurs déterminées à l'étape 2 pondérée par la proportion calculée à l'étape 1.
- 1.15. Nonobstant le premier paragraphe de la présente orientation, lorsque le choix entre versement unique et versements récurrents relève du bénéficiaire, l'entreprise devrait utiliser le maximum des deux valeurs au lieu de la moyenne pondérée.
- 1.16. Les entreprises devraient justifier les hypothèses qui sous-tendent le calcul des proportions visées au premier paragraphe. Si les entreprises ne sont pas en mesure de justifier le calcul des proportions de manière satisfaisante pour l'autorité de contrôle, elles devraient calculer la valeur des prestations comme le maximum entre le versement unique et la meilleure estimation des prestations récurrentes.
- 1.17. Si le montant des versements de prestations de handicap dépend du pourcentage de handicap des victimes, les entreprises devraient calculer la valeur des prestations pour la totalité des victimes comme suit:
- (a) établir une distribution des pourcentages de handicap entre victimes;
 - (b) calculer les coûts des sinistres associés à chaque pourcentage de handicap;
 - (c) appliquer en conséquence la distribution des pourcentages aux coûts des sinistres associés.
- 1.18. Les entreprises devraient justifier les hypothèses qui sous-tendent le calcul de la distribution des pourcentages visé au quatrième paragraphe. Si les entreprises ne sont pas en mesure de justifier le calcul des proportions de manière satisfaisante pour l'autorité de contrôle, elles devraient utiliser pour la totalité des victimes le coût des sinistres maximal de l'ensemble des pourcentages de handicap.
- 1.19. Dans le calcul de la meilleure estimation des versements de prestations récurrentes pour un événement de type « handicap permanent causé par un accident », les entreprises devraient supposer que les versements sont effectués pour la totalité de la période d'indemnisation spécifiée dans les termes et conditions de la police, mais que des sorties pour cause de mortalité peuvent survenir.
- 1.20. Aux fins du calcul, les entreprises devraient établir des hypothèses réalistes sur les taux de mortalité des personnes atteintes d'un handicap permanent sur la base de statistiques publiques ou internes. Les entreprises devraient être en mesure de justifier ces hypothèses.
- 1.21. Dans le calcul de la valeur des prestations, les entreprises devraient tenir compte des augmentations prévues du montant de versements de prestations récurrentes et des dépenses de gestion des sinistres.

Orientation 4 – Calcul de la somme assurée pour des prestations de handicap de dix ans ou de douze mois

- 1.22. Si le bénéficiaire peut recevoir soit un versement unique soit des versements de prestations récurrentes dans le cas d'événements de types « handicap de dix ans causé par un accident » ou « handicap de douze mois causé par un accident », les entreprises devraient adopter la même approche que celle décrite dans l'orientation 3.
- 1.23. Si le montant des versements de prestations de handicap dépend du pourcentage de handicap des victimes, les entreprises devraient adopter la même approche que celle décrite dans l'orientation 3, paragraphes 4 et 5.
- 1.24. Au moment de calculer la meilleure estimation des versements des prestations récurrentes pour l'événement de type « handicap de dix ans causé par un accident » ou « handicap de douze mois causé par un accident », les entreprises devraient exclure toute cause de sortie et tenir compte de la totalité des versements futurs entre:
 - (a) la fin de toute période différée;
 - (b) la fin de la période de dix ans ou de douze mois ou, si elle est antérieure, la fin de la période de couverture.
- 1.25. Dans le calcul, les entreprises devraient tenir compte des augmentations attendues du montant des versements de prestations récurrentes et des dépenses de gestion des sinistres.

Orientation 5 – Calcul de la somme assurée pour traitement médical causé par un accident

- 1.26. Les entreprises devraient calculer les montants moyens dans le cas d'événements de type « traitement médical causé par un accident » en divisant les prestations pour traitement médical engendré par un accident observées au cours des années antérieures, y compris les dépenses y afférentes, par le nombre de sinistres uniques correspondant à ces prestations.
- 1.27. Les entreprises devraient veiller à ce que la période d'observation soit suffisamment longue afin de réduire au minimum les erreurs statistiques.
- 1.28. Pour calculer les montants moyens, les entreprises devraient adapter les données antérieures pour tenir compte du taux d'inflation des frais médicaux.
- 1.29. S'il est prévu qu'un traitement médical dure plus d'un an, les entreprises devraient tenir compte du taux d'inflation prévu des frais médicaux.
- 1.30. Les entreprises devraient faire la différence de manière appropriée entre les prestations versées pour un traitement médical causé par un accident et les autres prestations sur la base d'observations antérieures. Si nécessaire, les entreprises devraient compléter cette analyse par un jugement d'expert. Les entreprises devraient baser toutes leurs estimations sur des statistiques publiques ou internes. Les entreprises devraient être en mesure de justifier ces hypothèses de manière satisfaisante à l'autorité de contrôle.

Orientation 6 – Calcul de la somme assurée dans le sous-module « risque de concentration d'accidents »

- 1.31. Pour calculer la valeur des prestations visées à l'article 162, paragraphe 4, point c), des mesures d'exécution, les entreprises devraient appliquer les mêmes principes que ceux décrits dans les orientations 2 à 4.
- 1.32. Si une personne assurée est couverte par deux ou plusieurs contrats avec des versements de prestations en cas d'événement de type e et qui ne sont pas mutuellement exclusifs, les entreprises devraient additionner les versements des prestations pour les différents contrats afin de déterminer la valeur $SI(e,i)$ visée à l'article 162, paragraphe 4, point c), des mesures d'exécution.

Orientation 7 – Calcul de l'exposition au risque de protection du revenu en cas de pandémie

- 1.33. Si le contrat prévoit des versements de prestations récurrentes, les entreprises devraient calculer la meilleure estimation des versements de prestations en cas d'incapacité de travail permanente provoquée par une maladie infectieuse, visée à l'article 163, paragraphe 2, point b), des mesures d'exécution, comme prévu dans l'orientation 3 pour la meilleure estimation des versements de prestations en cas d'événement de type « handicap permanent causé par un accident ».

Orientation 8 – Calcul de la meilleure estimation des montants de frais médicaux

- 1.34. Les entreprises devraient calculer la meilleure estimation des montants à verser pour le recours à des traitements médicaux de type h , visée à l'article 163 des mesures d'exécution, comme le produit:
- (a) du nombre prévu de recours à des traitements médicaux de type h pour une personne assurée;
 - (b) du coût des sinistres moyen prévu pour un recours unique à des traitements médicaux de type h
- où la valeur du nombre prévu de recours à des traitements médicaux est au moins 1.
- 1.35. Les entreprises devraient établir une estimation précise, basée sur leur propre expérience:
- (a) du nombre prévu de recours à chaque traitement médical de type h ;
 - (b) du coût des sinistres moyen pour un recours unique à chaque traitement médical de type h .
- 1.36. Lorsqu'une entreprise peut justifier le fait que l'expérience passée ne permet pas une estimation précise, elle doit utiliser la valeur 1 comme nombre prévu de recours à des traitements médicaux de type « hospitalisation » et « aucun soin médical formel demandé » et la valeur 2 pour le recours à des traitements médicaux de type « consultation d'un médecin ».

1.37. Les entreprises devraient adapter l'estimation du coût des sinistres moyen pour tenir compte du taux d'inflation des frais médicaux et la compléter, si nécessaire, par un jugement d'expert. La période d'observation doit être suffisamment longue afin d'éviter les erreurs statistiques.

Conformité et règles régissant la communication d'informations

1.38. Le présent document contient les orientations énoncées en application de l'article 16 du règlement AEAPP. Conformément à l'article 16, paragraphe 3, du règlement AEAPP, les autorités nationales compétentes prennent toute mesure pour se conformer aux orientations et recommandations.

1.39. Les autorités compétentes qui respectent ou entendent respecter les présentes orientations devraient les intégrer de manière appropriée dans leur cadre réglementaire ou de surveillance.

1.40. Les autorités compétentes confirment à l'AEAPP qu'elles respectent ou entendent respecter les présentes orientations, en motivant leur non-respect, dans un délai de deux mois suivant la publication des versions traduites.

1.41. En l'absence de réponse dans le délai imparti, les autorités compétentes seront considérées comme étant non conformes et signalées comme telles.

Disposition finale relative au réexamen

1.42. Les présentes orientations sont établies sous réserve d'un réexamen par l'AEAPP.