

## Circulaire

Bruxelles, le 25 avril 2016

Référence: NBB\_2016\_18

vosre correspondant:  
Kajal Vandenput  
tél. +32 2 221 51 77 – fax +32 2 221 31 04  
Kajal.vandenput@nbb.be

### **Circulaire relative aux orientations sur le sous-module « risque de catastrophe en santé » dans le calcul du capital de solvabilité requis selon la formule standard**

#### Champ d'application

*Entreprises d'assurance ou de réassurance de droit belge.*

*Entreprises d'assurance ou de réassurance faisant partie d'un groupe de droit belge au sens de l'article 339, 2° de la loi du 13 mars 2016 relative au statut et au contrôle des entreprises d'assurance ou de réassurance.*

*Entreprises de droit belge faisant partie d'un conglomérat financier de droit belge au sens de l'article 340, 1° de la loi du 13 mars 2016 précitée.*

*Succursales d'entreprises de pays tiers exerçant une activité d'assurance [ou de réassurance] en Belgique.*

*La présente circulaire est applicable aux sociétés mutualistes d'assurance définies à l'article 15, 79° de la loi du 13 mars 2016 précitée. Pour ces entreprises, il y a lieu de remplacer « la Banque » par « l'Office de contrôle des mutualités et des unions nationales de mutualités » tel que défini à l'article 15, 84° de la même loi.*

*La présente circulaire n'est pas applicable aux entreprises d'assurance visées aux articles 275, 276 ou 294 de la loi du 13 mars 2016 précitée.*

#### Objet

*La présente circulaire a pour objet d'expliquer les orientations de la Banque relative au sous-module « risque de catastrophe en santé » dans le calcul du capital de solvabilité sous la formule standard.*

#### Références juridiques

*La **Loi** : la Loi du 13 mars 2016 relative au statut et au contrôle des entreprises d'assurance ou de réassurance.*

*Le **Règlement 2015/35** : le Règlement délégué (UE) 2015/35 de la Commission du 10 octobre 2014 complétant la directive 2009/138/CE du Parlement européen et du Conseil sur l'accès aux activités de l'assurance et de la réassurance et leur exercice (Solvabilité II).*

## Structure

- I. *Objectifs*
- II. *Définitions*
- III. *Informations complémentaires*
- IV. *Entrée en vigueur*
- V. *Orientations sur le sous-module « risque de catastrophe en santé »*

Madame,  
Monsieur,

### **I. Objectifs**

La présente circulaire se rapporte à l'article 158 de la Loi et aux articles 160 à 163 du Règlement 2015/35. Elle vise à aider les entreprises à définir et à calculer de manière appropriée les quantités impliquées dans le calcul du capital requis pour le risque de catastrophe en santé dans différents cas et situations possibles.

### **II. Définitions**

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.

En l'absence de définition dans la présente circulaire, les termes ont le sens défini dans les actes législatifs et réglementaires qui y sont mentionnés.

### **III. Informations complémentaires**

La présente circulaire s'inscrit dans le cadre de la mise en œuvre harmonisée des principes de la directive 2009/138/CE du Parlement européen et du Conseil de 25 novembre 2009 sur l'accès aux activités de l'assurance et de la réassurance et leur exercice (Solvabilité II), telle que cette mise en œuvre a été déterminée par les orientations de l'Autorité européenne des assurances et des pensions professionnelles. Les entreprises peuvent, **à titre informatif**, consulter ces orientations à l'adresse suivante : <https://eiopa.europa.eu/publications/eiopa-guidelines>.

### **IV. Entrée en vigueur**

La présente circulaire s'applique à partir du 23 mars 2016.

## **V. Orientations sur le sous-module « risque de catastrophe en santé »**

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

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 ne devraient, en particulier, pas exclure le scénario selon lequel certaines causes possibles du 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 décès causé par un accident**

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), du Règlement 2015/35, 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 ».

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.

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 la Banque.

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 en cas d'invalidité permanente**

Si les prestations d'invalidité 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), du Règlement 2015/35:

- 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.

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.

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 la Banque, elles devraient calculer la valeur des prestations comme le maximum entre le versement unique et la meilleure estimation des prestations récurrentes.

Si le montant des versements de prestations d'invalidité dépend du pourcentage d'invalidité des victimes, les entreprises devraient calculer la valeur des prestations pour la totalité des victimes comme suit:

- a) établir une distribution des pourcentages d'invalidité entre victimes;
- b) calculer les coûts des sinistres associés à chaque pourcentage d'invalidité;
- c) appliquer en conséquence la distribution des pourcentages aux coûts des sinistres associés.

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 I, elles devraient utiliser pour la totalité des victimes le coût des sinistres maximal de l'ensemble des pourcentages d'invalidité.

Dans le calcul de la meilleure estimation des versements de prestations récurrentes pour un événement de type « invalidité 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.

Aux fins du calcul, les entreprises devraient établir des hypothèses réalistes sur les taux de mortalité des personnes atteintes d'une invalidité permanente sur la base de statistiques publiques ou internes. Les entreprises devraient être en mesure de justifier ces hypothèses.

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 d'invalidité de dix ans ou de douze mois**

Si le bénéficiaire peut recevoir soit un versement unique soit des versements de prestations récurrentes dans le cas d'événements de types « invalidité de dix ans causé par un accident » ou « invalidité de douze mois causé par un accident », les entreprises devraient adopter la même approche que celle décrite dans l'orientation 3.

Si le montant des versements de prestations d'invalidité dépend du pourcentage d'invalidité des victimes, les entreprises devraient adopter la même approche que celle décrite dans l'orientation 3, paragraphes 4 et 5.

Au moment de calculer la meilleure estimation des versements des prestations récurrentes pour l'événement de type « invalidité de dix ans causé par un accident » ou « invalidité 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.

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**

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.

Les entreprises devraient veiller à ce que la période d'observation soit suffisamment longue afin de réduire au minimum les erreurs statistiques.

Pour calculer les montants moyens, les entreprises devraient adapter les données antérieures pour tenir compte du taux d'inflation des frais médicaux.

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.

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 la Banque.

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

Pour calculer la valeur des prestations visées à l'article 162, paragraphe 4, point c), du Règlement 2015/35, les entreprises devraient appliquer les mêmes principes que ceux décrits dans les orientations 2 à 4.

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), du Règlement 2015/35.

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

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 « invalidité permanente causé par un accident ».

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

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 du Règlement 2015/35, 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.

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.

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 ».

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.

---

Une copie de la présente circulaire est adressée au(x) commissaire(s), réviseur(s) agréé(s), de votre entreprise.

Nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos sentiments distingués.

Jan Smets  
Gouverneur