



Rapport sur la solvabilité et la situation financière (SFCR)

Exercice 2016

Mutuelle régie par le livre II du Code de la Mutualité inscrite au répertoire SIRENE sous le n°429 211 469

15 rue du Faubourg Montmartre – 75009 PARIS

Soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudential et de résolution (ACPR) - 61 rue Taitbout - 75436 PARIS Cedex 09





Table des matières

1	Préambule.....	5
2	Activité et résultats	6
2.1	Activité	6
2.2	Résultats de souscription.....	7
2.3	Résultats des investissements.....	7
2.4	Résultats des autres activités.....	8
3	Système de gouvernance	9
3.1	Informations générales sur le système de gouvernance	9
3.1.1	Organigrammes	9
3.1.2	Fonctionnement du conseil d'administration	10
3.1.3	La Direction effective.....	11
3.1.4	Pouvoirs délégués au Dirigeant opérationnel	11
3.2	Exigences de compétence et d'honorabilité	13
3.2.1	Procédure concernant les dirigeants salariés et responsables de fonctions clefs	13
3.2.2	Procédure concernant les élus	14
3.3	Système de gestion des risques, y compris l'évaluation interne des risques et de la solvabilité	15
3.3.1	Appétence et aversion aux risques.....	16
3.3.2	La fonction de gestion des risques	16
3.3.3	Politique de souscription et de provisionnement	17
3.3.4	Politique de gestion actif-passif et politique de liquidité	19
3.3.5	Evaluation interne des risques et de la solvabilité	20
3.4	Système de contrôle interne	23
3.4.1	Objectifs.....	23
3.4.2	Organisation interne.....	23
3.4.3	Plan de continuité d'activité	25
3.5	Fonction d'audit interne	27
3.5.1	Objectifs.....	27
3.5.2	Ressources	27
3.5.3	Honorabilité et compétences	27
3.5.4	Accès à l'information	28
3.5.5	Budget.....	28



3.5.6	Plan d'audit.....	28
3.5.7	Missions exceptionnelles de conseil.....	29
3.5.8	Organisation hiérarchique.....	29
3.5.9	Déroulement d'une mission d'audit.....	29
3.5.10	Suites des audits.....	30
3.5.11	Rapports annuels.....	30
3.6	Fonction actuarielle.....	31
3.6.1	Objectifs.....	31
3.6.2	Qualité des données.....	31
3.7	Sous-traitance.....	33
3.7.1	Procédure de sélection des prestataires.....	33
3.7.2	Reporting de performance au Conseil d'administration.....	35
3.7.3	Responsabilité.....	35
3.7.4	Limitation de la dépendance financière du sous-traitant.....	35
4	Profil de risque.....	36
4.1	Risque de souscription.....	36
4.2	Risque de marché.....	36
4.3	Risque de crédit.....	36
4.4	Risque de liquidité.....	37
4.5	Risque opérationnel.....	37
4.6	Autres risques importants.....	37
5	Valorisation à des fins de solvabilité.....	38
5.1	Actifs.....	38
5.1.1	Les parts Banque Populaire.....	38
5.1.2	Valorisation des organismes de placement collectif (OPC).....	38
5.2	Provisions techniques.....	39
5.2.1	Méthodologie.....	39
5.2.2	Evaluation de la meilleure estimation de sinistres.....	39
5.2.3	Evaluation de la meilleure estimation de provisions de primes.....	40
5.2.4	Marge pour risque.....	41
5.2.5	Impôts différés.....	41
5.3	Autres passifs.....	42



5.3.1	Valorisation des autres éléments du bilan	42
5.3.2	Eléments hors bilan	42
5.4	Méthodes de valorisation alternatives	42
6	Gestion du capital.....	43
6.1	Fonds propres	43
6.1.1	Fonds propres de la MGD	43
6.2	Capital de solvabilité requis et minimum de capital requis.....	44
6.3	Utilisation du sous-module « risque sur actions » fondé sur la durée dans le calcul du capital de solvabilité requis	44
6.4	Différences entre la formule standard et tout modèle interne utilisé	44
6.5	Non-respect du minimum de capital requis et non-respect du capital de solvabilité requis	45
7	ANNEXES : QRT (ETATS DE REPORTING QUANTITATIF) PUBLICS.....	46
7.1	S.02.01.02 : Bilan.....	46
7.2	S 05.01.02 : Primes, sinistres et dépenses par ligne d'activité.....	48
7.3	S 17.01.02 : Provisions techniques non-vie	50
7.4	S 19.01.02 : Sinistres en non-vie.....	51
7.5	S.23.01.02 : Fonds Propres.....	52
7.6	S.25.01.02 : Capital de Solvabilité requis- pour les entreprises qui utilisent la formule standard	53
7.7	S.28.01.02 : Minimum de capital requis (MCR) – Activité d'assurance ou de réassurance vie uniquement ou activité d'assurance ou de réassurance non vie uniquement.	54
7.8	S 28.02.01 : Minimum de capital requis – Activités d'assurance ou de réassurance à la fois vie et non vie	55



1 Préambule

Le présent rapport sur la solvabilité et la situation financière (Solvency and Financial Condition Report ou SFCR) à destination du public, est établi en application des articles 51 à 56 de la directive 2009/138/CE du parlement européen et du Conseil du 25 Novembre 2009 et des mesures d'exécution publiées dans de règlement du 17 janvier 2015.

Ce rapport présente les informations visées aux articles 292 à 298 du règlement délégué. Il respecte la structure prévue à l'annexe 20 du règlement.

Il concerne la période de référence du 1^{er} janvier 2016 au 31 décembre 2016.

Ce rapport est composé d'une synthèse, de cinq sections (activités et résultats, système de gouvernance, profil de risque, valorisation à des fins de solvabilité, gestion du capital) et en annexe d'états de reporting quantitatifs.

Ce rapport, relatif à l'exercice 2016, a été soumis à l'approbation du conseil d'administration de la Mutuelle Générale de la distribution (ci-après la MGD) lors de la séance du 21 juin 2017

Il est par ailleurs communiqué à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR).

2 Activité et résultats

2.1 Activité

La Mutuelle Générale de la Distribution, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, a obtenu les agréments en branches 1 accident et branche 2 maladie par arrêté ministériel du 18 décembre 2003.

La MGD inscrite au répertoire SIRENE sous le numéro 429 211 469 a son siège social situé au 15, rue du Faubourg Montmartre dans le 9^{ème} arrondissement de Paris.

Les statuts de la MGD l'autorisent à recourir à des intermédiaires d'assurances, à déléguer la gestion de contrats, et à présenter des garanties dont le risque est porté par un autre organisme assureur.

Depuis sa création en 1982, la MGD a pour vocation de faciliter l'accès aux soins de ses adhérents en les faisant bénéficier d'une couverture sociale complémentaire de qualité.

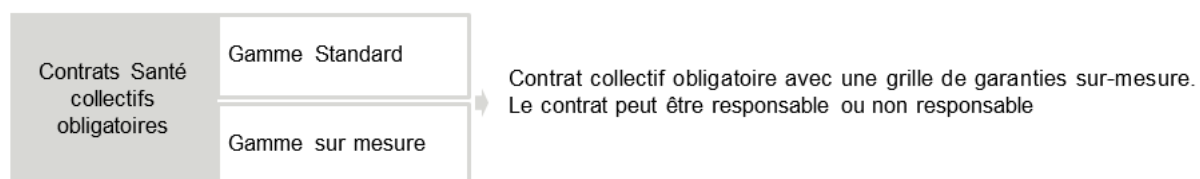
La MGD, véritable mutuelle indépendante, est spécialisée dans la couverture et la gestion des frais de santé.

Elle s'adresse, par l'intermédiaire de ses partenaires courtiers constituant son unique canal de vente, à toutes les entreprises, aux travailleurs non-salariés et à l'ensemble des particuliers sur tout le territoire.

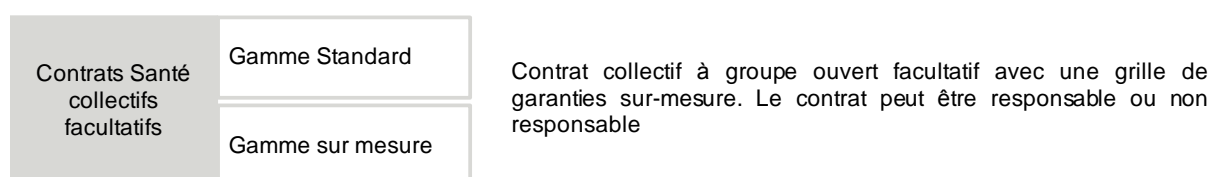
La MGD couvre plus de 220 000 bénéficiaires et emploie 35 salariés.

Les produits assurés

Les contrats collectifs obligatoires souscrits par des entreprises du secteur privé (3/4 du volume d'activité)



Les contrats collectifs à adhésion facultative (1/4 du volume d'activité) composés de contrats Madelin souscrits par une association, des contrats issus de la loi Evin pour les retraités (article 4) et d'un contrat bénéficiant à des fonctionnaires de la ville de Paris.





2.2 Résultats de souscription

Le chiffre d'affaires brut de la MGD de 2016 s'élève à 23 803 994 € en forte progression par rapport à 2015. Cette hausse s'explique par le développement d'affaires nouvelles placées en réassurance alors que les souscriptions 2014 étaient faites en coassurance.

Le P/C comptable des affaires brutes de la MGD est de 87,45% au lieu de 85,45% en 2015. Cette hausse de 2 points s'explique par le développement d'affaires nouvelles en réassurance.

2.3 Résultats des investissements

Les placements sont essentiellement concentrés sur des comptes à terme pour 70% de la valeur totale des placements et un contrat de capitalisation représentant 29 %.

Les placements financiers ont un taux moyen de rentabilité de 2,24%.



2.4 Résultats des autres activités

Ses statuts l'y autorisant, la MGD, peut présenter des garanties dont le risque est porté par un autre organisme habilité à pratiquer des opérations d'assurance.

La seule réserve posée par l'article L.116-1 du code de la mutualité est que la mutuelle continue de pratiquer à titre principal les activités conformes à son objet social.

Les souscripteurs de la MGD ont souvent manifesté leur intérêt pour souscrire des garanties afférentes à des risques que la mutuelle ne souhaite pas porter ou n'est pas habilitée à porter (exemple : risques relevant de la branche 20 – Décès.).

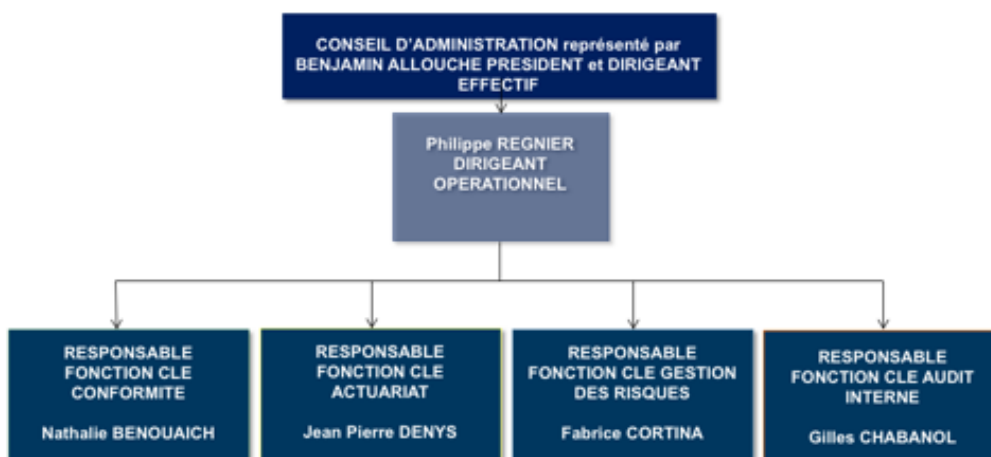
La MGD a perçu en 2016 des commissions au titre de l'activité d'intermédiation pour un total de 283 773 €.

3 Système de gouvernance

3.1 Informations générales sur le système de gouvernance

3.1.1 Organigrammes

L'organigramme de l'équipe de pilotage et contrôle au 31/12/2016 est présenté ci-après.





3.1.2 Fonctionnement du conseil d'administration

3.1.2.1 Rôle du Conseil d'Administration

Le conseil d'administration détermine les orientations de l'organisme et veille à leur application. Il opère les vérifications et contrôles qu'il juge opportuns et se saisit de toute question intéressant la bonne marche de l'organisme. Plus généralement, il veille à accomplir toutes les missions qui lui sont spécialement confiées par la loi ou par la réglementation applicable aux mutuelles.

Ainsi, sans que cette énumération soit limitative, le Conseil d'Administration :

- Arrête les comptes annuels, à la clôture de chaque exercice et établit un rapport de gestion qu'il présente à l'Assemblée Générale et dans lequel il rend compte de l'ensemble des éléments mentionnés à l'article L.114-17 du code de la Mutualité ;
- Établit le rapport régulier au contrôleur ainsi que le rapport public sur la solvabilité et la condition financière ;
- Établit le rapport concernant les opérations d'intermédiation et de délégation de gestion, le rapport certifié par le commissaire aux comptes, détaillant les sommes et avantages, de toute nature, versés à chaque administrateur et tous autres rapports requis ;
- Donne son autorisation au préalable aux conventions réglementées visées à l'article L.144-32 du code de la Mutualité.

Le budget est adopté en Conseil d'Administration de fin d'année. En cours d'année des points sont réalisés par le Directeur comptable et financier.

Les rapports du comité d'audit sont examinés, le cas échéant revus ou amendés et approuvés lors des séances du Conseil d'Administration où ils sont présentés.

3.1.2.2 Tenues des réunions du Conseil d'Administration

Le Conseil d'Administration se réunit sur convocation de son Président aussi souvent que l'intérêt de la mutuelle l'exige et au moins deux fois par an.

Le conseil d'administration s'est réuni 4 fois au cours de l'année 2016.

En règle générale, les administrateurs sont convoqués au moins 21 jours avant la réunion, un dossier préparatoire étant adressé, dans la mesure du possible, au minimum 15 jours avant la tenue.

3.1.2.3 Comité d'audit

A chaque première réunion suivant une assemblée générale ayant procédé au renouvellement des membres du conseil d'administration, le Conseil d'Administration constitue ce Comité chargé de l'assister dans ses fonctions de contrôle, de coordination et de gestion.



Ce Comité est composé au minimum de trois membres du Conseil d'Administration.

Le président ne peut pas en être membre.

Ce Comité peut décider toutefois d'auditionner le Président, le directeur général et les experts internes ou externes reconnus dans les domaines concernés.

Conformément aux dispositions de l'article L.823-19 du code de commerce, ce comité est notamment chargé d'assurer le suivi :

- Du processus d'élaboration de l'information financière ;
- De l'efficacité des systèmes de contrôle interne et de gestion des risques ;
- Du contrôle légal des comptes annuels et, le cas échéant, des comptes consolidés par les commissaires aux comptes ;
- De l'indépendance des commissaires aux comptes.

Ce Comité réalise les travaux suivants :

- Suivi de l'évolution des engagements constitutifs de provisions techniques ;
- Surveillance des règles de contrôle interne permettant la traçabilité de la piste d'audit justifiant ces provisions techniques ;
- Contrôle de la politique d'acceptation ou cession en réassurance ou coassurance ;
- Vérification des délégations de pouvoirs en matière d'engagements financiers ;
- Validation des comptes rendus d'audit et de contrôle interne ainsi que les actions mises en œuvre suite à leurs recommandations ;
- Vérification du processus ORSA (Own Risk and Solvency Assessment).

3.1.3 La Direction effective

La Direction effective est assimilée à la Direction opérationnelle ; elle est dirigée par le Président du Conseil d'administration et le Dirigeant opérationnel qui porte aussi le titre de Directeur général.

La Direction effective doit mettre à disposition les moyens nécessaires au bon fonctionnement du système global de maîtrise des risques.

Elle a la responsabilité de la gestion quotidienne du risque. A ce titre, elle est tenue d'évaluer, à intervalles réguliers, l'adéquation de la politique de gestion des risques, de vérifier sa mise en œuvre sans réserve et son suivi par l'ensemble du personnel de la mutuelle.

3.1.4 Pouvoirs délégués au Dirigeant opérationnel

Le Conseil d'Administration du 8 juin 2016, délègue à Monsieur Philippe Régnier, les pouvoirs les plus étendus, à l'exception des missions qui lui sont spécialement confiées par la loi, par les statuts ou par la réglementation applicable aux mutuelles.



Le Dirigeant Opérationnel peut subdéléguer une partie de ces délégations de pouvoir à un ou plusieurs Directeurs sauf pour les engagements de dépenses et pour la signature des conventions de coassurance et de réassurance.



3.2 Exigences de compétence et d'honorabilité

3.2.1 Procédure concernant les dirigeants salariés et responsables de fonctions clefs

3.2.1.1 *Sur les compétences*

Une évaluation de la compétence est réalisée lors du processus de recrutement et annuellement lors de l'entretien annuel d'évaluation.

La mutuelle évalue la compétence individuelle selon la nature du poste, la formation, les connaissances, les qualifications et l'expérience de la personne concernée.

La compétence est notamment appréciée sur la connaissance des thèmes suivants :

- Connaissance des principaux produits distribués et des risques auxquels ils exposent la mutuelle ;
- Expérience en lien avec le poste concerné ;
- Marché de l'assurance et marchés financiers ;
- Stratégie d'entreprise et modèle économique de la mutuelle ;
- Système de gouvernance de la mutuelle ;
- Analyse financière (si pertinent) ;
- Tarification et provisionnement (si pertinent) ;
- Cadre réglementaire applicable aux attributions du poste concerné. Un plan de formation peut être proposé à l'issue de cet examen.

D'autres critères de qualification sont éventuellement définis dans la fiche de poste établie par la Direction des ressources humaines en lien avec les directions concernées.

Une prise de références peut être effectuée.

L'évaluation des compétences est aussi effectuée chaque année à l'occasion de l'entretien annuel d'évaluation. A cet effet, la mutuelle met en place un guide d'entretien permettant de mettre en évidence toute inadéquation entre les compétences d'une personne et le poste auquel elle est affectée.

3.2.1.2 *Sur l'honorabilité*

La mutuelle juge honorables les personnes qui satisfont les critères suivants :

- Aucune infraction disciplinaire ou administrative commise dans le cadre d'une activité du secteur financier ;
- Casier judiciaire vierge de toutes infractions criminelles en lien avec une activité économique et financière.



A cette fin, la mutuelle examine les casiers judiciaires des personnes concernées lors de leur embauche et exige de leur part une déclaration annuelle d'honorabilité certifiant qu'elles demeurent honorables.

Les agissements susceptibles d'être classés dans l'une des deux catégories supra sont réputés être prescrits s'ils sont survenus 10 ans avant l'examen par la mutuelle de l'honorabilité de ses collaborateurs.

Les dirigeants et responsables de fonctions clefs ne doivent pas exercer d'autres fonctions susceptibles de créer des situations de conflits d'intérêts.

En cas de possible conflit d'intérêts, la personne concernée doit notifier cette situation sans délai au Président du Conseil d'administration.

3.2.1.3 Sur les pièces examinées

Pour chaque salarié concerné, la mutuelle analyse les documents suivants :

- Une copie recto verso d'une pièce d'identité en cours de validité ;
- Un curriculum vitae à jour ;
- Une copie des diplômes ;
- Les justificatifs des formations spécialisées suivies et le cas échéant les certifications pour le poste ;
- Un extrait de casier judiciaire de moins de 3 mois (bulletin n°3).

3.2.1.4 Procédure de notification à l'ACPR

Toute prise de poste est notifiée dans les 15 jours à l'ACPR selon l'instruction n° 2015-I-02 pour les dirigeants et n° 2015-I-03 pour les responsables de fonctions clefs.

3.2.2 Procédure concernant les élus

Pour le Conseil d'administration, la compétence est évaluée, en partie, collectivement. La compétence collective prend en compte la diversité des parcours professionnels. Ainsi, ils n'ont pas l'obligation de tous posséder une expertise, une connaissance et une expérience portant sur l'ensemble des domaines d'activité de la mutuelle.

La compétence est notamment appréciée sur la connaissance des thèmes suivants :

- Connaissance des principaux produits distribués et des risques auxquels ils exposent la mutuelle ;
- Marché de l'assurance et marchés financiers ;
- Stratégie d'entreprise et modèle économique de la mutuelle ;
- Système de gouvernance de la mutuelle ;
- Analyse financière ;
- Tarification et provisionnement ;



- Cadre réglementaire.

Un plan de formation, individuel ou collectif, peut être proposé à l'issue de cet examen.

Un plan de formation individuel est obligatoirement proposé lors du premier mandat d'un administrateur.

Lors de chaque modification de la composition du Conseil d'administration, la mutuelle s'assure que la compétence collective demeure à un niveau adéquat.

3.2.2.1 Sur l'honorabilité

Afin de se conformer aux dispositions du décret n° 2014-1357 du 13 novembre 2014, la mutuelle constitue un dossier, pour chaque élu, contenant les éléments suivants :

- Une copie recto verso d'une pièce d'identité en cours de validité ;
- Un curriculum vitae à jour (intégrant éventuellement les fonctions exercées précédemment auprès de la mutuelle) ;
- Une copie des diplômes ;
- Les justificatifs des formations spécialisées suivies et le cas échéant les certifications pour le poste ;
- Un extrait de casier judiciaire de moins de 3 mois (bulletin n°3) ;
- Déclaration annuelle de non-condamnation.

Le dossier contient aussi les deux éléments suivants :

- Formations pouvant être suivies, individuellement ou collectivement, au cours du mandat ;
- Synthèse des compétences collectives du Conseil d'administration.

3.3 [Système de gestion des risques, y compris l'évaluation interne des risques et de la solvabilité](#)

Conformément à l'article 44 de la directive Solvabilité II, le système de gestion des risques couvre les domaines suivants :

- La souscription et le provisionnement ;
- La gestion actif-passif ;
- L'investissement financier ;
- La gestion du risque de liquidité et de concentration ;
- La gestion du risque opérationnel ;
- La réassurance et les autres techniques d'atténuation du risque.



3.3.1 Appétence et aversion aux risques

L'appétence aux risques est l'évaluation quantitative du niveau de risque agrégé que la MGD accepte de prendre sur ses principales catégories de risques, en vue de la poursuite de son activité et de son développement, il constitue le point d'équilibre entre les objectifs de développement, de rendement et les risques induits par l'activité de l'organisme, déclarée par les instances dirigeantes. L'appétence au risque s'apprécie également, au regard du profil de risque de la Mutuelle et permet d'allouer les fonds propres de façon à couvrir les risques identifiés, c'est le processus d'optimisation du capital.

L'appétence au risque de la MGD s'exprime sur un objectif de gestion des risques et de la solvabilité permettant à la mutuelle de conserver une marge de couverture de son SCR (Solvency Capital Requirement) suffisante.

3.3.2 La fonction de gestion des risques

3.3.2.1 Mission de la fonction gestion des risques

La fonction clé gestion des risques a pour vocation de porter la responsabilité de la mise en œuvre et de la coordination du processus d'identification des risques.

Elle supervise les travaux de cartographie et de suivi des risques en les centralisant et en interprétant un faisceau d'informations provenant de multiples sources internes et externes (comptabilité générale, service de gestion, suivi commercial, gestion des adhérents, etc.).

Elle effectue régulièrement une restitution synthétique à la Direction générale et au Conseil d'administration.

3.3.2.2 Les composantes de la fonction gestion des risques

Positionnement

La fonction gestion des risques doit être libre d'influences pouvant entraver son objectivité, son impartialité et son indépendance.

La fonction de gestion des risques est placée sous l'autorité de la Direction générale et présente annuellement une synthèse de son action au Conseil d'administration.

Droits et obligations

La fonction de gestion des risques a accès aux documents, données, locaux et personnes nécessaires à sa mission. Les activités ou services délégués à des opérateurs ou prestataires externes sont inclus dans le périmètre de contrôle de la fonction de gestion des risques.

A cette fin, la MGD s'engage à ce que les contrats noués avec d'éventuels délégataires prévoient la possibilité, pour la mutuelle, de suivre et contrôler les activités déléguées.

La MGD s'engage à ce que les extractions informatiques utiles à son action soient communiquées à la fonction de gestion des risques.

Lorsque la fonction de gestion des risques souhaite entendre une personne, l'organisation de cette audition doit s'effectuer en respectant les lignes hiérarchiques en place. La fonction de gestion des risques n'a pas libre accès à l'ensemble du personnel de la mutuelle ou de ses sous-traitants.

Si l'accès aux informations nécessaires est refusé au responsable de la fonction de gestion des risques, il doit en informer graduellement, le management du service concerné, la Direction générale et, en dernier recours, le Conseil d'administration.

Le responsable de la fonction de gestion des risques doit – sans délai et par tout moyen – porter à la connaissance de la Direction générale et du Conseil d'administration tout risque significatif imminent.

Le responsable de la fonction de gestion des risques peut s'entretenir librement avec la Direction générale, avec les membres du Conseil d'administration, les différents Comités (dont celui d'audit) et Commissions, ainsi qu'avec des interlocuteurs externes (partenaires, sous-traitants, etc.) préalablement identifiés par le Conseil d'administration.

3.3.2.3 Pilotage de la fonction gestion des risques

Le Conseil d'administration désigne officiellement un responsable de la fonction gestion des risques et lui met à disposition les moyens et ressources nécessaires pour réaliser les objectifs définis.

Cette désignation est immédiatement notifiée à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution selon la procédure définie par cette dernière.

3.3.3 Politique de souscription et de provisionnement

Les risques associés sont les suivants :

- Inadéquation des règles de souscription au regard de l'aggravation du risque dans le temps ;
- Souscription de mauvaise qualité quant aux risques souscrits malgré leur conformité aux règles, notamment dans le cadre d'un dépassement des engagements acceptables sur un même site, un même client, ou un même risque d'assurance ;
- Inadéquation de la politique de tarification au regard des règles de souscription définies pouvant engendrer une mauvaise implémentation des modèles ;
- Fréquence élevée de chute ou de réductions de contrats ;
- Evolution défavorable de la charge de sinistres d'une façon plus ou moins rapide ;
- Survenance plus fréquente qu'attendue, de sinistres de montant élevé ;
- Survenance d'un sinistre de crête catastrophique ;
- Montants de provisions de primes, hors provisions mathématiques, insuffisantes devant la charge des sinistres à venir ;
- Montants de provisions pour prestations insuffisantes devant la charge en sinistres



survenue ;

- Dérive du ratio S/P ou diminution du chiffre d'affaires ;
- Risques liés aux modifications intempestives des contrats.

Les concepts d'appétence et de tolérance se traduisent opérationnellement par des limites déclinées par famille de risques.

Les objectifs et seuils constituant la politique globale d'appétence au risque concerne exclusivement les garanties santé, à l'exclusion des activités d'intermédiation (présentation par la MGD de risques assurés par un autre organisme assureur habilité).

En cas de déviation du SCR ou d'autres indicateurs pertinents ; c'est au regard de l'activité santé que la MGD devra établir un diagnostic permettant de mettre en lumière les causes de cette déviation afin d'opérer les modifications utiles. Ce diagnostic, envisagé sous un angle opérationnel sera tant quantitatif que qualitatif.

Trois procédures permettront de contrôler la conformité interne des pratiques d'acceptation, de tarification du risque, de cession en coassurance et/ou réassurance et de provisionnement des engagements réglementés :

- Procédure Maîtrise de la tarification ;
- Procédure Portefeuille et Tarifs ;
- Procédure Elaboration des contrats.

Le suivi actuariel de la MGD consiste en :

- L'étude et ou la tarification de nouveaux produits d'assurance santé ;
- La tarification de nouvelles gammes ou affaires nouvelles ;
- Le suivi technique des groupes (ajustements tarifaires, retarifications, majorations) ;
- La constitution des réponses aux dossiers d'appel d'offres et de reporting aux partenaires.

Contrôle du provisionnement :

- Les engagements sont identifiés selon un processus organisé et selon des critères établis ;
- Une définition claire des engagements est établie par la société et communiquée aux services Concernés ;
- La MGD s'assure de l'autorisation des engagements donnés, reçus et réciproques ;
- Il existe un processus visant à ce que la mutuelle donne en annexe de ses comptes une information sur ses engagements conformément aux principes comptables applicables



- ;
- La MGD fait un point périodique sur ses engagements et ses risques et détermine en coordination avec ses experts et conseils s'ils doivent faire l'objet de provisions ou d'une information en annexe. Elle comptabilise une provision dès lors qu'il existe une obligation juridique ou implicite, résultant d'évènements passés, et qu'il est probable que cette obligation provoquera une sortie de fonds au bénéfice de tiers, sans contrepartie au moins équivalente attendue de ceux-ci et lorsqu'une estimation fiable du montant peut être faite ;
 - Elle analyse les dotations et reprises sur provisions (en distinguant la part consommée) afin d'apprécier la fiabilité du recensement et de l'analyse des risques.

3.3.4 Politique de gestion actif-passif et politique de liquidité

Les risques associés à la gestion du bilan sont les suivants :

- Inadaptation ou insuffisance de la structure des actifs au regard de celle des passifs ;
- Evolution du passif à court terme engendrant des insuffisances d'actifs réalisables ;
- Manque de diversification, tant à l'actif qu'au passif, qui conduit à une exposition trop forte sur un risque particulier ;
- Structure de passif éclatée et difficile à mettre en adéquation avec l'actif ;
- Inadéquation actif / passif provenant du comportement des marchés (actions, taux, change, immobilier).

La gestion actif-passif a pour objectif d'estimer et piloter l'équilibre entre l'actif et le passif tout en prenant compte des risques pris sous contrainte d'un niveau de rentabilité espéré. Ce risque découle d'une asymétrie structurelle entre les actifs et les passifs et, en particulier, leur asymétrie de duration.

Organisation du contrôle de la trésorerie :

- Les financements et la trésorerie font l'objet de processus organisés (procédure, délégation, etc.) et de critères formalisés ;
- Les opérations de trésorerie sont comptabilisées quotidiennement ;
- Les comptes de banque font l'objet de rapprochements réguliers avec les données reçues des banques et sont revus périodiquement selon des modalités qui respectent le principe de séparation des fonctions. Le rapprochement est matérialisé et permet d'expliquer les écarts éventuels ;
- L'autorisation des dépenses, l'émission du paiement et la comptabilisation sont effectuées par des personnes distinctes.

Seuls les fonds propres de la MGD font l'objet de placements financiers. Le Conseil d'Administration de la MGD veille à ce que ces placements soient disponibles immédiatement



afin de pouvoir absorber des pertes. Politique d'investissement et gestion du risque de concentration

Les risques associés à la gestion des actifs sont les suivants :

- Manque de liquidités disponibles à court terme pour faire face aux obligations de règlement ;
- Manque de diversification dans le placement des actifs qui conduit à une exposition trop forte sur un risque particulier ;
- Evolution des marchés ayant un impact sur la valeur des actifs (taux, actions, change, immobilier) ;
- Défaut de l'émetteur préalable à la réalisation de ses obligations ;
- Variation de la qualité de crédit d'un émetteur conduisant à l'augmentation de la prime de risque attendue par ses créanciers ;
- Surestimation d'un élément d'actif, pouvant entraîner notamment une constatation de moins-values en cas de cession ou d'ouverture du capital, ou un provisionnement suite à révision ;
- Rentabilité des placements financiers insuffisante.

La MGD effectue très peu de mouvements de gestion sur ses placements. Ainsi et par simplification :

- Soit, les décisions de gestion sont présentées systématiquement au Conseil d'Administration avant leur exécution.
- Soit le Conseil d'Administration fixe pour une durée annuelle, les lignes directrices de la politique de placement, définit l'organisation en charge de la gestion des placements et se prononce sur la qualité des actifs, les opérations sur les instruments financiers à terme et le choix des intermédiaires financiers le cas échéant.

Le Conseil d'Administration arrête annuellement le rapport sur la politique de placements.

3.3.5 Evaluation interne des risques et de la solvabilité

3.3.5.1 Objectifs

Conformément aux dispositions de l'article 45 de la directive cadre Solvabilité II, le dispositif ORSA constitue, d'une part, l'outil de surveillance et d'ajustement de la solvabilité de la MGD et permet, d'autre part, d'éclairer les actions managériales de ses dirigeants en quantifiant les impacts probables de leurs décisions.

Les données de référence utilisées pour effectuer les trois évaluations du dispositif ORSA sont les données comptables et prudentielles de chaque inventaire.

L'évaluation du besoin global de solvabilité est la première évaluation du dispositif ORSA. Cette évaluation dépend du profil de risque de la mutuelle, de l'appétence au risque de sa gouvernance et de sa politique commerciale. Cette évaluation est effectuée quantitativement



par intégration de risques non capturés par la formule standard et modulation de certains calibrages.

L'évaluation du respect permanent des exigences prudentielles est la seconde évaluation du dispositif ORSA. Elle permet, quantitativement, un suivi infra-annuel de la couverture des exigences prudentielles et une analyse prospective de la solvabilité sous des scénarios de marché et d'activité prédéfinis, en intégrant d'éventuelles décisions stratégiques à l'étude. Ainsi, le pilotage de la mutuelle est effectué, notamment, en fonction des conclusions apportées par cette évaluation.

La mesure dans laquelle le profil de risque de la mutuelle s'écarte des hypothèses qui sous-tendent le calcul du SCR est la troisième évaluation du dispositif ORSA. Elle permet, qualitativement et, le cas échéant, quantitativement, de vérifier que les calibrages de la formule standard sont bien adaptés au profil de risque de la mutuelle. Il est à noter que, lorsque certains calibrages amènent à une sous-estimation du besoin de fonds propres, la MGD a pris le parti d'intégrer les nouveaux calibrages dans l'évaluation de son besoin global de solvabilité.

L'intégration du dispositif ORSA dans le système de gouvernance impose un dialogue continu entre les dirigeants et les gestionnaires. Ce dialogue permet de mesurer régulièrement les risques auxquels est réellement confrontée la mutuelle, d'ajuster la mesure de sa solvabilité en conséquence, d'apprécier cette dernière de manière continue entre deux inventaires et de la projeter dans des scénarios conjoncturels définis.

L'évaluation interne des risques et de la solvabilité (ORSA) passe en revue critique la formule standard pour calculer l'exigence de capital (SCR / MCR) à l'aune des spécificités des mutuelles, afin d'étudier si les hypothèses qui sous-tendent ces calculs correspondent à son profil de risque réel. En revanche, l'évaluation interne des risques et de la solvabilité (ORSA) n'est pas en soi un modèle interne, ni une nouvelle exigence réglementaire de capital.

Pour l'ensemble de ces besoins, l'évaluation interne des risques et de la solvabilité (ORSA) repose sur un ensemble de tests à la fois avant (« stress tests » / « reverse stress tests ») et après prise de décision (« back testing »).

L'évaluation interne des risques et de la solvabilité est articulée avec la cartographie des risques lors :

- D'un exercice au moins annuel visant à évaluer le besoin global de solvabilité de l'organisme au regard de son profil de risque (processus d'évaluation interne des risques et de la solvabilité (ORSA) « récurrent » pour le suivi continu des activités) ;
- D'un exercice préalable à chaque décision stratégique et / ou significative, selon des critères propres à l'organisme ou consécutif à une évolution significative de l'environnement de l'organisme (évaluation « ponctuelle »). L'objectif vise à s'assurer de la cohérence de la décision avec l'appétence au risque défini par l'organisme.



3.3.5.2 Implication du conseil d'administration

Le Conseil d'administration valide l'appétence et la tolérance aux risques embraquées dans l'ORSA et approuve plus généralement l'ensemble du dispositif, suit sa mise en œuvre et valide le rapport annuel qui en découle.

Le Conseil d'administration est responsable de :

- La conformité du processus ORSA au regard de la Directive Solvabilité 2 et des textes de niveau 2 et 3,
- L'adéquation des décisions au regard de la gestion des risques qui en découlent,
- La revue régulière des hypothèses et des plans d'action
- L'utilisation effective des résultats de l'ORSA dans la stratégie commerciale et dans la gestion des risques

Le poste de trésorerie est réévalué afin d'assurer l'équilibre du bilan.



3.4 Système de contrôle interne

3.4.1 Objectifs

Les principaux objectifs des procédures de contrôle interne sont de :

- Vérifier que les informations comptables, financières et de gestion communiquées au Conseil d'administration et à l'Assemblée générale reflètent avec sincérité l'activité et la situation de la mutuelle ;
- Prévenir et maîtriser les risques résultant de l'activité de la mutuelle, et les risques d'erreurs ou de fraudes, en particulier dans les domaines comptables et financiers ;
- Veiller à ce que les actes de gestion ou de réalisation des opérations déléguées, ainsi que les comportements des personnels (internes et personnels en charge des activités déléguées) s'inscrivent dans le cadre :
 - Des orientations données par le Conseil d'administration de la mutuelle ;
 - Des lois et règlements en vigueur (conformité) ;
 - Des valeurs, normes et règles internes à la mutuelle.

Pour mettre en œuvre le contrôle interne, la mutuelle a notamment :

- Nommé un nouveau responsable du Contrôle interne recruté en mars 2017 ;
- Nommé une personne en charge de la formalisation des procédures.

3.4.2 Organisation interne

3.4.2.1 *Le contrôle par les opérationnels et leurs lignes hiérarchiques*

Le contrôle de 1^{er} niveau (*a priori*) s'appuie sur :

- Des contrôles opérationnels :
 - Acteurs : opérationnels des métiers ;
 - Contrôles d'exécution réalisés au moment de l'opération ;
 - Ces contrôles sont identifiés dans les procédures et font partie intégrante du processus.
- Des contrôles hiérarchiques :
 - Acteurs : Lignes hiérarchiques des métiers ;
 - Contrôles de supervision ou contrôles croisés réalisés par le management intermédiaire ;
 - Ces contrôles sont identifiés dans les procédures et font partie intégrante du processus.

Le 1^{er} niveau de contrôle contribue à l'identification des risques liés aux activités.

L'ensemble des fonctions « métier » (gestion des cotisations, prestations, réclamation, etc.) est encadré par des notes de procédures. Ces notes sont régulièrement mises à jour.

3.4.2.2 Le contrôle de 2nd niveau

Le contrôle de 2nd niveau (a posteriori) s'appuie sur :

- Une fonction actuarielle ;
- Une fonction d'audit interne ;
- Un comité d'audit ;
- Une filière de contrôle interne.

Ces fonctions contribuent à l'identification et à la conception des contrôles, développent les meilleurs pratiques, et observent et rendent compte de l'efficacité du système de contrôle interne.

3.4.2.3 L'audit interne

L'activité du contrôle périodique consiste à mener des missions d'audit et à évaluer la conformité, la qualité et l'efficacité des systèmes de contrôle interne ainsi que la maîtrise des risques :

- Sur les activités et processus mis en œuvre, selon un plan d'audit conçu selon une approche par les risques avec un horizon pluriannuel et validé par les instances de gouvernance ;
- Sur les activités confiées à des délégataires de gestion et autres sous-traitants ;
- Sur le suivi des observations et des recommandations formulées par les autorités de contrôle externes et par les commissaires aux comptes.

3.4.2.4 La Fonction de vérification de la conformité

Dans le cadre de cette fonction de vérification de la conformité, le Conseil d'administration est conseillé sur le respect des dispositions législatives, réglementaires et administratives qui s'imposent à la mutuelle.

La fonction de vérification de la conformité met en place un plan de conformité. Le plan de conformité détaille les activités prévues pour la fonction de vérification de la conformité.

La fonction conformité veille principalement sur :

- Les pratiques commerciales ;
- La conformité juridique des engagements et des documents commerciaux ;
- La lutte contre le blanchiment ;
- La gestion des réclamations.



Positionnement

La fonction conformité doit être libre de toute influence pouvant entraver son objectivité, son impartialité et son indépendance.

La fonction conformité est placée sous l'autorité de la Direction générale et présente trimestriellement une synthèse de son action au Conseil d'administration.

Droits et obligations

La fonction conformité a accès aux documents, données, locaux et personnes nécessaires à sa mission. Les activités ou services délégués à des opérateurs ou prestataires externes sont inclus dans le périmètre de contrôle de la fonction conformité.

A cette fin, la mutuelle s'engage à ce que les contrats noués avec d'éventuels délégataires prévoient la possibilité, pour la mutuelle, de suivre et contrôler les activités déléguées.

La mutuelle s'engage à ce que les extractions informatiques utiles à son action soient communiquées à la fonction conformité.

Lorsque la fonction conformité souhaite entendre une personne, l'organisation de cette audition doit s'effectuer en respectant les lignes hiérarchiques en place. La fonction conformité n'a pas libre accès à l'ensemble du personnel de la mutuelle ou de ses sous-traitants.

Si l'accès aux informations nécessaires est refusé au responsable de la fonction conformité, il doit en informer graduellement, le management du service concerné, la Direction générale et, en dernier recours, le Conseil d'administration.

Le responsable de la fonction conformité doit – sans délai et par tout moyen – porter à la connaissance de la Direction générale et du Conseil d'administration tout risque significatif imminent.

Le responsable de la fonction conformité peut s'entretenir librement avec la Direction générale, avec les membres du Conseil d'administration, les différents Comités (dont celui d'audit) et Commissions, ainsi qu'avec des interlocuteurs externes (partenaires, sous-traitants, etc.) préalablement identifiés par le Conseil d'administration.

Pilotage de la fonction conformité

Le Conseil d'administration désigne officiellement un responsable de la fonction conformité et lui met à disposition les moyens et ressources nécessaires pour réaliser les objectifs définis.

Cette désignation est immédiatement notifiée à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution selon la procédure définie par cette dernière.

3.4.3 Plan de continuité d'activité

En cas de situation de crise conduisant à une interruption majeure des services centraux de la mutuelle, un comité de gestion de crise est lancé par la Direction générale pour piloter le plan de continuité d'activité (PCA).



Les membres de ce comité sont désignés par la Direction générale parmi les personnes clefs de la mutuelle, qui sont, a minima, les responsables de services ainsi que les administrateurs, et doivent tous pouvoir être suppléés en cas d'absence ou joignables par téléphone.

A cette fin, la mutuelle recense chaque année ces personnes et conserve leurs coordonnées personnelles pour pouvoir les joindre en cas de situation d'inaccessibilité des locaux. Ces coordonnées comprennent une adresse de messagerie électronique et un numéro de téléphone portable.

Jusqu'à la fin de la situation de crise, ce Comité est habilité à prendre des décisions structurant l'activité :

- Modification des modalités de gestion ;
- Mise en œuvre d'un plan de maintien de la relation adhérent ;
- Modification de la gestion des investissements.

Le Comité de gestion de crise convoque, par tout moyen, le Conseil d'administration en un lieu approprié ou à distance.

Le Conseil peut étendre exceptionnellement les délégations de pouvoirs confiées à certains salariés afin que la situation de crise puisse être gérée efficacement : autorisation de modifier le lieu de travail ou l'affectation de certains salariés avec leur accord exprès, bascule de la gestion sur une plateforme de production de secours, modification du périmètre de gestion etc.



3.5 Fonction d'audit interne

3.5.1 Objectifs

L'objectif de la fonction d'audit est de garantir une bonne maîtrise des opérations de la mutuelle.

L'audit interne consiste à lancer des contrôles périodiques ciblés. Ces contrôles sont aussi dénommés missions d'audit, inspections ou enquêtes. Le contrôle permanent est distinct de l'audit interne.

Sa mission peut se traduire par le lancement d'enquêtes visant à contrôler les éléments suivants :

- La mise en œuvre des prescriptions de la mutuelle par ses services ou délégataires ;
- L'efficacité, la pertinence ou la suffisance des processus en place ;
- La maîtrise des activités.

La fonction d'audit interne établit annuellement un rapport à l'intention du Conseil d'administration sur les audits en cours, effectués ou programmés et y synthétise les observations formulées à ces différentes occasions et ses recommandations. Ce rapport formalise aussi les éventuelles évolutions susceptibles d'améliorer la qualité de l'audit interne.

La fonction d'audit interne contribue à la rédaction du rapport régulier au superviseur et de celui sur la solvabilité et la condition financière de la mutuelle.

3.5.2 Ressources

Le Conseil d'administration désigne un responsable de la fonction d'audit interne.

Les missions d'audit sont supervisées par le responsable de la fonction d'audit interne.

Cette désignation est notifiée dans les 15 jours à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) selon l'instruction n° 2015-I-03.

Le responsable de la fonction d'audit interne est placé sous l'autorité du Dirigeant opérationnel de la mutuelle.

La fonction d'audit interne peut s'appuyer sur des ressources externes afin de diligenter des missions d'audit.

Le mandat du responsable de la fonction d'audit interne a une durée indéterminée. Ce mandat peut être retiré à tout moment par le Conseil d'administration.

3.5.3 Honorabilité et compétences

Le responsable de la fonction d'audit interne doit satisfaire des conditions de compétences et d'honorabilité.

L'évaluation de la compétence comprend une évaluation des diplômes et qualifications professionnelles, des connaissances et de l'expérience acquise dans le secteur de l'assurance (via l'examen, par exemple, du curriculum vitae, de prises de références, etc.).



Le responsable de la fonction d'audit interne suit, tout au long de son mandat, une formation adaptée à ses attributions.

L'évaluation de l'honorabilité comprend une évaluation de l'honnêteté, fondée sur des éléments concrets (via une déclaration d'honorabilité, ou l'examen d'un extrait de casier judiciaire).

3.5.4 Accès à l'information

La fonction d'audit interne a accès aux documents, données, locaux et personnes nécessaires à sa mission. Les activités ou services délégués à des opérateurs ou prestataires externes sont inclus dans le périmètre de contrôle de la fonction d'audit interne.

A cette fin, la mutuelle s'engage à ce que les contrats noués avec d'éventuels délégataires prévoient la possibilité, pour la mutuelle, d'auditer les activités déléguées.

La mutuelle s'engage à ce que les extractions informatiques utiles à ses investigations soient communiquées à la fonction d'audit interne.

Lorsque la fonction d'audit interne souhaite entendre une personne, l'organisation de cette audition doit s'effectuer en respectant les lignes hiérarchiques en place. La fonction d'audit interne n'a pas un libre accès à l'ensemble du personnel de la mutuelle ou de ses sous-traitants.

Si l'accès aux informations nécessaires pour réaliser une mission est refusé aux auditeurs, le responsable de l'audit doit en informer graduellement, le management des audités, la Direction générale et, en dernier recours, le Conseil d'administration.

Le responsable de la fonction d'audit interne doit – sans délai et par tout moyen – porter à la connaissance de la Direction générale et du Conseil d'administration tout risque significatif imminent ou une suspicion de fraude importante.

Le responsable de la fonction d'audit interne peut s'entretenir librement avec la Direction générale, avec les membres du Conseil d'administration, les différents Comités (dont celui d'audit) et Commissions de la mutuelle, ainsi qu'avec des interlocuteurs externes (partenaires, sous-traitants, etc.) préalablement identifiés par le Conseil d'administration.

3.5.5 Budget

Le budget de la fonction d'audit interne est fixé par le Directeur opérationnel chaque année sur proposition du responsable de la fonction d'audit interne.

Cette charge de travail peut être ajustée à tout moment sur proposition du responsable de la fonction d'audit interne ou du Conseil d'administration. Le cas échéant, le budget de fonctionnement est revu en conséquence.

3.5.6 Plan d'audit

Le responsable de la fonction d'audit interne élabore annuellement le plan d'audit en s'appuyant sur l'actualisation de la cartographie des risques de la mutuelle, sur les résultats



des travaux d'audit et de contrôle déjà réalisés, et sur les éventuelles suggestions de la Direction générale, du Comité d'audit ou du Conseil d'administration.

Le responsable de la fonction d'audit soumet le plan d'audit interne pour approbation à la Direction générale puis au Conseil d'administration. Le responsable de la fonction d'audit est entendu à cette occasion.

Le responsable de la fonction d'audit interne est responsable de la mise en œuvre un plan d'audit. Le plan d'audit peut être ajusté à tout moment selon la procédure définie supra.

3.5.7 Missions exceptionnelles de conseil

La fonction d'audit interne peut réaliser des missions de conseil.

L'objectif et le périmètre de chaque mission de conseil sont définis avec son commanditaire (Direction générale, Conseil d'administration, Comité d'audit, etc.).

Ces missions contribuent à améliorer le management des risques et le fonctionnement de l'organisation. Les personnes ayant réalisé une mission de conseil ne peuvent pas être mandatées pour une mission d'audit sur le même périmètre

Afin de ne pas fragiliser l'indépendance budgétaire de la fonction d'audit interne, le commanditaire de chaque mission finance avec son propre budget les missions commandées à la fonction d'audit interne.

3.5.8 Organisation hiérarchique

Le responsable de la fonction d'audit interne est rattaché administrativement au Directeur général.

Le responsable de la fonction d'audit interne communique régulièrement à la Direction générale et au Président du Conseil d'administration sur les missions en cours ainsi que sur l'adéquation des ressources allouées à la fonction d'audit interne.

3.5.9 Déroulement d'une mission d'audit

Chaque mission d'audit fait l'objet d'une lettre de mission, laquelle est rédigée sous la supervision du responsable de la fonction audit interne et signée par le Directeur général de la mutuelle. Cette lettre est communiquée à la personne en charge de la supervision du service ou de la fonction auditée.

Cette lettre de mission détaille les éléments suivants :

- Objectifs de la mission ;
- Le champ de l'intervention (données ou processus à vérifier, services concernés, etc.) ;
- La composition de l'équipe d'audit et le chef de mission ;
- La durée de la mission ;
- Toute autre information pertinente utile au bon déroulement de la mission.



Lorsqu'une mission implique de prolonger les investigations auprès d'un prestataire, que ce soit à distance ou dans ses locaux, une lettre de mission est aussi adressée au Directeur général du prestataire concerné.

Sauf si l'urgence le justifie, la fonction d'audit interne donne aux audités un délai de prévenance d'au moins un mois afin de ne pas perturber l'activité des services et de préparer dans de bonnes conditions le déroulement de l'audit.

Les observations faites dans le cadre d'une mission d'audit sont formalisées dans un projet de rapport d'audit.

Chaque projet de rapport est communiqué au responsable des activités auditées. Cette phase dite « contradictoire » permet d'apporter aux auditeurs d'éventuels éclaircissements ou propositions d'ajustement.

Chaque projet de rapport d'audit constitue un document strictement confidentiel ; il ne peut pas être transmis sans l'accord exprès du responsable de la fonction d'audit interne.

A l'issue de l'examen des éventuels commentaires des audités, un rapport définitif est produit. Le rapport définitif tient compte des commentaires des audités.

Chaque rapport d'audit constitue aussi un document strictement confidentiel rédigé à l'intention exclusive de la Direction générale et du Conseil d'administration. Une copie est communiquée au responsable du service audité.

3.5.10 Suites des audits

La fonction d'audit interne surveille les suites données à ses missions. Ce suivi permet de s'assurer que les préconisations font l'objet de plans d'actions. Ce suivi consiste en des échanges avec les audités.

Le responsable de la fonction d'audit interne informe régulièrement la Direction générale et le Conseil d'administration sur la mise en œuvre des préconisations formulées et sur les éventuelles difficultés rencontrées.

3.5.11 Rapports annuels

La fonction d'audit interne rédige et communique chaque année un rapport de synthèse au Conseil d'administration. Ce rapport liste les audits en cours, les missions déjà effectuées et celle programmées.

Une partie distincte synthétise les observations formulées à l'issue des audits lancés au cours de l'exercice écoulé et les recommandations rédigées à cette occasion.

Ce rapport formalise aussi les éventuelles évolutions susceptibles d'améliorer la qualité de l'audit interne.

La fonction d'audit interne contribue chaque année à la rédaction du rapport régulier au superviseur ainsi qu'à celle du rapport sur la solvabilité et la condition financière de la mutuelle.

3.6 Fonction actuarielle

3.6.1 Objectifs

La fonction actuarielle a pour principale tâche de superviser, d'organiser et de contrôler les travaux opérationnels d'actuariat tant sur la tarification que sur le provisionnement ou sur le programme de réassurance. Le responsable de cette fonction a, notamment, pour mission d'émettre des avis objectifs, auprès du Conseil d'administration, sur les politiques retenues en matière de tarification, provisionnement et réassurance, charge à lui de mener tous les tests statistiques nécessaires pour étayer les dits avis.

En conséquence, la fonction actuarielle est une strate de contrôle visant à garantir ce qui suit :

- La maîtrise de la souscription ;
- La pertinence des méthodes en place ;
- La bonne information du Conseil d'administration en matière de tarification et de provisionnement.

Son action est formalisée dans un rapport écrit rédigé à l'intention du Conseil d'administration.

La fonction actuarielle prend aussi en charge ce qui suit :

- Établissement des états prudentiels et l'animation du dispositif ORSA (déclenchement trimestriel et à l'occasion de toutes décisions stratégiques).
- Suivi de la sinistralité et est impliqué, au fil de l'eau et de manière croissante, dans les travaux de provisionnement qui sont actuellement délégués.
- Études de sensibilité à différents paramètres ou stratégies, spécialement en matière de tarification.
- Établissement des comptes de réassurance.
- Collecte et analyse les données transmises par les différents gestionnaires et courtiers.

3.6.2 Qualité des données

Les données sont un élément clef de l'activité de la MGD. Elles permettent de gérer le risque, d'évaluer les besoins en capital (SCR, MCR, ORSA), et de définir la marche générale de l'entreprise.

La bonne utilisation des données requiert qu'elles soient exhaustives, exactes et pertinentes.

Par ailleurs, la trace des données utilisées dans les calculs doit pouvoir être suivie depuis la source jusqu'au résultat final.

Afin de respecter ces principes, la MGD a mis en place un dispositif de gouvernance de la qualité des données ; désigné dans la suite du document par le terme « dispositif ».



Ce dispositif recouvre l'ensemble des processus qui assurent le pilotage formel des données importantes à travers l'organisation.

Le dispositif concerne tous les collaborateurs de la MGD, et l'ensemble des données clés identifiées dans le périmètre Solvabilité II ainsi que la communication financière de la MGD.



3.7 Sous-traitance

3.7.1 Procédure de sélection des prestataires

Les quatre fonctions clefs sont considérées comme des fonctions critiques. C'est aussi le cas des autres activités ou fonctions dont l'interruption est susceptible d'avoir un impact significatif sur l'activité de la MGD ou sur la capacité de la MGD à gérer efficacement les risques, voire à remettre en cause les conditions de son agrément.

L'externalisation d'une activité ou fonction importante ou critique ne doit pas être susceptible de compromettre gravement la qualité du système de gouvernance de la MGD, accroître indûment le risque opérationnel ou nuire à la prestation continue d'un niveau de service satisfaisant à l'égard des assurés

Tout projet d'externalisation de fonction clefs ou de fonctions critiques est décidé par le Conseil d'administration.

Compte tenu des conséquences de l'externalisation d'une fonction ou activité critique ou importante, l'organisme doit en informer préalablement l'ACPR. Les dossiers doivent être transmis au plus tard 6 semaines avant l'application de l'accord, ou avant toute évolution importante de ce dernier, par voie postale à l'ACPR, et parallèlement par voie électronique à la brigade de contrôle en charge de la MGD.

La décision d'externalisation repose notamment sur l'analyse des risques adossés à ce projet. Lorsque le projet est validé, une procédure de sélection de prestataires est engagée.

La Direction générale présélectionne ou supervise la présélection de plusieurs prestataires. A cette fin, un cahier des charges peut être rédigé.

Le Conseil d'administration désigne parmi les prestataires présélectionnés celui ou ceux habilités à prendre en charge les activités devant être externalisées.

La procédure de sélection est notamment fondée sur ce qui suit :

- Un examen visant à vérifier que le prestataire est doté des aptitudes, de la capacité et de tout agrément légal nécessaires ;
- Un examen visant à assurer qu'aucun conflit d'intérêts manifeste ou potentiel ne compromette la mission confiée au prestataire ;
- Un examen d'un projet de contrat écrit définissant clairement les droits et obligations respectifs des deux parties et ce qui suit :
 - Les devoirs et responsabilités des deux parties ;
 - L'engagement du prestataire de services de se conformer à toutes les dispositions législatives, exigences réglementaires, ainsi qu'aux politiques approuvées par la mutuelle, et de coopérer avec l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) ;
 - L'obligation, pour le prestataire de services, de signaler tout événement susceptible d'avoir un impact important sur sa capacité à exercer les activités ou fonctions sous-



- traitées de manière efficace et conforme aux dispositions législatives et exigences réglementaires applicables ;
- Un délai de préavis, pour l'annulation du contrat par le prestataire de services, qui soit suffisamment long pour permettre à la mutuelle de trouver une solution de remplacement ;
 - Que la mutuelle peut, si nécessaire, mettre fin à l'accord de sous-traitance sans que cela nuise à la continuité ni à la qualité de ses services aux preneurs ;
 - Que la mutuelle se réserve le droit d'obtenir des informations sur les fonctions et activités sous-traitées par le prestataire de services, ainsi que le droit d'émettre des lignes directrices générales et des instructions particulières à l'adresse du prestataire de services sur les éléments à prendre en considération dans l'exercice des activités sous-traitées ;
 - L'obligation, pour le prestataire de services, de protéger toute information confidentielle relative à la mutuelle, à ses adhérents, bénéficiaires, salariés et contractants et à toute autre personne ;
 - Que la mutuelle, sa fonction d'audit interne et l'ACPR jouissent d'un accès effectif à toutes les informations relatives aux fonctions et activités sous-traitées, ce qui inclut la possibilité d'effectuer des inspections sur place, dans les locaux du prestataire de services ;
 - Que, lorsque cela est approprié et nécessaire aux fins du contrôle, l'ACPR peut adresser directement au prestataire de services des questions auxquelles celui-ci est tenu de répondre ;
 - Que la mutuelle peut obtenir des informations sur les fonctions et activités sous-traitées par le prestataire et donner des instructions en ce qui concerne les fonctions et activités sous-traitées ;
 - Le cas échéant, les conditions selon lesquelles le prestataire de services peut lui-même sous-traiter l'une ou l'autre des fonctions et activités qui lui ont été sous-traitées ;
 - Que toute sous-traitance effectuée est sans préjudice des devoirs et responsabilités incombant au prestataire de services en vertu de son accord avec la mutuelle.
- Les conditions générales de l'accord de sous-traitance soient clairement expliquées au Conseil d'administration de la mutuelle et avalisées par celui-ci ;
 - La sous-traitance n'entraîne la violation d'aucun texte de loi, en particulier des règles relatives à la protection des données ;
 - Le prestataire de services est soumis aux mêmes dispositions, en matière de sûreté et de confidentialité des informations, que celles qui s'appliquent à la mutuelle
 - Le prestataire de services dispose des ressources financières nécessaires pour exécuter sa mission de manière fiable et que tous les membres du personnel de ce prestataire sont suffisamment qualifiés et fiables.



3.7.2 Reporting de performance au Conseil d'administration

Le Conseil d'administration de la mutuelle est régulièrement informé sur la performance des activités/fonctions sous-traitées.

Un rapport de la gestion des contrats de sous-traitance, établi par la Direction générale, présente le suivi des activités sous-traitées identifiées comme « critiques ou importantes ».

3.7.3 Responsabilité

La mutuelle demeure entièrement responsable de toutes les fonctions et activités externalisées. Elle exige néanmoins que ses sous-traitants aient une assurance couvrant leur éventuelle responsabilité civile professionnelle.

3.7.4 Limitation de la dépendance financière du sous-traitant

Le chiffre d'affaires généré par la mutuelle dans les livres du sous-traitant ne peut excéder 25% du chiffre d'affaires total du sous-traitant.

4 Profil de risque

4.1 Risque de souscription

Le principal risque de souscription auquel s'expose la MGD est le risque santé non similaire à la vie. Le risque de rentabilité des affaires et le risque d'évolution réglementaire sont les principaux risques de ce module. Ces deux risques sont souvent liés comme le démontre les impacts récent de la nouvelle réglementation de l'ANI.

Le risque réglementaire non pris en compte dans le modèle standard comprend tous les risques pouvant découler d'une modification de l'environnement légal :

- Modification de la réglementation ou du cadre juridique entraînant une augmentation des prestations, des frais, ou une dégradation de l'activité commerciale ;
- Augmentation de la fiscalité diminuant le résultat de l'organisme ou directement ses fonds propres ;
- Un recalibrage des paramètres du modèle standard de calcul de la solvabilité.

Pour anticiper, la MGD effectue une veille active des futures évolutions et réalise, au besoin, des simulations d'évaluation interne des risques et de la solvabilité (ORSA).

4.2 Risque de marché

La MGD est peu exposée au risque de marché. Ce risque représente moins de 2% de son SCR global.

La politique de placement suit le principe de la personne prudente qui stipule que les entreprises d'assurance doivent comprendre et maîtriser la nature de leurs investissements, nécessitant une connaissance fine des actifs et instruments financiers en position.

Le principe de la personne prudence est respecté au travers de la politique d'investissement validée par le Conseil d'administration.

4.3 Risque de crédit

Le risque de crédit est défini comme le risque de perte, ou de changement défavorable de la situation financière de la MGD. Ce risque résulte de fluctuations affectant la qualité de crédit d'émetteurs de valeur mobilières, de contreparties ou de tout débiteur auxquels les entreprises d'assurance sont exposées sous forme de risque de contrepartie, de risque lié à la marge ou de concentration du risque de marché.

Le risque de défaut 2 concerne les créances sur cotisations auprès des délégataires de gestion ainsi que les créances sur commissions liées à l'intermédiation.



4.4 Risque de liquidité

Le risque de liquidité est défini comme le risque pour les entreprises d'assurance de ne pas pouvoir réaliser leurs investissements et autres actifs en vue d'honorer leurs engagements financiers au moment où ceux-ci deviennent exigibles.

L'assurance santé ne présente pas un risque de liquidité majeur du fait des flux de trésorerie prévisionnels.

La Direction Financière de la MGD est vigilante aux retards de paiement des délégataires et des porteurs de risques. En cas de retard, elle bloque les flux sortants à destination du tiers.

4.5 Risque opérationnel

Les activités sous-traitées font l'objet d'une attention particulière car les dysfonctionnements peuvent avoir un impact financier immédiat et ainsi de conduire à une perte de réputation.

La MGD conserve l'entière responsabilité des activités déléguées. Une politique écrite encadre le suivi de la sous-traitance des activités.

4.6 Autres risques importants

La MGD n'a pas identifié d'autres risques importants.



5 Valorisation à des fins de solvabilité

5.1 Actifs

Par dérogation aux paragraphes 1 et 2 de l'article 9 du règlement délégué, et en particulier, dans le respect du principe de proportionnalité énoncé à l'article 29, paragraphes 3 et 4, de la directive 2009/138/CE. La MGD comptabilise et valorise les actifs ci-dessous en se fondant sur la méthode de valorisation que la MGD utilise pour l'élaboration de ses états financiers annuels :

- Créances nées d'opérations d'assurance et montant à recevoir d'intermédiaires : 9 171 536€
- Créances nées d'opérations de réassurance : 443 795€
- Autres créances (hors assurance) : 132 058€

5.1.1 Les parts Banque Populaire

La MGD détient des parts sociales Banque Populaire pour un montant de 12 K€.

5.1.2 Valorisation des organismes de placement collectif (OPC)

La MGD détient 3 OPC :

- EDR EUROPE CONVERTIBLES SHS A (LU1103207525) ;
- Natixis Souverains Euro RC (FR0000003196) ;
- OFI INVESTMENT GRADE COURT TERME (FR0000979866).

Les fonds sont valorisés en valeur de marché en prenant en compte de la dernière Valeur Liquidative connue de l'année.



5.2 Provisions techniques

5.2.1 Méthodologie

5.2.1.1 *Justification des groupes homogènes de risque*

La MGD gère une seule ligne d'activité « Line of Business » consistant en la commercialisation de contrats de complémentaire santé. La MGD a défini plusieurs groupes homogènes de risques.

Chaque groupe homogène de risque comprend un ensemble de polices présentant des caractéristiques de risque similaires. Ces groupes s'appuient sur des données suffisamment crédibles afin de réaliser des analyses fiables tout en traduisant les caractéristiques de risques de la MGD. Pour définir ces groupes, et conformément à la notice « solvabilité II » du 17 décembre 2015 sur les provisions techniques, la MGD s'appuie notamment sur les éléments suivants :

- Politique de souscription ;
- Modèles de règlement des sinistres ;
- Profil de risque des assurés, souscripteurs ou bénéficiaires du contrat ;
- Caractéristiques des produits et garanties ;
- Décisions futures de gestion.

5.2.2 *Evaluation de la meilleure estimation de sinistres*

La meilleure estimation de sinistres est destinée à couvrir les règlements pour sinistres déjà survenus en tenant compte des frais de gestion ainsi que du taux d'actualisation correspondant à la courbe des taux d'intérêt sans risque.

Les hypothèses du calcul de la meilleure estimation de sinistres sont fondées sur l'expertise de personnes ayant une connaissance, une expérience et une compréhension des risques inhérents à l'activité de l'assurance ou de la réassurance.

5.2.2.1 *Taux d'actualisation*

Compte tenu de la durée très courte des flux, aucune actualisation de ces flux futurs n'est effectuée ; l'impact d'une actualisation des flux est ainsi considéré comme non matériel.

5.2.2.2 *Calcul de la meilleure estimation de sinistres brute*

Les coefficients sont calculés en appliquant la méthode de Chain Ladder sur les données de sinistres observées en 2014 et 2015 sur les principaux délégataires de gestion de la MGD.

La MGD n'actualise pas les flux de trésorerie de la meilleure estimation des flux de sinistres car la durée de liquidation de la provision est inférieure à 6 mois. L'écart lié à cette approximation est négligeable.



Pour l'exercice 2016, la MGD a calculé par groupe homogène de risque les meilleures estimations en appliquant un taux de frais de 5%.

5.2.2.3 Calcul de la meilleure estimation de sinistres cédée

Conformément à l'article 41 du Règlement Délégué, la MGD calcule une meilleure estimation de sinistres cédée séparément.

5.2.3 Evaluation de la meilleure estimation de provisions de primes

Les meilleures estimations des provisions de primes couvrent les sinistres qui interviendront dans le futur. Les projections prennent en compte les primes ainsi que les prestations payées et frais liés à ces sinistres.

5.2.3.1 Les frais

Le calcul de meilleure estimation des provisions pour cotisation intègre tous les frais qui seront payés pour honorer les engagements :

- Frais d'administration ;
- Frais d'acquisition ;
- Frais de gestion des sinistres ;
- Frais de gestion des placements ;
- Frais généraux.

5.2.3.2 Prise en compte de l'inflation et de la dérive médicale

La MGD prend en compte dans le calcul de la meilleure estimation des cotisations de la dérive médicale prévisionnelle de l'année future.

La dérive médicale est estimée principalement à partir de la convention médicale N+1 et prend en compte :

- Les revalorisations tarifaires (exemple : augmentation du tarif de remboursement de la consultation médicale) ;
- Le report de dépenses de l'Assurance Maladie Obligatoire sur l'Assurance Maladie Complémentaire ;
- Et plus généralement de toute mesure ayant un impact sur les charges de la MGD (exemple : mise en place en 2018 d'un forfait patientèle Médecin traitant cofinancé par l'Assurance Maladie Obligatoire sur l'Assurance Maladie Complémentaire ; cette mesure aura impact de 150 M€ sur le marché de la complémentaire santé en 2017).

5.2.3.3 Calcul de la meilleure estimation de cotisations brute

Pour chaque groupe homogène de risque, la MGD calcule la meilleure estimation de cotisations :



Le montant des cotisations non acquises brutes de l'année N+1 est déterminé par la Direction Technique en calculant contrat par contrat :

- Les cotisations encaissées ou restant à encaissées au titre de N ;
- Le taux d'indexation des cotisations pour l'année N+1.
- Les taux de commission d'intermédiation et, le cas échéant, de délégation de gestion

Les taux de frais MGD (gestion des sinistres, apériteur, porteur de risque) ne sont pas pris en compte.

Le montant des sinistres de l'année N+1 est déterminé par la Direction Technique en calculant contrat par contrat :

- Le volume de sinistres de l'année N y compris la provision pour sinistre à payer ;
- Le taux de dérive médicale (2% pour 2017) ;
- Le cas échéant, les incidences liées à des changements de niveau de garantie opérés sur les contrats comme la mise en conformité des tableaux de garantie avec les dispositions des contrats responsables.

5.2.3.4 Calcul de la meilleure estimation de cotisations cédées

Conformément à l'article 41 du Règlement Délégué, la MGD calcule une meilleure estimation de cotisations cédée séparément.

Les réassureurs étant notés AA- ou A- avec une perspective stable, le risque de défaut de contrepartie à appliquer aux créances des réassureurs est négligeable.

En conséquence la méthode de calcul est identique à celle utilisée pour le calcul de la meilleure estimation de cotisations ; seul le périmètre de contrat est modifié et un ajustement pour risque de défaut est calculé.

Le montant total de la meilleure estimation s'élève à 558 900 €.

5.2.4 Marge pour risque

La marge de risque est calculée selon la même formule pour toutes les garanties puisqu'elles appartiennent toutes à la même ligne d'activité.

La marge de risque est calculée comme six pourcents des capitaux de solvabilité requis futurs actualisés.

5.2.5 Impôts différés

La MGD prend en compte dans son calcul de marge de solvabilité uniquement les impôts différés passifs soit 17 076 €.



5.3 Autres passifs

5.3.1 Valorisation des autres éléments du bilan

Par dérogation aux paragraphes 1 et 2 de l'article 9 du règlement délégué et, en particulier, dans le respect du principe de proportionnalité énoncé à l'article 29, paragraphes 3 et 4, de la directive 2009/138/CE, la MGD comptabilise et valorise les passifs ci-dessous en se fondant sur la méthode de valorisation que la MGD utilise pour l'élaboration de ses états financiers annuels :

- Dettes nées d'opérations d'assurance et montants dus aux intermédiaires : 11 720 856 € ;
- Dettes nées d'opérations de réassurance : 3 683 056 € ;
- Autres dettes (hors assurances) : 6 286 214 € ;
- Passifs subordonnés non inclus dans les fonds propres de bases : 1 575 200 €.

5.3.2 Éléments hors bilan

La MGD ne comporte pas d'autre actif ou passif significatif de hors bilan non communiqué dans l'état S.03.01 tel que défini dans la norme technique d'exécution sur les états à utiliser pour la communication d'informations aux autorités de contrôle.

5.4 Méthodes de valorisation alternatives

La MGD ne valorise pas d'actif ni de passif conformément à l'article 29 paragraphe 4 du règlement délégué (UE) 2015/35 de la commission.

La MGD n'utilise pas de méthode de valorisation alternative telle que décrite à l'article 10, paragraphe 5 du règlement délégué (UE) 2015/35.



6 Gestion du capital

6.1 Fonds propres

La Directive (article 93) prévoit des conditions de reconnaissance des éléments de fonds propres dans le référentiel Solvabilité II. Ainsi, les éléments de fonds propres sont classés sur 3 niveaux, de niveau 1 à niveau 3, le niveau 1 ayant la plus forte qualité de capital. Le classement est fonction de leur caractère de fonds propre de base ou de fonds propres auxiliaires.

6.1.1 Fonds propres de la MGD

L'Assemblée générale de la Mutuelle Générale de la Distribution (l'Emetteur) réunie le 30 décembre 2015 a autorisé le conseil d'administration à procéder à l'émission d'emprunts tels qu'autorisés par le Code de la Mutualité pour pouvoir figurer dans les éléments constitutifs de la marge de solvabilité, du SCR et du MCR.

En vue de financer le besoin de marge de solvabilité, de SCR et de MCR de la MGD, le conseil d'administration a décidé de faire usage de cette autorisation et de procéder à l'émission de :

- titres subordonnés à durée indéterminée (TSDI), émis pour un montant nominal total de 900 000 € ;
- titres subordonnés à durée déterminée d'un montant nominal maximal de 2 000 000 € représentés par des titres subordonnés remboursables.

Les titres subordonnés à durée indéterminée souscrits à hauteur de 900 000 € ont vocation à être classifiés dans les éléments de fonds propres de base de niveau 1 restreint. Cependant, ces titres ne peuvent pas représentés plus de 20% des fonds propres de base.

Les titres subordonnés à durée déterminée souscrits à hauteur de 600 000 € ont vocation à être classifiés dans les éléments de fonds propres de base de niveau 2.

Le montant des fonds propres de bases de la MGD s'élève à 3 276 750 € auxquels il faut rajouter les TSDI et TSR pour un montant de 1 500 000 €.

Total des fonds propres de base et auxiliaires

	Total	Niveau 1 - Non restreint	Niveau 1 - Restreint	Niveau 2	Niveau 3
	C0010	C0020	C0030	C0040	C0050
Fonds propres disponibles pour couvrir le capital de solvabilité requis	4 776 750	3 276 750	900 000	600 000	0
Fonds propres disponibles pour couvrir le minimum de capital requis	4 776 750	3 276 750	900 000	600 000	
Fonds propres éligibles pour couvrir le capital de solvabilité requis	4 776 750	3 276 750	819 186	680 813	0
Fonds propres éligibles pour couvrir le minimum de capital requis	4 595 934	3 276 750	819 186	500 000	

6.2 Capital de solvabilité requis et minimum de capital requis

Au 31 décembre 2016, le SCR la MGD se décompose de la façon suivante :

Capitaux Réglementaires	
Capacité d'absorption des provisions	Brut
Défaut	1 726 301,9
Santé	1 712 724,0
Marché	52 469,0
<i>Total</i>	<i>3 492 906,6</i>
<i>Diversification</i>	<i>-755 649,0</i>
BSCR	2 735 846,0
Opérationnel	820 754,0
Ajustement	-17 077,0
SCR	3 539 523,0

Le MCR de la MGD s'élève à 2 500 000€.

6.3 Utilisation du sous-module « risque sur actions » fondé sur la durée dans le calcul du capital de solvabilité requis

La MGD utilise la formule standard pour calculer le SCR et n'utilise pas le sous-module « risque sur actions » fondé sur la durée.

6.4 Différences entre la formule standard et tout modèle interne utilisé

La MGD utilise le modèle standard.



6.5 Non-respect du minimum de capital requis et non-respect du capital de solvabilité requis

Au 31 décembre 2016, la MGD couvre ses besoins de marge en MCR et en SCR.

7 ANNEXES : QRT (ETATS DE REPORTING QUANTITATIF) PUBLICS

7.1 S.02.01.02 : Bilan

	Solvency II value
	C0010
Actifs	
Immobilisations incorporelles	R0030 -
Actifs d'impôts différés	R0040 -
Excédent du régime de retraite	R0050 -
Immobilisations corporelles détenues pour usage propre	R0060 139 346
Investissements (autres qu'actifs en représentation de contrats en unités de compte)	R0070 3 836 357
Biens immobiliers (autres que détenus pour usage propre)	R0080 -
Détentions dans des entreprises liées, y compris participations	R0090 -
Actions	R0100 12 000
Actions – cotées	R0110 12 000
Actions – non cotées	R0120 -
Obligations	R0130 -
Obligations d'État	R0140 -
Obligations d'entreprise	R0150 -
Titres structurés	R0160 -
Titres garantis	R0170 -
Organismes de placement collectif	R0180 301 059
Produits dérivés	R0190 -
Dépôts autres que les équivalents de trésorerie	R0200 3 523 298
Autres investissements	R0210 -
Actifs en représentation de contrats en unités de compte et indexés	R0220 -
Prêts et prêts hypothécaires	R0230 -
Avances sur police	R0240 -
Prêts et prêts hypothécaires aux particuliers	R0250 -
Autres prêts et prêts hypothécaires	R0260 -
Montants recouvrables au titre des contrats de réassurance	R0270 3 775 905
Non-vie et santé similaire à la non-vie	R0280 3 775 905
Non-vie hors santé	R0290 -
Santé similaire à la non-vie	R0300 3 775 905
Vie et santé similaire à la vie, hors santé, UC et indexés	R0310 -
Santé similaire à la vie	R0320 -
Vie hors santé, UC et indexés	R0330 -
Vie UC et indexés	R0340 -
Dépôts auprès des cédantes	R0350 -
Créances nées d'opérations d'assurance et montants à recevoir d'intermédiaires	R0360 9 171 536
Créances nées d'opérations de réassurance	R0370 443 795
Autres créances (hors assurance)	R0380 132 058
Actions propres auto-détenues (directement)	R0390 -
Éléments de fonds propres ou fonds initial appelé(s), mais non encore payé(s)	R0400 -
Trésorerie et équivalents de trésorerie	R0410 15 230 479
Autres actifs non mentionnés dans les postes ci-dessus	R0420 62 168
Total Actifs	R0500 32 791 644



	Solvency II value C0010
Passifs	
Provisions techniques non-vie	6 069 795
Provisions techniques non-vie (hors santé)	-
Provisions techniques calculées comme un tout	-
Meilleure estimation	-
Marge de risque	-
Provisions techniques santé (similaire à la non-vie)	6 069 795
Provisions techniques calculées comme un tout	-
Meilleure estimation	5 963 287
Marge de risque	106 508
Provisions techniques vie (hors UC et indexés)	-
Provisions techniques santé (similaire à la vie)	-
Provisions techniques calculées comme un tout	-
Meilleure estimation	-
Marge de risque	-
Provisions techniques vie (hors santé, UC et indexés)	-
Provisions techniques calculées comme un tout	-
Meilleure estimation	-
Marge de risque	-
Provisions techniques UC et indexés	-
Provisions techniques calculées comme un tout	-
Meilleure estimation	-
Marge de risque	-
Passifs éventuels	14 080
Provisions autres que les provisions techniques	-
Provisions pour retraite	-
Dépôts des réassureurs	-
Passifs d'impôts différés	17 077
Produits dérivés	-
Dettes envers des établissements de crédit	-
Dettes financières autres que celles envers les établissements de crédit	141 178
Dettes nées d'opérations d'assurance et montants dus aux intermédiaires	11 720 856
Dettes nées d'opérations de réassurance	3 683 056
Autres dettes (hors assurance)	6 286 215
Passifs subordonnés	1 575 200
Passifs subordonnés non inclus dans les fonds propres de base	75 200
Passifs subordonnés inclus dans les fonds propres de base	1 500 000
Autres dettes non mentionnées dans les postes ci-dessus	7 436
Total passifs	29 514 893
Excédent d'actif sur passif	3 276 750

7.2 S 05.01.02 : Primes, sinistres et dépenses par ligne d'activité

	Ligne d'activité pour engagements d'assurance et de réassurance non-vie (assurance directe et réassurance proportionnelle acceptée)										Ligne d'activité pour réassurance non proportionnelle acceptée						
	CO010	CO200	CO300	CO440	CO500	CO600	CO700	CO800	CO900	CO1000	CO1100	CO1200	CO1300	CO1400	CO1500	CO1600	CO2000
Primes émises																	
Brut - Assurances directes	23 803 994	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	23 803 994
Brut - Réassurance proportionnelle acceptée	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Brut - Réassurance non proportionnelle acceptée	13 782 137	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	13 782 137
Part des assureurs	10 021 857	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10 021 857
Nd																	
Primes acquises																	
Brut - Assurances directes	23 803 994	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	23 803 994
Brut - Réassurance proportionnelle acceptée	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Brut - Réassurance non proportionnelle acceptée	13 782 137	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	13 782 137
Part des assureurs	10 021 857	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10 021 857
Nd																	
Charge des sinistres																	
Brut - Assurances directes	20 816 675	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	20 816 675
Brut - Réassurance proportionnelle acceptée	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Brut - Réassurance non proportionnelle acceptée	12 047 690	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	12 047 690
Part des assureurs	8 769 985	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8 769 985
Nd																	
Variation des autres provisions techniques																	
Brut - Assurances directes	R0410	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Brut - Réassurance proportionnelle acceptée	R0420	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Brut - Réassurance non proportionnelle acceptée	R0430	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Part des assureurs	R0440	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nd																	
Dépenses engagées																	
Autres dépenses	R1200	5 033 089	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5 033 089
Totale des dépenses	R1300																5 033 089



		Ligne d'activité pour: engagements d'assurance vie						Engagements de réassurance vie		
		Assurance maladie	Assurance avec participation aux bénéfices	Assurance indexée et en unités de compte	Autres assurances vie	Rentes découlant des contrats d'assurance non-vie et liées aux engagements d'assurance santé	Rentes découlant des contrats d'assurance non-vie et liées aux engagements d'assurance autres que les engagements d'assurance santé	Réassurance maladie	Réassurance vie	Total
		C0210	C0220	C0230	C0240	C0250	C0260	C0270	C0280	C0300
Primes émises										
Brut	R1410	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Part des réassureurs	R1420	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Net	R1500	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Primes acquises										
Brut	R1510	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Part des réassureurs	R1520	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Net	R1600	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Charge des sinistres										
Brut	R1610	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Part des réassureurs	R1620	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Net	R1700	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Variation des autres provisions techniques										
Brut	R1710	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Part des réassureurs	R1720	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Net	R1800	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Dépenses engagées	R1900	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total des dépenses	R2600	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Montant total des rachats	R2700	-	-	-	-	-	-	-	-	-

7.3 S 17.01.02 : Provisions techniques non-vie

	Direct business and accepted proportional reinsurance						Direct business and accepted proportional reinsurance						Accepted non-proportional reinsurance				Total engagements Non-vie
	C0020	C0030	C0040	C0050	C0060	C0070	C0080	C0090	C0100	C0110	C0120	C0130	C0140	C0150	C0160	C0170	
Provisions techniques calculées comme un tout																	
Reassurance non proportionnelle acceptée																	
Total des montants recouvrables au titre de la réassurance/ des véhicules de titration et de la réassurance finale, après ajustement pour pertes probables pour défaut de la contrepartie	R0010	R0040	R0050														
Provisions techniques calculées comme la somme de la meilleure estimation et de la marge de risque																	
Meilleure estimation																	
Provisions pour primes																	
But - Total	R0060	R0140	R0150	R0160	R0240	R0250	R0260	R0270	R0280	R0290	R0300	R0310	R0320	R0330	R0340		
Total des montants recouvrables au titre de la réassurance/ des véhicules de titration et de la réassurance finale, après ajustement pour pertes probables pour défaut de la contrepartie	531 992	558 900	-26 907	5 431 294	3 217 005	2 214 289	5 963 287	2 187 382	1 06 513	0	0	0	6 069 799	3 775 905	2 293 895		
Meilleure estimation nette des provisions pour sinistres																	
But - Total																	
Total des montants recouvrables au titre de la réassurance/ des véhicules de titration et de la réassurance finale, après ajustement pour pertes probables pour défaut de la contrepartie																	
Meilleure estimation nette des provisions pour sinistres																	
But - Total																	
Total des montants recouvrables au titre de la réassurance/ des véhicules de titration et de la réassurance finale, après ajustement pour pertes probables pour défaut de la contrepartie																	
Total meilleure estimation - Net																	
Marge de risque																	
Montant de la déduction transitoire sur les provisions techniques																	
Provisions techniques calculées comme un tout																	
Meilleure estimation																	
Marge de risque																	
Provisions techniques																	
Provisions techniques - total																	
Montants recouvrables au titre de la réassurance/ des véhicules de titration et de la réassurance finale, après ajustement pour pertes probables pour défaut de la contrepartie - total																	
Provisions techniques nettes des montants recouvrables au titre de la réassurance/ des véhicules de titration et de la réassurance finale																	

7.4 S 19.01.21 : Sinistres en non-vie

Sinistres payés bruts (non cumulés) (valeur absolue)

Année	Année de développement																Pour l'année en cours	Somme des années (cumulés)		
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15 & +				
	C0010	C0020	C0030	C0040	C0050	C0060	C0070	C0080	C0090	C0100	C0110	C0120	C0130	C0140	C0150	C0160				
R0100																0,0	R0100	C0160	C0160	
N-9	R0160	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R0160	-	-	
N-8	R0170	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R0170	-	-	
N-7	R0180	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R0180	-	-	
N-6	R0190	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R0190	-	-	
N-5	R0200	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R0200	-	-	
N-4	R0210	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R0210	-	-	
N-3	R0220	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R0220	-	-	
N-2	R0230	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R0230	-	-	
N-1	R0240	8 735 042	2 349 919														R0240	2 349 919	11 084 961,1	
N	R0250	15 840 347															R0250	15 840 347	15 840 346,9	
																	Total	R0260	18 190 266	26 925 306,0

Meilleure estimation provisions pour sinistres bruts non actualisées (valeur absolue)

Année	Année de développement														Fin d'année (données actualisées)					
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13		14	15 & +			
	C0200	C0210	C0220	C0230	C0240	C0250	C0260	C0270	C0280	C0290	C0300	C0310	C0320	C0330		C0340	C0350			
R0100																	R0100	C0360	C0360	
N-14	R0110	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R0110	-	-	
N-13	R0120	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R0120	-	-	
N-12	R0130	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R0130	-	-	
N-11	R0140	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R0140	-	-	
N-10	R0150	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R0150	-	-	
N-9	R0160	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R0160	-	-	
N-8	R0170	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R0170	-	-	
N-7	R0180	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R0180	-	-	
N-6	R0190	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R0190	-	-	
N-5	R0200	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R0200	-	-	
N-4	R0210	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R0210	-	-	
N-3	R0220	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R0220	-	-	
N-2	R0230	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R0230	-	-	
N-1	R0240	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R0240	-	-	
N	R0250	5 431 294															R0250	5 431 294	5 431 294	
																	Total	R0260	5 431 294	5 431 294

7.5 S.23.01.01 : Fonds Propres

Fonds propres de base avant déduction pour participations dans d'autres secteurs financiers, comme prévu à l'article 68 du règlement délégué 2015/35

Capital en actions ordinaires (brut des actions propres)
 Compte de primes d'émission lié au capital en actions ordinaires
 Fonds initial, cotisations des membres ou élément de fonds propres de base équivalent pour les mutuelles et les entreprises de type mutuel
 Comptes mutualistes subordonnés
 Fonds excédentaires
 Actions de préférence
 Compte de primes d'émission lié aux actions de préférence
 Réserve de réconciliation
 Passifs subordonnés
 Montant égal à la valeur des actifs d'impôts différés nets
 Autres éléments approuvés par l'autorité de contrôle en tant que fonds propres de base non spécifiés supra

Fonds propres issus des états financiers qui ne devraient pas être inclus dans la réserve de réconciliation et qui ne respectent pas les critères de fonds propres de Solvabilité II

Fonds propres issus des états financiers qui ne devraient pas être inclus dans la réserve de réconciliation et qui ne respectent pas les critères de fonds propres de Solvabilité II

Déductions

Déductions pour participations dans d'autres entreprises financières, y compris des entreprises non réglementées exerçant des activités financières

Total fonds propres de base après déductions

Fonds propres auxiliaires

Capital en actions ordinaires non libéré et non appelé, appelable sur demande
 Fonds initial, cotisations des membres ou élément de fonds propres de base équivalents, non libérés, non appelés et appelables sur demande, pour les mutuelles et les entreprises de type mutuel
 Actions de préférence non libérées et non appelées, appelables sur demande
 Engagements juridiquement contraignants de souscrire et de payer des passifs subordonnés sur demande
 Lettres de crédit et garanties relevant de l'article 96, paragraphe 2, de la directive 2009/138/CE
 Lettres de crédit et garanties ne relevant pas de l'article 96, paragraphe 2, de la directive 2009/138/CE
 Rappels de cotisations en vertu de l'article 96, point 3, de la directive 2009/138/CE
 Rappels de cotisations ne relevant pas de l'article 96, paragraphe 3, premier alinéa, de la directive 2009/138/CE
 Autres fonds propres auxiliaires

Réserve de réconciliation

Excédent d'actif sur passif
 Actions propres (détenues directement et indirectement)
 Dividendes, distributions et charges prévisibles
 Autres éléments de fonds propres de base
 Ajustement pour les éléments de fonds propres restreints relatifs aux portefeuilles sous ajustement égalisateur et aux fonds cantonnés

Réserve de réconciliation

Bénéfices attendus

Bénéfices attendus inclus dans les primes futures (EPIFP) – activités vie
 Bénéfices attendus inclus dans les primes futures (EPIFP) – activités non-vie
Total bénéfices attendus inclus dans les primes futures (EPIFP)

Total	Niveau 1 - Non restreint	Niveau 1 - Restreint	Niveau 2	Niveau 3
C0010	C0020	C0030	C0040	C0050
R0010	-	-	-	-
R0030	-	-	-	-
R0040	228 600	228 600	-	-
R0050	-	-	-	-
R0070	-	-	-	-
R0090	-	-	-	-
R0110	-	-	-	-
R0130	3 048 150	3 048 150	-	-
R0140	1 500 000	-	900 000	600 000
R0160	-	-	-	-
R0180	-	-	-	-
R0220	-	-	-	-
R0230	-	-	-	-
R0290	4 776 750	3 276 750	900 000	600 000
R0300	-	-	-	-
R0310	-	-	-	-
R0320	-	-	-	-
R0330	-	-	-	-
R0340	-	-	-	-
R0350	-	-	-	-
R0360	-	-	-	-
R0370	-	-	-	-
R0390	-	-	-	-

Total
C0060
R0700
R0710
R0720
R0730
R0740
R0760
R0770
R0780
R0790

7.6 S.25.01.21 : Capital de Solvabilité requis- pour les entreprises qui utilisent la formule standard

Risque de marché
 Risque de défaut de la contrepartie
 Risque de souscription en vie
 Risque de souscription en santé
 Risque de souscription en non-vie
 Diversification
 Risque lié aux immobilisations incorporelles
Capital de solvabilité requis de base

	Capital de solvabilité requis brut	USP	Simplifications
	C0110	C0090	C0100
R0010	52 469		
R0020	1 726 302		
R0030	-		
R0040	1 712 724		
R0050	-		
R0060	- 755 649		
R0070	-		
R0100	2 735 846		

Calcul du capital de solvabilité requis

Ajustement du fait de l'agrégation des nSCR des FC/PAE
 Risque opérationnel
 Capacité d'absorption des pertes des provisions techniques
 Capacité d'absorption de pertes des impôts différés
 Capital requis pour les activités exercées conformément à l'article 4 de la directive 2003/41/CE

Capital de solvabilité requis à l'exclusion des exigences de capital supplémentaire

Exigences de capital supplémentaire déjà définies

Capital de solvabilité requis pour les entreprises selon la méthode de consolidation

Autres informations sur le SCR

Capital requis pour le sous-module risque sur actions fondé sur la durée
 Total du capital de solvabilité requis notionnel pour la part restante
 Total du capital de solvabilité requis notionnel pour les fonds cantonnés
 Total du capital de solvabilité requis notionnel pour les portefeuilles sous ajustement égalisateur
 Effets de diversification dus à l'agrégation des nSCR des FC selon l'article 304

	C0100
R0120	-
R0130	820 754
R0140	-
R0150	- 17 077
R0160	-
R0200	3 539 523
R0210	-
R0220	3 539 523
R0400	-
R0410	-
R0420	-
R0430	-
R0440	-

7.7 S.28.02.01: Minimum de capital requis (MCR) – Activité d'assurance ou de réassurance vie uniquement ou activité d'assurance ou de réassurance non vie uniquement.

Linear formula component for non-life insurance and reinsurance obligations

	C0010
MCRNL Result	R0010 573 834

	Net (of reinsurance/SPV) best estimate and TP calculated as a whole	Net (of reinsurance) written premiums in the last 12 months
	C0020	C0030
Medical expense insurance and proportional reinsurance	R0020 2 187 382	10 021 857
Income protection insurance and proportional reinsurance	R0030 -	-
Workers' compensation insurance and proportional reinsurance	R0040 -	-
Motor vehicle liability insurance and proportional reinsurance	R0050 -	-
Other motor insurance and proportional reinsurance	R0060 -	-
Marine, aviation and transport insurance and proportional reinsurance	R0070 -	-
Fire and other damage to property insurance and proportional reinsurance	R0080 -	-
General liability insurance and proportional reinsurance	R0090 -	-
Credit and suretyship insurance and proportional reinsurance	R0100 -	-
Legal expenses insurance and proportional reinsurance	R0110 -	-
Assistance and proportional reinsurance	R0120 -	-
Miscellaneous financial loss insurance and proportional reinsurance	R0130 -	-
Non-proportional health reinsurance	R0140 -	-
Non-proportional casualty reinsurance	R0150 -	-
Non-proportional marine, aviation and transport reinsurance	R0160 -	-
Non-proportional property reinsurance	R0170 -	-

Linear formula component for life insurance and reinsurance obligations

	C0040
MCRRL Result	R0200 0,0

	Net (of reinsurance/SPV) best estimate and TP calculated as a whole	Net (of reinsurance/SPV) total capital at risk
	C0050	C0060
Obligations with profit participation - guaranteed benefits	R0210 -	-
Obligations with profit participation - future discretionary benefits	R0220 -	-
Index-linked and unit-linked insurance obligations	R0230 -	-
Other life (re)insurance and health (re)insurance obligations	R0240 -	-
Total capital at risk for all life (re)insurance obligations	R0250 -	-

Overall MCR calculation

	C0070
Linear MCR	R0300 573 834
SCR	R0310 3 539 523
MCR cap	R0320 1 592 785
MCR floor	R0330 884 881
Combined MCR	R0340 884 881
Absolute floor of the MCR	R0350 2 500 000
	C0070
Minimum Capital Requirement	R0400 2 500 000

7.8 S 28.02.01 : Minimum de capital requis – Activités d'assurance ou de réassurance à la fois vie et non vie

	Non-life activities		Life activities		Non-life activities		Life activities	
	MCRNL Result		MCRNL Result		Net (of reinsurance/SPV) best estimate and TP calculated as a whole	Net (of reinsurance) written premiums in the last 12 months	Net (of reinsurance/SPV) best estimate and TP calculated as a whole	Net (of reinsurance) written premiums in the last 12 months
	C0010	C0020	C0030	C0040				
Linear formula component for non-life insurance and reinsurance obligations	R0010	-	-	-	-	-	-	-
Medical expense insurance and proportional reinsurance	R0020	-	-	-	-	-	-	-
Income protection insurance and proportional reinsurance	R0030	-	-	-	-	-	-	-
Workers' compensation insurance and proportional reinsurance	R0040	-	-	-	-	-	-	-
Motor vehicle liability insurance and proportional reinsurance	R0050	-	-	-	-	-	-	-
Other motor insurance and proportional reinsurance	R0060	-	-	-	-	-	-	-
Marine, aviation and transport insurance and proportional reinsurance	R0070	-	-	-	-	-	-	-
Fire and other damage to property insurance and proportional reinsurance	R0080	-	-	-	-	-	-	-
General liability insurance and proportional reinsurance	R0090	-	-	-	-	-	-	-
Credit and suretyship insurance and proportional reinsurance	R0100	-	-	-	-	-	-	-
Legal expenses insurance and proportional reinsurance	R0110	-	-	-	-	-	-	-
Assistance and proportional reinsurance	R0120	-	-	-	-	-	-	-
Miscellaneous financial loss insurance and proportional reinsurance	R0130	-	-	-	-	-	-	-
Non-proportional health reinsurance	R0140	-	-	-	-	-	-	-
Non-proportional casualty reinsurance	R0150	-	-	-	-	-	-	-
Non-proportional marine, aviation and transport reinsurance	R0160	-	-	-	-	-	-	-
Non-proportional property reinsurance	R0170	-	-	-	-	-	-	-

	Non-life activities		Life activities		Non-life activities		Life activities	
	MCRL Result		MCRL Result		Net (of reinsurance/SPV) best estimate and TP calculated as a whole	Net (of reinsurance/SPV) total capital at risk	Net (of reinsurance/SPV) best estimate and TP calculated as a whole	Net (of reinsurance/SPV) total capital at risk
	C0070	C0080	C0090	C0100				
Linear formula component for life insurance and reinsurance obligations	R0200	-	-	-	-	-	-	-
Obligations with profit participation - guaranteed benefits	R0210	-	-	-	-	-	-	-
Obligations with profit participation - future discretionary benefits	R0220	-	-	-	-	-	-	-
Index-linked and unit-linked insurance obligations	R0230	-	-	-	-	-	-	-
Other life (re)insurance and health (re)insurance obligations	R0240	-	-	-	-	-	-	-
Total capital at risk for all life (re)insurance obligations	R0250	-	-	-	-	-	-	-

Overall MCR calculation	
	C0130
Linear MCR	R0300 -
SCR	R0310 -
MCR cap	R0320 -
MCR floor	R0330 -
Combined MCR	R0340 -
Absolute floor of the MCR	R0350 -
Minimum Capital Requirement	R0400 -

	Non-life activities		Life activities	
	C0140	C0150	C0140	C0150
Notional linear MCR	R0500 -	-	-	-
Notional SCR excluding add-on (annual or latest calculation)	R0510 -	-	-	-
Notional MCR cap	R0520 -	-	-	-
Notional MCR floor	R0530 -	-	-	-
Notional Combined MCR	R0540 -	-	-	-
Absolute floor of the notional MCR	R0550 2 500 000	3 700 000	3 700 000	3 700 000
Notional MCR	R0560 2 500 000	3 700 000	3 700 000	3 700 000