



MUTUELLE GÉNÉRALE DE LA DISTRIBUTION

**Rapport sur la solvabilité
et la situation financière
(SFCR)**

**Exercice
2024**

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

3, rue des Mathurins – 75009 PARIS

Soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de résolution (ACPR)

- 4 Place de Budapest CS 92459 - 75436 PARIS Cedex 09



Table des matières

I - Introduction.....	4
II - Synthèse	5
Activités et résultats.....	5
Systeme de gouvernance	5
Profil de risque.....	5
Valorisation à des fins de solvabilité	6
Gestion du capital	6
A. Activité et résultats.....	8
A.1 Activité	8
A.2 Résultats de souscription	9
A.3 Résultats des investissements.....	10
A.4 Résultats des autres activités	10
A.5 Autres informations.....	10
B. Systeme de gouvernance	11
B.1 Informations générales sur le système de gouvernance	11
B.2 Exigences de compétence et d'honorabilité.....	15
B.3 Systeme de gestion des risques, y compris l'évaluation interne des risques et de la solvabilité	18
B.4 Systeme de contrôle interne	22
B.5 Fonction d'audit interne	26
B.6 Fonction actuarielle	30
B.7 Sous-traitance	31
B.8 Autres informations.....	32
C. Profil de risque	33
C.1 Risque de souscription.....	33
C.2 Risque de marché	34
C.3 Risque de crédit.....	35
C.4 Risque de liquidité.....	36
C.5 Risque opérationnel	37
C.6 Autres risques importants.....	37
C.7 Autres informations.....	37
D. Valorisation à des fins de solvabilité.....	38



D.1	Actifs.....	38
D.2	Provisions techniques	38
D.3	Autres passifs	41
D.4	Méthodes de valorisation alternatives	42
D.5	Autres informations.....	42
E.	Gestion du capital	43
E.1	Fonds propres	43
E.2	Capital de solvabilité requis et minimum de capital requis.....	44
E.3	Utilisation du sous-module « risque sur actions » fondé sur la durée dans le calcul du capital de solvabilité requis.....	47
E.4	Différences entre la formule standard et tout modèle interne utilisé	47
E.5	Non-respect du minimum de capital requis et non-respect du capital de solvabilité requis	47
E.6	Autres informations.....	47
F.	ANNEXES : QRT (ETATS DE REPORTING QUANTITATIF) PUBLICS	48
F.1	S.02.01.01 : Bilan	48
F.2	S 05.01.01 : Primes, sinistres et dépenses par ligne d'activité.....	50
F.3	S 05.02.01 : Primes, sinistres et dépenses par pays	51
F.4	S 17.01.02 : Provisions techniques non-vie	52
F.5	S 19.01.21 : Sinistres en non-vie	53
F.6	S.23.01.01 : Fonds Propres	54
F.7	S.25.01.21 : Capital de Solvabilité requis- pour les entreprises qui utilisent la formule standard.....	55
F.8	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.	56



I - Introduction

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 le 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 2024 au 31 décembre 2024.

Ce rapport est composé de cinq sections :

- Activités et résultats,
- Système de gouvernance,
- Profil de risque,
- Valorisation à des fins de solvabilité,
- Gestion du capital

Et en annexe les états de reporting quantitatifs.

Ce rapport, relatif à l'exercice 2024, 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 3 avril 2025

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

Il est aussi mis en ligne sur le site institutionnel de la MGD : www.lamgd.com

II - Synthèse

Activités et résultats

- Sur le marché de la santé collective, la MGD poursuit ses tarifications sur mesure pour ses courtiers partenaires
- Sur le marché standard de la santé collective, la MGD stabilise son portefeuille.
- Sur le segment individuel, la MGD développe les partenariats existants.

	Primes en apéritions HT		
	2023	2024	
Santé	76,2 M€	77,5 M€	+2%
Sur Mesure	29,0 M€	26,7 M€	-8%
Standard	16,5 M€	16,6 M€	+0%
Individuel	30,7 M€	34,3 M€	+12%
IJH	1,0 M€	1,1 M€	+20%
Total Apérition	77,2 M€	78,7 M€	+2%

Concernant les résultats financiers, la MGD a effectué un travail d'optimisation de sa trésorerie, qui a été investie sur des comptes à terme tout au long de l'année.

	Valeur nettes comptables		Poids	Produits financiers	
	2023	2024		Rendement	
Dépôts à terme	6 502 219 €	9 784 242 €	86%	254 259 €	2,96%
Contrat de capitalisation	1 132 819 €	1 166 559 €	10%	33 740 €	2,98%
Actions	475 012 €	475 012 €	4%	- €	0,00%
Total	8 110 050 €	11 425 813 €	100%	287 999 €	2,83%

Systeme de gouvernance

Le cadre de la gestion des risques de la MGD, approuvé par le Conseil d'administration, a pour objectif la mise en œuvre de processus et une gouvernance adaptée afin de gérer, évaluer, et contrôler les risques courus. Il est conçu pour protéger la MGD et lui éviter de porter préjudice à ses adhérents et collaborateurs, lui permettant ainsi d'atteindre ses objectifs.

Le cadre de gestion des risques de la MGD s'appuie sur la démarche ERM "Entreprise Risk Management" d'identification, d'évaluation, et de pilotage des risques pour s'assurer que chaque risque clé est géré efficacement. En 2024, la gouvernance n'a pas fait l'objet d'évolution majeure.

Profil de risque

Le profil de risque regroupe l'ensemble des risques auxquels est exposé la MGD, la quantification de ces expositions et les mesures de protection face à ces risques

	Mesure de risque	En %
Module de risque de marché	433 734	11%
Module de risque de souscription santé	1 448 529	36%
Module de risque de contrepartie	1 407 532	35%
Module de risque opérationnel	729 088	18%

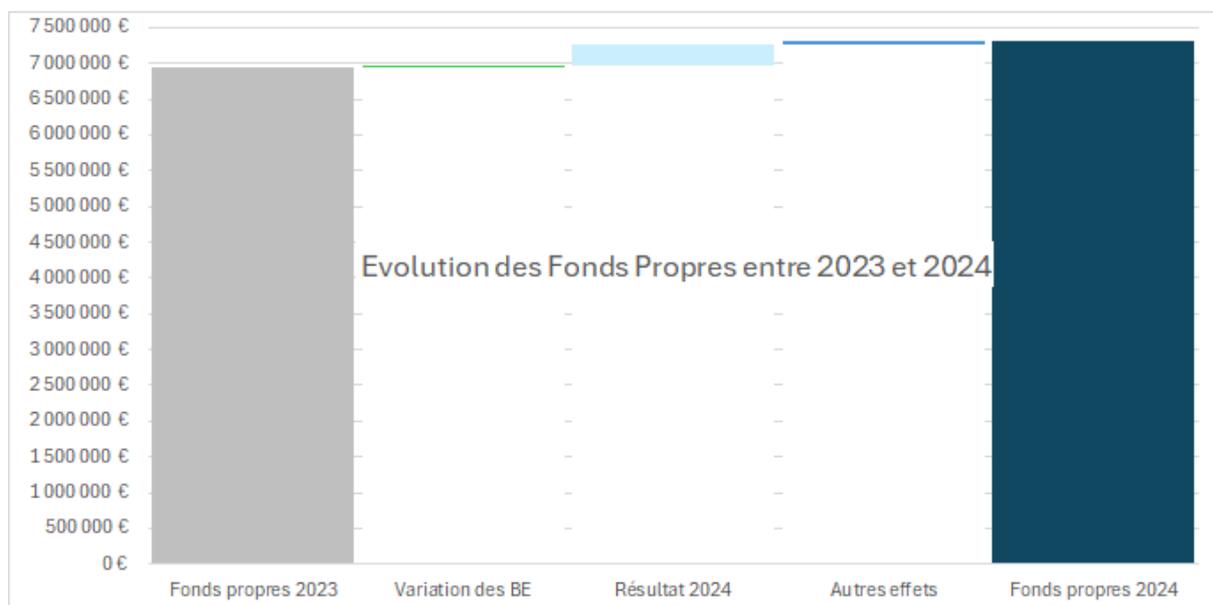
Valorisation à des fins de solvabilité

L'établissement du bilan prudentiel a été réalisé en 2024, selon des méthodes et hypothèses comparables à celles utilisées en 2023. Dans le cadre du BE de primes, la dérive des frais de santé envisagée en 2024 est de 8,00%.

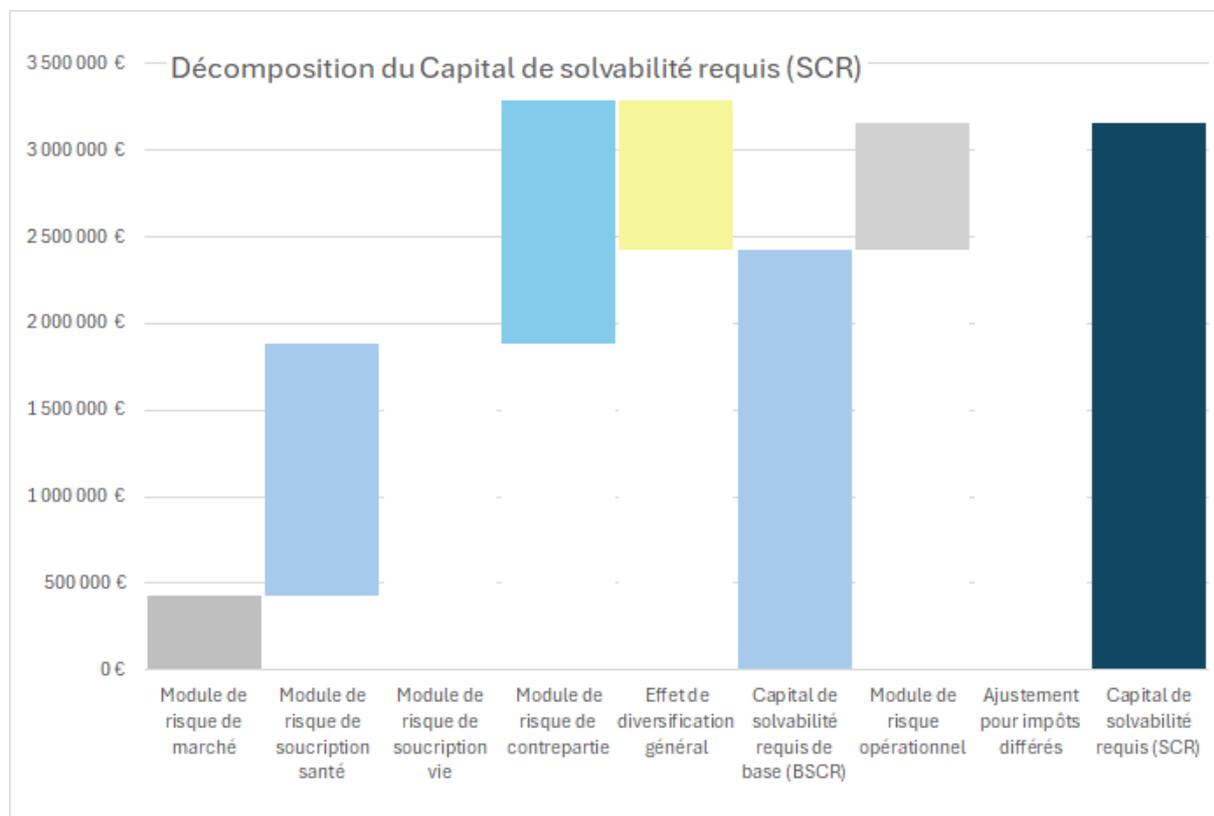
Décomposition du Bilan								
Actif			Passif					
Actifs Valeur Solvabilité II	41 989 526	100%	Fonds	le solvabilité requis (SCR)	3 159 380	7,5%	2 700 000	
			Propre	m de capital de solvabilité (MCR)				6,4%
				Capital Libre	4 153 863	9,9%		4 613 243
			Provisions techniques	Meilleure estimation	8 531 323	20,3%		
				Marge de risque	129 822	0,3%		
						Autres Passifs		26 015 138

Gestion du capital

L'évolution des Fonds propres entre 2023 et 2024 s'explique comme suit :



Les exigences réglementaires sont composées des modules de risques suivant :



Niveau de couverture	2024
Capital de solvabilité requis (SCR)	3 159 380
Fonds propres économiques éligibles (SCR)	7 313 243
Couverture de SCR	231%
Minimum de capital de solvabilité (MCR)	2 700 000
Fonds propres économiques éligibles (MCR)	7 253 243
Couverture de MCR	269%

En conclusion :

La MGD dispose d'un niveau de fonds propres couvrant les exigences de capital (MCR et SCR). Le taux de couverture du SCR a baissé de 4 points entre 2023 et 2024, du fait de la hausse du SCR (+7%), conjuguée à une hausse moindre des fonds propres (+5%).

Le taux de couverture du SCR est de 231 % au 31/12/2024, contre 235 % au 31/12/2023.

Le taux de couverture du MCR est de 269 % au 31/12/2024, contre 255 % au 31/12/2023.

A. Activité et résultats

A.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 3, rue des Mathurins 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.

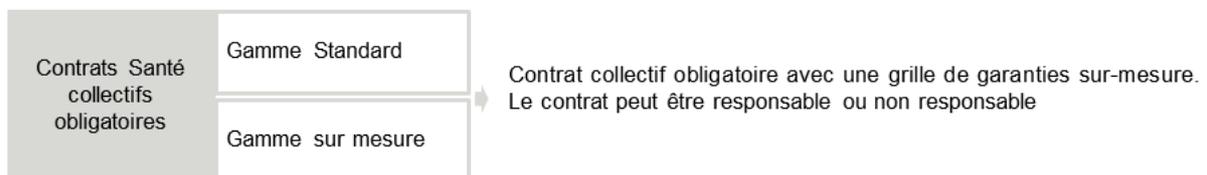
Elle s'adresse, par l'intermédiaire de ses partenaires courtiers constituant son unique canal de vente, à toutes les entreprises, aux travailleurs non-salariés et à l'ensemble des particuliers sur tout le territoire.

La MGD couvre 91 973 adhérents, ce qui représente 145 343 bénéficiaires.

La MGD emploie 19 salariés.

Les produits assurés

- Les contrats collectifs obligatoires souscrits par des entreprises du secteur privé et les contrats collectifs issus de la loi Evin pour les retraités (55% du volume d'activité en apérition)



- Les contrats individuels (44% du volume d'activité en apérition), les contrats collectifs à adhésion facultative composés de contrats Madelin souscrits par une association, et de contrat bénéficiant à des fonctionnaires.
- Les contrats d'indemnités journalières hospitalières (1% du volume d'activité en apérition)

Les axes de développement

- Sur le marché de la santé collective, la MGD poursuit ses tarifications sur mesure pour ses courtiers partenaires
- Sur le marché standard de la santé collective, la MGD stabilise son portefeuille.
- Sur le segment individuel, la MGD pérennise les partenariats existants.

Primes en apéritions HT			
	2023	2024	
Santé	76,2 M€	77,5 M€	+2%
Sur Mesure	29,0 M€	26,7 M€	-8%
Standard	16,5 M€	16,6 M€	+0%
Individuel	30,7 M€	34,3 M€	+12%
IJH	1,0 M€	1,1 M€	+20%
Total Apérition	77,2 M€	78,7 M€	+2%

A.2 Résultats de souscription

Le chiffre d'affaires brut de réassurance de la MGD de 2024 s'élève à 44.1M€ en hausse de 12% par rapport à 2023. Les primes acquises nettes de réassurance sont de 7.5M€ en hausse de 38% par rapport à 2023. Ces évolutions s'expliquent par la volonté de maîtriser notre risque de souscription, grâce à nos programmes de réassurance.

La charge des sinistres brut de réassurance est en hausse de 3%.

Les frais sont en baisse de 4%, en effet la MGD n'a pas renouvelé certains contrats dont les frais étaient plus importants que la moyenne du portefeuille.

		31/12/2024	31/12/2023	Ecart
Opérations brutes totales	I 1 Primes acquises	44 150 365	39 313 039	12%
	I 4 Charge des sinistres	35 190 764	34 225 905	3%
	I 7 Frais d'acquisition et d'administration	13 307 699	12 766 798	4%
	Solde de souscription brut de réass	- 4 348 098	- 7 679 664	-43%
	Solde de cessions en réassurance	3 943 497	7 554 569	-48%
Opérations nettes	Solde de souscription	- 404 601	- 125 095	223%
	I 3 Autres produits techniques et I2 de placements	1 932 273	3 197 727	-40%
	I 8 Autres charges techniques	1 523 788	1 296 197	18%
	Résultat technique	3 883	1 776 435	-100%
P/C souscription		100%	80%	

Le P/C net des produits et charges de la MGD est de 100% en 2024 vs de 80% en 2023. Ce retour à l'équilibre s'explique par l'absence en 2024 de boni exceptionnel comme il y avait pu en avoir en 2023.

A.3 Résultats des investissements

La composition du portefeuille des placements est le suivant :

	Valeur nettes comptables		Poids
	2023	2024	
Dépôts à terme	6 502 219 €	9 784 242 €	86%
Contrat de capitalisation	1 132 819 €	1 166 559 €	10%
Actions	475 012 €	475 012 €	4%
Total	8 110 050 €	11 425 813 €	100%

Les placements sont concentrés sur des comptes à terme pour 86% de la valeur totale des placements et un contrat de capitalisation pour 10%.

Le résultat des activités de placements est :

	Produits financiers		Rendement
	2023	2024	
Dépôts à terme	254 259 €		2,96%
Contrat de capitalisation	33 740 €		2,98%
Actions	- €		0,00%
Total	287 999 €		2,83%

Les placements financiers ont un taux moyen de rentabilité de 2.83%.

A.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.).

Ces activités annexes représentent 0.5% des activités de souscription.

A.5 Autres informations

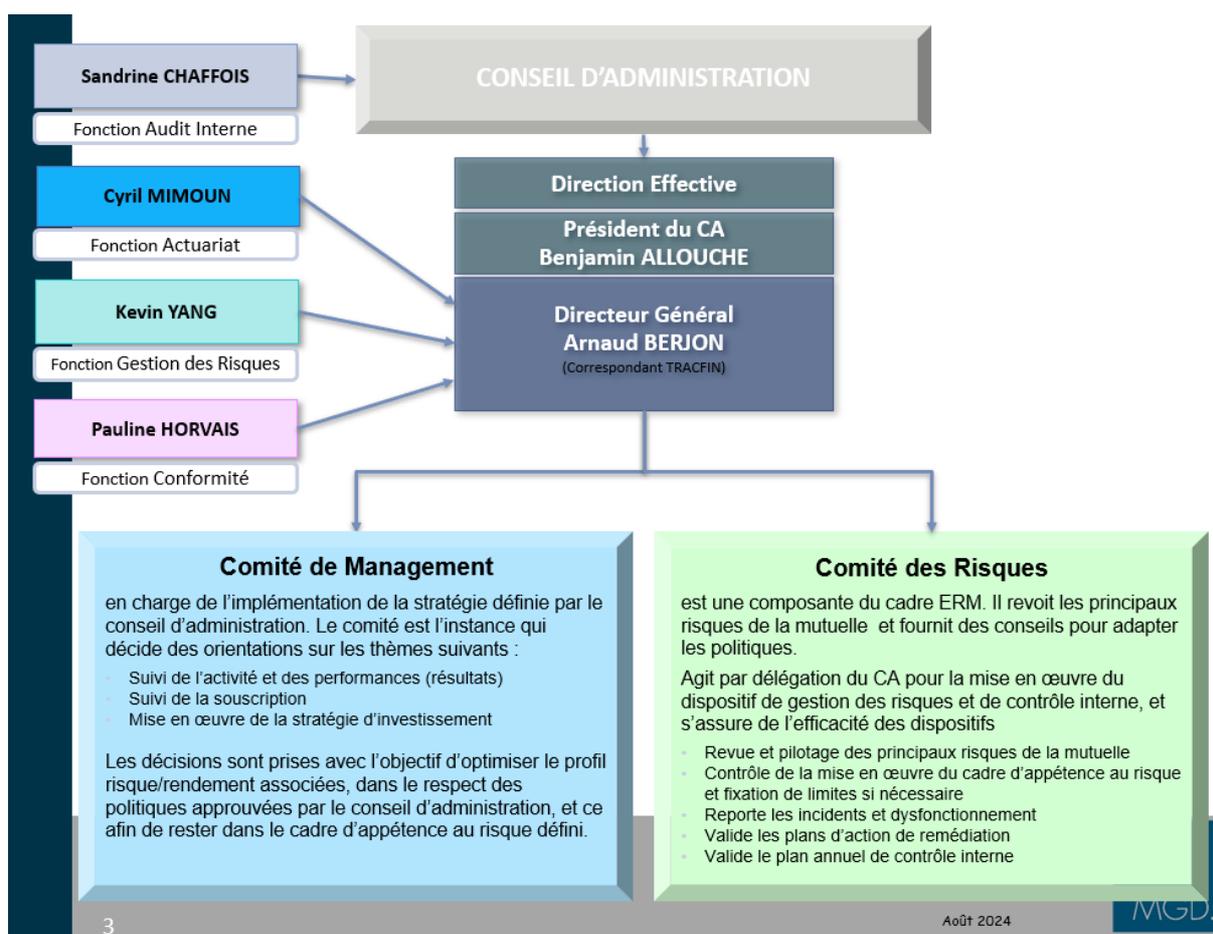
La MGD n'a pas identifié d'autre information importante concernant l'activités et les résultats.

B. Système de gouvernance

B.1 Informations générales sur le système de gouvernance

B.1.1 Organigrammes

L'organigramme de l'équipe de pilotage et contrôle en 2024 est présenté ci-après.



B.1.2 Fonctionnement du conseil d'administration

B.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 ;
- Valide le rapport régulier au contrôleur ainsi que le rapport public sur la solvabilité et la condition financière ;
- Valide 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.

B.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 2 fois au cours de l'année 2024.

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 sa tenue.

B.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).

B.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.

B.1.4 Nomination en tant que Dirigeant opérationnel

Le Conseil d'Administration du 20 septembre 2017, a voté la résolution nommant Monsieur Arnaud BERJON en tant que Dirigeant opérationnel.

Les pouvoirs les plus étendus lui sont délégués, comme stipulé dans sa délégation de pouvoir, 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.

B.1.5 Information sur la politique et les pratiques de rémunération

Cette politique concerne toute personne percevant des rémunérations de la mutuelle, quelle qu'en soit la nature.

Elle s'inscrit notamment dans le double objectif d'assurer une égalité de traitement de ses salariés, et des décisions managériales dans le respect des principes d'égalité professionnelle et de non-discrimination tout en respectant la Directive européenne de Distribution d'Assurance entrant en vigueur le 1er octobre 2018, cette dernière disposant que les modalités de rémunération d'un collaborateur (part variable de rémunération) ne doivent pas l'empêcher d'agir au mieux des intérêts des clients/adhérents.

Elle s'appuie sur des :

- Principes généraux liés aux rémunérations fixes
- Spécificités liées aux rémunérations variables : mise en place d'une rémunération variable pour les inspecteurs et autre collaborateurs commerciaux dont les montants et objectifs quantitatifs et qualitatifs sont validés annuellement.
- Spécificités liées à la rémunération variable sur objectif des encadrants.

Les composantes de la rémunération fixe et des rémunérations variables doivent être équilibrées de sorte que la composante fixe représente une part suffisamment élevée de la rémunération totale pour éviter que les salariés ne dépendent de manière excessive de la rémunération variable.

Afin de ne pas inciter les salariés ayant des attributions sensibles à s'affranchir des règles de contrôle interne, la part variable de leur rémunération est encadrée le cas échéant chaque année par un avenant au contrat de travail reprenant les objectifs et les critères permettant de leur verser une part variable de rémunération.

Le montant de la part variable du salaire est, dans tous les cas, en fonction du mérite et d'un travail qualitatif fourni.

Les rémunérations variables garanties ne sont pas autorisées.

Rémunération variable

Des primes peuvent être versées aux salariés dans les conditions suivantes :

- Prime(s) individuelle(s) liée(s), soit à l'atteinte d'objectifs quantitatifs ou qualitatifs préalablement fixés par le management, soit pour récompenser une performance individuelle à l'initiative du collaborateur.
- Prime(s) collective(s) liées à la réalisation d'un objectif stratégique de l'entreprise.

Les augmentations collectives de salaire peuvent intervenir :

- A l'occasion des revalorisations des minimas sociaux,
- A l'initiative du dirigeant opérationnel.



Les augmentations individuelles de salaire peuvent intervenir à l'occasion d'évolution de poste, mission ou de montée en compétence du collaborateur.

La politique de rémunération distingue les différentes catégories de personne qui perçoivent une rémunération de la mutuelle.

B.2 Exigences de compétence et d'honorabilité

B.2.1 Procédure concernant les dirigeants salariés et responsables de fonctions clefs

B.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.

B.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.

B.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).

B.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.

B.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.

B.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.

B.3 Système de gestion des risques, y compris l'évaluation interne des risques et de la solvabilité

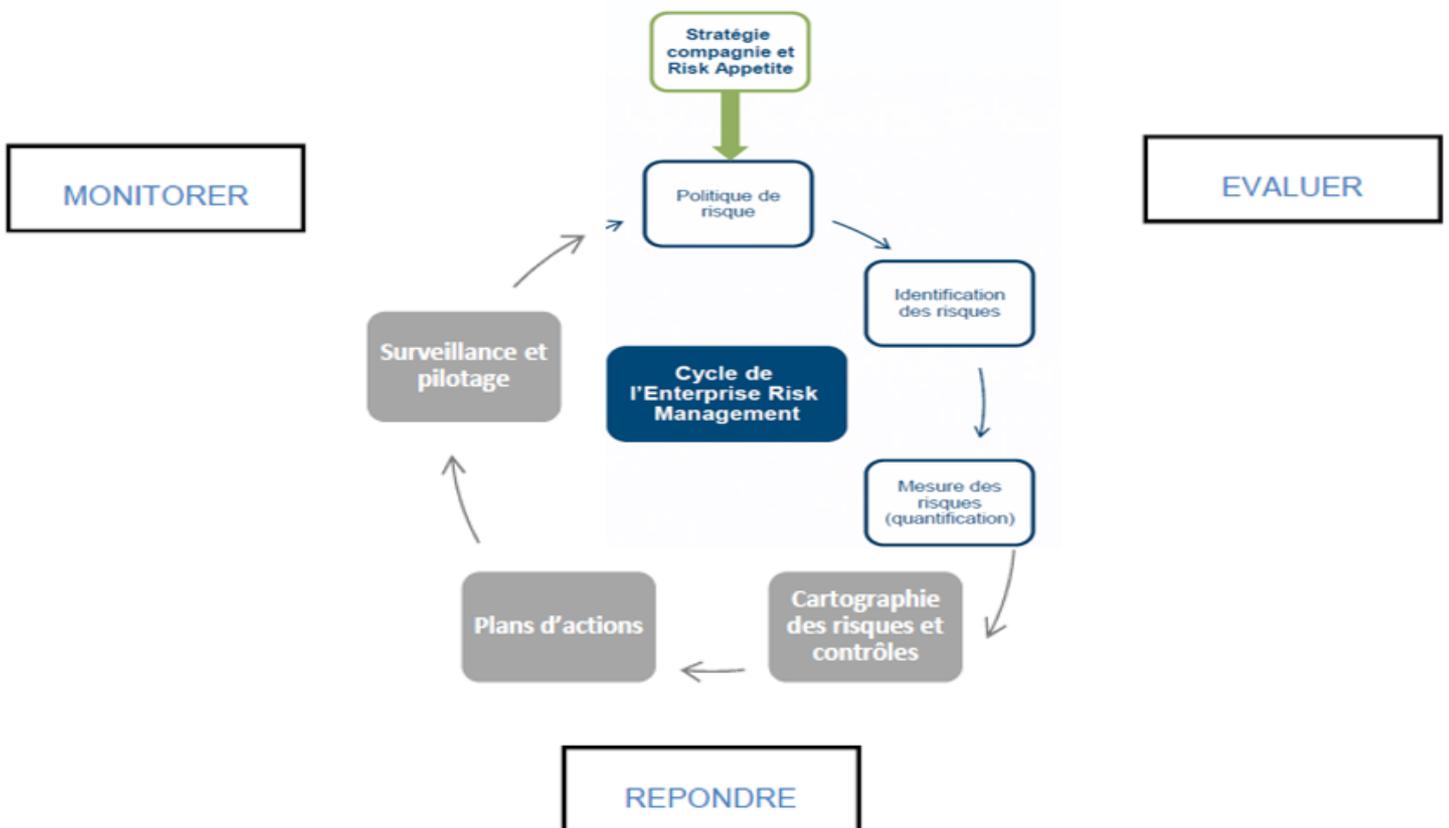
B.3.1 Politique de gestion des risques

Conformément à l'article 44 de la directive Solvabilité II et l'article 259 des actes délégués, la mutuelle est tenue de mettre en place un système de gestion ayant pour vocation d'identifier et mesurer les risques auxquels elle est exposée dans le cadre de ses activités

Le cadre de la gestion des risques de la MGD, approuvé par le Conseil d'administration, a pour objectif la mise en œuvre de processus et une gouvernance adaptée afin de gérer, évaluer, et contrôler les risques courus. Il est conçu pour protéger la MGD et lui éviter de porter préjudice à ses adhérents et collaborateurs, lui permettant ainsi d'atteindre ses objectifs.

Le cadre de gestion des risques de la MGD s'appuie sur la démarche ERM "Entreprise Risk Management" d'identification, d'évaluation, et de pilotage des risques pour s'assurer que chaque risque clé est géré efficacement.

L'ERM est un processus, qui de façon systématique et complète, identifie et évalue les risques critiques (Evaluer), quantifie leurs impacts et met en œuvre des stratégies intégrées afin de maximiser la valeur de l'entreprise (Répondre) et contrôle dans le temps les progrès constatés par rapport à nos objectifs (Monitorer). »





Une démarche ERM est donc un processus continu qui identifie et évalue l'ensemble des risques de l'entreprise (risques d'assurance, financiers, opérationnels et stratégiques) et leurs interactions.

Le cadre de gestion des risques mis en place au sein de la MGD est une combinaison de deux approches complémentaires, afin d'évaluer et de gérer les principaux risques de la mutuelle :

- Approche Top down ;
- Approche Bottom up.

Le système de gestion des risques couvre les domaines suivants :

- Souscription et provisionnement
- Gestion Actif- Passif
- Gestion du risque d'investissement
- Gestion du risque de liquidité
- Risques opérationnels
- Risques de contrepartie
- Risques de défaillance d'un sous-traitant
- Risques de défaillance d'un membre du personnel clé
- Risque de marché

Les différentes fonctions clés animent le dispositif de gestion des risques.

B.3.2 La fonction de gestion des risques

B.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.



B.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.

B.3.2.3 Désignation 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.

B.3.3 Appétence et aversion aux risques

L'appétence au risque est le niveau de risque que la mutuelle accepte de prendre dans le cadre de sa stratégie. Elle permet au management et au conseil d'administration de mettre en place un dispositif de maîtrise des risques au regard de la stratégie de l'entreprise, et de développer un dispositif de mesure et de pilotage adapté à son profil de risque utile au processus de décision.

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'ORSA (décrit ci-après) et les résultats des travaux ORSA sont un élément clé pour la définition de ce cadre d'appétence

B.3.4 Evaluation interne des risques et de la solvabilité

B.3.4.1 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 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.

La MGD a défini des scénarii de stress à quantifier ayant un impact significatif sur son profil de risque afin d'apprécier le respect permanent des exigences de capital et des exigences relatives aux provisions techniques

Les résultats de ces scénarii, et sa bonne compréhension par les administrateurs permettront d'établir les métriques de pilotages de notre gestion du risque de la MGD.

Les résultats des travaux ORSA sont un élément clé pour la définition de ce cadre d'appétence. Ainsi, le pilotage de la mutuelle est effectué, notamment, en fonction des conclusions apportées par cette évaluation.

B.3.4.2 Implication du Conseil d'administration

Le Conseil d'administration valide l'appétence et la tolérance aux risques embarquées 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

La réalisation et la validation de l'ORSA est effectuée au moins une fois par an.

B.4 Système de contrôle interne

B.4.1 Objectifs

Conformément aux dispositions prévues par l'article 46 de la directive Solvabilité 2 et de l'article 266 des actes délégués la mutuelle est tenue de mettre en place un système de contrôle interne. Cette disposition est en cohérence avec les exigences préalables du décret N°2008-468 du 19 Mai 2008 transposés à l'article R211-28 du code de la mutualité.

Les objectifs visés par la politique de contrôle interne et de gestion des risques opérationnels sont de :

- Mobiliser tous les acteurs de MGD sur les actions de maîtrise des risques
- Accepter uniquement des incidents susceptibles d'avoir une incidence financière mineure et à prendre les dispositions nécessaires pour maîtriser les risques les plus significatifs.
- Mettre en place un dispositif homogène avec un niveau adéquat de formalisation et de traçabilité, qui permet de donner une assurance raisonnable de maîtrise des risques, au Comité d'Audit, au Conseil d'Administration, à la Direction Générale, au management et au régulateur.

Pour mettre en œuvre le contrôle interne, la mutuelle met à jour la cartographie des risques, ainsi que son plan de contrôle.

B.4.2 Organisation interne

B.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 » (émission des pièces contractuelles et paramétrage de l'outil de gestion, gestion des flux, réclamation, actuariat, etc.) est encadré par des notes de procédures. Ces notes sont régulièrement mises à jour.

B.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.

B.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.

B.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.

B.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 clés 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 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 d'administration 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.

B.5 Fonction d'audit interne

B.5.1 Objectifs

Conformément aux dispositions de l'article 47 de la Directive Solvabilité 2, précisées à l'article 271 du règlement délégué, la mutuelle dispose d'une fonction d'audit interne. Cette disposition est en cohérence avec les exigences préalables de l'ordonnance N°2008-1278 du 8 décembre 2008.

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 pans de l'activité le plus générateurs de risques :

- La gestion déléguée et pour le coup c'est un audit externe vers le gestionnaire
- Le processus d'établissement du bilan prudentiel qui constitue le cœur comptable et technique de notre activité
- La maîtrise des activités en général via l'audit de tel ou tel service ou processus.

La fonction d'audit interne établit 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.

B.5.2 Ressources

Le Conseil d'administration désigne un 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.

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

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.

B.5.3 Honorabilité et compétences

Le responsable de la fonction clef 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).

B.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.

B.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.

B.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.

B.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.

B.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.

B.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, ...) ;
- 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.

B.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.

B.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.

B.6 Fonction actuarielle

B.6.1 Objectifs

La fonction actuarielle a pour principale tâche :

- de coordonner le calcul des provisions techniques,
- de garantir le caractère approprié des méthodologies, des modèles sous-jacents et des hypothèses utilisés pour le calcul des provisions techniques, d’apprécier la suffisance et la qualité des données utilisées dans le calcul des provisions techniques
- de comparer les meilleures estimations aux observations empiriques
- d’informer l’organe administration, de gestion ou de contrôle de la fiabilité et du caractère adéquat du calcul des provisions techniques
- de superviser le calcul des provisions techniques dans les cas visés à l'article 82
- d’émettre un avis sur la politique globale de souscription
- d’émettre un avis sur l'adéquation des dispositions prises en matière de réassurance
- de contribuer à la mise en œuvre effective du système de gestion des risques visés à l'article 44, en particulier pour ce qui concerne la modélisation des risques sous-tendant le calcul des exigences de capital prévu, et pour ce qui concerne l'évaluation visée à l'article 45

En conséquence, la fonction actuarielle s’appuie sur des éléments objectifs pour se prononcer sur les provisions techniques et la qualité des données utilisées dans leur calcul ainsi que sur les politiques de souscription et de réassurance.

Son action est formalisée dans un rapport écrit rédigé à l'intention du Conseil d'administration, dans lequel en 2024 :

- la fonction actuarielle juge le calcul des provisions techniques fiable et adéquat avec la réglementation Solvabilité II.
- elle apprécie la suffisance et la qualité des données utilisées (QDD) dans le calcul des provisions techniques, et ayant pour finalité la production des reportings annuels Solvabilité 2 (QRT).
- elle estime que la politique globale de souscription actuelle et future est appropriée à son profil de risque.
- elle estime que les dispositions prises en matière de réassurance actuelles et futures apparaissent adéquates.

B.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 rédigé une politique permettant de décrire le dispositif de gouvernance des données dans le respect des exigences de la directive Solvabilité II. Les exigences minimales de qualité de données dans le contexte de Solvabilité II visent à bâtir trois référentiels :

- Référentiel de Gouvernance des Données ;
- Référentiel de Supervision de la Qualité des Données
- Référentiel d'Architecture des Données.

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.

B.7 Sous-traitance

Conformément à l'Ordonnance no 2015-378 du 2 avril 2015 transposant la directive Solvabilité 2 dans le droit français :

- la MGD conserve « l'entière responsabilité du respect des obligations qui lui incombe lorsqu'elle recourt à l'externalisation des fonctions ou des activités d'assurance ».

- la MGD s'abstient « d'externaliser des activités ou des fonctions opérationnelles importantes ou critiques, lorsque cette externalisation serait susceptible de compromettre la qualité du système de gouvernance, d'accroître indûment le risque opérationnel, de compromettre la capacité des autorités de contrôle à vérifier que la Mutuelle se conforme bien à ses obligations ou de nuire à la prestation continue d'un niveau de service satisfaisant » à l'égard des adhérents.
- le cas échéant, la MGD informe « préalablement, et en temps utile, l'ACPR de son intention d'externaliser des activités ou des fonctions importantes ou critiques ainsi que de toute évolution importante ultérieure concernant ces fonctions ou ces activités ».

Les activités sous-traitées entrant dans le champ d'application de cette politique sont celles ayant trait aux « fonctions ou activités d'assurance ». Il s'agit des activités de distribution via des intermédiaires en assurance et des activités de gestion (gestion des contrats et des prestations), mais aussi de tarification ou encore de conception de produits

D'autres tâches courantes et non significatives peuvent être externalisées comme dans tout organisme, sans que cela ne nécessite l'application d'une politique écrite particulière au sens de la directive Solvabilité II.

Les fonctions clés de la MGD peuvent être assumées par des salariés ou des administrateurs de la mutuelle.

La description de la sous-traitance critique est couverte par la politique de sous-traitance.

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

La mutuelle demeure entièrement responsable de toutes les fonctions et activités externalisées. La responsabilité ultime de la mise en œuvre de la politique de sous-traitance est dévolue au Conseil d'Administration.

La fonction Gestion des Risques effectue la supervision, la formalisation des activités sous traitées et assure le reporting de nos risques liés à la sous-traitance.

B.8 Autres informations

La MGD n'a pas identifié d'autre information importante concernant le système de gouvernance.

C. Profil de risque

C.1 Risque de souscription

C.1.1 L'exposition au risque de souscription

Compte tenu des agréments de la MGD et des produits qu'elle distribue, la mutuelle n'est pas concernée par les risques de souscription Vie et de souscription Non-Vie.

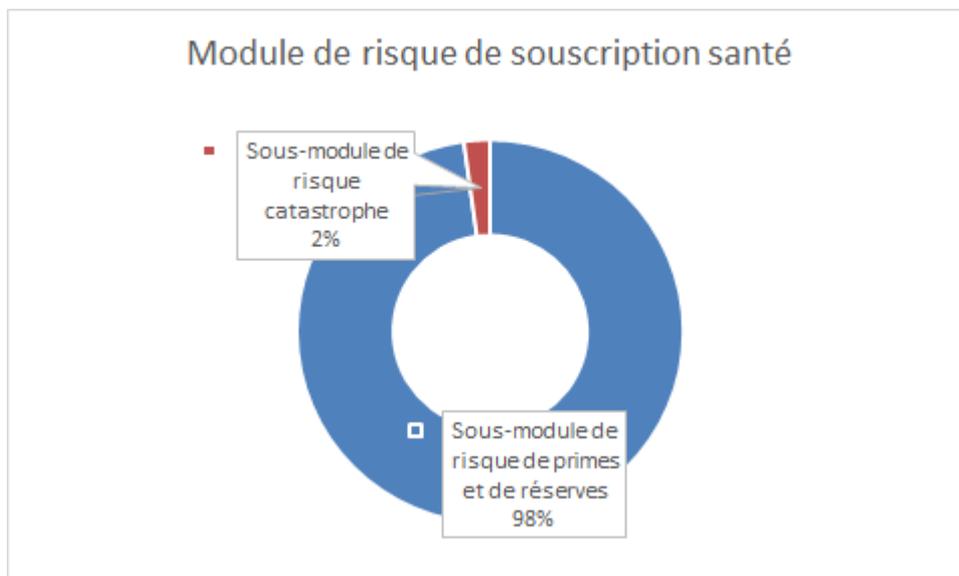
Le risque de souscription est exclusivement celui du risque de souscription Santé.

C.1.2 La concentration associée au risque de souscription

Il est principalement composé du sous module de risque santé non similaire à la vie (non SLT). En effet, le sous module lié au risque Catastrophe pèse faiblement dans l'évaluation du risque de souscription santé. Le risque de rentabilité des affaires et le risque de réserve sont les principaux risques de ce module.

La méthode de calcul du volume de prime intègre les facteurs $FP_{\text{futurés}}$ et $FP_{\text{existants}}$ tel que défini aux articles 116 et 147 du Règlement délégué.

La décomposition du SCR de souscription présentée dans le graphe suivant montre une forte concentration du risque sur la santé NSLT (98% du SCR de de souscription).



Ce profil de risque de souscription reflète naturellement l'activité assurantielle exclusive de la santé.

C.1.3 Les mécanismes d'atténuation du risque de souscription

L'impact des risques techniques est en général appréhendé selon les axes suivants : le sous-provisionnement des engagements existants, la dérive de la sinistralité courante ou l'insuffisance de ressources d'exploitation pour couvrir les frais et commissions.

Maîtrise de la sinistralité : En santé, les contrats sont souscrits pour une durée annuelle et renouvelable au 1^{er} janvier de l'année suivante, la maîtrise de l'équilibre entre les tarifs et les garanties proposées repose avant tout sur un dispositif annuel de surveillance du portefeuille

Un plan de réassurance de notre organisme a été établi dans le but d'optimiser les couvertures des risques

Chaque année, dans le cadre des travaux de clôture des comptes, l'analyse des boni-mali de liquidation de provisions est effectuée par délégué.

Maîtrise des ressources et frais d'exploitation grâce aux gains de productivité : refonte des processus, automatisation.

C.2 Risque de marché

C.2.1 L'exposition au risque de marché

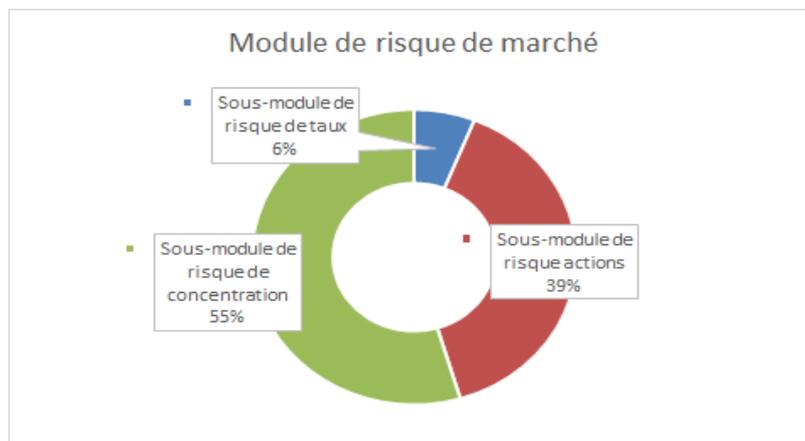
L'exposition au risque de marché est réduite à la seule classe d'actif Actions.

La MGD est peu exposée au risque de marché. Ses placements sont en effet répartis sur des comptes à terme et sur l'actif général d'un contrat de capitalisation, non soumis au risque de marché.

Il n'y a pas d'impact des fluctuations des taux d'intérêt dans l'évaluation de nos investissements à revenu fixe et dans l'évaluation des passifs.

C.2.2 La concentration associée au risque de marché

Le risque de marché est le risque de perte résultant des fluctuations des instruments financiers composant son portefeuille.





Le risque de concentration est important, car il traduit le fait que la volatilité d'un portefeuille augmente avec sa concentration sur un même émetteur.

C.2.3 Les mécanismes d'atténuation du risque de marché

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 prudente est respecté au travers des investissements sur des comptes à terme et sur l'actif général d'un contrat de capitalisation, non soumis au risque de marché, et sans risque de perte en capital.

C.3 Risque de crédit

C.3.1 L'exposition au 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.

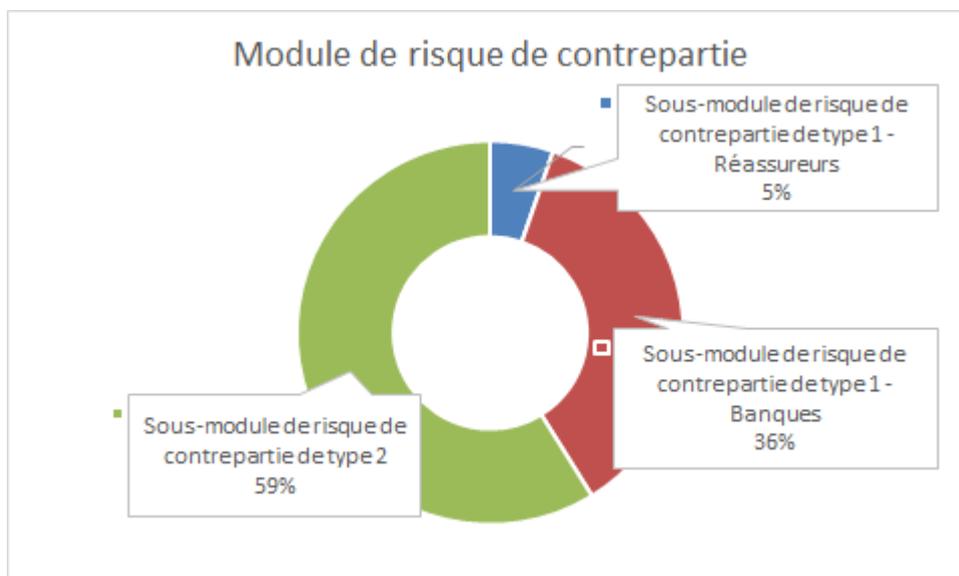
Le risque de crédit présente une forte contribution au SCR de Base.

Les expositions retenues sont répertoriées méthodiquement et présentent ainsi l'exhaustivité de ce risque. Elles sont classifiées en deux types :

Le risque de défaut de type 1 prend en compte les réassureurs, ainsi que les partenaires bancaires. Les probabilités de défaut retenues sont fonction de la notation établie par l'agence de notation S&P. Elles sont vérifiées chaque année.

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

C.3.2 La concentration associée au risque de crédit



C.3.3 Les mécanismes d'atténuation du risque de crédit

La MGD ne travaille pas avec des partenaires qui n'ont pas une expérience en assurance santé ni un portefeuille significatif en assurances de personnes. Ainsi, l'ensemble de nos coassureurs/réassureurs sont des grands acteurs de l'assurance de personnes en France.

La direction et le comité d'audit porte une attention régulière et particulière au suivi de l'encaissement des flux de cotisations. Ainsi, le poste de créance d'assurance a fortement baissé

C.4 Risque de liquidité

C.4.1 L'exposition au 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.

C.4.2 La concentration associée au risque de liquidité

Il n'y a pas de concentration du risque de liquidité pour la MGD

C.4.3 Les mécanismes d'atténuation du risque de liquidité

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.

C.5 Risque opérationnel

C.5.1 L'exposition au risque opérationnel

Le risque opérationnel de la mutuelle correspond aux pertes potentielles qui pourraient résulter d'une défaillance.

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

C.5.2 La concentration associée au risque opérationnel

La valorisation du risque opérationnel est faite conformément au module standard.

C.5.3 Les mécanismes d'atténuation du risque opérationnel

Le risque opérationnel est suivi au travers de la collecte des incidents et des pertes opérationnelles, matérialisés au sein d'une cartographie des risques. La cartographie des risques de la mutuelle prévoit des actions de maîtrise des risques opérationnels en fonction de leur importance.

C.6 Autres risques importants

La MGD n'a pas identifié d'autres risques importants susceptibles d'impacter le profil de risque.

C.7 Autres informations

La MGD n'a pas identifié d'autre information importante susceptible d'impacter le profil de risque.

D. Valorisation à des fins de solvabilité

D.1 Actifs

D.1.1 Méthodologie

Les actions sont inscrites au bilan en valeur de marché. Celle-ci correspond à la valeur négociée sur un marché réglementé, évaluée sur la base du cours de clôture. En l'absence de cours au jour de la valorisation, l'évaluation s'effectue sur la base du dernier cours connu.

D.1.2 Créances

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 :

(en €)	Comptes prudentiels
4. Créances	11 180 822
Créances nées d'opérations d'assurance	8 898 807
Créances nées d'opérations de réassurance	2 233 752
Autres créances	48 263

D.2 Provisions techniques

D.2.1 Méthodologie

D.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 :

- Caractéristiques des produits et garanties ;
- Modèles de règlement des sinistres ;
- Profil de placement des contrats ;
- Politique de souscription ;



- Décisions futures de gestion.

D.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'expérience et une compréhension des risques inhérents à l'activité de l'assurance.

D.2.2.1 Taux d'actualisation

La MGD actualise les flux de trésorerie de la meilleure estimation des flux de sinistres.

D.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 2016 à 2024 (à l'exception de 2020) sur l'ensemble du portefeuille de la MGD.

Les frais de gestion sont pris en compte dans le calcul des provisions.

D.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.

D.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 flux de trésorerie (primes et commissions reçues par la MGD ainsi que les prestations payées et frais liés à ces sinistres).

D.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.

D.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 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

D.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 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, de délégation de gestion

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

- Le volume de sinistres de l'année N y compris la provision pour sinistre à payer ;
- Le taux de dérive médicale (8.00% pour 2025) ;
- Le cas échéant, les incidences liées à des changements de niveau de garantie opérés sur les contrats.

Les autres flux de trésorerie sont aussi pris en compte : Frais d'acquisition, Frais de gestion, Forfait patientèle, commission d'apérition, et commissions d'intermédiation sur obsèques,

D.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.

D.2.4 Marge pour risque

La marge pour risque est calculée selon la méthode simplifiée dite 'duration' pour toutes les garanties puisqu'elles appartiennent toutes à la même ligne d'activité.

La marge pour risque est calculée au taux de 6% du coût du capital, des capitaux de solvabilité requis futurs, actualisés au taux sans risque 1 an, sur une duration moyenne des engagements de 1 an.

D.2.5 Impôts différés

La MGD ne justifie pas la recouvrabilité des impôts différés actifs, c'est-à-dire que la MGD ne justifie pas qu'elle serait en mesure de dégager des bénéfices fiscaux lui permettant d'imputer ces crédits d'impôts futurs à la charge fiscale associée auxdits bénéfices.

Aussi, la MGD prend en compte dans son calcul de marge de solvabilité le net entre les impôts différés passifs et actifs, uniquement si les impôts différés passifs sont supérieurs aux impôts différés actifs.

L'ajustement pour impôts différés est :

Ajustement pour impôts différés	0
---------------------------------	---

D.3 Autres passifs

D.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 :

(en €)	Comptes pruden- tiels
4. Dettes	25 882 783
Dettes nées d'opérations d'assurance et de réassurance	20 649 244
Dettes pour dépôts en espèces des cessionnaires	0
Provisions pour risques et charges	0
Autres dettes	5 233 539
1. Fonds propres et assimilés	7 313 243
Fonds propres de base	5 813 243
Passifs subordonnés	1 500 000



D.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.

D.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.

D.5 Autres informations

La MGD n'a pas identifié d'autre information importante concernant la valorisation à des fins de solvabilité.

E. Gestion du capital

E.1 Fonds propres

E.1.1 Structure des 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.

E.1.2 Passifs subordonnés

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.

E.1.3 Fonds propres éligibles et disponibles

Le montant des fonds propres de bases de la MGD s'élève à 5 813 243 € auxquels il faut rajouter les TSDI et TSR pour un montant de 1 500 000 €.

Décomposition des fonds propres					
(en €)	Tier 1	Tier 1 - restreint	Tier 2	Tier 3	Total
Fonds propres disponibles	5 813 243	900 000	600 000		7 313 243
Fonds propres éligibles à la couverture du SCR	5 813 243	900 000	600 000		7 313 243
Fonds propres éligibles à la couverture du MCR	5 813 243	900 000	540 000		7 253 243

E.2 Capital de solvabilité requis et minimum de capital requis

Le Capital de Solvabilité Requis (ou SCR en anglais, Solvency capital required) correspond au capital économique dont a besoin une entreprise d'assurance ou de réassurance pour limiter la probabilité de ruine à 0,5%. Autrement dit, le capital permettant d'absorber un éventuel choc dû à la survenance dans l'année, d'évènements extrêmes, ne se produisant qu'une fois tous les 200 ans.

Le SCR évalué par la formule standard couvre l'ensemble des risques suivants :

SCR		2023	2024
2 947 583		3 159 380	
Ajustement			
0	0		
BSCR			
2 267 372	2 430 292		
SCR Opérationnel			
680 211	729 088		
SCR Marché			
419 569	433 734		
SCR Taux			
7 778	37 922		
SCR Actions			
239 691	246 341		
SCR Immobilier			
0			
SCR Spread			
0			
SCR Change			
0			
SCR Concentration			
341 557	341 557		
SCR Souscription Santé			
1 241 988	1 448 529		
SCR Santé non SLT			
1 233 652	1 440 139		
SCR Santé Tarif-Prov			
1 233 652	1 440 139		
SCR Santé Rachat			
0			
SCR CAT			
31 817	32 217		
SCR Santé SLT			
0			
SCR Défaut			
1 410 644	1 407 532		
Defaut 1			
577 588	618 255		
Defaut 2			
924 735	883 126		
SCR Souscription Vie			
0			
SCR Souscription Non-Vie			
0			
SCR Actifs Incorporels			
0			

La MGD est concernée particulièrement par les modules et sous-modules suivants :

- Souscription en Santé :
 - et uniquement le sous-module de risque en souscription santé NSLT qui résulte de l'incertitude liée à l'évaluation des engagements santé non similaire à la non-vie.

Dans celui-ci, la MGD n'est concernée que par les risques liés à la tarification et au provisionnement : le SCR Santé Tarif-Provisionnement permet de prendre en compte le risque de sous-tarification et de sous-provisionnement généré par la volatilité de la sinistralité. Ce risque de cotisations et de provisions



dépend des cotisations acquises sur le dernier exercice nettes de réassurance, des cotisations estimées sur le prochain exercice ainsi que de la meilleure estimation pour sinistres à payer pour le risque santé

- Le risque de contrepartie correspond au risque de défaut des débiteurs de l'organisme. Les actifs (ou créances) à prendre en compte sont tous les actifs qui n'ont pas été encore choqués dans le risque de marché, à l'exception des créances sur l'Etat.

Les contreparties sont séparées en deux types :

- Les contreparties de type 1 sont celles notées par au moins une agence de notation : les réassureurs et les banques en font partie.
 - Les contreparties de type 2 sont les autres créances inscrites au bilan, hors créances sur l'Etat. Elles sont traitées différemment selon qu'elles sont dues depuis moins de trois mois (charge en capital de 15%) ou depuis plus de trois mois (charge en capital de 90%).
- Le risque de marché.
 - Le risque opérationnel est le risque de perte résultant de procédures internes, de membres du personnel ou de systèmes inadéquats ou défectueux, ou d'événements extérieurs.

Au 31 décembre 2024, le SCR la MGD est évalué à 3 159 380 €, et se décompose ainsi :

Exigences de solvabilité et couvertures par les fonds propres	
<i>(en €)</i>	Mesure de risque
Module de risque de marché	433 734
Sous-module de risque de taux	37 922
Sous-module de risque actions	246 341
Sous-module de risque immobilier	0
Sous-module de risque de spread	0
Sous-module de risque de change	0
Sous-module de risque de concentration	341 557
Effet de diversification modulaire	-192 086
Module de risque de souscription santé	1 448 529
Sous-module de risque de primes et de réserves	1 440 139
Sous-module de risque de catastrophe	32 217
Effet de diversification sous-modulaire	-23 827
Module de risque de souscription vie	0
Sous-module de risque de mortalité	0
Sous-module de risque de frais	0
Sous-module de risque de catastrophe	0
Effet de diversification sous-modulaire	0
Module de risque de contrepartie	1 407 532
Sous-module de risque de concentration de type 1	618 255
Sous-module de risque de concentration de type 2	883 126
Effet de diversification	-93 849
Effet de diversification général	-859 503
Capital de solvabilité requis de base (BSCR)	2 430 292
Module de risque opérationnel	729 088
Ajustement pour impôts différés	0
Capital de solvabilité requis (SCR)	3 159 380
Minimum de capital de solvabilité (MCR)	2 700 000
Fonds propres économiques éligibles (SCR)	7 313 243
Fonds propres économiques éligibles (MCR)	7 253 243
Couverture de SCR	231%
Couverture de MCR	269%

Le Minimum de Capital Requis (ou MCR en anglais, Minimum of Capital Requirement) représente le montant minimum de fonds propres que doit détenir une compagnie d'assurance afin d'être en droit d'exercer son activité. En dessous de ce seuil, le montant de Fonds Propres est jugé inacceptable vis-à-vis des assurés.

Le MCR de la MGD s'élève à 2 700 000€.

E.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.

E.4 Différences entre la formule standard et tout modèle interne utilisé

La MGD utilise le modèle standard.

E.5 Non-respect du minimum de capital requis et non-respect du capital de solvabilité requis

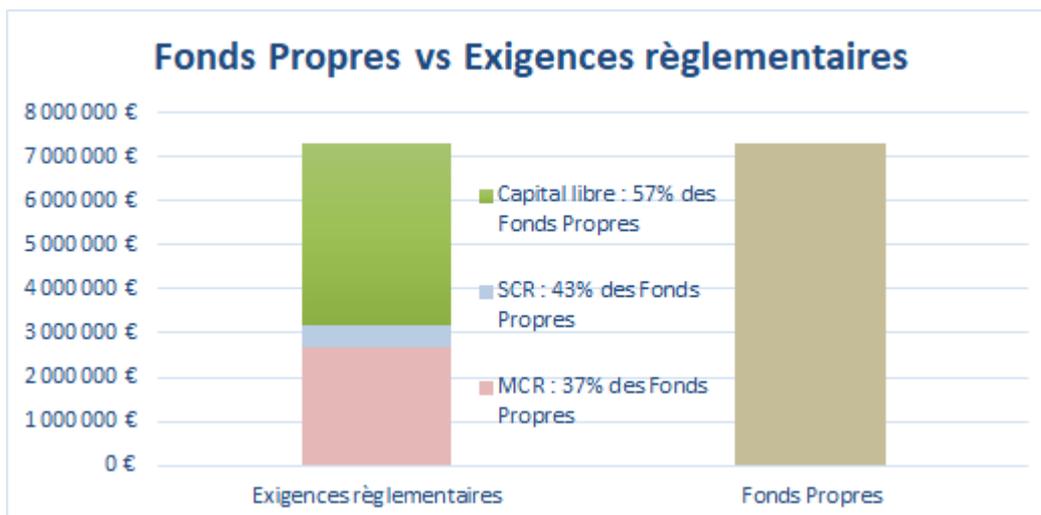
Au 31 décembre 2024, la MGD couvre ses besoins de marge en MCR et en SCR.

Le SCR est en hausse de 7% par rapport à 2023.

Les Fonds Propres sont en augmentation de 5%, et son évolution dépend principalement du résultat 2024 de la MGD.

Le ratio de couverture du SCR = $\frac{\text{Fonds Propres}}{\text{SCR}}$ passe ainsi de 235% à 231%

Le ratio de couverture du MCR passe lui de 255% à 269%



E.6 Autres informations

La MGD n'a pas identifié d'autre information importante concernant la gestion du capital

F. ANNEXES : QRT (ETATS DE REPORTING QUANTITATIF) PUBLICS

F.1 S.02.01.01 : Bilan

S.02.01.02

Bilan

	Valeur Solvabilité II C0010
Actifs	
Immobilisations incorporelles	R0030
Actifs d'impôts différés	R0040 0,00
Excédent du régime de retraite	R0050
Immobilisations corporelles détenues pour usage propre	R0060 277 360,49
Investissements (autres qu'actifs en représentation de contrats en unités de compte et indexés)	R0070 11 423 571,26
Biens immobiliers (autres que détenus pour usage propre)	R0080 0,00
Détenctions dans des entreprises liées, y compris participations	R0090 0,00
Actions	R0100 475 012,00
Actions – cotées	R0110 0,00
Actions – non cotées	R0120 475 012,00
Obligations	R0130 0,00
Obligations d'État	R0140 0,00
Obligations d'entreprise	R0150 0,00
Titres structurés	R0160 0,00
Titres garantis	R0170
Organismes de placement collectif	R0180 0,00
Produits dérivés	R0190
Dépôts autres que les équivalents de trésorerie	R0200 10 948 559,26
Autres investissements	R0210 0,00
Actifs en représentation de contrats en unités de compte et indexés	R0220
Prêts et prêts hypothécaires	R0230 0,00
Avances sur police	R0240 0,00
Prêts et prêts hypothécaires aux particuliers	R0250 0,00
Autres prêts et prêts hypothécaires	R0260 0,00
Montants recouvrables au titre des contrats de réassurance	R0270 7 090 120,66
Non-vie et santé similaire à la non-vie	R0280 7 090 120,66
Non-vie hors santé	R0290
Santé similaire à la non-vie	R0300 7 090 120,66
Vie et santé similaire à la vie, hors santé, UC et indexés	R0310 0,00
Santé similaire à la vie	R0320 0,00
Vie hors santé, UC et indexés	R0330 0,00
Vie UC et indexés	R0340
Dépôts auprès des cédantes	R0350
Créances nées d'opérations d'assurance et montants à recevoir d'intermédiaires	R0360 8 898 807,23
Créances nées d'opérations de réassurance	R0370 2 233 751,70
Autres créances (hors assurance)	R0380 48 263,31
Actions propres auto-détenues (directement)	R0390
Eléments de fonds propres ou fonds initial appelé(s), mais non encore payé(s)	R0400
Trésorerie et équivalents de trésorerie	R0410 11 332 388,63
Autres actifs non mentionnés dans les postes ci-dessus	R0420 685 262,28
Total de l'actif	R0500 41 989 525,56

	Valeur Solvabilité II
	C0010
Passifs	
Provisions techniques non-vie	R0510 8 661 144,54
Provisions techniques non-vie (hors santé)	R0520
Provisions techniques calculées comme un tout	R0530
Meilleure estimation	R0540
Marge de risque	R0550
Provisions techniques santé (similaire à la non-vie)	R0560 8 661 144,54
Provisions techniques calculées comme un tout	R0570
Meilleure estimation	R0580 8 531 322,84
Marge de risque	R0590 129 821,69
Provisions techniques vie (hors UC et indexés)	R0600 0,00
Provisions techniques santé (similaire à la vie)	R0610 0,00
Provisions techniques calculées comme un tout	R0620
Meilleure estimation	R0630 0,00
Marge de risque	R0640 0,00
Provisions techniques vie (hors santé, UC et indexés)	R0650 0,00
Provisions techniques calculées comme un tout	R0660
Meilleure estimation	R0670 0,00
Marge de risque	R0680 0,00
Provisions techniques UC et indexés	R0690
Provisions techniques calculées comme un tout	R0700
Meilleure estimation	R0710
Marge de risque	R0720
Passifs éventuels	R0740
Provisions autres que les provisions techniques	R0750 0,00
Provisions pour retraite	R0760 0,00
Dépôts des réassureurs	R0770 0,00
Passifs d'impôts différés	R0780 0,00
Produits dérivés	R0790
Dettes envers des établissements de crédit	R0800 542 069,54
Dettes financières autres que celles envers les établissements de crédit	R0810 0,00
Dettes nées d'opérations d'assurance et montants dus aux intermédiaires	R0820 14 081 187,11
Dettes nées d'opérations de réassurance	R0830 6 568 056,58
Autres dettes (hors assurance)	R0840 4 691 469,38
Passifs subordonnés	R0850 1 500 000,00
Passifs subordonnés non inclus dans les fonds propres de base	R0860 0,00
Passifs subordonnés inclus dans les fonds propres de base	R0870 1 500 000,00
Autres dettes non mentionnées dans les postes ci-dessus	R0880
Total du passif	R0900 36 176 282,90
Excédent d'actif sur passif	R1000 5 813 242,66

F.2 S 05.01.01 : 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: engagements d'assurance et de		Total
		Assurance des frais médicaux		
		C0010	C0200	
Primes émises				
Brut – assurance directe	R0110	44 150 365,18		44 150 365,18
Brut – Réassurance proportionnelle acceptée	R0120	0,00		0,00
Brut – Réassurance non proportionnelle acceptée	R0130			
Part des réassureurs	R0140	36 586 358,10		36 586 358,10
Net	R0200	7 564 007,08		7 564 007,08
Primes acquises				
Brut – assurance directe	R0210	44 150 365,18		44 150 365,18
Brut – Réassurance proportionnelle acceptée	R0220	0,00		0,00
Brut – Réassurance non proportionnelle acceptée	R0230			
Part des réassureurs	R0240	36 586 358,10		36 586 358,10
Net	R0300	7 564 007,08		7 564 007,08
Charge des sinistres				
Brut – assurance directe	R0310	35 190 764,07		35 190 764,07
Brut – Réassurance proportionnelle acceptée	R0320	0,00		0,00
Brut – Réassurance non proportionnelle acceptée	R0330			
Part des réassureurs	R0340	30 265 919,39		30 265 919,39
Net	R0400	4 924 844,68		4 924 844,68
Variation des autres provisions techniques				
Brut – assurance directe	R0410	0,00		0,00
Brut – Réassurance proportionnelle acceptée	R0420	0,00		0,00
Brut – Réassurance non proportionnelle acceptée	R0430			
Part des réassureurs	R0440	0,00		0,00
Net	R0500	0,00		0,00
Dépenses engagées	R0550	2 635 278,40		2 635 278,40
Autres dépenses	R1200			0,00
Total des dépenses	R1300			2 635 278,40

F.3 S 05.02.01 : Primes, sinistres et dépenses par pays

	Pays d'origine	5 principaux pays (par montant de primes brutes émises) – engagements en non-vie					Total 5 principaux pays et pays	
		C0010	C0020	C0030	C0040	C0050	C0060	C0070
R0010								
		C0080	C0090	C0100	C0110	C0120	C0130	C0140
Primes émises								
Brut – assurance directe	R0110	44 150 365,18						44 150 365,18
Brut – Réassurance proportionnelle acceptée	R0120	0,00						0,00
Brut – Réassurance non proportionnelle acceptée	R0130	0,00						0,00
Part des réassureurs	R0140	36 586 358,10						36 586 358,10
Net	R0200	7 564 007,08						7 564 007,08
Primes acquises								
Brut – assurance directe	R0210	44 150 365,18						44 150 365,18
Brut – Réassurance proportionnelle acceptée	R0220	0,00						0,00
Brut – Réassurance non proportionnelle acceptée	R0230	0,00						0,00
Part des réassureurs	R0240	36 586 358,10						36 586 358,10
Net	R0300	7 564 007,08						7 564 007,08
Charge des sinistres								
Brut – assurance directe	R0310	35 190 764,07						35 190 764,07
Brut – Réassurance proportionnelle acceptée	R0320	0,00						0,00
Brut – Réassurance non proportionnelle acceptée	R0330	0,00						0,00
Part des réassureurs	R0340	30 265 919,39						30 265 919,39
Net	R0400	4 924 844,68						4 924 844,68
Variation des autres provisions techniques								
Brut – assurance directe	R0410	0,00						0,00
Brut – Réassurance proportionnelle acceptée	R0420	0,00						0,00
Brut – Réassurance non proportionnelle acceptée	R0430	0,00						0,00
Part des réassureurs	R0440	0,00						0,00
Net	R0500	0,00						0,00
Dépenses engagées	R0550	2 635 278,40						2 635 278,40
Autres dépenses	R1200							0,00
Total des dépenses	R1300							2 635 278,40

F.5 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 & +		
		C0010	C0020	C0030	C0040	C0050	C0060	C0070	C0080	C0090	C0100			C0110		
Précédentes	R0100													R0100	0	0
N-9	R0160	8 280 510	2 305 105	46 300	0	0	0	0	0	0	0			R0160	0	10 631 915
N-8	R0170	8 788 494	2 139 827	71 997	0	0	0	0	0	0				R0170	0	11 000 318
N-7	R0180	15 838 368	5 173 405	184 091	31 890	0	0	0	0					R0180	0	21 227 754
N-6	R0190	15 244 166	4 273 155	372 109	0	0	0	0						R0190	0	19 889 429
N-5	R0200	18 777 346	4 514 308	104 649	0	0	0							R0200	0	23 396 303
N-4	R0210	18 669 614	5 770 868	214 702	0	0								R0210	0	24 655 185
N-3	R0220	33 872 382	8 359 242	630 074	0									R0220	0	42 861 699
N-2	R0230	30 547 296	8 088 608	635 772										R0230	635 772	39 271 676
N-1	R0240	26 156 702	8 161 753											R0240	8 161 753	34 318 456
N	R0250	26 393 239												R0250	26 393 239	26 393 239
	Total													R0260	35 190 764	253 645 972

Meilleure estimation provisions pour sinistres brutes non actualisées

(valeur absolue)

	Année	Année de développement										Fin d'année (données actualisées)			
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9		10 & +		
		C0200	C0210	C0220	C0230	C0240	C0250	C0260	C0270	C0280	C0290		C0300		
Précédentes	R0100													R0100	0
N-9	R0160	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			R0160	0
N-8	R0170	0	0	0	0	0	0	0	0	0				R0170	0
N-7	R0180	0	113 365	0	0	0	0	0	0					R0180	0
N-6	R0190	4 497 886	86 551	0	0	0	0	0						R0190	0
N-5	R0200	3 434 009	115 429	0	0	0	0							R0200	0
N-4	R0210	5 027 407	213 410	0	0	0								R0210	0
N-3	R0220	9 211 311	277 880	0	0									R0220	0
N-2	R0230	8 925 724	983 503	0										R0230	0
N-1	R0240	7 311 512	1 009 682											R0240	1 009 682
N	R0250	7 506 127												R0250	7 506 127
	Total													R0260	8 515 808

F.6 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 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 de fonds propres approuvés par l'autorité de contrôle en tant que fonds

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
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 des établissements de crédit et des établissements

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
Actions de préférence non libérées et non appelées, appelables sur demande
Engagements juridiquement contraignants de souscrire et de payer des passifs subordonnés
Lettres de crédit et garanties relevant de l'article 96, paragraphe 2, de la directive
Lettres de crédit et garanties ne relevant pas de l'article 96, paragraphe 2, de la directive
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, de la directive 2009/138
Autres fonds propres auxiliaires

Total fonds propres auxiliaires

Fonds propres éligibles et disponibles

Total des fonds propres disponibles pour couvrir le capital de solvabilité requis
Total des fonds propres disponibles pour couvrir le minimum de capital requis
Total des fonds propres éligibles pour couvrir le capital de solvabilité requis
Total des fonds propres éligibles pour couvrir le minimum de capital requis

Capital de solvabilité requis

Minimum de capital requis

Ratio fonds propres éligibles sur capital de solvabilité requis

Ratio fonds propres éligibles sur minimum de capital requis

	Total	Niveau 1 – non	Niveau 1 – restreint	Niveau 2	Niveau 3
	C0010	C0020	C0030	C0040	C0050
R0010					
R0030					
R0040	228 600	228 600			
R0050					
R0070					
R0090					
R0110					
R0130	5 584 643	5 584 643			
R0140	1 500 000		0,00	0,00	
R0160					
R0180					
R0220					
R0230					
R0290	7 313 243	5 813 243	0,00	0,00	
R0300					
R0310					
R0320					
R0330					
R0340					
R0350					
R0360					
R0370					
R0390					
R0400					
R0500	7 313 243	5 813 243	0,00	0,00	
R0510	7 313 243	5 813 243	0,00	0,00	
R0540	5 813 243	5 813 243	0,00	0,00	
R0550	5 813 243	5 813 243	0,00	0,00	
R0580	3 159 380				
R0600	2 700 000				
R0620	184,00%				
R0640	215,31%				

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)

	C0060
R0700	5 813 243
R0710	
R0720	
R0730	228 600
R0740	
R0760	5 584 643
R0770	0
R0780	-15 514
R0790	-15 514

F.7 S.25.01.21 : Capital de Solvabilité requis- pour les entreprises qui utilisent la formule standard

Capital de solvabilité requis – pour les entreprises qui utilisent la formule standard

		Capital de solvabilité requis brut	USP	Simplifications
		C0110	C0090	C0100
Risque de marché	R0010	433 734		
Risque de défaut de la contrepartie	R0020	1 407 532		
Risque de souscription en vie	R0030	0		
Risque de souscription en santé	R0040	1 448 529		
Risque de souscription en non-vie	R0050			
Diversification	R0060	-859 503		
Risque lié aux immobilisations incorporelles	R0070			
Capital de solvabilité requis de base	R0100	2 430 292		
Calcul du capital de solvabilité requis		C0100		
Risque opérationnel	R0130	729 088		
Capacité d'absorption des pertes des provisions techniques	R0140			
Capacité d'absorption de pertes des impôts différés	R0150	0		
Capital requis pour les activités exercées conformément à l'article 4 de la directive	R0160			
Capital de solvabilité requis à l'exclusion des exigences de capital supplémentaire	R0200	3 159 380		
Exigences de capital supplémentaire déjà définies	R0210			
Capital de solvabilité requis	R0220	3 159 380		
Autres informations sur le SCR				
Capital requis pour le sous-module risque sur actions fondé sur la durée	R0400			
Total du capital de solvabilité requis notionnel pour la part restante	R0410			
Total du capital de solvabilité requis notionnel pour les fonds cantonnés	R0420			
Total du capital de solvabilité requis notionnel pour les portefeuilles sous ajustement égalisateur	R0430			
Effets de diversification dus à l'agrégation des nSCR des FC selon l'article 304	R0440			

F.8 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.

Minimum de capital requis (MCR) – Activité d'assurance ou de réassurance vie uniquement ou activité d'assurance ou de réassurance non-vie unique

	Résultat MCR(NL,NL)	
	C0010	
	Terme de la formule linéaire pour les engagements d'assurance et de réassurance non-vie	R0010

Assurance frais médicaux et réassurance proportionnelle y afférente
 Assurance de protection du revenu, y compris réassurance proportionnelle y afférente
 Assurance indemnisation des travailleurs et réassurance proportionnelle y afférente
 Assurance de responsabilité civile automobile et réassurance proportionnelle y afférente
 Autre assurance des véhicules à moteur et réassurance proportionnelle y afférente
 Assurance maritime, aérienne et transport et réassurance proportionnelle y afférente
 Assurance incendie et autres dommages aux biens et réassurance proportionnelle y afférente
 Assurance de responsabilité civile générale et réassurance proportionnelle y afférente
 Assurance crédit et cautionnement et réassurance proportionnelle y afférente
 Assurance de protection juridique et réassurance proportionnelle y afférente
 Assurance assistance et réassurance proportionnelle y afférente
 Assurance pertes pécuniaires diverses et réassurance proportionnelle y afférente
 Réassurance santé non proportionnelle
 Réassurance accidents non proportionnelle
 Réassurance maritime, aérienne et transport non proportionnelle
 Réassurance dommages non proportionnelle

	Meilleure estimation et PT calculées comme un tout, nettes (de la réassurance / des	Primes émises au cours des 12 derniers mois, nettes (de la réassurance)
	C0020	C0030
	R0020	1 441 202
R0030	0	0
R0040		
R0050		
R0060		
R0070		
R0080		
R0090		
R0100		
R0110		
R0120		
R0130		
R0140		
R0150		
R0160		
R0170		

	Résultat MCR(L,NL)	
	C0040	
Terme de la formule linéaire pour les engagements d'assurance et de réassurance vie	R0200	

Engagements avec participation aux bénéfices – Prestations garanties
 Engagements avec participation aux bénéfices – Prestations discrétionnaires futures
 Engagements d'assurance avec prestations indexées et en unités de compte
 Autres engagements de (ré)assurance vie et de (ré)assurance santé
 Montant total du capital sous risque pour tous les engagements de (ré)assurance vie

	Meilleure estimation et PT calculées comme un tout, nettes (de la réassurance / des	Montant total du capital sous risque net (de la réassurance/ des véhicules de
	C0050	C0060
R0210		
R0220		
R0230		
R0240		
R0250	 	

Calcul du MCR global		
	C0070	
MCR linéaire	R0300	423 245
Capital de solvabilité requis	R0310	3 159 380
Plafond du MCR	R0320	1 421 721
Plancher du MCR	R0330	789 845
MCR combiné	R0340	789 845
Seuil plancher absolu du MCR	R0350	2 700 000
Minimum de capital requis	R0400	2 700 000