

CAISSE NATIONALE MUTUALISTE PREVOYANCE SANTE

Mutuelle régie par le Code de la Mutualité
SIREN 784 492 100

Rapport sur la solvabilité et la situation financière

SFCR 2021

Paris, le 4 avril 2022

CNM Prévoyance Santé, mutuelle régie par le livre II du Code de la Mutualité
Inscrite au SIRENE sous le n° 784492100 – SIRET 784 492 100 000 44 – Code APE 6512 Z
93A Rue Oberkampf – 75011 PARIS – Tél. : 01 44 62 33 40

Table des matières

Synthèse	3
A. Activité et résultats	5
A.1. <i>Activité</i>	5
A.2. <i>Résultats de souscription</i>	6
A.3. <i>Résultats des investissements</i>	7
A.4. <i>Résultats des autres activités</i>	8
A.5. <i>Autres informations</i>	8
B. Système de gouvernance	9
B.1. <i>Informations générales sur le système de gouvernance</i>	9
B.2. <i>Exigences de compétences et d'honorabilité</i>	13
B.3. <i>Système de gestion des risques, y compris l'évaluation interne des risques et de solvabilité (ORSA)</i>	15
B.4. <i>Système de contrôle interne</i>	20
B.5. <i>Fonction d'audit interne</i>	24
B.6. <i>Fonction actuarielle</i>	24
B.7. <i>Sous-traitance</i>	25
B.8. <i>Autres informations</i>	27
C. Profil de risques	28
C.1. <i>Risque de souscription</i>	29
C.2. <i>Risque de marché</i>	30
C.3. <i>Risque de crédit</i>	31
C.4. <i>Risque de liquidité</i>	32
C.5. <i>Risque opérationnel</i>	33
C.6. <i>Autres risques importants</i>	34
C.7. <i>Autres informations</i>	34
D. Valorisation à des fins de solvabilité	34
D.1. <i>Actifs</i>	34
D.2. <i>Provisions techniques</i>	35
D.3. <i>Autres passifs</i>	37
D.4. <i>Méthodes de valorisation alternatives</i>	38
D.5. <i>Autres informations</i>	38
E. Gestion du capital	39
E.1. <i>Fonds propres</i>	39
E.2. <i>Capital de solvabilité requis et minimum de capital requis</i>	43
E.3. <i>Utilisation du sous-module « risque sur actions » fondé sur la durée dans le calcul du capital de solvabilité requis</i>	44
E.4. <i>Différences entre la formule standard et tout modèle interne utilisé</i>	44
E.5. <i>Non-respect du minimum de capital requis et non-respect du capital de solvabilité requis</i>	44
E.6. <i>Autres informations</i>	44
ANNEXES : QRT	45

SYNTHESE

La CNM est une mutuelle du code de la mutualité, organisme à but non lucratif, agréé pour pratiquer les opérations relevant des branches 1, 2, 20 et 21.

L'activité de la mutuelle se structure autour de valeurs fondatrices suivantes :

- Rester une mutuelle à taille humaine et attacher une grande importance à la qualité des services
- Défendre l'intérêt des adhérents, satisfaire les adhérents, telles sont les raisons d'être de la CNM.

La gouvernance de la mutuelle repose sur trois types d'acteurs suivants :

- Le conseil d'administration qui porte la responsabilité de la définition, la quantification de la stratégie ainsi que de la validation des politiques écrites.
- Les dirigeants effectifs (président et dirigeant opérationnel) qui mettent en œuvre la stratégie définie précédemment et peuvent engager la mutuelle auprès de tiers.
- Les fonctions clés qui participent au pilotage et à la surveillance de l'activité, sur leurs champs spécifiques.

Cette gouvernance repose sur le respect de deux principes essentiels :

- Le principe des quatre yeux : Toute décision significative est au moins vue par deux personnes (en l'occurrence le président et le dirigeant opérationnel).
- Le principe de la personne prudente : La mutuelle appréhende spécifiquement les risques liés aux investissements et ceux-ci sont réalisés dans le meilleur intérêt des adhérents.

Pour l'exercice 2021, la mutuelle présente les indicateurs de référence suivants :

Indicateurs de référence	2021	2020	Evolution en %
Cotisations nettes de taxes (Santé + Vie)	19 508 204 €	18 331 540 €	6,42%
Résultat de souscription	-1 961 609 €	-815 759 €	140,46%
Résultat financier	746 560 €	804 298 €	-7,18%
Résultat des autres activités	386 491 €	125 847 €	207,11%
Résultat net d'impôts	-761 829 €	65 245 €	-1267,63%
Fonds propres Solvabilité 2	63 593 580 €	63 511 930 €	0,13%
Ratio de couverture du SCR	455%	565%	-110%
Ratio de couverture du MCR	1719%	1717%	2%

La CNM a connu deux exercices consécutifs très atypiques. L'année 2020 a été marquée par une baisse significative des prestations santé en raison la crise sanitaire liée à la Covid-19 et la promulgation de l'état d'urgence sanitaire par la loi N°2020-290 du 23 mars 2020 qui a provoquée plusieurs confinements. Cette baisse de consommation a été compensé par 2 taxes Covid celui de 2.6% et de1.3% totalisant 710K€.

L'année 2021 est, quant à elle, un double phénomène, d'une part, un rattrapage des prestations qui n'avaient pas été réalisées en 2020 et, d'autre part, l'impact de la nouvelle réglementation portant sur le « 100% Santé ».

- Sur le plan sanitaire, un protocole sanitaire a été mis en place, le télétravail structurel ou conjoncturel a été instauré afin d'assurer la continuité de service aux adhérents. Ces dispositifs mis en place en 2020 se poursuivent en 2021.
- Le 100% Santé a été mis en place à partir du 1er janvier 2019 et déployé totalement au 1er janvier 2021, il permet à chacun disposant d'une complémentaire santé responsable ou solidaire d'accéder aux soins et à un large choix d'équipements en audiologie, optique et dentaire, qui sont pris en charge à 100%. Nous notons également un rattrapage des soins non réalisés en 2020 sur 2021. Le gouvernement a renoncé finalement à appeler un complément de contribution COVID aux mutuelles. La portabilité de la mutuelle d'entreprise permet aux salariés de conserver leur couverture santé collective obligatoire lorsqu'ils se retrouvent au chômage. Elle est possible pour 12 mois au maximum. Le secteur Entreprise de la CNM est impacté. En 2021 les prestations de la portabilité sont de l'ordre de 266K€.
- Sur le plan développement, marketing et communication, la mutuelle renforce le développement d'interactions automatisées entre différents d'outil de téléphonie et de gestion. Elle a réalisé un appel d'offre auprès d'assistants afin de moderniser et améliorer des prestations offertes en matière d'assistance aux adhérents. La CNM Santé prépare le déploiement de la numérisation des courriers entrants et de la Gestion Electronique des Documents. Elle lance une campagne de satisfaction de ses adhérents via la société Avis Vérifiés.
- Sur le plan des services, lors du premier confinement la CNM Santé a mis en place un dispositif d'Action Sociale spécial CoVid19 intégrant notamment une prise en charge partielle des cotisations des adhérents particuliers et entreprises ayant subis une perte de revenus ou de chiffre d'affaires. Ce dispositif est prolongé en 2021. La CNM Santé a organisé des actions de Prévention via les webinaires à destination des actifs et des retraités. Enfin, les contrats de Prévoyance Décès que la CNM Santé avait la gestion en délégation ont été retransférés à la CNP l'assureur principal.
- Parallèlement, la CNM poursuit les travaux de Solvabilité II avec plusieurs thématiques telles que les réactualisations et la rédaction des politiques écrites, les calculs MCR (capital minimum requis), SCR ((capital de solvabilité requis ; la rédaction des rapports narratifs RSR/SFCR et les travaux ORSA (Évaluation interne des risques et de la solvabilité) ; la production des QRT (Reporting quantitatif en normes Solvabilité II).
- Les différents chantiers de conformité sont également mis en action
 - Résiliation infra-annuelle
 - Formation continue au titre de la DDA pour les équipes commerciales
 - Ateliers de travail pour se mettre en conformité avec un plan d'action sur l'avancée des travaux RGPD
 - Développement d'un outil de suivi en interne des contrats en déshérence (ECLERT), déploiement prévu en T2 2022.

A. ACTIVITE ET RESULTATS

A.1. Activité

CNM est agréée pour pratiquer les branches 1 (accident), 2 (maladie), 20 (Vie-décès) et 21 (natalité, nuptialité) du Code de la Mutualité. L'organisme est une mutuelle, personne morale à but non lucratif, régie par les dispositions du livre 2 du code de la mutualité. Elle est inscrite au registre national des Mutuelles sous le numéro suivant : 784 492 100. Son identifiant d'identité juridique (LEI) est le 969500G7O7ZFMGLXC887.

La mutuelle, en application de l'article L612-2 du code monétaire et financier, est soumise au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) située 4 Place de Budapest, CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09.

En vertu de l'article L.114-38 du Code de la Mutualité, l'Assemblée Générale du 24 septembre 2020 a nommé, pour une durée de six ans, le cabinet du commissaire aux comptes Prim'Audit International – 6 place Boulnois-75017 Paris, représenté par Monsieur Pascal GUILLOT. Une notification du nouveau commissaire aux comptes a été envoyée à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution.

Le Président convoque le commissaire aux comptes à chaque Assemblée Générale.

L'article 1-3 des statuts de la CNM Prévoyance Santé, repris ci-dessous, définit le cadre et la nature des activités de la mutuelle :

"La mutuelle mène, notamment au moyen des cotisations versées par ses membres, et dans l'intérêt de ces derniers et de leur ayant-droit, une action de prévoyance, de solidarité et d'entraide. Elle a pour objet de réaliser les opérations d'assurance suivantes :

- *Couvrir les risques de dommages corporels liés à des accidents ou à la maladie,*
- *D'assurer la prévention des risques de dommages corporels liés à des accidents ou à la maladie, l'encouragement de la maternité, ainsi que la protection de l'enfance, de la famille, des personnes âgées, dépendantes ou handicapées,*
- *Le développement culturel, moral, intellectuel et physique de ses membres et à l'amélioration de leurs conditions de vie,*
- *De permettre à ses adhérents titulaires du Titre de Reconnaissance de la Nation ou de la Carte du Combattant de se constituer une retraite mutualiste du combattant avec participation de l'Etat."*

En conséquence, la mutuelle propose des produits santé et des produits autres portés par des partenaires.

A.1.a Produits santé :

La gamme est constituée :

- Du produit historique Actiléa représentant 75% des cotisations individuelles.
- De la gamme modulaire Néo commercialisée en octobre 2012 permettant au portefeuille de se renouveler (environ 16% des cotisations individuelles).
- De la gamme PMI destinée aux anciens combattants (environ 5% des cotisations individuelles).

- De produits surcomplémentaires pour le reste du portefeuille
- De produits collectifs (modulaires et sur mesure) représentant près de 29% du chiffre d'affaires santé

Les agréments des branches 20 et 21 lui permettent d'intégrer de l'allocation d'obsèques temporaire et révisable annuellement, de la naissance et du mariage dans ses garanties santé.

A.1.b Autres produits :

La CNM travaille en partenariat avec la CNP en gestion de compte pour tiers. Le risque assurantiel est supporté par la CNP.

- la Retraite Mutualiste du Combattant pour les titulaires de la carte du combattant ou du titre de reconnaissance de la nation, la Retraite Mutualiste du Combattant (retraite par capitalisation avec une majoration de la rente par l'état).
- la GFO est un produit d'allocation décès, contrat collectif proposé par la CNM, Ce contrat a été mis en place dans un esprit de solidarité afin de participer de façon immédiate aux frais d'obsèques engagés lors du décès.
- La prévoyance pour capitaux décès

Le nombre d'employés hors intérimaire en ETP pour l'exercice 2021 est de 42.28.

A.2. Résultats de souscription

L'activité de souscription a été scindée en 3 lignes :

- La Santé individuelle
- La Santé collective
- La Vie dont l'activité est accessoire en inclusion dans la santé. Le chiffre d'affaires représente 0.81% du chiffre d'affaires global

Pour le calcul du résultat de souscription, la définition suivante est retenue :

Résultat net avant impôts – Résultat des investissements – Résultat des autres activités

	Ligne d'activité	2021	2020
Cotisations HT	Santé individuelle	13 703 826 €	13 639 491 €
	Santé collective	5 647 545 €	4 562 352 €
	Vie	156 833 €	129 697 €
Charge de prestations et autres dépenses techniques	Santé individuelle	13 690 283 €	13 290 003 €
	Santé collective	7 655 118 €	5 670 025 €
	Vie	124 413 €	187 271 €

CNM est une mutuelle mixte dont l'activité est majoritairement orientée sur la complémentaire santé. En 2021, on constate une hausse des cotisations sur les contrats Santé principalement lié au développement du secteur entreprise qui progresse de 24%. On note une amélioration continue de la P/C en 2021 de la gamme ACTILEA NEO. L'offre principale (ACTILEA) enregistre une légère baisse de ses effectifs (essentiellement constitués de décès). Le développement a permis de compenser en partie cette baisse.

Seuls les produits sur les contrats collectifs ont fortement augmenté avec une croissance sur 2 ans de plus de 67%, passant à une cotisation de 3.37M€ en 2019 à 5.65M€ en 2021. Quatre phénomènes ont entraîné une hausse des prestations et particulièrement du secteur entreprise représentant un montant total de 804K€.

- Un rattrapage des prestations « effet Covid » qui n'avaient pas été réalisées en 2020.
- L'impact de la nouvelle réglementation portant sur le « 100% Santé » On note une augmentation particulièrement importante en dentaire et en auditif sur le RAC O.
- La crise économique, impactant la portabilité.
- La surconsommation des nouveaux contrats (ce qu'on peut appeler « l'effet Waouh »).

Le taux de marge est calculé en pourcentage des cotisations nettes de réassurance, le P/C est calculé en pourcentage des prestations sur les cotisations Le taux de marge nette est baisse par rapport à 2020. Il passe de 16% à 10%.

Les charges présentées ci-dessus intègrent aussi bien les charges de prestations que les frais de gestion.

Nous précisons que l'ensemble de l'activité est réalisé en France et que la mutuelle n'a pas recours à la réassurance.

A.3. Résultats des investissements

Au titre de l'activité d'investissement, la mutuelle dispose d'un portefeuille de placements s'élevant à 53 796 k€ en valeur nette comptable.

Les produits des placements s'élèvent à 1 490 k€ en légère baisse par rapport à l'an dernier.

Les charges des placements représentent 743 k€ et sont en hausse de 7.37% par rapport à l'exercice précédent.

Type d'actifs	Valeur comptable	Valeur de marché	Produits	Charges	Résultat d'investissement		+ / - values latentes
					2021	2020	
Immobilier	7 262 005 €	19 525 594 €	689 367 €	290 706 €	398 662 €	341 179 €	12 263 590 €
SCPI	2 484 010 €	2 488 752 €	139 636 €	50 976,65	88 659 €	74 810 €	4 741 €
Actions							
Obligations	29 090 379 €	30 132 735 €	622 228 €	384 567 €	237 661 €	550 090 €	1 042 356 €
OPCVM	8 684 890 €	12 288 561 €	32 631 €	11 912,43	20 718 €	-163 752 €	3 603 671 €
Fonds en dépôts, livrets et prêts	6 232 051 €	6 232 051 €	5 998 €	5 137 €	860 €	2 422 €	0 €
Total	53 753 335 €	70 667 693 €	1 489 859 €	743 299 €	746 560 €	804 749 €	16 914 358 €

Le résultat financier diminue de 7.23% par rapport à l'exercice 2020, ce qui s'explique principalement par la baisse des produits. Il est à noter qu'il n'y a pas eu de réalisation des plus-values latentes en 2021.

La décomposition ci-dessus montre un portefeuille globalement sécurisé puisque composé en majeure partie d'obligations et de biens immobiliers à usage propre. La mutuelle détient également des OPCVM lui permettant de générer des produits financiers et de gérer sa trésorerie au quotidien. Le portefeuille est globalement en plus-value latente de 3,608 M€ sur les valeurs non amortissables contre +2,041 M€ au 31 décembre 2020. Le montant des plus-values latentes nettes de moins-values sur l'ensemble des placements sus visés s'élève à + 4,324M€ (9,29%) contre + 3,297M€ (+6,87%) au 31 décembre 2020.

Le résultat d'investissement ainsi que les plus et moins-values latentes viennent directement impacter les fonds propres Solvabilité 2 de la manière suivante :

- Le résultat d'investissement est une composante du résultat net qui impacte les fonds excédentaires
- Le total des plus et moins-values latentes, net des impôts différés, vient augmenter la réserve de réconciliation.

A.4. Résultats des autres activités

Comme évoqué précédemment, la mutuelle propose des produits annexes à son activité assurantielle dont les risques sont portés par d'autres partenaires.

Il s'agit de garanties retraite, prévoyance, GFO et obsèques.

Autres activités	2021	2020
Retraite	3 623 €	72 824 €
Prévoyance	341 453 €	38 €
GFO	16 075 €	24 791 €
Obsèques	25 340 €	28 194 €
TOTAL	386 491 €	125 847 €

Chaque activité génère des commissions de gestion pour compte ainsi que des frais de gestion en interne. Globalement, elles permettent d'apporter aux adhérents une offre correspondant à leurs besoins.

A.5. Autres informations

Aucune autre information importante ou qualifiée comme telle par la mutuelle susceptible d'impacter l'activité ou les résultats présentés plus haut n'est à mentionner.

B. SYSTEME DE GOUVERNANCE

B.1. Informations générales sur le système de gouvernance

Le choix du système de gouvernance de la mutuelle a été opéré en conformité avec les articles 41 à 49 de la directive, transposés aux articles L.114-21, L.211-12 à 14 du code de la mutualité et détaillés dans les articles 258 à 260, 266 à 275 des actes délégués.

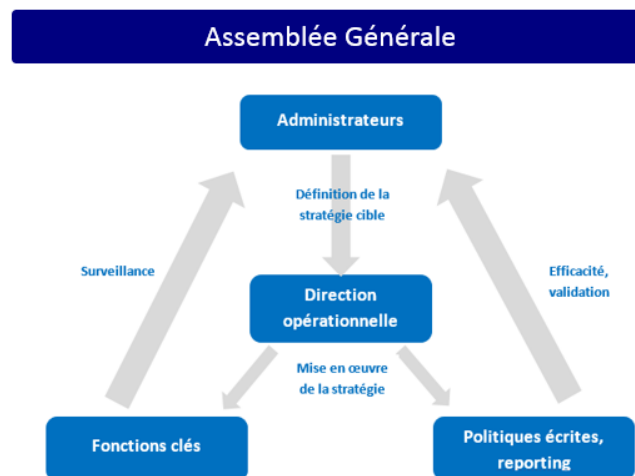
La gouvernance de la mutuelle est ainsi fondée sur la complémentarité entre :

- Les administrateurs élus (conseil d'administration) ;
- La présidence et la direction opérationnelle choisie pour ses compétences techniques et managériales (dirigeants effectifs)
- Les fonctions clés en charge de prérogatives spécifiques (actuariat, gestion des risques, conformité et contrôle interne) devant soumettre leurs travaux au conseil d'administration

L'organisation générale de la gouvernance est décrite dans les statuts de la mutuelle approuvée par l'assemblée générale. Par ailleurs, le conseil d'administration contribue annuellement à la revue des politiques écrites de la mutuelle.

Ainsi, les rôles et responsabilités d'acteurs ont été clairement identifiés et définis permettant de s'assurer d'une correcte séparation des tâches entre les fonctions d'administration, de gestion et de contrôle. Les canaux de communication entre ses acteurs ont été également définis.

La schématique du système de gouvernance se présente comme suit :



B.1.a Conseil d'administration

Le conseil d'administration est composé de 16 administrateurs au 31/12/2021.

Le Conseil d'administration se réunit sur convocation du Président, et au moins quatre fois par an. Le Président du Conseil d'administration établit l'ordre du jour du Conseil et le joint à la convocation, qui doit être envoyée

aux membres du Conseil d'administration cinq jours francs au moins avant la date de réunion, sauf en cas d'urgence. Il peut inviter des personnes extérieures à assister aux réunions du Conseil d'administration, qui délibère alors sur cette présence. Le dirigeant opérationnel et l(es) éventuel(s) autre(s) dirigeant(s) effectif(s) au sens de l'article R211-15 du code de la mutualité, participent de droit aux réunions du Conseil d'administration.

Le conseil d'administration se réunit à minima 6 fois dans l'année. Au cours de l'exercice 2021, les séances suivantes ont été tenues : 7 avril, 26 mai, 18 juin, 30 septembre, 28 octobre et 14 décembre.

Les prérogatives du conseil d'administration fixées dans les statuts sont les suivantes :

- Détermine les orientations de la mutuelle et veille à leur application en prenant en considération les enjeux sociaux et environnementaux de son activité,
- Opère les vérifications et contrôles qu'il juge opportun et se saisit de toute question intéressant la bonne marche de la mutuelle,
- Arrête les comptes annuels à la clôture de chaque exercice et établit un rapport de gestion qu'il présente à l'assemblée générale,
- Etablit, le cas échéant, les comptes consolidés ou combinés ainsi qu'un rapport sur la gestion du groupe qu'il communique à l'assemblée,
- Etablit le rapport de solvabilité et un état annuel, annexé aux comptes et relatif aux plus-values latentes, visé à l'article L 212-6 du code de la mutualité,
- Examine, au moins une fois par an, la mise en œuvre de la politique financière et les risques encourus par la mutuelle,
- Adopte les règlements des opérations individuelles mentionnées au II de l'article L. 221-2, dans le respect des règles générales fixées par l'assemblée générale. Il rend compte devant l'assemblée générale des décisions qu'il prend en la matière.
- Fixe les montants ou les taux de cotisations et les prestations des opérations collectives mentionnées au III de l'article L221-2, dans le respect des règles générales fixées par l'assemblée générale,
- Gère toutes opérations financières de la mutuelle,
- Décide de l'orientation des placements et de l'arbitrage de la gestion du portefeuille selon les opportunités et dans l'optique d'une gestion de « personne prudente »,
- Vote le budget,
- Adopte les dispositions du règlement intérieur du Conseil d'administration, et apporte toute modification et adaptation de ces dispositions,
- Nomme le dirigeant opérationnel sur proposition du président et approuve les éléments de son contrat de travail. Fixe les délégations qui lui sont consenties,
- Peut aussi mettre fin à la fonction du dirigeant opérationnel suivant la même procédure,
- Nomme éventuellement, en application de l'article R211-15 du code de la mutualité, sur proposition du président, un ou plusieurs autres dirigeants effectifs,
- Désigne les responsables des fonctions clés au sens de l'article L211-12 du code de la mutualité (fonction de la gestion des risques, fonction de vérification de la conformité, fonction de l'audit interne et fonction actuarielle),
- Plus généralement, veille à accomplir toutes les missions qui lui sont spécialement confiées par la loi ou la réglementation applicable aux mutuelles.

En complément des statuts, dans le cadre de Solvabilité 2, le conseil d'administration joue un rôle central dans le système de gouvernance de la mutuelle. A ce titre, les missions du conseil d'administration sont les suivantes :

- Examen de l'évaluation faite par le comité d'audit du fonctionnement du conseil d'administration
- Politique de rémunération au sein de la mutuelle,
- Politique en matière de gestion des risques,
- Politique en matière de contrôle interne et d'audit interne,

- Politique des placements,
- Politique d'externalisation (qui devra être conforme pour les délégations de gestion aux principes définis par l'assemblée générale en application de l'article L116-3 du code de la mutualité),
- Le suivi des résultats techniques,
- Le rapport sur la solvabilité et la situation financière (SFCR), incluant les rapports sur la solvabilité, la politique des placements et le rapport sur le contrôle interne
- Le rapport régulier au contrôleur (RSR)
- Le rapport ORSA sur l'évaluation interne des risques et de la solvabilité

Dans ce contexte, le conseil d'administration a travaillé sur l'ensemble de ces sujets au cours de l'exercice 2021.

Par ailleurs, la création de commissions spécialisées issues du Conseil d'Administration, permet la spécialisation de certains de ses membres :

- Le comité d'Audit
- La commission Gouvernance des Produits
- La commission Marketing et Communication
- La commission Vie Mutualiste
- La commission des Placements
- La commission Action sociale et Prévention

Le comité d'audit est chargé de suivre le processus d'élaboration de l'information financière et notamment des comptes annuels de la Mutuelle, d'examiner les hypothèses retenues pour les arrêtés de compte et d'étudier la pertinence du choix des principes et méthodes comptables. Il s'assure le suivi de la politique de gestion des risques, des procédures et des systèmes de gestion des risques et d'un dispositif de contrôle interne et de son efficacité. Il surveille l'exécution de la mission du Commissaire aux Comptes, son mode de rémunération et son indépendance. En outre, le Comité d'Audit participe au processus de désignation et de renouvellement des Commissaires aux Comptes. Le Comité d'Audit pourra se voir confier d'autres missions par le Conseil d'Administration

La commission Gouvernance des Produits s'assure que les produits conçus par la mutuelle sont conformes aux orientations stratégiques de la mutuelle, à ses valeurs et à ses marchés cibles. Elle valide les produits et services conçus par la mutuelle depuis leur conception et le cas échéant co-conception et durant toutes les phases d'évolution liées à leur cycle de vie. Elle s'assure également que les canaux et réseaux de distribution utilisés par la mutuelle sont conformes au marché cible et au plan de conception et développement de chacun des produits dont il assure la gouvernance.

B.1.b Direction effective

La direction de la mutuelle est représentée par deux dirigeants effectifs, lesquels sont :

- Le directeur général M. PERRIN,
- Le président du conseil d'administration M VADELORGE

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

Elle a en responsabilité la gestion (maîtrisée) 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.

La direction effective est chargée d'instaurer la culture de gestion des risques et la mise en place d'un dispositif de contrôle interne et de suivi de la conformité adapté.

En particulier, elle

- Veille à l'indépendance de la Fonction Conformité et du Contrôle Interne et à l'existence de moyens proportionnés à la nature, à l'ampleur et à la complexité des opérations de l'entreprise.
- Autorise le Responsable du Contrôle Interne et le responsable de la Fonction Conformité à accéder librement et sans restriction à toute information utile au bon déroulement de leur mission.

B.1.c Fonctions clés

La mutuelle a nommé les responsables de quatre fonctions clés prévues dans le cadre de la réglementation Solvabilité 2. Ceux-ci sont :

Fonction clé	Date de nomination	Date de présentation des travaux au Conseil d'administration
Gestion des risques	15 décembre 2015	07-avr-21
Actuarielle	15 décembre 2015	07-avr-21
Audit interne	15 décembre 2015	26-mai-21
Vérification de la conformité	15 décembre 2015	07-avr-21

Les principales missions et responsabilités des fonctions clé sont décrites dans la suite du rapport.

Leurs rattachements et leurs positionnements dans la structure leur permettent de bénéficier de l'indépendance, ressource et autorité requises par leurs fonctions. Leurs droits d'accès à l'information et aux organes d'administration sont également prévus dans l'avenant de leur contrat de travail.

Enfin compte tenu de la taille, de la nature et de la complexité de son activité, CNM applique le principe de proportionnalité en externalisant certaines tâches relatives à certaines fonctions clés (notamment pour la fonction clé audit interne).

B.1.d Changements importants survenus au cours de l'exercice

En synthèse, la structure de la gouvernance de la mutuelle n'a pas évolué par rapport à l'exercice précédent.

B.1.e Pratique et politique de rémunération

La mutuelle a défini les pratiques de rémunération qui ont été validées par le Conseil d'Administration le 15/12/2015. La dernière validation par le Conseil a eu lieu le 30/09/2021. Celle-ci a pour objectif de s'assurer le respect et la conformité avec les règles applicables et évitant tout conflit d'intérêt.

Il est interdit aux administrateurs de faire partie du personnel rétribué par la mutuelle ou de recevoir à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions toutes rémunérations ou avantages autres que ceux prévus à l'article L.114-26 du code de la mutualité. Aucune rémunération liée de manière directe ou indirecte au volume des cotisations de la mutuelle ne peut être allouée à quelque titre que ce soit à un administrateur ou à un dirigeant opérationnel. Les anciens membres du Conseil d'administration ne peuvent exercer de fonctions donnant lieu à une rémunération de la mutuelle qu'à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la fin de leur mandat.

L'ensemble de la rémunération des collaborateurs est constitué d'une rémunération fixe. Cette dernière est cadrée par la convention collective de la mutualité.

La CNM met également en place un dispositif de rémunération variable pour une catégorie de collaborateurs affectés à l'activité commerciale. Cette part est encadrée par des critères d'objectivité qui sont revus annuellement. Et elle n'encourage aucune prise de risques excessive. Cette part variable représente environ 18% des rémunérations brutes globales.

Adéquation du système de gouvernance

Le système de gouvernance est revu annuellement par le Conseil d'Administration.

B.2. Exigences de compétences et d'honorabilité

Conformément à l'article 42 de la directive, transposées à l'article L.114-21 du code de la mutualité et développées aux articles 258 et 273 des actes délégués, les administrateurs, l'ensemble des dirigeants et responsables des fonctions clés sont soumis à une exigence double de compétence et d'honorabilité.

A cet effet, la mutuelle a défini une politique de compétences et d'honorabilité validée par le conseil d'administration le 15/12/2015. La dernière validation par le Conseil a eu lieu le 30/09/2021.

B.2.a Exigences d'honorabilité et processus d'appréciation

Afin de répondre aux critères d'honorabilité, CNM demande un extrait de casier judiciaire vierge :

- Pour les élus, au début de chaque mandat,
- Pour les dirigeants effectifs et les responsables des fonctions clés, tous les 3 ans.

De plus, un suivi est assuré par la responsable du secrétariat de direction par la constitution d'un dossier pour chaque administrateur comprenant :

- Extrait du Casier judiciaire
- Attestation de formation
- RIB / Copie carte d'identité / Attestation de sécurité sociale
- Règlements intérieurs signés des commissions auxquelles ils appartiennent
- Déclaration annuelle de non-condamnation

- Curriculum Vitae à jour

Une attestation sur l'honneur a été remise par chaque administrateur.

Le contrôle des exigences d'honorabilité est assuré par la fonction clé conformité.

B.2.b Exigences de compétence et processus d'appréciation

➤ Procédure concernant les administrateurs

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 des administrateurs s'apprécie de manière collective au de travers la diversité des aptitudes, compétences ou diplômes.

Elle s'apprécie également au regard de :

- **L'ancienneté** : 50% des administrateurs sont en fonction depuis au minimum 8 ans.
- **Les formations** : Plusieurs formations ont été dispensées aux membres du Conseil d'Administration afin de les informer des évolutions de l'environnement réglementaire, fiscal et économique.

Le tableau ci-dessous récapitule les formations suivies au titre de 2021 des administrateurs, le dirigeant opérationnel et les responsables de fonctions clés.

DATE	ORGANISME	THEME
13/04/2021	ASTREE	Appliquer procédure LCB-FT & Gel des avoirs
22/04/2021	UGM OPERA	Nouvel Administrateur
22 & 23/06/2021	SOFTEAM	Sensibilisation RGPD
14/12/2021	KERMIT	Placements Responsable
14/12/2021	AIC	Formation risque du marché

➤ Procédure concernant les dirigeants salariés et responsables de fonctions clés

La compétence des dirigeants effectifs et des responsables de fonction clés s'apprécie de manière individuelle au regard de leurs prérogatives spécifiques avec les éléments suivants :

- Formations et diplômes
- Expérience professionnelle

Parallèlement à ces éléments, les dirigeants effectifs et les responsables de fonctions clés suivent des formations leur permettant d'assurer un maintien de leur compétence

Le contrôle des exigences de compétence pour les dirigeants effectifs et les responsables de fonction clé est assuré par la fonction conformité.

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

En application de l'article 44 de la directive et de l'article 259 des actes délégués, comme toute entreprise d'assurance, 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.

A cet effet, la mutuelle a mis en place un dispositif de gestion des risques dont l'organisation est définie dans la politique de gestion des risques. Elle a été validée par le conseil d'administration le 30/09/2021.

La gestion des risques est une politique pivot, elle détaille l'activité de gestion des risques au sein de la CNM. A cette fin, les dispositifs de mesure, de surveillance, et d'encadrement des risques de la mutuelle et la manière dont elle s'assure de la pertinence de ce système y sont successivement décrits.

La politique s'intéresse aux domaines suivants :

- L'identification et la mesure des risques :
 - Approche méthodologique
 - Définition des catégories de risques
 - Pilotage des risques
- Intégration du pilotage de la solvabilité de l'organisme et interactions entre l'évaluation du **besoin global de solvabilité** et l'analyse des risques
- Processus de détermination et définition de la tolérance aux risques et détermination des limites de **tolérance** au risque pour chaque catégorie de risque de l'entreprise et description du système de pilotage et de reporting afférent
- La **fréquence** et le **contenu des simulations de crise régulières**, ainsi que les situations qui justifieraient des simulations de crise ad hoc.

Ce système de gestion des risques est efficace, parfaitement intégré à la structure organisationnelle et aux procédures de prise de décision et dûment pris en compte par les personnes qui dirigent effectivement CNM ou qui occupent d'autres fonctions clés.

Le dispositif de gestion des risques repose essentiellement sur :

- Un cadre de risques revu annuellement déterminant l'appétence et la tolérance aux risques de la mutuelle défini par le conseil d'administration en lien avec la stratégie ;
- Un processus de reporting et de suivi régulier des indicateurs et limites remontant jusqu'à la direction et le conseil d'administration ainsi que des modalités d'alerte en cas de détection de risques importants potentiels ou avérés ;
- Une comitologie adaptée associant les dirigeants effectifs et les fonctions clés pour avis dans les instances de décision.

B.3.a Suivi des risques assurantiels

La ligne directrice de la mutuelle reste de privilégier le service aux adhérents en acceptant des pertes sur l'activité technique tant qu'elles sont compensées par les produits financiers.

Un suivi technique a lieu 2 fois par an. Il est piloté par le directeur Développement, Marketing et Communication et la commission Gouvernance des produits et l'actuaire externe. Y participent également à ces séances, le Direction Générale, la responsable de gestion des risques, le responsable de la fonction actuarielle. La commission Gouvernance des produits se réunit 2 à 3 fois par an.

En parallèle, le service comptabilité, en collaboration avec la responsable des risques et le responsable actuariel, établit des arrêtés de comptes trimestriels. Pour l'exercice 2021, compte tenu de l'événement exceptionnel, l'arrêté comptable a été réalisé au 31 octobre afin d'avoir davantage de données pour l'analyse. Ces arrêtés sont présentés au Comité d'audit et au Conseil d'administration par la responsable des risques et le responsable actuariel.

De manière ponctuelle et en lien avec des situations exceptionnelles, le Directeur Général peut demander à la responsable des risques des analyses complémentaires.

Un point d'activité est présenté au moins 1 fois par an au Conseil d'Administration par le directeur de Développement.

B.3.b Suivi des risques financiers

Les orientations en matière de placements sont revues au moins une fois par an par le conseil d'administration sur proposition de la commission des placements.

La commission des placements se tient 4 fois par an, avec la participation des 2 sociétés de gestion sur deux de ces sessions, ainsi que le directeur général, la chef comptable - responsable de la gestion des risques et le chef de groupe service comptabilité et financiers.

Une cartographie des risques financiers a été établie. Elle est revue chaque année.

Le service comptabilité et financiers met en place des outils de contrôle régulier.

B.3.c Suivi du risque opérationnel

Afin d'assurer le contrôle interne permanent, la base d'incident et la base réclamation sont mises en place.

Ces bases sont alimentées au fil de l'eau lors qu'il y a un incident majeur ou une réclamation se présente. Elles permettent de recenser les différents problèmes survenus et les solutions mises en place pour les résoudre. Elle permet également a posteriori de détecter des risques non identifiés dans la cartographie ou des actions de maîtrise inefficaces.

Ainsi, il s'agit des outils centraux du contrôle interne permanent ; les mises à jour de la cartographie et des processus s'appuient également sur celles-ci.

Les informations sont communiquées à la direction et à l'ensemble des responsables de services au moins 2 fois par an. Elles sont également communiquées aux instances 2 fois par an.

La direction fait un suivi régulier sur les principales activités de la mutuelle.

- Un suivi mensuel des adhésions saisies.
- Un suivi mensuel des contrats collectifs radiés ou/et en cours de radiation.

B.3.d La réassurance et les autres techniques d'atténuation du risque

Le principal risque en matière de réassurance correspond à une perte potentielle réalisée par la mutuelle dans l'hypothèse d'une défaillance du réassureur (risque de contrepartie généré par la réassurance).

Compte tenu du haut niveau des fonds propres, la CNM ne recourt pas à la réassurance.

B.3.e Besoin Global de Solvabilité

Dans le cadre de l'analyse précédente et sur un horizon moyen terme, l'évaluation du Besoin global de solvabilité intègre les éléments suivants :

- SCR pour l'ensemble des risques techniques et financiers modélisés par la formule standard
- Capitaux liés aux risques majeurs :

Cyber attaque ou défaillance des systèmes d'information :

Ce risque majeur reflète l'insécurité du système informatique. Des frais imaginés ou non ainsi que le coût impacté par la perte de données, la réputation et l'image seraient éventuellement à prendre en compte ici car ils ne sont pas modélisables par la formule standard.

Vieillesse du portefeuille :

Ce risque majeur provient de l'âge élevé des adhérents. Le conseil d'administration est sensibilisé sur ce point et a mis en place depuis plusieurs exercices des cotisations différenciées par âge. Les augmentations régulières permettent de palier ce risque.

De plus, une stratégie de rajeunissement du portefeuille a été mise en place. Aussi, aucun capital supplémentaire n'est ajouté au SCR.

Epidémie, Canicule :

Ce risque majeur reflète l'augmentation des soins de santé liés à une canicule ou à une épidémie. Ces risques sont bien pris en compte dans la formule standard via le risque catastrophe. Aussi, aucun capital supplémentaire n'a été évalué.

Dégradations des marchés financiers :

Ce risque tient compte d'évolutions défavorables des marchés financiers. Ces risques sont bien pris en compte dans la formule standard via le risque de marché.

Les éléments précédents conduisent au ratio de couverture suivant :

	2021
SCR	13.97 M€
Risques Majeurs	1.1 M€
BGS	15.07 M€
Fonds propres SII	63.59 M€
Ratio de couverture BGS	422%

Sous les hypothèses précédentes, la mutuelle couvre largement son besoin global de solvabilité.

B.3.f Evaluation interne des risques et de la solvabilité

Le dispositif d'évaluation interne des risques et de la solvabilité (EIRS ou ORSA) est intégré au fonctionnement de l'entreprise et s'inscrit dans le cadre du dispositif de gestion des risques. Une politique ORSA validée le 30/09/2021 par le Conseil d'Administration précise l'organisation du processus ORSA.

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

Le Conseil d'administration est responsable de :

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

Elle répond également à des demandes ponctuelles venant de l'AMSB.

Tout élément significatif ayant un impact sur la solvabilité de la mutuelle est remonté directement au Conseil d'Administration par le Directeur Général et la Responsable de la fonction gestion des risques.

La réalisation d'un exercice ORSA est un processus itératif sous la responsabilité du Conseil d'Administration qui se décompose en les étapes suivantes :



Tout changement brutal du contexte économique ainsi que chaque nouveau projet stratégique entraînent mécaniquement une évaluation du besoin global de solvabilité et de la solvabilité prospective de la mutuelle par les méthodes jugées appropriées en fonction du contexte.

La mise en place du processus ORSA nécessite l'implication de différents acteurs :

- Le Conseil d'Administration : il définit le profil de risque et l'appétence au risque de la mutuelle et la cible stratégique.
- La direction opérationnelle : elle s'assure de la déclinaison opérationnelle
- Les responsables de fonction clés : encadrées par le responsable de la fonction gestion des risques, les responsables des fonctions clés s'assurent du respect de la stratégie et des seuils définis par les administrateurs sur les domaines qui leur sont propres.
- Les opérationnels : ils assurent la déclinaison opérationnelle de la stratégie.

Le processus ORSA doit être mis à jour au moins une fois par an et à chaque changement majeur affectant la stratégie de l'organisme.

Les risques majeurs et les stress tests ont été définis collégalement lors de la réunion de préparation aux travaux d'ORSA au 2^{ème} trimestre avec participation du président du Conseil d'Administration. Le premier projet des travaux sur les risques est envoyé aux membres du conseil d'administration au 3^{ème} trimestre. A l'issue de la séance du conseil d'administration à fin septembre, il a été demandé de compléter la liste des hypothèses. Ensuite les risques et les travaux du rapport ont été présentés à nouveau au Conseil d'Administration Extraordinaire lors de la réunion du 28 octobre 2021 pour approbation.

La fonction actuarielle effectue le calcul et collabore avec la fonction de gestion des risques pour rédiger le rapport ORSA, lequel est communiqué au Conseil d'Administration puis à l'ACPR.

Dans les 15 jours suivant son approbation par le Conseil d'Administration, le rapport est transmis à l'ACPR par la fonction gestion des risques.

En déclinaison des principes rappelés ci-dessus, le conseil d'administration approuve la politique d'ORSA et s'assure que le processus ORSA est adapté et mis en œuvre. Ainsi, lorsqu'un dossier est soumis au conseil d'administration pour décision, celui-ci porte son attention sur :

- La pertinence de la liste et de l'évaluation des risques auxquels l'organisme est exposé dans la cadre de cette décision, en lien la cartographie des risques majeurs (et notamment les risques actifs - passifs, y compris ceux intragroupes ou ceux non enregistrés présentés hors bilan) ;
- L'intégration des pratiques et contrôles des responsables opérationnels ;
- La proportionnalité des outils par rapport aux risques encourus ;
- L'adéquation des hypothèses présentées, de manière prospective, avec les objectifs stratégiques, traduits dans le business plan et les prévisions ;
- La qualité et la suffisance de la documentation, de la justification et de l'indépendance des études réalisées, permettant de se former une opinion.

Si nécessaire, le conseil d'administration demande selon son jugement de revoir et/ou corriger des paramètres concernant l'environnement externe (concurrence, juridique, économie, fiscalité,) ou interne (interdépendances de décisions, évolution du niveau d'appétence aux risques fixé, adaptation de la stratégie et/ou de l'organisation...).

B.3.g Les missions de la fonction gestion des risques

Cette fonction 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, production, suivi des placements, gestion des adhérents, etc.). Elle effectue une fois par an minimum une restitution synthétique à la Direction générale et au Conseil d'administration.

B.3.h 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.

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 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 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.

Nomination 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.4. Système de contrôle interne

B.4.a Description du système

En application de l'article 46 de la directive 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 transposées à l'article R.211-28 du code de la mutualité.

Dans ce contexte, la mutuelle dispose d'un dispositif de contrôle interne efficace. En vue de se conformer également à l'article 41-3 de la directive et de l'article 258-2 des actes délégués, la mutuelle a défini une politique de contrôle interne décrivant les objectifs, responsabilités, processus et procédures de contrôle interne, validée par le conseil d'administration du 30/09/2021.

Les principaux objectifs des procédures de contrôle interne sont de :

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

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

- Nommé un responsable du Contrôle interne

Le Responsable du Contrôle Interne est chargé de la coordination du processus, de la mise à jour continue de la cartographie des risques et de la mise en place de contrôles permanents de second niveau. Il accompagne la rédaction des procédures, est responsable de la production des indicateurs de contrôle interne à destination de la Direction Générale et du Conseil d'Administration et rédige annuellement le rapport de contrôle interne.

Le dispositif de conformité et de contrôle interne fonctionne en continu à tous les niveaux de la Mutuelle. Les acteurs impliqués dans la mise en œuvre du dispositif de contrôle interne et de la conformité sont :

- Le Conseil d'Administration
- Le Comité d'audit
- La commission Surveillance et Gouvernance de produits
- La Direction Générale
- Les directions métiers
- La Fonction Conformité
- Le Responsable du Contrôle Interne et ses éventuels relais au sein des équipes opérationnelles
- Les responsables d'équipes

L'un des piliers de la mise en œuvre d'un dispositif de contrôle interne efficace et par conséquent d'une maîtrise des risques adaptée réside dans la communication réalisée et l'adoption par chaque collaborateur de l'« esprit contrôle interne », c'est-à-dire la compréhension des risques liés à son activité et l'adaptation en conséquence de son niveau de vigilance et de contrôle.

Cette démarche s'articule autour de 3 axes de travail : la sensibilisation et la formation aux différents intervenants (directions et responsable contrôle interne, responsables CNM, Administrateurs), la communication et l'animation des travaux périodiques réalisés et la détermination de la stratégie.

B.4.b Rôle spécifique de la fonction conformité

Selon l'article 46 de la directive Solvabilité 2

* Mettre en œuvre une veille normative à spectre large sur les activités d'assurance.

* Identifier et évaluer le risque de non-conformité (cartographie).

* Animer la filière conformité (plan conformité, suivi des actions et incidents).

Ainsi, de manière plus détaillée, le responsable de la fonction a pour mission

- Identifier, évaluer les risques légaux de non-conformité,
- Mettre en place la cartographie des risques de non-conformité,
- Elaborer un plan de conformité à court et moyen terme, et le mettre à jour régulière,
- Mettre en œuvre une veille juridique, notamment sur le droit de la mutualité, des assurances, de la consommation, de la protection de la clientèle, de la concurrence, de l'intermédiation, la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, la protection des données personnelles,
- Actualiser les normes de conformité,
- Elaborer des tableaux de bord de suivis des risques de non-conformité et des actions à mettre en place,
- Etablir des audits et des rapports de conformité destinés au Conseil d'Administration et à la Direction,
- Evaluer l'impact de tout changement de l'environnement juridique.

Le responsable de la fonction peut faire appel à des compétences extérieures pour l'aider à l'accomplissement de sa mission.

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.

Celui-ci doit avoir les qualifications nécessaires en termes de connaissance des lois et réglementations applicables, comme de qualités personnelles telles qu'intégrité, neutralité ou aptitude à la communication.

Des conditions sont nécessaires en matière de compétences et d'honorabilité pour les responsables de fonctions clés. L'ensemble de ces conditions est décrit dans la « Politique de compétences et d'honorabilité ».

- *Conditions de compétences*

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 conformité suit, tout au long de son mandat, une formation adaptée à ses attributions.

- *Conditions d'honorabilité*

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).

Cette désignation est immédiatement notifiée à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution selon la procédure définie par cette dernière.

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

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

La CNM 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.

Il doit pouvoir rapporter librement tous les dysfonctionnements constatés, sans craindre de quelconques mesures de rétorsion de la hiérarchie.

La fonction conformité au sein de la mutuelle veille principalement sur :

- Le dispositif de protection de la clientèle (validation des produits commercialisés, des processus commerciaux par le biais de l'intermédiation, validation des supports à caractère publicitaire, gestion des réclamations...);
- La conformité juridique des conventions passées avec des tiers (intermédiaires, délégataires de gestion, Co assureurs, réassureurs...).

La Fonction Conformité a pour objet d'identifier, d'évaluer et de suivre les risques de non-conformité encourus par la mutuelle et de conseiller et de rendre compte à la Direction Générale et au Conseil d'Administration sur ce sujet. Le responsable de la Fonction Conformité a la charge du suivi continu de la conformité des activités de la mutuelle avec les lois et règlements. Il doit avoir les compétences, l'expérience et les qualités professionnelles et personnelles permettant d'assumer cette fonction. Dans ce contexte, la mutuelle a défini une politique de conformité décrivant les objectifs, responsabilités, processus et procédures de contrôle interne, validée par le conseil d'administration du 30/09/2021.

B.5. Fonction d'audit interne

Conformément aux dispositions de l'article 47 de la directive, 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.

A cet effet, la mutuelle a mis en place un comité d'audit en charge de la supervision des activités d'audit et un dispositif d'audit interne depuis 2012. La nomination d'une fonction d'audit interne est venue compléter le dispositif depuis 2015. Celle-ci est sous supervision du directeur général et dispose d'un droit d'accès au conseil d'administration ce qui en garantit son indépendance. Le conseil d'administration, par l'intermédiaire du comité d'audit, entend annuellement la fonction d'audit interne. Dans ce cadre, la fonction d'audit interne :

- Etablit, met en œuvre et garde opérationnel un plan d'audit détaillant les travaux d'audit à conduire dans les années à venir, compte tenu de l'ensemble des activités et de tout le système de gouvernance de la Mutuelle d'assurance ou de réassurance,
- Adopte une approche fondée sur le risque lorsqu'elle fixe ses priorités,
- Communique le plan d'audit à l'organe d'administration, de gestion ou de contrôle,
- Emet des recommandations fondées sur le résultat des travaux conduits,
- Soumet au moins une fois par an à l'organe d'administration, de gestion ou de contrôle un rapport écrit contenant ses constatations et recommandations,
- S'assure du respect des décisions prises par l'organe d'administration, de gestion ou de contrôle sur la base des recommandations émises.

La fonction d'audit interne dispose également d'un devoir d'alerte sans délai de la direction en cas de détection d'un risque important dont la maîtrise n'est pas assurée par le système de gestion des risques et de contrôle interne. Toute détection ou évènement majeur portant atteinte à la maîtrise des risques est susceptible de donner lieu à une mission d'audit non planifiée initialement.

L'organisation de l'audit interne est détaillée dans la politique d'audit interne validée le 30/09/2021 par le conseil d'administration.

B.6. Fonction actuarielle

Conformément aux dispositions de l'article 48 de la directive, précisées à l'article 272 du règlement délégué, la mutuelle dispose d'une fonction actuarielle.

Les prérogatives de la fonction actuarielle incluent notamment la coordination et le contrôle des provisions techniques. En cela, la fonction actuarielle :

- S'assure de l'adéquation des méthodologies, des modèles sous-jacents et des hypothèses utilisés pour le calcul des provisions techniques ;
- S'assure de la suffisance de la qualité des données utilisées dans le calcul des provisions techniques et en évalue les limites ;

La fonction actuarielle rend compte annuellement à la direction et au conseil d'administration de la fiabilité et du caractère adéquat du calcul des provisions techniques et rédige pour cela un rapport actuariel. Celui-ci met en exergue les écarts constatés, les limites des méthodes et de la qualité des données et évalue le degré de certitude et de fiabilité des calculs. Le rapport vise aussi à présenter les défaillances et les recommandations associées à mettre en œuvre pour y remédier.

La fonction actuarielle contribue également au système de gestion des risques de la mutuelle. En cela, la fonction actuarielle :

- Elabore des modèles de risques techniques, qu'il s'agisse de ceux liés aux risques associés au développement de produits, de ceux liés au portefeuille de contrats bruts et nets de réassurance, de risque financier, de modèle de risque opérationnel. Elle alimente ainsi le calcul des exigences de fonds propres ainsi que les évaluations prospectives du rapport ORSA.
- Emet un avis sur la politique globale de souscription ;
- Emet un avis sur l'adéquation des dispositions prises en matière de réassurance

Le calcul des provisions a été scindé entre individuel et collectif lors de l'exercice 2017, de plus le calcul pour la gamme Néo a été isolé et ce conformément aux recommandations des audits en 2016.

Les données permettant au calcul de la provision technique ont été contrôlées et validées à plusieurs niveaux et représentent une qualité de données satisfaisante.

B.7. Sous-traitance

Dans le cadre de son activité, la mutuelle a recours à de la sous-traitance sur les domaines suivants : Depuis plusieurs années, la CNM s'appuie sur des sous-traitants dans le cadre de la mise en place de solutions techniques et informatiques lui permettant de fiabiliser ou accélérer son activité.

Dans cette optique, la CNM a démontré à la fois une approche pragmatique vis-à-vis de distributeurs et/ou gestionnaires, mais aussi une volonté d'internalisation du savoir-faire, refusant de déléguer des activités liées au pilotage et à la stratégie de la mutuelle :

- Les activités liées au pilotage technique et comptable de l'entreprise sont portées par les ressources de la mutuelle : suivi du risque, comptabilité, tarification, pilotage solvabilité II.
- La mutuelle conserve le pilotage de l'ensemble des actions relatives à la stratégie de développement et à la communication.

La CNM a recours à des sous-traitants pour les domaines suivants :

- D'une part à des sous-traitants mettant à disposition de l'entreprise des outils lui permettant une sécurisation de son activité et l'amélioration de son offre : infogérance de SI et l'édition de logiciels métier
- Notons que le choix de ne pas sous-traiter une activité n'interdit pas à la mutuelle de recourir à un accompagnement expert sur un sujet, sous son pilotage et sa responsabilité.

Cette sous-traitance étant formalisée dans la politique de sous-traitance a été validée le 14/12/2021 par le CA. Celle-ci prévoit notamment les modalités de sélection et d'engagement, de suivi et de contrôle des prestations déléguées.

Procédure de sélection

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

Cette décision repose notamment sur l'analyse des risques adossés à ce projet.

Lorsque le projet est validé, une procédure de sélection de prestataires est engagée.

La Direction générale présélectionne ou supervise la présélection de plusieurs prestataires.

A cette fin, un cahier des charges peut être rédigé.

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

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

- Un examen informel visant à vérifier que le prestataire est doté des aptitudes, de la capacité et de tout agrément légal nécessaires ;
- Un examen informel visant à assurer qu'aucun conflit d'intérêts manifeste ou potentiel ne compromette la mission confiée au prestataire ;
- Un examen informel d'un projet de contrat écrit définissant clairement les droits et obligations respectifs des deux parties et ce qui suit :
- Les devoirs et responsabilités des deux parties ;
- L'engagement du prestataire de services de se conformer à toutes les dispositions législatives, exigences réglementaires, ainsi qu'aux politiques approuvées par la mutuelle, et de coopérer avec l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) ;
- L'obligation, pour le prestataire de services, de signaler tout événement susceptible d'avoir un impact important sur sa capacité à exercer les activités ou fonctions sous-traitées de manière efficace et conforme aux dispositions législatives et exigences réglementaires applicables ;
- Un délai de préavis, pour la résiliation du contrat par le prestataire de services, qui soit suffisamment long pour permettre à la mutuelle de trouver une solution de remplacement ;
- Que la mutuelle puisse, si nécessaire, mettre fin à l'accord de sous-traitance sans que cela nuise à la continuité ni à la qualité de ses services aux preneurs ;
- Que la mutuelle se réserve le droit d'obtenir des informations sur les fonctions et activités sous-traitées par le prestataire de services, ainsi que le droit d'émettre des lignes directrices générales et des instructions particulières à l'adresse du prestataire de services sur les éléments à prendre en considération dans l'exercice des activités sous-traitées ;
- L'obligation, pour le prestataire de services, de protéger toute information confidentielle relative à la mutuelle, à ses adhérents, bénéficiaires, salariés et contractants et à toute autre personne
- Que la mutuelle, sa fonction d'audit interne et l'ACPR jouissent d'un accès effectif à toutes les informations relatives aux fonctions et activités sous-traitées, ce qui inclut la possibilité d'effectuer des inspections sur place, dans les locaux du prestataire de services ;
- Que, lorsque cela est approprié et nécessaire aux fins du contrôle, l'ACPR peut adresser directement au prestataire de services des questions auxquelles celui-ci est tenu de répondre ;
- Que la mutuelle puisse obtenir des informations sur les fonctions et activités sous-traitées par le prestataire et donner des instructions en ce qui concerne les fonctions et activités sous-traitées ;

- Le cas échéant, les conditions selon lesquelles le prestataire de services peut lui-même sous-traiter l'une ou l'autre des fonctions et activités qui lui ont été sous-traitées ;
- Que toute sous-traitance effectuée est sans préjudice des devoirs et responsabilités incombant au prestataire de services en vertu de son accord avec la mutuelle.
- Les conditions générales de l'accord de sous-traitance soient clairement expliquées au Conseil d'administration de la mutuelle et avalisées par celui-ci ;
- La sous-traitance n'entraîne la violation d'aucun texte de loi, en particulier des règles relatives à la protection des données ;
- Le prestataire de services est soumis aux mêmes dispositions, en matière de sûreté et de confidentialité des informations, que celles qui s'appliquent à la mutuelle
- Le prestataire de services dispose des ressources financières nécessaires pour exécuter sa mission de manière fiable et que tous les membres du personnel de ce prestataire sont suffisamment qualifiés et fiables.

Cartographie des sous-traitants

En vertu de l'article R.354-7 du Code des Assurances, les activités ou fonctions importante ou critiques sont

- Les fonctions clés actuarielles, gestion des risques, vérification de la conformité, audit interne.
- Les activités ou fonctions dont l'interruption compromettrait la faculté de l'organisme à assurer la continuité de ses services, au regard des éléments suivants
 - Coût de l'activité externalisée
 - Impact financier, opérationnel, de réputation en cas de prestation du prestataire hors délai ou de sa défaillance
 - Substituabilité du prestataire
 - Capacité de l'organisme à satisfaire aux exigences réglementaires en cas de problème avec le prestataire

Suivi et contrôle

Pour chaque contrat de sous-traitance, une personne référente est désignée au sein de la mutuelle.

La personne référente centralise les demandes du sous-traitant concerné et met en place des indicateurs clés de performance permettant de suivre la qualité des prestations du sous-traitant.

La personne référente doit être en mesure de suivre et comprendre l'activité du sous-traitant.

B.8. Autres informations

Aucune autre information importante ou qualifiée comme telle par la mutuelle susceptible d'impacter le système de gouvernance présenté plus haut n'est à mentionner.

C. PROFIL DE RISQUES

De manière complémentaire à l'organisation décrite dans la gouvernance, la mutuelle procède à l'étude des risques de la manière suivante :

Identification :

La première étape de la démarche de gestion des risques consiste à s'assurer que l'ensemble des risques auquel est soumise la mutuelle est bien identifié. Cette identification est réalisée de deux manières :

Approche réglementaire :

Etude de la législation et notamment de l'Article 44 de la directive européenne (souscription et provisionnement, gestion actif-passif, investissement financier, gestion du risque de liquidité et de concentration, gestion du risque opérationnel, réassurance et les autres techniques d'atténuation du risque des risques) mais aussi des risques émergents et les risques stratégiques et de réputation.

Approche propre à la mutuelle :

Parallèlement à l'approche réglementaire, la mutuelle identifie quels sont les risques les plus importants ou significatifs à travers son dispositif ORSA.

Mesure :

Consécutivement à l'identification, la mutuelle définit des critères de mesure et de quantification des risques (fréquence, impact, ...) ceci au moyen d'outils, de règles ou d'indicateurs (cartographie des risques, formule standard, outil de business-plan)

Contrôle et gestion :

Le contrôle et la gestion des risques sont assurés par l'organisation décrite dans le paragraphe précédent qui permet de surveiller et de piloter les risques afin d'en limiter leurs impacts.

Enfin, dans le cadre de l'activité de contrôle, la mutuelle peut prévoir des plans de redressement permettant de limiter l'exposition de la mutuelle en cas de survenance d'un événement majeur.

Déclaration :

La déclaration des risques est assurée de manière régulière par la fonction gestion des risques aux dirigeants effectifs et au conseil d'administration.

De manière générale, le profil de risque de la mutuelle est appréhendé de la manière suivante :



C.1. Risque de souscription

Il s'agit du risque associé à l'insuffisance régulière de primes ou de provisions pour couvrir la sinistralité future.

C.1.a Appréhension du risque de souscription au sein de la mutuelle

Le risque de souscription de la mutuelle correspond au risque de perte financière découlant d'une tarification inadaptée à la garantie sous-jacente (les cotisations ne permettent pas de couvrir les prestations et frais de l'organisme)

Le risque de souscription en santé peut notamment émaner des sources suivantes :

- Des **hypothèses de tarification et de provisionnement**.
- De la **structure des garanties** : gammes modulaires, cible âgée
- Des **informations sur la population disponible** pour la tarification et le provisionnement

C.1.b Mesure du risque de souscription et risques majeurs

La mutuelle pilote son risque de souscription au travers de plusieurs indicateurs suivis régulièrement et présentés à la direction et au conseil d'administration. Les principaux indicateurs sont :

- o Le P/C
- o Evolution des prospects
- o Evolution des adhérents

Au regard des risques importants, la mutuelle est particulièrement sensible aux évolutions réglementaires qui impactent le portefeuille et sont difficilement maîtrisables.

C.1.c Maîtrise du risque de souscription

Afin de maîtriser les risques évoqués plus haut, la mutuelle a défini une politique de souscription et de provisionnement intégrée dans la politique de gestion des risques.

Le processus de tarification de nouveaux produits :

Le processus de souscription de nouveaux produits se définit par les étapes suivantes :

- Analyse de l'environnement de marché et réglementaire
- Collecte des attentes des adhérents et des orientations stratégiques déterminées par le Conseil d'Administration
- Réflexion avec différents services et la Commission Développement sur des garanties et du système de cotisation envisagés
- Première validation du Conseil d'Administration des garanties et du système de cotisation
- Evaluation du coût des garanties par le cabinet de conseil en actuariat. La tarification est notamment basée sur les analyses techniques trimestrielles effectuées par ce même cabinet.
- Validation de l'ensemble du processus par la commission Développement et des conseils externes.
- Approbation finale du produit et de la tarification par le Conseil d'Administration.

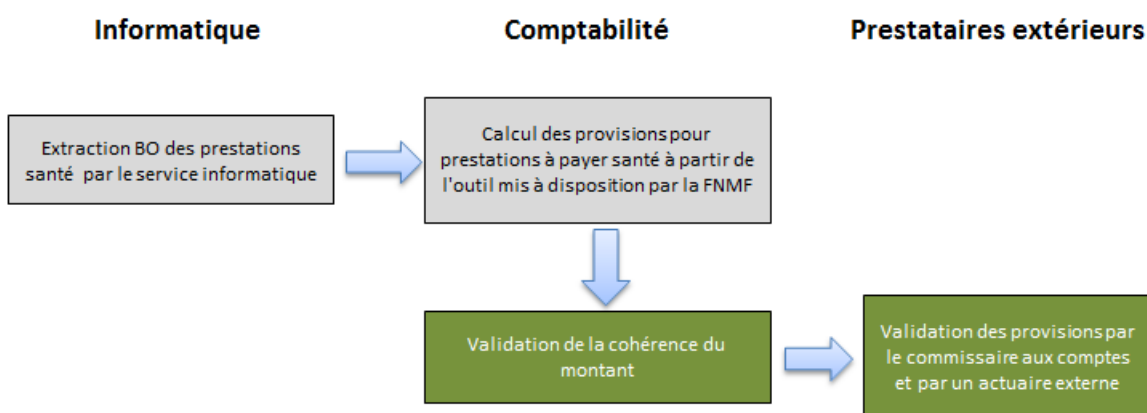
La validation de l'ensemble des nouveaux produits ou modifications par le Conseil d'Administration assure le respect de la stratégie de souscription établie par ce même conseil.

Le processus de souscription de nouveaux produits ainsi que celui de la tarification des gammes existantes ont été formalisés.

Enfin, les analyses statistiques régulières (P/C etc.), accompagnées d'une étude à l'occasion des évolutions de produits et indexations permettent de transmettre au Conseil d'Administration les éléments nécessaires à une compréhension adéquate des évolutions envisagées. Par ailleurs, chaque analyse est présentée à la Direction et aux services concernés.

Le processus de provisionnement :

Concernant le provisionnement, la C NM a adopté la démarche suivante :



Une interconnexion avec le responsable de la fonction clé Actuariat à ces processus.

La réassurance :

La mutuelle n'a pas recours à la réassurance.

C.2. Risque de marché

Le risque de marché correspond à l'impact sur les fonds propres de la CNM de mouvements défavorables liés aux investissements.

C.2.a Appréhension du risque de marché au sein de la mutuelle

Le risque de marché correspond à l'impact sur les fonds propres de la mutuelle de mouvements défavorables liés aux investissements. Ce risque de marché peut provenir :

- D'une dégradation de valeur d'une classe d'actifs détenue par la mutuelle.
- D'une dégradation de notation des titres détenus par la mutuelle.
- D'une forte concentration d'investissement sur un même émetteur.

C.2.b Mesure du risque de marché et risques majeurs

La mutuelle pilote son risque de marché au travers de plusieurs indicateurs suivis régulièrement et présentés à la direction et au conseil d'administration. Les principaux indicateurs sont :

- La concentration par émetteur
- La notation des placements
- Les rendements financiers

Au regard des risques importants, la mutuelle est particulièrement sensible à une potentielle dégradation des marchés financiers compte tenu des investissements importants.

C.2.c Maitrise du risque de marché

Afin de maîtriser les risques évoqués plus haut, la mutuelle a défini une politique d'investissement et de gestion actif-passif intégrée dans la politique de gestion des risques.

De plus, la mutuelle s'appuie sur l'expertise des gestionnaires de placements pour ses portefeuilles : obligataire et action. A cet effet :

- Les orientations de placements sont définies en cohérence avec la stratégie et en vue de préserver les fonds propres et la situation financière et de solvabilité de la mutuelle.
- Une sélection des actifs de placement rigoureuse reposant sur des actifs en grande partie obligataires permettant d'apporter de la sécurité au portefeuille.

Enfin, tous les placements de la mutuelle sont réalisés dans le respect du principe de la personne prudente :

- la mutuelle est en mesure d'appréhender les risques financiers associés aux actifs détenus
- les investissements sont réalisés dans le meilleur intérêt des adhérents.

Par ailleurs la sensibilité de la CNM au risque de marché est testée dans le processus ORSA par un scénario modélisant une dégradation des marchés financiers.

C.3. Risque de crédit

Le risque de crédit correspond à la mesure de l'impact sur les Fonds Propres de mouvements défavorables liés au défaut de l'ensemble des tiers auprès desquels l'organisme présente une créance ou dispose d'une garantie.

C.3.a Appréhension du risque de crédit au sein de la mutuelle

Le risque de crédit correspond à la mesure de l'impact sur les fonds propres de mouvements défavorables liés au défaut de l'ensemble des tiers auprès desquels l'organisme présente une créance ou dispose d'une garantie.

Ce risque de défaut peut provenir :

- Du non-paiement des cotisations à recevoir par les adhérents
- Du non-paiement des créances détenues auprès de tiers
- Du défaut des banques au regard des liquidités détenues

C.3.b Mesure du risque de crédit et risques majeurs

La mutuelle pilote son risque de marché au travers de plusieurs indicateurs suivis régulièrement et présentés à la direction et au conseil d'administration. Les principaux indicateurs sont :

- La notation des banques
- La concentration du portefeuille en termes de banques
- Le suivi du paiement des créances des adhérents et des tiers

C.3.c Maitrise du risque de crédit et risques majeurs

Concernant les banques, la mutuelle veille à leur qualité et leur fiabilité lors de la sélection et suit leur solidité financière. Par ailleurs, les placements sont dispersés parmi plusieurs établissements.

C.4. Risque de liquidité

Le risque de liquidité désigne le risque de perte résultant d'un manque de liquidités disponibles à court terme pour faire face aux engagements assurantiels. Dans le cadre de l'activité de la CNM, il s'agit essentiellement de la capacité à régler les prestations aux bénéficiaires.

Le risque de liquidité ne fait pas l'objet d'une évaluation quantitative dans la formule standard de calcul du SCR et le risque n'est pas ou peu mesurable.

C.4.a Appréhension du risque de liquidité au sein de la mutuelle

Le risque de liquidité correspond au risque de perte résultant d'un manque de liquidités disponibles à court terme pour faire face aux engagements de la mutuelle. Dans le cadre de l'activité de la mutuelle, il s'agit essentiellement de la capacité à régler les prestations aux bénéficiaires.

C.4.b Mesure du risque de liquidité et risques majeurs

Pour ses engagements à court terme relatifs à l'activité de santé, la mutuelle suit tout particulièrement :

- L'évolution du montant des prestations réglées et provisionnées ;
- Les délais de règlement
- Le niveau de trésorerie.
- Le montant total du bénéfice attendu inclus dans les primes futures
- Liquidité des placements détenus en portefeuille

C.4.c Maitrise du risque de liquidité

Afin de maîtriser le risque de liquidité, la mutuelle, dans le cadre de sa gestion des placements s'assure de disposer d'actifs plus ou moins liquides qui peuvent être cédés afin de faire face au manque de trésorerie à court terme.

C.4.d Bénéfice attendu inclus dans les primes futures

Le bénéfice attendu inclus dans les primes futures s'élève à 1359 K€. Il est déterminé à partir des résultats observés sur l'exercice précédent, des prévisions de dérive de la sinistralité, de la politique tarifaire et de frais selon les modalités présent rapport.

C.5. Risque opérationnel

Le risque opérationnel correspond aux pertes potentielles qui pourraient résulter d'une défaillance au sein de l'organisme, défaillance qui pourrait être imputée à un défaut de contrôle interne.

Ce risque est appréhendé de manière forfaitaire comme un pourcentage des cotisations et provisions techniques (hors marge de risque) brutes de réassurance, ce montant ne pouvant pas dépasser 30% du BSCR (SCR net des risques opérationnels et incorporels).

C.5.a Appréhension du risque opérationnel au sein de la mutuelle

Le risque opérationnel de la mutuelle correspond aux pertes potentielles qui pourraient résulter d'une défaillance au sein de l'organisme, défaillance qui pourrait être imputée à un défaut de contrôle interne, ce risque peut avoir les causes suivantes :

- Risques de non-conformité (sanctions financières liées à lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme ou bien encore la protection de la clientèle) ;
- Risques juridiques (frais juridiques engagés et amendes faisant suite à des litiges) ;
- Risque de fraude interne et externe ;
- Risques d'exécution des opérations (défaillance humaine, de contrôle, d'organisation, etc.)
- Risque de défaillance des systèmes d'information (indisponibilité ou latence des outils affectant la capacité de travail, etc.) ;
- Risques relevant de la sécurité des biens et des personnes (incendie, etc., affectant la disponibilité des collaborateurs et des locaux) ;
- Risques de réputation (dégradation de l'image de la mutuelle suite à une mauvaise qualité de gestion ou un défaut de conseil lors de la commercialisation, à la qualité des produits),
- Risques liés à l'évolution de l'environnement légal (nouvelle réglementation affectant directement ou indirectement la capacité à maintenir une activité) ;
- Risques liés aux décisions stratégiques (décisions métiers défavorables, mauvaise mise en œuvre des décisions stratégiques, manque de réactivité vis-à-vis des évolutions réglementaires, du marché, des clients, etc.).

C.5.b Mesure du risque opérationnel et risques majeurs

Le risque opérationnel est suivi au travers de la collecte des incidents et des pertes opérationnelles, du recensement des réclamations clients et des actions de justice. Les incidents présentant un impact financier, réglementaire ou de réputation importante sont remontés en conseil d'administration.

Au sein de la cartographie des risques, l'identification des risques opérationnels majeurs font l'objet d'une analyse et donnent lieu à des plans d'actions visant à restreindre ou éliminer les causes sous-jacentes.

C.6. Autres risques importants

Aucun autre risque important ou qualifié comme tel par la mutuelle susceptible d'impacter le profil de risque présenté plus haut n'est à mentionner.

C.7. Autres informations

Aucune autre information importante ou qualifiée comme telle par la mutuelle susceptible d'impacter le profil de risque présenté plus haut n'est à mentionner.

D. VALORISATION A DES FINS DE SOLVABILITE

D.1. Actifs

D.1.a Présentation du bilan

L'évaluation des actifs de la mutuelle s'élève au total à 73.73 M€ au 31/12/2021 en normes Solvabilité 2. Les principaux actifs, évalué en valeur de marché, détenus par la mutuelle sont composés de :

- Immobilisations corporelles pour 19 525 k€,
- Obligations pour 30 133 k€,
- Fonds d'investissement pour 14 777 k€.

BILAN ACTIF		
(en K€)	Comptes prudentiels	Comptes sociaux
1. Actifs incorporels		8 403
2. Placements	70 667 693	54 122 884
Organismes de placements collectifs	14 777 313	11 168 901
Obligations	30 132 735	29 417 581
Actions	0	0
Immobilier	19 525 594	7 262 005
Participations stratégiques	0	0
Dépôts, prêts, autres.	6 232 051	6 274 398
3. Part des cessionnaires dans les provisions techniques	0	0
Meilleure estimation santé	0	0
Meilleure estimation vie	0	0
4. Créances	1 045 268	1 045 268
Créances nées d'opérations d'assurance	240 277	240 277
Créances nées d'opérations de réassurance	0	0
Autres créances	804 991	804 991
5. Autres actifs	880 061	880 061
Actifs corporels d'exploitation	8 545	8 545
Banque et trésorerie	871 516	871 516
6. Comptes de régularisation	1 137 775	174 634
Impôts différés actifs	1 015 967	
Intérêts et loyers acquis non échus	0	0
Décotes		52 826
Autres	121 808	121 808
TOTAL ACTIF	73 730 797	56 231 250

D.1.b Base générale de comptabilisation des actifs

La base générale de comptabilisation de l'actif, est conforme à la réglementation Solvabilité 2 et fondée sur l'approche suivante :

- Valeur d'échange quand le titre est disponible sur un marché actif réglementé (placements)
- Si celle-ci n'est pas disponible : Valeur d'expert (notamment pour l'immobilier)

D.1.c Immobilisations incorporelles significatives

La mutuelle ne détient aucune immobilisation incorporelle significative.

D.1.d Baux financiers et baux d'exploitation

La mutuelle ne détient aucun bail financier ou d'exploitation.

D.1.e Impôts différés actifs

Le total d'impôts différés actifs est estimé à 1 015 967 avec

- l'impôt différé actifs de 489 541 €
- le déficit reportable de 526 426 €

D.1.f Entreprises liées

La mutuelle ne détient aucun actif dans des entreprises liées.

D.2. Provisions techniques

D.2.a Montant des provisions techniques et méthodologie

L'évaluation des provisions techniques de la mutuelle s'élève au total à 2 312 k€ au 31/12/2021 en normes S1.

Les provisions techniques détenues par la mutuelle sont composées de :

- PPAP Non-vie pour 2 207 k€
- PPAP Vie pour 105 k€.

Cette PPAP Vie intègre une partie de la provision relative aux contrats en déshérence, pour des capitaux de 2020 à 2015 qui s'élève à 75 981 € au 31/12/2021.

Notre mutuelle n'utilise pas la correction pour volatilité à des fins de solvabilité.

BILAN PASSIF		
(en K€)	Comptes prudentiels	Comptes sociaux
1. Fonds propres et assimilés	63 593 580	49 964 777
Fonds propres de base	63 593 580	49 964 777
Passifs subordonnés	0	0
2. Provisions techniques santé	3 851 537	2 207 145
Meilleure estimation santé	3 585 644	2 207 145
Marge de risque santé	265 893	
3. Provisions techniques vie	128 542	104 409
Meilleure estimation vie	119 668	104 409
Marge de risque vie	8 874	
4. Dettes	3 622 454	3 383 565
Dettes nées d'opérations d'assurance et de réassurance	101 148	101 148
Dettes pour dépôts en espèces des cessionnaires	0	0
Provisions pour risques et charges	238 889	0
Autres dettes	3 282 417	3 282 417
5. Comptes de régularisation	2 534 684	571 354
Impôts différés passifs	2 515 659	0
Surcotes	0	552 329
Autres	19 025	19 025
TOTAL PASSIF	73 730 797	56 231 250

D.2.b Incertitude liée à la valeur des provisions techniques

Dans le cadre de l'évaluation précédente, les incertitudes liées au calcul des provisions techniques sont les suivantes :

- Sur l'évaluation des provisions de sinistre :
 - o Incertitude liée à la cadence d'écoulement des sinistres
- Sur l'évaluation des provisions de prime :
 - o Incertitude liée à la sinistralité future
 - o Incertitude liée aux frais futurs

D.3. Autres passifs

Les autres passifs sont principalement constitués (en normes S2) :

- D'autres dettes pour 3.2 M€ comprenant les dettes envers le personnel, les dettes vis-à-vis de l'état et des organismes sociaux et les créiteurs divers.

PASSIF	Valorisations SI	Valorisations SII
Autres provisions techniques		
Passifs éventuels		
Provisions autres que les provisions techniques		
Provisions pour retraite et autres avantages		238 889 €
Dettes pour dépôts espèces des réassureurs		
Impôts différés passifs		2 515 659 €
Produits dérivés		
Dettes envers les établissements de crédit		
Dettes financières autres que celles envers les établissements de crédit		
Dettes nées d'opérations d'assurance	101 148 €	101 148 €
Dettes nées d'opérations de réassurance		
Autres dettes (non liées aux opérations d'assurances)	3 282 417 €	3 282 417 €
Dettes subordonnées		
Dettes subordonnées exclues des fonds propres de base		
Dettes subordonnées incluses dans les fonds propres de base		
Autres dettes non mentionnées dans les postes ci-dessus	19 025 €	19 025 €

Les autres passifs de la mutuelle ont été comptabilisés de la manière suivante :

- Estimation à la valeur comptable considérée comme la meilleure approximation de la valeur de marché
- Retraitements du bas de bilan lié à la valeur de marché (surcote notamment)

Par ailleurs, la mutuelle n'a pas procédé au cours de l'exercice à une modification des bases de comptabilisation et de valorisation, elle n'a pas non plus identifié de source majeure d'incertitude liée à la valorisation de ces autres passifs.

Accords de location

CNM n'a pas contracté de bail financier ou de bail d'exploitation.

Impôts différés Passifs

Dans la valorisation Solvabilité II, nous avons comptabilisé des impôts différés relatifs à tous les actifs et passifs afin d'intégrer les différences de valorisation entre les normes Solvabilité II et les normes fiscales.

Nous avons décomposé le bilan en autant de postes qu'il était nécessaire pour se rapprocher au plus de la norme de l'IAS 12 du règlement CE n° 1126/2008 :

- Placements :
 - Immobilisations corporelles
 - Participations
 - Actions
 - Obligations
 - Fonds d'investissement
 - Dépôts autres que ceux assimilables à de la trésorerie

- Prêts et prêts hypothécaires, BEL et autres passifs.
- Autres actifs :
 - Provisions techniques cédées
 - Créances
 - Autres actifs
- Provisions techniques :
 - Santé
 - Vie
- Autres passifs :
 - Dettes
 - Autres passifs

Nous avons évalué un impôt différé pour chaque poste en retenant 25% de la différence de valorisation. Finalement, l'immobilier, les obligations, les créances et les dettes génèrent **2 515 659 €** d'impôts différés passifs alors que les actions, les autres actifs, le BEL et les autres passifs génèrent **489 541 €** d'impôts différés actifs avant prise en compte du déficit reportable.

Le fait que le poste « Autres passifs » génère de l'impôt différé à l'actif s'explique par le fait que les provisions pour indemnités de fin de carrière soient uniquement valorisées en normes SII.

Avantages économiques et avantages du personnel

Les indemnités de fin de carrière sont évaluées chaque année mais ne sont pas comptabilisé par CNM. L'actualisation des flux avec la courbe des taux transmise par EIOPA au 31/12/2021 amène à un engagement total de 239 k€ apparaissant à la ligne « Provision pour retraite et autres avantages » du bilan Solvabilité II.

D.4. Méthodes de valorisation alternatives

La mutuelle n'utilise aucune méthode de valorisation alternative autre que celles prévues par la réglementation et présentées ci-dessus.

D.5. Autres informations

Aucune autre information importante ou qualifiée comme telle par la mutuelle susceptible d'impacter la valorisation des actifs et passifs présentée plus haut n'est à mentionner.

E. GESTION DU CAPITAL

E.1. Fonds propres

La gestion des fonds propres de la mutuelle est revue chaque année par le conseil d'administration qui valide la couverture de marge de la mutuelle ainsi que les projections issues du processus EIRS utilisant un horizon de 3 ans. Etant donné la nature de l'organisme, la politique de gestion des fonds propres est simplifiée.

Conformément aux l'article 87, 88 et 89 de la directive, les fonds propres se décomposent en fonds propres de base et Fonds propres auxiliaires et correspondent aux éléments suivants :

- Fonds propres de base = Excédents des actifs par rapport aux passifs + Passifs subordonnés
- Fonds propres auxiliaires = Eléments, autres que les fonds propres de base, qui peuvent être appelés pour absorber des pertes

De plus, les éléments de fonds propres sont classés en trois niveaux (ou tiers) en fonction :

- De leur caractère d'élément de fonds propres de base ou auxiliaires ;
- De leur disponibilité (possibilité que l'élément soit appelé sur demande pour absorber des pertes) ;
- De leur subordination (le remboursement de l'élément est refusé à son détenteur, jusqu'à ce que tous les autres engagements, y compris les engagements d'assurance et de réassurance vis-à-vis des preneurs et des bénéficiaires des contrats d'assurance et de réassurance, aient été honorés).

Pour apprécier ces deux derniers critères, il faut tenir compte :

- De la durée de l'élément,
- De l'absence de :
 - o Incitation à rembourser,
 - o Charges financières obligatoires,
 - o Contraintes.

Ainsi les éléments de fonds propres sont classés selon la logique suivante :

	Niveau de fonds propres
Fonds propres de base + disponibilité + subordination	Niveau 1
Fonds propres de base + subordination	Niveau 2
Fonds propres auxiliaires + disponibilité + subordination	Niveau 2
Autres éléments	Niveau 3

Concernant spécifiquement la mutuelle, les fonds propres sont composés exclusivement de fonds propres de base et relève du niveau 1 non restreint :

Niveau de fonds propres	Montant de fonds propres N (en k€)	Répartition des fonds propres N-1 (en k€)
Niveau 1 non restreint	63 593 k€	63 511 k€
Niveau 1 restreint		
Niveau 2		
Niveau 3		
Total	63 593 k€	63 511 k€

Au titre de l'exercice 2021, l'évaluation des fonds propres en normes Solvabilité II s'élèvent à 63 593 k€ contre 63 042 k€ l'exercice précédent. Les fonds propres en normes SII sont en hausse de 0.13% entre les deux exercices.

Plus précisément, les fonds propres de la mutuelle se décomposent comme suit :

Structure des fonds propres	Fonds propres N (en k€)	Fonds propres N-1 (en k€)	Niveau 1 - non restreint (en k€)	Niveau 1 - restreint (en k€)	Niveau 2 (en k€)	Niveau 3 (en k€)
Fonds propres de base						
Capital en actions ordinaires (brut des actions propres)						
Compte de primes d'émission lié au capital en actions ordinaires						
Fonds initial, cotisations des membres ou élément de fonds propres de base équivalent pour les mutuelles et les entreprises de type mutuel	1 019 k€	1 019 k€	1 019 k€			
Comptes mutualistes subordonnés						
Fonds excédentaires						
Actions de préférence						
Compte de primes d'émission lié aux actions de préférence						
Réserve de réconciliation	62 574 k€	62 493 k€	62 574 k€			
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 propres de base non spécifiés supra						
Fonds propres issus des états financiers qui ne devraient pas être inclus dans la réserve de réconciliation et qui ne respectent pas les critères de fonds propres de Solvabilité II						
Fonds propres issus des états financiers qui ne devraient pas être inclus dans la réserve de réconciliation et qui ne respectent pas les critères de fonds propres de Solvabilité II						
Déductions						
Déductions pour participations dans des établissements de crédit et des établissements financiers						
Total fonds propres de base après déductions	63 593 k€	63 511 k€	63 593 k€			

Structure des fonds propres	Fonds propres N (en k€)	Fonds propres N-1 (en k€)	Niveau 1 - non restreint (en k€)	Niveau 1 - restreint (en k€)	Niveau 2 (en k€)	Niveau 3 (en k€)
Fonds propres auxiliaires						
<i>Capital en actions ordinaires non libéré et non appelé, callable sur demande</i>						
<i>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 mutuelle</i>						
<i>Actions de préférence non versées et non appelées mais pouvant l'être sur demande</i>						
<i>Engagements juridiquement contraignants de souscrire et de payer des passifs subordonnés sur demande</i>						
<i>Lettres de crédit et garanties relevant de l'article 96, paragraphe 2, de la directive 2009/138/CE</i>						
<i>Lettres de crédit et garanties ne relevant pas de l'article 96, paragraphe 2, de la directive 2009/138/CE</i>						
<i>Rappels de cotisations en vertu de l'article 96, point 3, de la directive 2009/138/CE</i>						
<i>Rappels de cotisations ne relevant pas de l'article 96, paragraphe 3, de la directive 2009/138/CE</i>						
<i>Autres fonds propres auxiliaires</i>						
Total fonds propres auxiliaires	0	0			0	0

Au titre de leur éligibilité afin de couvrir le capital de solvabilité requis (SCR) et le minimum de capital requis (MCR), les fonds propres sont soumis à des limites quantitatives règlementaires.

Limite de couverture	SCR	MCR
Niveau 1	≥ 50 %	≥ 80 %
Niveau 1 restreint	< 20 %	
Niveau 2	< 50 %	< 20 %
Niveau 3	< 15 %	
Niveau 2 et 3	< 50 %	

Par conséquent les fonds propres de CNM sont intégralement retenus en couverture du SCR et du MCR.

A ce titre, la structure des fonds propres éligibles en couverture du capital de solvabilité requis (SCR) et le minimum de capital requis (MCR) est suivante :

Structure des fonds propres	Fonds propres N (en k€)	Fonds propres N-1 (en k€)
Fonds propres éligibles et disponibles		
Total des fonds propres disponibles pour couvrir le capital de solvabilité requis	63 593 k€	63 511 k€
Total des fonds propres disponibles pour couvrir le minimum de capital requis	63 593 k€	63 511 k€
Total des fonds propres éligibles pour couvrir le capital de solvabilité requis	63 593 k€	63 511 k€
Total des fonds propres éligibles pour couvrir le minimum de capital requis	63 593 k€	63 511 k€
<i>Capital de solvabilité requis</i>	13 968 k€	11 246 k€
<i>Minimum de capital requis</i>	3 700 k€	3 700 k€
<i>Ratio fonds propres éligibles sur capital de solvabilité requis</i>	455%	565%
<i>Ratio fonds propres éligibles sur minimum de capital requis</i>	1 719%	1 717%

Les ratios de couverture du SCR et du MCR sont très satisfaisants au regard de la législation qui demande aux organismes une couverture au-delà de 100%.

Dans le cadre de sa gestion des fonds propres, la mutuelle veille à ce que son niveau de solvabilité soit toujours compatible avec l'objectif de maintenir à long terme la capacité de la mutuelle à tenir ses engagements assurantiels ceci dans le respect des contraintes suivantes de :

- Respecter les exigences réglementaires de solvabilité, et
- Maintenir le niveau de solvabilité dans les limites du cadre d'appétence et de tolérance au risque défini.

Pour cela, la mutuelle pilote ses fonds propres en veillant à garantir une stabilité dans le temps des fonds propres et optimiser en tant que de besoin l'allocation des fonds propres pour répondre aux objectifs et contraintes de la mutuelle.

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

E.2.a Capital de solvabilité requis

BSCR	14 881 397 €
SCR_{Market}	12 078 744 €
SCR_{Default}	3 193 328 €
SCR_{Life}	11 599 €
SCR_{Health}	3 962 886 €
SCR_{Non Life}	0 €
SCR_{Int}	0 €
<i>Effet de diversification</i>	<i>-4 365 159 €</i>
Adj	-1 499 692 €
SCR_{Op}	586 862 €
SCR global	13 968 567 €

Remarques sur les évaluations de SCR par risque :

- ✓ Le SCR marché reste la principale composante du SCR global, il est cependant en hausse par rapport au 31/12/2021 (12 078 k€ contre 10 345 k€) et porte la diminution du SCR global.
- ✓ La deuxième composante importante est toujours le SCR Santé qui atteint 3 962 k€. Il augmente par rapport à l'année passée (3 542 k€). Cela s'explique la hausse des primes
- ✓ Le SCR de contrepartie atteint 3 193 k€. Celui-ci augmente par rapport à l'an dernier (2 113 k€) en raison de la baisse du risque de type 1. Particulièrement par la diminution des encaissements de la RMC (Retraite Mutualiste des anciens combattants)
- ✓ Les SCR Opérationnel atteignent 586 k€, en légère hausse par rapport à l'année passée.

Finalement le SCR global s'élève à 13 968 k€ après prise en compte de la diversification et de l'ajustement, soit une hausse de 24.20% par rapport à l'an dernier. Cette hausse est portée majoritairement par le SCR de marché et par le risque de contrepartie.

E.2.b Minimum de capital de requis

Le MCR ne peut être inférieur à un seuil plancher fonction de l'activité de l'organisme.

- Organisme vie : 3.7 M€.
- Organisme non-vie : 2.5 M€.
- Organisme mixte : 6.2 M€.

Cependant, si les cotisations vie représentent moins de 10% du total des cotisations de la mutuelle, le montant de fonds de garantie correspond au montant retenu pour la vie d'après l'article 253 du règlement délégué 2015/35. C'est le cas pour la mutuelle CNM, nous retenons donc un seuil plancher de 3.7M€.

Finalement, le MCR est égal au minimum réglementaire soit 3.7 M€.

	MCR 2020	MCR 2021
MCR Non-Vie	1 026 215 €	1 078 039 €
MCR Vie	4 4749 €	4 223 €
MCR Linéaire	1 030 965 €	1 082 262 €
MCR Combiné	2 811 637 €	3 492 141 €
MCR	3 700 000 €	3 700 000 €

E.3. Utilisation du sous-module « risque sur actions » fondé sur la durée dans le calcul du capital de solvabilité requis

La mutuelle n'utilise pas le sous-module « risque sur actions » fondé sur la durée prévue à l'article 304 de la directive. Ainsi, aucune autre information relative à ce point n'est à reporter dans le présent rapport.

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

La mutuelle utilise uniquement la formule standard pour ses besoins de calcul du capital de solvabilité requis (SCR). Aucun calcul du capital de solvabilité requis (SCR) n'est réalisé via un modèle interne, même partiellement. Ainsi, aucune différence ou écart méthodologique ou autre n'est à reporter dans le présent rapport.

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

Aucun manquement en capital relatif au capital minimum requis (MCR) ou au capital de solvabilité requis (SCR) n'a été identifié sur la période de référence et n'est à reporter dans le présent rapport.

E.6. Autres informations

Aucune autre information importante ou qualifiée comme telle par la mutuelle susceptible d'impacter la structure ou les modalités de gestion des fonds propres présentée plus haut n'est à mentionner.

ANNEXES : QRT

Annex I

S.02.01.02

Bilan

Actifs

Immobilisations incorporelles
 Actifs d'impôts différés
 Excédent du régime de retraite
 Immobilisations corporelles détenues pour usage propre
 Investissements (autres qu'actifs en représentation de contrats en unités de compte et indexés)
 Biens immobiliers (autres que détenus pour usage propre)
 Détenions dans des entreprises liées, y compris participations
 Actions
 Actions – cotées
 Actions – non cotées
 Obligations
 Obligations d'État
 Obligations d'entreprise
 Titres structurés
 Titres garantis
 Organismes de placement collectif
 Produits dérivés
 Dépôts autres que les équivalents de trésorerie
 Autres investissements
 Actifs en représentation de contrats en unités de compte et indexés
 Prêts et prêts hypothécaires
 Avances sur police
 Prêts et prêts hypothécaires aux particuliers
 Autres prêts et prêts hypothécaires
 Montants recouvrables au titre des contrats de réassurance
 Non-vie et santé similaire à la non-vie
 Non-vie hors santé
 Santé similaire à la non-vie
 Vie et santé similaire à la vie, hors santé, UC et indexés
 Santé similaire à la vie
 Vie hors santé, UC et indexés
 Vie UC et indexés
 Dépôts auprès des cédantes
 Créances nées d'opérations d'assurance et montants à recevoir d'intermédiaires
 Créances nées d'opérations de réassurance
 Autres créances (hors assurance)
 Actions propres auto-détenues (directement)
 Éléments de fonds propres ou fonds initial appelé(s), mais non encore payé(s)
 Trésorerie et équivalents de trésorerie
 Autres actifs non mentionnés dans les postes ci-dessus
 Total de l'actif

	Valeur Solvabilité II C0010
R0030	
R0040	1 015 966,95
R0050	
R0060	19 534 139,01
R0070	51 142 098,49
R0080	
R0090	
R0100	0,00
R0110	0,00
R0120	
R0130	30 132 734,72
R0140	10 508 810,92
R0150	19 623 923,80
R0160	
R0170	
R0180	14 777 313,16
R0190	
R0200	6 232 050,61
R0210	
R0220	
R0230	0,00
R0240	
R0250	
R0260	
R0270	0,00
R0280	0,00
R0290	
R0300	0,00
R0310	0,00
R0320	0,00
R0330	0,00
R0340	
R0350	
R0360	240 277,16
R0370	0,00
R0380	804 991,10
R0390	
R0400	
R0410	871 516,18
R0420	121 807,92
R0500	73 730 796,81

Annex I

S.02.01.02

Bilan

Passifs

Provisions techniques non-vie

Provisions techniques non-vie (hors santé)

Provisions techniques calculées comme un tout

Meilleure estimation

Marge de risque

Provisions techniques santé (similaire à la non-vie)

Provisions techniques calculées comme un tout

Meilleure estimation

Marge de risque

Provisions techniques vie (hors UC et indexés)

Provisions techniques santé (similaire à la vie)

Provisions techniques calculées comme un tout

Meilleure estimation

Marge de risque

Provisions techniques vie (hors santé, UC et indexés)

Provisions techniques calculées comme un tout

Meilleure estimation

Marge de risque

Provisions techniques UC et indexés

Provisions techniques calculées comme un tout

Meilleure estimation

Marge de risque

Passifs éventuels

Provisions autres que les provisions techniques

Provisions pour retraite

Dépôts des réassureurs

Passifs d'impôts différés

Produits dérivés

Dettes envers des établissements de crédit

Dettes financières autres que celles envers les établissements de crédit

Dettes nées d'opérations d'assurance et montants dus aux intermédiaires

Dettes nées d'opérations de réassurance

Autres dettes (hors assurance)

Passifs subordonnés

Passifs subordonnés non inclus dans les fonds propres de base

Passifs subordonnés inclus dans les fonds propres de base

Autres dettes non mentionnées dans les postes ci-dessus

Total du passif

Excédent d'actif sur passif

	Valeur Solvabilité II
	C0010
R0510	3 851 536,97
R0520	
R0530	
R0540	
R0550	
R0560	3 851 536,97
R0570	
R0580	3 585 643,76
R0590	265 893,22
R0600	128 542,26
R0610	0,00
R0620	
R0630	0,00
R0640	0,00
R0650	128 542,26
R0660	
R0670	119 668,27
R0680	8 873,99
R0690	
R0700	
R0710	
R0720	
R0740	
R0750	0,00
R0760	238 888,99
R0770	
R0780	2 515 659,13
R0790	
R0800	0,00
R0810	
R0820	101 147,67
R0830	0,00
R0840	3 282 417,16
R0850	0,00
R0860	0,00
R0870	0,00
R0880	
R0900	10 137 216,78
R1000	63 593 580,03

Annex I

S.12.01.01

Provisions techniques vie

Provisions techniques calculées comme un tout

Total des montants recouvrables au titre de la réassurance/des véhicules de titrisation et de la réassurance finite, après l'ajustement pour pertes probables pour défaut de la contrepartie, correspondant aux provisions techniques calculées comme un tout

Provisions techniques calculées comme la somme de la meilleure estimation et de la marge de risque

Meilleure estimation

Meilleure estimation brute

Total des montants recouvrables au titre de la réassurance/des véhicules de titrisation et de la réassurance finite, après ajustement pour pertes probables pour défaut de la contrepartie
Meilleure estimation nette des montants recouvrables au titre de la réassurance/des véhicules de titrisation et de la réassurance finite

	Assurance avec participation aux bénéfices	Assurance indexée et en unités de compte		Autres assurances vie			
		Contrats sans options ni garanties	Contrats avec options ou garanties		Contrats sans options ni garanties	Contrats avec options ou garanties	
	C0020	C0030	C0040	C0050	C0060	C0070	C0080
R0010							
R0020							
R0030						119 668,27	
R0080						0,00	
R0090						119 668,27	

Annex I

S.17.01.02

Provisions techniques non-vie

Provisions techniques – Total

Provisions techniques – Total

Montants recouvrables au titre de la réassurance/des véhicules de titrisation et de la réassurance finite, après ajustement pour pertes probables pour défaut de la contrepartie – total

Provisions techniques nettes des montants recouvrables au titre de la réassurance/des véhicules de titrisation et de la réassurance finite

Assurance directe et réassurance proportionnelle acceptée								
Assurance des frais médicaux	Assurance de protection du revenu	Assurance d'indemnisation des travailleurs	Assurance de responsabilité civile automobile	Autre assurance des véhicules à moteur	Assurance maritime, aérienne et transport	Assurance incendie et autres dommages aux biens	Assurance de responsabilité civile générale	Assurance crédit et cautionnement
C0020	C0030	C0040	C0050	C0060	C0070	C0080	C0090	C0100
R0320	3 851 536,97	0,00						
R0330	0,00	0,00						
R0340	3 851 536,97	0,00						

Annex I

S.19.01.21

Sinistres en non-vie

Total Activité en non-vie

Année d'accident / année de souscription	Z0010	2019
--	-------	------

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 & +			C0170	C0180	
	C0010	C0020	C0030	C0040	C0050	C0060	C0070	C0080	C0090	C0100	C0110					
Précédentes	R0100															
N-9	R0160	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		R0100	0,00	0,00	
N-8	R0170	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00			R0160	0,00	0,00	
N-7	R0180	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00				R0170	0,00	0,00	
N-6	R0190	#####	1 490 403,25	124 940,13	0,00	0,00	0,00	0,00					R0180	0,00	0,00	
N-5	R0200	#####	1 431 627,37	48 755,04	0,00	0,00	0,00						R0190	0,00	15 074 100,56	
N-4	R0210	#####	1 207 310,89	71 114,95	0,00	0,00							R0200	0,00	13 165 588,36	
N-3	R0220	#####	2 137 958,33	31 243,73	0,00								R0210	0,00	13 097 129,92	
N-2	R0230	#####	1 489 801,85	155 013,83									R0220	0,00	12 337 496,68	
N-1	R0240	#####	1 597 442,48										R0230	155 013,83	13 371 818,00	
N	R0250	#####											R0240	1 597 442,48	13 368 547,90	
													R0250	14 024 363,60	14 024 363,60	
													Total	R0260	15 776 819,91	94 439 045,02

Annex I

S.19.01.21

Sinistres en non-vie

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 & +	C0360		
	C0200	C0210	C0220	C0230	C0240	C0250	C0260	C0270	C0280	C0290	C0300			
Précédentes	R0100												R0100	0,00
N-9	R0160												R0160	0,00
N-8	R0170												R0170	0,00
N-7	R0180				0,00								R0180	0,00
N-6	R0190			0,00	0,00								R0190	0,00
N-5	R0200		1 539,27	0,00	0,00								R0200	0,00
N-4	R0210	62 119,82	-17,34	0,00	0,00								R0210	0,00
N-3	R0220	3 064 903,52	59 219,07	0,00	0,00								R0220	0,00
N-2	R0230	2 040 566,02	290 640,55	0,00									R0230	0,00
N-1	R0240	2 262 171,48	231 950,73										R0240	231 950,73
N	R0250	1 805 365,13											R0250	1 805 365,13
Total	R0260												R0260	2 037 315,86

Annex I

S.23.01.01

Fonds propres

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

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

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

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

Déductions

Déductions pour participations dans des établissements de crédit et des établissements financiers

Total fonds propres de base après déductions

Fonds propres auxiliaires

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

Total fonds propres auxiliaires

	Total	Niveau 1 – non restreint	Niveau 1 – restreint	Niveau 2	Niveau 3
	C0010	C0020	C0030	C0040	C0050
R0010					
R0030					
R0040	1 018 502,98	1 018 502,98			
R0050					
R0070					
R0090					
R0110					
R0130	62 575 077,05	62 575 077,05			
R0140					
R0160					
R0180					
R0220					
R0230					
R0290	63 593 580,03	63 593 580,03			
R0300					
R0310					
R0320					
R0330					
R0340					
R0350					
R0360					
R0370					
R0390					
R0400					

Annex I

S.23.01.01

Fonds propres

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

Réserve de réconciliation

Excédent d'actif sur passif

Actions propres (détenues directement et indirectement)

Dividendes, distributions et charges prévisibles

Autres éléments de fonds propres de base

Ajustement pour les éléments de fonds propres restreints relatifs aux portefeuilles sous ajustement égalisateur et aux fonds cantonnés

Réserve de réconciliation

Bénéfices attendus

Bénéfices attendus inclus dans les primes futures (EPIFP) – activités vie

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

Total bénéfices attendus inclus dans les primes futures (EPIFP)

	Total	Niveau 1 – non restreint	Niveau 1 – restreint	Niveau 2	Niveau 3
R0500	63 593 580,03	63 593 580,03			
R0510	63 593 580,03	63 593 580,03			
R0540	63 593 580,03	63 593 580,03		0,00	
R0550	63 593 580,03	63 593 580,03		0,00	
R0580	13 968 566,89				
R0600	3 700 000,00				
R0620	455,26%				
R0640	1718,75%				

	C0060
R0700	63 593 580,03
R0710	
R0720	
R0730	1 018 502,98
R0740	
R0760	62 575 077,05
R0770	-13 862,73
R0780	-1 345 665,19
R0790	-1 359 527,92

Annex I

S.25.01.21

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 12 078 743,59		
Risque de défaut de la contrepartie	R0020 3 193 327,84		
Risque de souscription en vie	R0030 11 598,67		
Risque de souscription en santé	R0040 3 962 885,81		
Risque de souscription en non-vie	R0050		
Diversification	R0060 -4 365 159,15		
Risque lié aux immobilisations incorporelles	R0070		
Capital de solvabilité requis de base	R0100 14 881 396,76		

Calcul du capital de solvabilité requis

	C0100
Risque opérationnel	R0130 586 862,31
Capacité d'absorption des pertes des provisions techniques	R0140
Capacité d'absorption de pertes des impôts différés	R0150 -1 499 692,18
Capital requis pour les activités exercées conformément à l'article 4 de la directive 2003/41/CE	R0160
Capital de solvabilité requis à l'exclusion des exigences de capital supplémentaire	R0200 13 968 566,89
Exigences de capital supplémentaire déjà définies	R0210
Capital de solvabilité requis	R0220 13 968 566,89
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

Annex I

S.28.02.01

Minimum de capital requis – Activités d'assurance ou de réassurance à la fois vie et non-vie

	Activités en non-vie	Activités en vie
	Résultat MCR(NL,NL)	Résultat MCR(NL,NL)
	C0010	C0020
R0010	1 078 039,68	

Terme de la formule linéaire pour les engagements d'assurance et de réassurance non-vie

- 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

	Activités en non-vie		Activités en vie	
	Meilleure estimation et PT calculées comme un tout, nettes (de la réassurance / des véhicules de titrisation)	Primes émises au cours des 12 derniers mois, nettes (de la réassurance)	Meilleure estimation et PT calculées comme un tout, nettes (de la réassurance / des véhicules de titrisation)	Primes émises au cours des 12 derniers mois, nettes (de la réassurance)
	C0030	C0040	C0050	C0060
R0020	3 585 643,76	19 351 370,74		
R0030	0,00	0,00		
R0040				
R0050				
R0060				
R0070				
R0080				
R0090				
R0100				
R0110				
R0120				
R0130				
R0140				
R0150				
R0160				
R0170				

Annex I

S.28.02.01

Minimum de capital requis – Activités d'assurance ou de réassurance à la fois vie et non-vie

	Activités en non-vie		Activités en vie	
	Résultat MCR(L,NL)		Résultat MCR(L,L)	
	C0070	C0080		
Terme de la formule linéaire pour les engagements d'assurance et de réassurance vie			4 222,56	

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

	Activités en non-vie		Activités en vie	
	Meilleure estimation et PT calculées comme un tout, nettes (de la réassurance / des véhicules de titrisation)	Montant total du capital sous risque net (de la réassurance/ des véhicules de titrisation)	Meilleure estimation et PT calculées comme un tout, nettes (de la réassurance / des véhicules de titrisation)	Montant total du capital sous risque net (de la réassurance/ des véhicules de titrisation)
	C0090	C0100	C0110	C0120
R0210				
R0220				
R0230				
R0240			119 668,27	
R0250				2 442 178,25

Annex I**S.28.02.01****Minimum de capital requis – Activités d'assurance ou de réassurance à la fois vie et non-vie****Calcul du MCR global**

	C0130
MCR linéaire	R0300 1 082 262,24
Capital de solvabilité requis	R0310 13 968 566,89
Plafond du MCR	R0320 6 285 855,10
Plancher du MCR	R0330 3 492 141,72
MCR combiné	R0340 3 492 141,72
Seuil plancher absolu du MCR	R0350 3 700 000,00
Minimum de capital requis	R0400 3 700 000,00

Calcul du montant notionnel du MCR en non-vie et en vie

	Activités en non-vie	Activités en vie
	C0140	C0150
Montant notionnel du MCR linéaire	R0500 1 078 039,68	4 222,56
Montant notionnel du SCR hors capital supplémentaire (calcul annuel ou dernier calcul)	R0510 13 914 067,08	54 499,81
Plafond du montant notionnel du MCR	R0520 6 261 330,19	24 524,92
Plancher du montant notionnel du MCR	R0530 3 478 516,77	13 624,95
Montant notionnel du MCR combiné	R0540 3 478 516,77	13 624,95
Seuil plancher absolu du montant notionnel du MCR	R0550 2 500 000,00	1 200 000,00
Montant notionnel du MCR	R0560 3 478 516,77	1 200 000,00