

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 2022

Paris, le 5 avril 2023

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

<i>Synthèse</i>	3
A. Activité et résultats	4
A.1. <i>Activité</i>	4
A.2. <i>Résultats de souscription</i>	6
A.3. <i>Résultats des investissements</i>	7
A.4. <i>Résultats des autres activités</i>	7
A.5. <i>Autres informations</i>	8
B. Système de gouvernance	8
B.1. <i>Informations générales sur le système de gouvernance</i>	8
B.2. <i>Exigences de compétences et d'honorabilité</i>	12
B.3. <i>Système de gestion des risques, y compris l'évaluation interne des risques et de solvabilité (ORSA)</i>	12
B.4. <i>Système de contrôle interne</i>	18
B.5. <i>Rôle spécifique de la fonction vérification de la conformité</i>	19
B.6. <i>Fonction d'audit interne</i>	21
B.7. <i>Fonction actuarielle</i>	22
B.8. <i>Sous-traitance</i>	23
B.9. <i>Autres informations</i>	24
C. Profil de risques	24
C.1. <i>Risque de souscription</i>	25
C.2. <i>Risque de marché</i>	27
C.3. <i>Risque de crédit</i>	28
C.4. <i>Risque de liquidité</i>	29
C.5. <i>Risque opérationnel</i>	29
C.6. <i>Autres risques importants</i>	30
C.7. <i>Autres informations</i>	31
D. Valorisation à des fins de solvabilité	31
D.1. <i>Actifs</i>	31
D.2. <i>Provisions techniques</i>	32
D.3. <i>Autres passifs</i>	33
D.4. <i>Méthodes de valorisation alternatives</i>	35
D.5. <i>Autres informations</i>	35
E. Gestion du capital	35
E.1. <i>Fonds propres</i>	35
E.2. <i>Capital de solvabilité requis et minimum de capital requis</i>	40
E.3. <i>Utilisation du sous-module « risque sur actions » fondé sur la durée dans le calcul du capital de solvabilité requis</i> 41	41
E.4. <i>Différences entre la formule standard et tout modèle interne utilisé</i>	41
E.5. <i>Non-respect du minimum de capital requis et non-respect du capital de solvabilité requis</i>	41
E.6. <i>Autres informations</i>	41
ANNEXES : QRT	42

SYNTHESE

Le présent rapport SFCR a été présenté et validé par le conseil d'administration de la CNM en date du 5 avril 2023. Il sera transmis à l'ACPR et publié sur le site internet de la CNM.

La mutuelle CNM Santé a été créée par les membres de la FNACA, la Fédération nationale des anciens combattants d'Algérie, du Maroc et de la Tunisie, en 1970. C'est une mutuelle du code de la mutualité, organisme à but non lucratif. Elle est régie par les dispositions du livre 2 du code de la mutualité. Elle est agréée pour pratiquer les branches 1 (accident), 2 (maladie), 20 (Vie-décès) et 21 (natalité, nuptialité). Elle est inscrite au registre national des Mutuelles sous le numéro suivant : 784 492 100.

La mutuelle mène, notamment au moyen des cotisations versées par ses membres, et dans l'intérêt de ces derniers et de leurs ayants droit, une action de prévoyance, de solidarité et d'entraide afin de contribuer au développement culturel, moral, intellectuel et physique de ses membres et à l'amélioration de leur condition de vie. La mutuelle est gérée en prenant en considération les enjeux sociaux et environnementaux de son activité.

La gouvernance de la CNM repose sur trois acteurs principaux. Le premier est le conseil d'administration Celui-ci pilote, et porte la responsabilité de la définition, la quantification de la stratégie ainsi que de la validation des politiques écrites. Le second constitue des dirigeants effectifs qui mettent en œuvre la stratégie définie précédemment et peuvent engager la mutuelle auprès des acteurs externes. Enfin, les fonctions clés, elles participent au pilotage et à la surveillance de l'activité, sur leurs périmètres respectifs.

Le respect des principes est une valeur essentielle dans cette organisation. Il y a le principe des quatre yeux, que toute décision significative doit être vue par le président et le dirigeant opérationnel. Le principe de la personne prudente, que l'appréhension spécifiquement des risques liés aux investissements soit réalisée dans le meilleur intérêt des adhérents.

Les risques mesurés dans le calcul des ratios solvabilité de la CNM sont principalement composés par les risques de marchés financiers et les risques de souscription aux contrats santé.

Les indicateurs de référence de l'exercice 2022 sont :

Indicateurs de référence	2022	2021	Evolution en %
Cotisations nettes de taxes (Santé + Vie)	20 807 891 €	19 508 204 €	6,66%
Résultat de souscription	-2 466 469 €	-1 961 609 €	25,74%
Résultat financier	1 067 475 €	745 758 €	43,14%
Résultat des autres activités	-83 632 €	386 491 €	-121,64%
Résultat net d'impôts	-1 552 559 €	-761 829 €	103,79%
Fonds propres Solvabilité 2	57 130 299 €	63 593 580 €	-10,16%
Ratio de couverture du SCR	431%	455%	-5,27%
Ratio de couverture du MCR	1428%	1719%	-16,93%

A. ACTIVITE ET RESULTATS

A.1. Activité

La CNM est une mutuelle du code de la mutualité, organisme à but non lucratif. Elle est régie par les dispositions du livre 2 du code de la mutualité. Elle est agréée pour pratiquer les branches 1 (accident), 2 (maladie), 20 (Vie-décès) et 21 (natalité, nuptialité). Elle est inscrite au registre national des Mutuelles sous le numéro suivant : 784 492 100.

En application de l'article L612-2 du code monétaire et financier, la CNM, 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.

La certification des comptes annuels de la CNM est confiée au cabinet du commissaire aux comptes Prim'Audit International représenté par Monsieur GUILLOT Pascal. Le Président du Conseil d'Administration de la CNM convoque le commissaire aux comptes à chaque Assemblée Générale.

La CNM a pour objet de fournir les prestations d'assurance comme la couverture des risques de dommages corporels liés à des accidents ou à la maladie (branches 1 et 2), la réalisation d'opérations d'assurance dépendant de la durée de la vie humaine (branche 20), la réalisation d'opérations d'assurance ayant pour objet le versement d'un capital en cas de mariage ou de naissance (branche 21).

Dans le cadre de la fourniture des prestations ci-dessus, la mutuelle peut accepter les mêmes risques en coassurance avec des organismes habilités à présenter des opérations d'assurance ou pratiquer toute opération de réassurance et notamment accepter en réassurance les risques des opérations relevant du 1° du I de l'article L 111-1 du code de la mutualité qui lui sont présentés par tout organisme régi par le code de la mutualité, par le code de la sécurité sociale, par le code rural ou par le code des assurances.

Elle permet 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. A titre accessoire et dans les conditions visées à l'article L 111-1- III du code de la mutualité, elle propose 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.

2020 et 2021 s'étaient déjà distinguées comme deux années très atypiques. C'est peu dire de l'exercice 2022 qui a été marqué par de profonds bouleversements géopolitiques et géoéconomiques. La guerre entre la Russie et l'Ukraine a généré, partout dans le monde mais plus particulièrement en Europe, une crise énergétique majeure qui est à l'origine d'une brusque et importante résurgence de l'inflation. Initiée par le pétrole, le gaz et l'électricité, cette inflation s'est peu à peu diffusée sur tous les secteurs d'activité. Pour y faire face les banques centrales ont été amené à enclencher une hausse jamais vu par son importance et sa rapidité des taux d'intérêt qui a profondément déstabilisé les marchés financiers.

La CNM comme l'ensemble des assureurs a dû en 2022 faire face à l'impact très concret de ces évolutions majeures. Mais ce ne sont pas les seules !

Malgré ce contexte, la CNM a poursuivi sa stratégie d'améliorations continues avec plusieurs évolutions apportées aux garanties proposées aux particuliers comme aux salariés des Entreprises : sur les frais de transport non remboursés, les chambres ambulatoires, le dispositif d'aide médicale optique, les soins dentaires non pris en charge par la Sécurité Sociale Cette politique a été validée par une progression continue dans le secteur collectif (contrat des entreprises) sur lequel le portefeuille d'affiliés a augmenté significativement et chiffre d'affaires a doublé en 3 ans.

Sur le marché des Particuliers, sa gamme Excelsia (créée en octobre 2020 et dédiée aux seniors actifs entre 50 et 75 ans) a été doublement mise à l'honneur. Tout d'abord par la rédaction du magazine Plein Vie qui lui a décernée en 2022 le 1er prix dans la catégorie Prévoyance lors de sa 2de édition de leur Trophée Pleine Vie. Et par l'attribution d'un Label d'Excellence des Dossiers de l'Épargne en Santé individuelle.

Mesurée par l'organisme indépendant Avis Vérifiés, la satisfaction des adhérents, Particuliers comme salariés d'Entreprises, est validée par une note de 17,2/20.

La mutuelle CNM Santé a mis en parallèle de forts accents sur la qualité de gestion et le service à ses adhérents. Son offre a été renforcée avec trois services complémentaires en inclusion dans les contrats collectifs à compter de 2023. Elle a préparé la prise en charge du tiers payant hospitalisation par Viamedis au 1^{er} janvier 2023 en vue de la généralisation de ROC (remboursement des organismes complémentaires) en 2024. Elle a modernisé et renforcé son dispositif de sécurité du système d'information. Les outils de gestion périphériques ont été également optimisés comme l'interfaçage entre les outils de CRM, le déploiement d'un outil interne sur la gestion des contrats en déshérence dans le cadre de la loi ECKERT ou le déploiement du télérèglement DSN avec ses entreprises adhérentes.

Elle a également répondu aux besoins de digitalisation de ses adhérents en dématérialisant l'envoi des factures aux Entreprises et du journal CNM Info à ses adhérents. Enfin, la mutuelle CNM Santé a poursuivi, via sa commission Action et Prévention, les actions de Prévention au travers d'interventions en Entreprises et de webinaires à destination des actifs et des retraités.

A.1.a Produits santé

La gamme est constituée :

- Du produit historique Actiléa représentant 73% des cotisations individuelles.
- De la gamme modulaire Néo commercialisée en octobre 2012 permettant au portefeuille de se renouveler (environ 20% des cotisations individuelles).
- De la gamme Excelsia destinée aux particuliers de 50 à 75 ans
- De la gamme PMI destinée aux anciens combattants (environ 6% 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.

- o 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).
- o 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 CNM distribue des produits de prévoyance pour les contrats d'entreprise qui sont assurés par ses partenaires externes.

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 1.13% 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	2022	2021
Cotisations HT	Santé individuelle	13 760 268 €	13 703 826 €
	Santé collective	6 871 579 €	5 647 545 €
	Vie	176 044 €	156 833 €
Charge de prestations et autres dépenses techniques	Santé individuelle	13 618 685 €	13 690 283 €
	Santé collective	9 470 122 €	7 655 118 €
	Vie	185 552 €	124 413 €
Résultat Souscription		-2 466 469 €	-1 961 609 €

CNM est une mutuelle mixte dont l'activité est majoritairement orientée sur la complémentaire santé. En 2022, le résultat de souscription s'élève à -2466 K€ de l'ensemble de ces activités. La stratégie de développement du secteur entreprise a favorisé la hausse des cotisations. Celle-ci a contribué à l'évolution depuis 2019 et passé à une cotisation de 3370 K€ à 6871 K€ en 2022.

Une amélioration de la P/C en 2022 continue de la gamme ACTILEA NEO. L'offre principale (ACTILEA) enregistre une légère baisse de ses effectifs (essentiellement constitués de décès). Le développement du secteur individuel a permis de compenser en partie cette baisse.

Toutefois, la diminution du résultat s'explique par une augmentation importante de la consommation des prestations des contrats d'entreprise. La spécificité de l'activité en complémentaire santé est un cycle inversé par une connaissance des cotisations en début de l'exercice, les prestations à payer reste cependant une estimation. Les résultats techniques se pilote avec le temps après une analyse statistique de la consommation réelle des prestations par nos adhérents.

Le cycle des adhésions est aussi profondément bouleversé par la résiliation infra annuelle (RIA) depuis 2 ans, les entrées au 01/01 deviennent de moins en moins importantes au profit d'un étalement sur le premier semestre.

L'ensemble des activités 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 51803 K€ en valeur nette comptable et 63058 K€ en valeur de marché hors coupon courus. Les produits des placements s'élèvent à 1786 K€, en hausse par rapport à l'an dernier.

Les charges des placements représentant 714 K€, ont baissé de 3.90% par rapport à l'exercice précédent.

Type d'actifs	Valeur de marché	Produits	Charges	Résultat d'investissement		+ / - values latentes
				2022	2021	
Immobilier	19 953 354 €	701 321 €	232 164 €	469 157 €	398 384 €	12 731 414 €
SCPI	501 228 €	111 515 €	0 €	111 515 €	139 636 €	-2 772 €
Actions	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Obligations	29 581 681 €	761 147 €	268 492 €	492 655 €	503 977 €	-3 616 144 €
OPCVM	9 589 643 €	205 050 €	213 498 €	-8 448 €	-302 237 €	1 853 441 €
Fonds en dépôts, livrets et prêts	3 432 332 €	6 602 €	0 €	6 602 €	5 998 €	0 €
Total	63 058 238 €	1 785 635 €	714 154 €	1 071 481 €	745 758 €	10 965 939 €

Enfin, le résultat d'investissement augmente de 43.68 % par rapport à l'exercice 2021 avec un rendement comptable hors immobilier de 2.02%.

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	2022	2021
Retraite	-65 600 €	3 623 €
Prévoyance	-2 700 €	341 453 €
GFO	-47 339 €	16 075 €
Obsèques	32 007 €	25 340 €
Total	-83 632 €	386 491 €

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

La distribution et sa gestion des contrats de prévoyance capitaux décès ont été transférés à la CNP qui est l'assureur en directe.

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.

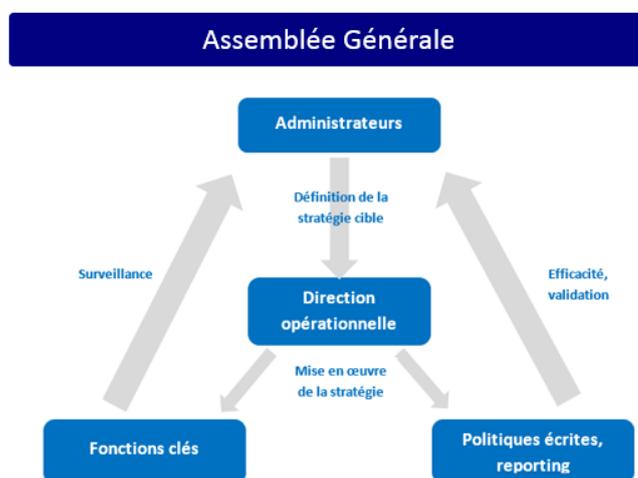
La gouvernance de la mutuelle est ainsi fondée sur la complémentarité entre :

- 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 31/12/2022.

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.

Au cours de l'exercice 2022, les séances suivantes ont été tenues : 5 avril, 31 mai, 23 juin, 29 septembre, et 13 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

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 Les dirigeants effectifs

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

- Le directeur général – Dominique PERRIN
- Le président du conseil d'administration – Jean-Pierre 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.

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

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 13 décembre 2022. 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.

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 13 décembre 2022.

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.

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

Pour le Conseil d'administration, la compétence est évaluée, en partie, collectivement. La compétence collective prend en compte la diversité des parcours professionnels. Une connaissance et ou une expérience portant sur l'ensemble des domaines d'activité de la mutuelle peut se traduire par des parcours de formation avant ou pendant le mandat.

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 définit 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 2022, compte tenu de l'événement exceptionnel, l'arrêté comptable a été réalisé au 31 août et 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. Celle-ci se tient 4 fois par an dont 2 avec les partenaires de gestion. Une cartographie des risques financiers a été établie et revue chaque année. De plus, le Comité d'Audit veille également au respect de l'application de la stratégie décidée par le Conseil d'Administration auquel il fait un compte rendu 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.

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.

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 collégialement lors de la réunion de préparation aux travaux d'ORSA avec participation du président du Conseil d'Administration. Les risques et les travaux du rapport ont été présentés au Conseil d'Administration du 29 septembre 2022 pour approbation.

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 :

- o 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) ;
- o L'intégration des pratiques et contrôles des responsables opérationnels ;
- o La proportionnalité des outils par rapport aux risques encourus ;
- o L'adéquation des hypothèses présentées, de manière prospective, avec les objectifs stratégiques, traduits dans le business plan et les prévisions ;
- o 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 un 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 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 Système de risques opérationnels et évaluation du système de contrôle interne

Les risques opérationnels sont des événements potentiels qui peuvent empêcher l'organisation d'atteindre ses objectifs. Leur analyse et notamment leur quantification est par conséquent déterminée en fonction des valeurs propres à la mutuelle et de sa situation financière.

Le système de contrôle interne permet d'identifier des risques non inclus dans la formule standard du SCR et pas systématiquement développés dans le rapport sur l'Evaluation Interne des Risques et de la Solvabilité (EIRS).

L'évaluation du contrôle interne passe d'abord par les outils de mesure de qualité

- Base d'incidents
- Base des réclamations
- Cartographie des risques opérationnels et risques réglementaires

La mutuelle évalue son système par les risques à travers les processus de métier. L'identification ces risques passe d'abord à un établissement des cartographies des risques pour recenser les tâches réalisées au sein de ce périmètre (objectif de la tâche, acteurs, enchaînement...).

Les risques sont étudiés selon 2 axes, l'impact et la probabilité de survenance. L'analyse de ces risques conduit alors à l'attribution d'une note globale relative au risque brut identifié de 1 à 4. L'analyse de ces éléments de maîtrise conduit alors à l'attribution d'une note globale relative au contrôle identifié de 1 à 3.

B.5. Rôle spécifique de la fonction vérification de la 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 ».

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.6. 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.7. 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.8. 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.

- 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 ;

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.9. 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)

Ce 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.

Le risque de souscription Vie de la CNM est étudié à partir des modules mortalité, frais et catastrophe

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.

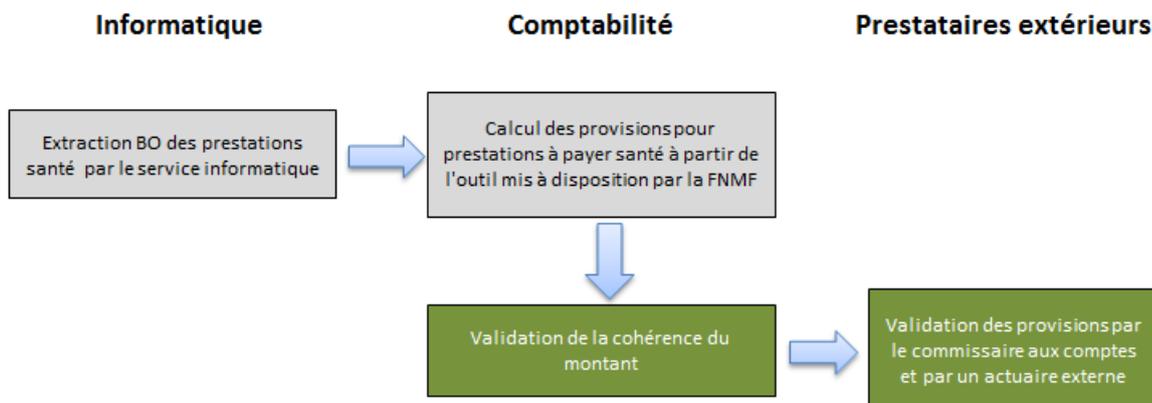
La validation de l'ensemble des nouveaux produits ou modifications par le Conseil d'Administration assure le respect de la stratégie de souscription établie par ce même conseil.

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 CNM 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 rigoureux 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 1679 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 affectante 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 67.71 M€ au 31/12/2022 en normes Solvabilité 2. Les principaux actifs, évalué en valeur de marché, détenus par la mutuelle sont composés de :

- Immobilisations corporelles pour 19 953 k€,
- Obligations pour 29 581 k€,
- Fonds d'investissement pour 10 090 k€.

BILAN ACTIF		
(en K€)	Comptes prudentiels	Comptes sociaux
1. Actifs incorporels		4 617
2. Placements	63 058 238	52 134 645
Organismes de placements collectifs	10 090 871	8 240 202
Obligations	29 581 681	33 197 825
Actions	0	0
Immobilier	19 953 354	7 221 940
Participations stratégiques	0	0
Dépôts, prêts, autres.	3 432 332	3 474 679
3. Part des cessionnaires dans les provisions techniques	0	0
Meilleure estimation santé	0	0
Meilleure estimation vie	0	0
4. Créances	941 569	941 569
Créances nées d'opérations d'assurance	379 672	379 672
Créances nées d'opérations de réassurance	0	0
Autres créances	561 897	561 897
5. Autres actifs	1 263 288	1 263 288
Actifs corporels d'exploitation	76 633	76 633
Banque et trésorerie	1 186 656	1 186 656
6. Comptes de régularisation	2 451 475	201 303
Impôts différés actifs	2 349 994	
Intérêts et loyers acquis non échus	0	0
Décotes		99 823
Autres	101 480	101 480
TOTAL ACTIF	67 714 570	54 545 422

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 règlementé (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 2 349 994 €

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 2 717 k€ au 31/12/2022 en normes S1.

Les provisions techniques détenues par la mutuelle sont composées de :

- PPAP Non-vie pour 2 578 k€
- PPAP Vie pour 138 k€.

Cette PPAP Vie intègre une partie de la provision relative aux contrats en déshérence, pour des qui s'élève à 106 677 € au 31/12/2022.

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	57 130 299	48 412 218
Fonds propres de base	57 130 299	48 412 218
Passifs subordonnés	0	0
2. Provisions techniques santé	4 617 428	2 578 675
Meilleure estimation santé	4 349 049	2 578 675
Marge de risque santé	268 379	
3. Provisions techniques vie	175 110	138 779
Meilleure estimation vie	164 932	138 779
Marge de risque vie	10 178	
4. Dettes	3 441 739	3 224 275
Dettes nées d'opérations d'assurance et de réassurance	176 529	176 529
Dettes pour dépôts en espèces des cessionnaires	0	0
Provisions pour risques et charges	217 463	0
Autres dettes	3 047 747	3 047 747
5. Comptes de régularisation	2 349 994	191 475
Impôts différés passifs	2 349 994	0
Surcotes	0	191 475
Autres	0	0
TOTAL PASSIF	67 714 570	54 545 422

Le Best Estimate en santé est composé de deux éléments :

- **Best Estimate de sinistres** : Il se rapporte à des sinistres qui se sont déjà produits (indépendamment de la question de savoir s'ils ont été déclarés ou non).

Finalement, le Best Estimate de sinistres est évalué à **2 581 k€ en santé et 139 k€ en vie** à la date de clôture de l'exercice. Ce montant baisse par rapport à l'année dernière. Cette hausse s'explique par une croissance du secteur entreprises.

- **Best Estimate de primes** : Il s'agit de la projection de l'exercice N+1 (cotisations, prestations et frais) pour les contrats dont l'engagement était connu à la date de clôture

	Santé	Vie
Cotisations 2023 connues au 31/12/2022	22 332 713 €	176 081 €
Ratio de sinistralité combiné	107,91%	114,22%
P/C	86,28%	98,25%
Taux de frais	21,63%	15,97%

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 2.99 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		217 463 €
Dettes pour dépôts espèces des réassureurs		
Impôts différés passifs		2 349 994 €
Produits dérivés		
Dettes envers les établissements de crédit	51 765 €	51 765 €
Dettes financières autres que celles envers les établissements de crédit		
Dettes nées d'opérations d'assurance	176 529 €	176 529 €
Dettes nées d'opérations de réassurance		
Autres dettes (non liées aux opérations d'assurances)	2 995 982 €	2 995 982 €
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	0 €	0 €

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 :
 - o Immobilisations corporelles
 - o Participations
 - o Actions
 - o Obligations
 - o Fonds d'investissement
 - o Dépôts autres que ceux assimilables à de la trésorerie
 - o Prêts et prêts hypothécaires, BEL et autres passifs.
- Autres actifs :
 - o Provisions techniques cédées
 - o Créances
 - o Autres actifs
- Provisions techniques :
 - o Santé et Vie

- Autres passifs :
 - o Dettes
 - o Autres passifs

Pour cette étude, nous avons considéré que les valeurs fiscales des placements obligataires détenus avant la date d'entrée en fiscalité étaient égales à la valeur d'acquisition. Pour les placements achetés depuis le 01/01/2012, la valeur fiscale correspond à la valeur d'achat sauf pour les OPCVM où elle est égale à la valeur de marché. Pour les immeubles Ascain et Oberkampf, nous retenons la valeur fiscale.

Finalement, la position nette des impôts différés se situe à l'actif et donc considéré en norme solvabilité II comme nul.

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 31/12/2022 amène à un engagement total de 217 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	57 130 k€	63 593 k€
Niveau 1 restreint		
Niveau 2		
Niveau 3		
Total	57 130 k€	63 593 k€

Au titre de l'exercice 2022, l'évaluation des fonds propres en normes Solvabilité II s'élèvent à 57 130 k€ contre 63 593 k€ l'exercice précédent. Les fonds propres en normes SII sont en baisse de 10.16% 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	56 111 k€	62 574 k€	56 111 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	57 130 k€	63 593 k€	57 130 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 réglementaires.

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	57 130 k€	63 593 k€
Total des fonds propres disponibles pour couvrir le minimum de capital requis	57 130 k€	63 593 k€
Total des fonds propres éligibles pour couvrir le capital de solvabilité requis	57 130 k€	63 593 k€
Total des fonds propres éligibles pour couvrir le minimum de capital requis	57 130 k€	63 593 k€
<i>Capital de solvabilité requis</i>	13 242 k€	13 968 k€
<i>Minimum de capital requis</i>	4 000 k€	3 700 k€
<i>Ratio fonds propres éligibles sur capital de solvabilité requis</i>	431%	455%
<i>Ratio fonds propres éligibles sur minimum de capital requis</i>	1 428%	1 719%

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	12 616 543 €
SCR _{Market}	10 046 032 €
SCR _{Default}	2 152 930 €
SCR _{Life}	14 679 €
SCR _{Health}	4 160 371 €
SCR _{Non Life}	0 €
SCR _{Int}	0 €
<i>Effet de diversification</i>	<i>-3 757 470 €</i>
Adj	0 €
SCR_{Op}	625 997 €
SCR global	13 242 540 €

Remarques sur les évaluations de SCR par risque :

- ✓ Le SCR marché reste la principale composante du SCR global, il est cependant en baisse par rapport au 31/12/2022 (10 046 k€ contre 12 078 k€) et porte la diminution du SCR global.
- ✓ La deuxième composante importante est toujours le SCR Santé qui atteint 4 160 k€. Il augmente par rapport à l'année passée (3 962 k€). Cela s'explique la hausse des primes
- ✓ Le SCR de contrepartie atteint 2 152 k€. Celui-ci baisse par rapport à l'an dernier (3 193 k€) en raison de la baisse du risque de type 1.
- ✓ Les SCR Opérationnel atteignent 625 k€, en légère hausse par rapport à l'année passée.

Finalement le SCR global s'élève à 13 242 k€ après prise en compte de la diversification et de l'ajustement, soit une baisse de 5.20% par rapport à l'an dernier. Cette baisse 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 4 M€.

Finalement, le MCR est égal au minimum réglementaire soit 4 M€.

	MCR 2021	MCR 2022
MCR Non-Vie	1 078 039 €	1 174 102 €
MCR Vie	4 223 €	5 079 €
MCR Linéaire	1 082 262 €	1 179 181 €
MCR Combiné	3 492 141 €	3 310 635 €
MCR	3 700 000 €	4 000 000 €

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		2 349 994,39
R0050		
R0060		20 029 986,41
R0070		43 104 884,13
R0080		
R0090		
R0100		0,00
R0110		0,00
R0120		
R0130		29 581 681,27
R0140		7 147 221,37
R0150		22 434 459,90
R0160		
R0170		
R0180		10 090 870,98
R0190		
R0200		3 432 331,88
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		379 672,16
R0370		0,00
R0380		561 896,62
R0390		
R0400		
R0410		1 186 655,93
R0420		101 480,11
R0500		67 714 569,75

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	4 617 427,81
R0520	
R0530	
R0540	
R0550	
R0560	4 617 427,81
R0570	
R0580	4 349 048,94
R0590	268 378,87
R0600	175 109,94
R0610	0,00
R0620	
R0630	0,00
R0640	0,00
R0650	175 109,94
R0660	
R0670	164 932,02
R0680	10 177,92
R0690	
R0700	
R0710	
R0720	
R0740	
R0750	0,00
R0760	217 463,27
R0770	
R0780	2 349 994,39
R0790	
R0800	51 764,56
R0810	
R0820	176 528,51
R0830	0,00
R0840	2 995 982,23
R0850	0,00
R0860	0,00
R0870	0,00
R0880	
R0900	10 584 270,71
R1000	57 130 299,04

Annex I
S.05.01.02
Primes, sinistres et dépenses par ligne d'activité

		Ligne d'activité pour: réassurance non proportionnelle acceptée					Total	
		Assistance	Pertes pécuniaires diverses	Santé	Accidents	Assurance maritime, aérienne et transport		Biens
		C0110	C0120	C0130	C0140	C0150		C0160
Primes émises								
Brut – assurance directe	R0110						20 631 846,92	
Brut – Réassurance proportionnelle acceptée	R0120						0,00	
Brut – Réassurance non proportionnelle acceptée	R0130							
Part des réassureurs	R0140						0,00	
Net	R0200						20 631 846,92	
Primes acquises								
Brut – assurance directe	R0210						20 631 846,92	
Brut – Réassurance proportionnelle acceptée	R0220						0,00	
Brut – Réassurance non proportionnelle acceptée	R0230							
Part des réassureurs	R0240						0,00	
Net	R0300						20 631 846,92	
Charge des sinistres								
Brut – assurance directe	R0310						18 076 808,04	
Brut – Réassurance proportionnelle acceptée	R0320						0,00	
Brut – Réassurance non proportionnelle acceptée	R0330							
Part des réassureurs	R0340						0,00	
Net	R0400						18 076 808,04	
Variation des autres provisions techniques								
Brut – assurance directe	R0410						0,00	
Brut – Réassurance proportionnelle acceptée	R0420						0,00	
Brut – Réassurance non proportionnelle acceptée	R0430							
Part des réassureurs	R0440						0,00	
Net	R0500						0,00	
Dépenses engagées	R0550						5 041 648,62	
Autres dépenses	R1200						0,00	
Total des dépenses	R1300						5 041 648,62	

Annex I
S.12.01.01
Provisions techniques vie

	Assurance avec participation aux bénéfices	Assurance indexée et en unités de compte		Autres assurances vie			Rentes découlant des contrats d'assurance	Réassurance acceptée	Total (vie hors santé, y compris UC)	Assurance santé (assurance directe)			Rentes découlant des contrats d'assurance	Réassurance santé (réassurance acceptée)	Total (santé similaire à la vie)	
		Contrats sans options ni garanties	Contrats avec options ou garanties	C0060	Contrats sans options ni garanties	Contrats avec options ou garanties				C0160	Contrats sans options ni garanties	Contrats avec options ou garanties				C0190
	C0020	C0030	C0040	C0050	C0060	C0070	C0080	C0090	C0100	C0150	C0160	C0170	C0180	C0190	C0200	C0210
Provisions techniques calculées comme un tout	R0010															
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	R0020															
Provisions techniques calculées comme la somme de la meilleure estimation et de la marge de risque																
Meilleure estimation																
Meilleure estimation brute	R0030					164 932,02				164 932,02		0,00				0,00
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	R0080					0,00				0,00		0,00				0,00
Meilleure estimation nette des montants recouvrables au titre de la réassurance/des véhicules de titrisation et de la réassurance finite	R0090					164 932,02				164 932,02		0,00				0,00
Marge de risque	R0100				10 177,92					10 177,92	0,00					0,00
Montant de la déduction transitoire sur les provisions techniques																
Provisions techniques calculées comme un tout	R0110															
Meilleure estimation	R0120					164 932,02				164 932,02		0,00				0,00
Marge de risque	R0130				10 177,92					10 177,92	0,00					0,00
Provisions techniques – Total	R0200				175 109,94					175 109,94	0,00					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 & +					
	C0010	C0020	C0030	C0040	C0050	C0060	C0070	C0080	C0090	C0100	C0110			C0170	C0180	
Précédentes	R0100													R0100	0,00	0,00
N-9	R0160	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00			R0160	0,00	0,00
N-8	R0170	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	-612,30				R0170	-612,30	-612,30
N-7	R0180	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00					R0180	0,00	0,00
N-6	R0190	11 685 205,95	1 431 627,37	48 755,04	0,00	0,00	0,00	0,00						R0190	0,00	13 165 588,36
N-5	R0200	11 818 704,08	1 207 310,89	71 114,95	0,00	0,00	0,00							R0200	0,00	13 097 129,92
N-4	R0210	10 168 294,62	2 137 958,33	31 243,73	0,00	0,00								R0210	0,00	12 337 496,68
N-3	R0220	11 727 002,32	1 489 801,85	155 013,83	0,00									R0220	0,00	13 371 818,00
N-2	R0230	11 771 105,42	1 597 442,48	84 919,21										R0230	84 919,21	13 453 467,11
N-1	R0240	14 024 363,60	1 998 989,46											R0240	1 998 989,46	16 023 353,06
N	R0250	15 412 860,78												R0250	15 412 860,78	15 412 860,78
Total	R0260													R0260	17 496 157,15	96 861 101,61

Meilleure estimation provisions pour sinistres brutes non actualisées

(valeur absolue)

Année	Année de développement											Fin d'année (données actualisées)		
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 & +			
	C0200	C0210	C0220	C0230	C0240	C0250	C0260	C0270	C0280	C0290	C0300		C0360	
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			-17,34	0,00	0,00							R0200	0,00
N-4	R0210		59 219,07	0,00	0,00	0,00							R0210	0,00
N-3	R0220	2 040 566,02	290 640,55	0,00	0,00								R0220	0,00
N-2	R0230	2 262 171,48	231 950,73	0,00									R0230	0,00
N-1	R0240	1 805 365,13	275 451,14										R0240	275 451,14
N	R0250	2 143 946,22											R0250	2 143 946,22
Total	R0260												R0260	2 419 397,36

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 appelables 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	56 111 796,06	56 111 796,06			
R0140					
R0160					
R0180					
R0220					
R0230					
R0290	57 130 299,04	57 130 299,04			
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	57 130 299,04	57 130 299,04			
R0510	57 130 299,04	57 130 299,04			
R0540	57 130 299,04	57 130 299,04		0,00	
R0550	57 130 299,04	57 130 299,04		0,00	
R0580	13 242 539,91				
R0600	4 000 000,00				
R0620	431,41%				
R0640	1428,26%				

	C0060
R0700	57 130 299,04
R0710	
R0720	
R0730	1 018 502,98
R0740	
R0760	56 111 796,06
R0770	-25 032,96
R0780	-1 767 300,67
R0790	-1 792 333,63

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 10 046 032,25		
Risque de défaut de la contrepartie	R0020 2 152 929,59		
Risque de souscription en vie	R0030 14 679,08		
Risque de souscription en santé	R0040 4 160 371,34		
Risque de souscription en non-vie	R0050		
Diversification	R0060 -3 757 469,53		
Risque lié aux immobilisations incorporelles	R0070		
Capital de solvabilité requis de base	R0100 12 616 542,74		

Calcul du capital de solvabilité requis

	C0100
Risque opérationnel	R0130 625 997,17
Capacité d'absorption des pertes des provisions techniques	R0140
Capacité d'absorption de pertes des impôts différés	R0150 0,00
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 13 242 539,91
Exigences de capital supplémentaire déjà définies	R0210
Capital de solvabilité requis	R0220 13 242 539,91
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

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 Résultat MCR(NL,NL) C0010	Activités en vie Résultat MCR(NL,NL) C0020
R0010	1 174 102,11	

	Activités en non-vie Meilleure estimation et PT calculées comme un tout, nettes (de la réassurance / des véhicules de titrisation) C0030	Activités en non-vie Primes émises au cours des 12 derniers mois, nettes (de la réassurance) C0040	Activités en vie Meilleure estimation et PT calculées comme un tout, nettes (de la réassurance / des véhicules de titrisation) C0050	Activités en vie Primes émises au cours des 12 derniers mois, nettes (de la réassurance) C0060
R0020	4 349 048,94	20 631 846,92		
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

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

	Activités en non-vie	Activités en vie
	Résultat MCR(L _n NL)	Résultat MCR(L _v L)
	C0070	C0080
R0200		5 079,38

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)
	C0090	C0100
	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)
	C0110	C0120
R0210		
R0220		
R0230		
R0240		164 932,02
R0250		2 308 301,35

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 1 179 181,49
Capital de solvabilité requis	R0310 13 242 539,91
Plafond du MCR	R0320 5 959 142,96
Plancher du MCR	R0330 3 310 634,98
MCR combiné	R0340 3 310 634,98
Seuil plancher absolu du MCR	R0350 4 000 000,00
Minimum de capital requis	R0400 4 000 000,00

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 1 174 102,11	5 079,38
Montant notionnel du SCR hors capital supplémentaire (calcul annuel ou dernier calcul)	R0510 13 185 497,01	57 042,90
Plafond du montant notionnel du MCR	R0520 5 933 473,65	25 669,31
Plancher du montant notionnel du MCR	R0530 3 296 374,25	14 260,73
Montant notionnel du MCR combiné	R0540 3 296 374,25	14 260,73
Seuil plancher absolu du montant notionnel du MCR	R0550 2 700 000,00	1 300 000,00
Montant notionnel du MCR	R0560 3 296 374,25	1 300 000,00