

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 2023

Paris, le 4 avril 2024

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>	7
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 contrôle interne</i>	12
B.4. <i>Système de gestion des risques, y compris l'évaluation interne des risques et de solvabilité (ORSA)</i>	14
B.5. <i>Fonction clé Vérification de la conformité</i>	19
B.6. <i>Fonction clé Audit interne</i>	21
B.7. <i>Fonction clé Actuarielle</i>	22
B.8. <i>Sous-traitance</i>	23
B.9. <i>Autres informations</i>	25
C. Profil de risques	25
C.1. <i>Risque de souscription</i>	26
C.2. <i>Risque de marché</i>	28
C.3. <i>Risque de crédit</i>	29
C.4. <i>Risque de liquidité</i>	29
C.5. <i>Risque opérationnel</i>	30
C.6. <i>Autres risques importants</i>	31
C.7. <i>Autres informations</i>	31
D. Valorisation à des fins de solvabilité	32
D.1. <i>Actifs</i>	32
D.2. <i>Provisions techniques</i>	33
D.3. <i>Autres passifs</i>	34
D.4. <i>Méthodes de valorisation alternatives</i>	35
D.5. <i>Autres informations</i>	36
E. Gestion du capital	36
E.1. <i>Fonds propres</i>	36
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
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

La CNM Santé est une mutuelle mixte dont l'activité principale porte sur la complémentaire santé. Le montant des cotisations en 2023 évolue et passe à 22.48 M€ soit une progression de plus de 8 % par rapport à 2022. Cette progression est majoritairement liée au développement du secteur entreprises.

La mutuelle poursuit sa stratégie d'amélioration continue des services et prestations qu'elle offre à ses adhérents issus de l'individuel ou du collectif. Elle organise notamment, dans leur intérêt ainsi que dans celui de leurs ayants droit, des actions de prévention, d'entraide et de solidarité afin de contribuer à l'amélioration de leur état de santé. La mutuelle est gérée en prenant en considération l'ensemble des enjeux sociaux et environnementaux de son activité.

Sa gouvernance repose sur trois acteurs principaux. Le premier est le conseil d'administration Celui-ci pilote et porte la responsabilité de la définition, de la quantification de la stratégie ainsi que de la validation des politiques écrites. Le second est constitué des dirigeants effectifs qui mettent en œuvre la stratégie définie précédemment et peuvent engager la mutuelle auprès des acteurs externes. Enfin, les fonctions clés, quant à 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 selon lequel toute décision significative doit être vue par le président et le dirigeant opérationnel. Le principe de la personne prudente, à savoir 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 des marchés financiers et les risques de souscription aux contrats santé. L'impact conjoncturel des marchés financiers a conduit la mutuelle à modifier temporairement son allocation financière en plaçant le fonds en actions en 100 % OPVCM monétaire. De ce fait, le ratio de solvabilité (SCR) passe de 431 % à 567 % en 2023 du fait de sa bonne gestion financière. Les indicateurs de référence de l'exercice 2023 sont :

Indicateurs de référence	2023	2022	Evolution en %
Cotisations nettes de taxes (Santé + Vie)	22 478 170 €	20 807 891 €	8,03 %
Résultat de souscription	-1 566 008 €	-2 466 469 €	-36.51 %
Résultat financier	2 120 866 €	1 067 475 €	98,68 %
Résultat des autres activités	55 038 €	-83 632 €	-165.81 %
Résultat net d'impôts	492 293 €	-1 552 559 €	-131.71 %
Fonds propres Solvabilité 2	59 495 460 €	57 130 299 €	4.14 %
Ratio de couverture du SCR	567%	431%	31.55 %
Ratio de couverture du MCR	1 487%	1 428%	4.13 %

A. ACTIVITE ET RESULTATS

A.1. Activité

La CNM créée en 1970 est une mutuelle du code de la mutualité et un 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.

Le caractère « atypique » remarqué depuis la crise sanitaire s'accroît en 2023. Après les années 2020, 2021 et 2022, la situation géopolitique reste complexe en 2023 avec un taux d'inflation avoisinant 5.80 %. Les marchés financiers ont connu une année très volatile. Les marchés boursiers ont été marqués par une progression importante depuis le début de l'année. Les marchés obligataires quant à eux évoluaient au fil des anticipations des chiffres d'inflation et des déclarations des banquiers centraux. Un retour favorable est observé à la fin de l'année.

Le secteur de la santé, en général et la CNM en particulier, doit faire face à des enjeux stratégiques majeurs. Elle est confrontée à la fois à des ajustements réglementaires comme le 100 % santé, la résiliation infra-annuelle,

le transfert de charge par la Sécurité sociale ainsi qu'à une concurrence accrue sur la tarification, notamment dans le secteur collectif.

Dans ce contexte, la CNM Santé poursuit son plan d'action d'amélioration continue de la qualité de gestion et de service à destination de ses adhérents. Son offre a été renforcée avec trois services complémentaires en inclusion dans les contrats collectifs : téléconsultation, 2^e avis médical, adjonction d'un module d'aide aux aidants en matière d'assistance. La prise en charge du tiers payant hospitalisation par Viamedis a été effective au 1er janvier 2023 en vue de la généralisation de ROC (remboursement des organismes complémentaires) en 2024.

Soucieuse des impacts environnementaux de son activité, la CNM a dématérialisé son journal adhérent, le CNM INFO, et poursuit la numérisation des documents entrants avec un déploiement effectif en mars 2024. Par ailleurs, la CNM poursuit sa politique de SEO (référencement gratuit sur le Web) afin de faciliter l'accès de son site internet aux adhérents et prospects. Enfin, elle organise depuis deux ans de nombreuses actions de prévention par le biais de webinaires ouverts à ses adhérents ainsi parfois qu'à ses prospects. Concernant la sécurité informatique, la CNM poursuit ses travaux de sécurisation de son système d'information et de sensibilisation de l'ensemble de ses équipes à la cybersécurité.

De ces différents éléments conjugués, son résultat de l'exercice ressort en 2023 à 492 K€ en nette amélioration par rapport à l'an passé.

A.1.a Produits santé

La gamme est constituée :

- Du produit historique Actiléa représentant 70 % 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 37 % du chiffre d'affaires santé

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

A.1.b Autres produits

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

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

La CNM distribue des produits de prévoyance 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 0,84 % 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	2023	2022
Cotisations HT	Santé individuelle	13 882 652 €	13 760 268 €
	Santé collective	8 403 921 €	6 871 579 €
	Vie	191 597 €	176 044 €
Charge de prestations et autres dépenses techniques	Santé individuelle	13 706 565 €	13 618 685 €
	Santé collective	10 102 486 €	9 470 122 €
	Vie	235 127 €	185 552 €
Résultat Souscription		-1 566 008 €	-2 466 469 €

CNM est une mutuelle mixte dont l'activité est majoritairement orientée sur la complémentaire santé. En 2023, le résultat de souscription s'élève à -1 566 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 son évolution depuis 2020, son volume de cotisation passe de 6 871 K€ à 8 413 K€ en 2023. Le nombre des adhérents du secteur est en hausse de 86 % depuis 3 ans.

Une amélioration de la P/C en 2023 continue concernant la gamme ACTILEA NEO. L'offre principale (ACTILEA) enregistre une légère baisse de ses effectifs (résultant essentiellement des décès survenus). Le développement du secteur individuel a permis de compenser en partie cette baisse.

Le cycle des adhésions est aussi profondément bouleversé par la résiliation infra-annuelle (RIA) et sa mise en place : 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 54 136 K€ en valeur nette comptable et 66 987 K€ en valeur de marché hors coupons courus. Les produits des placements s'élèvent à 2 938 K€, en hausse par rapport à l'an dernier. Les charges des placements représentent 817 K€.

Type d'actifs	Valeur de marché	Produits	Charges	Résultat d'investissement		+ / - values latentes
				2023	2022	
Immobilier Oberkampfs	17 975 239 €	625 936 €	222 473 €	403 463 €	469 157 €	10 987 551 €
Immobilier Ascain	0 €	1 340 000 €	205 501 €	1 134 499 €	0 €	0 €
SCPI	501 228 €	24 007 €	0 €	24 007 €	111 515 €	-2 772 €
Actions	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Obligations	33 711 630 €	768 572 €	221 816 €	546 756 €	492 655 €	-1 046 749 €
OPCVM	11 385 730 €	126 152 €	167 321 €	-41 168 €	-8 448 €	2 549 788 €
Fonds en dépôts, livrets et prêts	3 050 195 €	53 309 €	0 €	53 309 €	6 602 €	-0 €
Total	66 624 022 €	2 937 977 €	817 111 €	2 120 866 €	1 071 481 €	12 487 818 €

Enfin, le résultat d'investissement augmente de 97,94 % par rapport à l'exercice 2022, Ce qui s'explique principalement par la vente du centre d'Ascain pour une plus-value financière nette de 1.22 M€.

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.

Résultat Autres activités	2023	2022
Retraite	- 12 896,69 €	- 65 600,24 €
Prévoyance	7 089,52 €	- 2 700,25 €
GFO	11 140,54 €	- 47 338,70 €
Obsèques	49 704,32 €	32 006,86 €
Total	55 037,69 €	- 83 632,33 €

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 direct.

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.

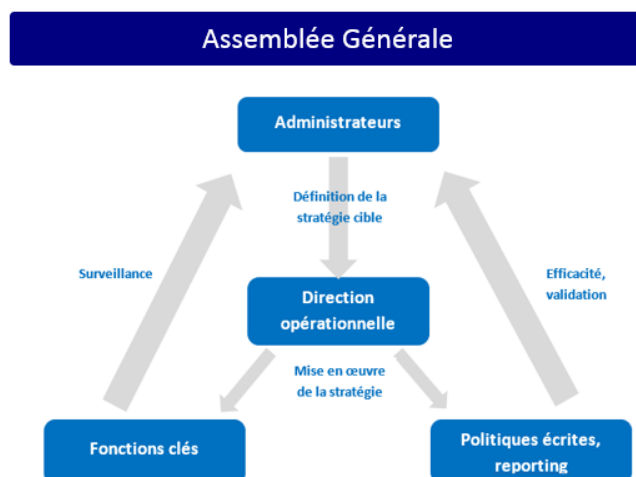
La gouvernance de la mutuelle est ainsi fondée sur la complémentarité entre :

- 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 en 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 ces 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 15 administrateurs au 31/12/2023.

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 2023, les séances suivantes ont été tenues : 5 avril, 31 mai, 22 juin, 26 septembre, 7 novembre et 12 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,
- Établit 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 à ses orientations stratégiques, à ses valeurs et à ses marchés cibles. Elle valide les produits et services conçus par la mutuelle depuis leur conception et le cas échéant co-conception et durant toutes les phases d'évolution liées à leur cycle de vie. Elle s'assure également que les canaux et réseaux de distribution utilisés par la mutuelle sont conformes au marché cible et au plan de conception et développement de chacun des produits dont il assure la gouvernance.

B.1.b Direction effective

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

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

La direction effective doit mettre à disposition les moyens nécessaires au bon fonctionnement du système global de maîtrise des risques. Elle a en responsabilité la gestion (maîtrisée) quotidienne du risque. A ce titre, elle est tenue d'évaluer, à intervalles réguliers, l'adéquation de la politique de gestion des risques, de vérifier sa mise en œuvre sans réserve et son suivi par l'ensemble du personnel de la mutuelle.

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

En particulier, elle

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

B.1.c Fonctions clés

La mutuelle a nommé les responsables de quatre fonctions clés prévues dans le cadre de la réglementation Solvabilité 2.

Les principales missions et responsabilités des fonctions clés 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 décembre 2015. La dernière validation par le conseil a eu lieu le 12 décembre 2023. 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, transposé à l'article L.114-21 du code de la mutualité et développé 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.

À cet effet, la mutuelle a défini une politique de compétences et d'honorabilité validée par le conseil d'administration le 15 décembre 2015. La dernière validation par le conseil a eu lieu le 12 décembre 2023.

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 le maintien de leur compétence.

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

B.3. Système de contrôle interne

B.3.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 31 mai 2023.

Les principaux objectifs des procédures de contrôle interne sont de :

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

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

- Nommé un responsable du contrôle interne.

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

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

- Le conseil d'administration
- Le comité d'audit
- La commission surveillance et gouvernance de produits
- La direction générale
- Les directions métiers
- La fonction conformité
- Le responsable du contrôle interne et ses éventuels relais au sein des équipes opérationnelles
- Les responsables d'équipes

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

Cette démarche s'articule autour de 3 axes de travail : la sensibilisation et la formation des 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.3.b Évaluation du système de contrôle interne par l'approche des risques

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'Évaluation 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 par l'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 se traduit alors par l'attribution d'une note globale relative au contrôle identifié de 1 à 3.

B.4. 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.

À 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 14 décembre 2021.

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

La politique s'intéresse aux domaines suivants :

- L'identification et la mesure des risques :
 - Approche méthodologique
 - Définition des catégories de risques
 - Pilotage des risques
- Intégration du pilotage de la solvabilité de l'organisme et interactions entre l'évaluation du **besoin global de solvabilité** et l'analyse des risques.
- Processus de détermination et définition de la tolérance aux risques et détermination des limites de **tolérance** au risque pour chaque catégorie de risque de l'entreprise et description du système de pilotage et de reporting afférent.

- La **fréquence** et le **contenu des simulations de crise régulières**, ainsi que les situations qui justifieraient des simulations de crise ad hoc.

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

Le dispositif de gestion des risques repose essentiellement sur :

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

B.4.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, la 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 2023, l'atterrissage du résultat 2023 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.4.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.

B.4.c Suivi du risque opérationnel

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

Ces bases sont alimentées au fil de l'eau lorsqu'il y a un incident majeur ou qu'une réclamation se présente. Elles permettent de recenser les différents problèmes survenus et les solutions mises en œuvre pour les résoudre. Elles permettent 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 ces bases.

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 opère un suivi régulier sur les principales activités de la mutuelle :

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

B.4.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.4.e Besoin Global de Solvabilité

Dans le cadre de l'analyse précédente et sur un horizon à 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 pallier ce risque.

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

Épidémie, 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 considération dans la formule standard via le risque de marché.

B.4.f Évaluation 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 31 mai 2023 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.

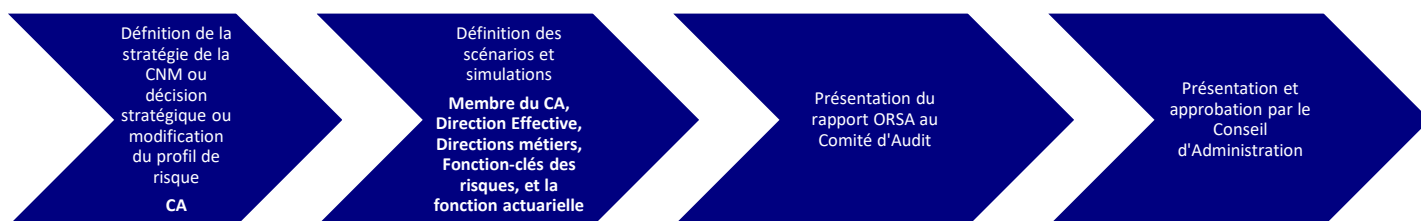
Le conseil d'administration est responsable de :

- 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 selon 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 des fonctions clés : encadrés 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 dans 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 au 2^e trimestre avec la participation du président du conseil d'administration. Le premier projet des travaux sur les risques a été envoyé aux membres du conseil d'administration au 3^e trimestre. À l'issue de la séance du conseil d'administration fin septembre, le rapport a été validé.

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

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

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

- 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 avec 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.4.g Fonction clé 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 au minimum une restitution synthétique à la direction générale et au conseil d'administration.

B.4.h Les composantes de la fonction gestion des risques

Positionnement

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

La fonction de gestion des risques est placée sous l'autorité de la direction générale.

Droits et obligations

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

À 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 met à sa 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.5. Fonction clé 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 régulièrement,
- 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,
- Élaborer des tableaux de bord de suivis des risques de non-conformité et des actions à mettre en place,
- Établir des audits et des rapports de conformité destinés au conseil d'administration et à la direction,
- Évaluer 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 met à sa 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 que l'intégrité, la neutralité ou l'aptitude à la communication.

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

- *Conditions de compétences*

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

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

- *Conditions d'honorabilité*

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

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

La fonction conformité doit être libre de toute 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.

À 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, de conseiller et de rendre compte à la direction générale et au conseil d'administration à 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 31 mai 2023.

B.6. Fonction clé 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.

À 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 la supervision du directeur général et dispose d'un droit d'accès au conseil d'administration, ce qui 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 :

- Établit, 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,
- Émet 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 12 décembre 2023 par le conseil d'administration.

B.7. Fonction clé 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 :

- Élabore 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 ;
- Émet un avis sur la politique globale de souscription ;
- Émet 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, et ce conformément aux recommandations des audits en 2016.

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

B.8. Sous-traitance

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 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.

Il convient de noter 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 31 mai 2023 par le conseil d'administration. 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 fonctions clés 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.

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

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

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

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

- Le prestataire de services dispose des ressources financières nécessaires pour exécuter sa mission de manière fiable et que tous les membres du personnel de ce prestataire sont suffisamment qualifiés et fiables.

Cartographie des sous-traitants

En vertu de l'article R.354-7 du code des assurances, les activités ou fonctions importantes 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 :

Étude 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, ...) cela 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 :

- Le P/C
- Évolution des prospects
- Évolution des adhérents

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

C.1.c Maîtrise du risque de souscription

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

Le processus de tarification de nouveaux produits :

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

- Analyse de l'environnement de marché et réglementaire ;
- Collecte des attentes des adhérents et des orientations stratégiques déterminées par le conseil d'administration ;
- Réflexion avec différents services et la commission Développement sur des garanties et le système de cotisation envisagés ;
- Première validation du conseil d'administration des garanties et du système de cotisation ;
- Évaluation 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.

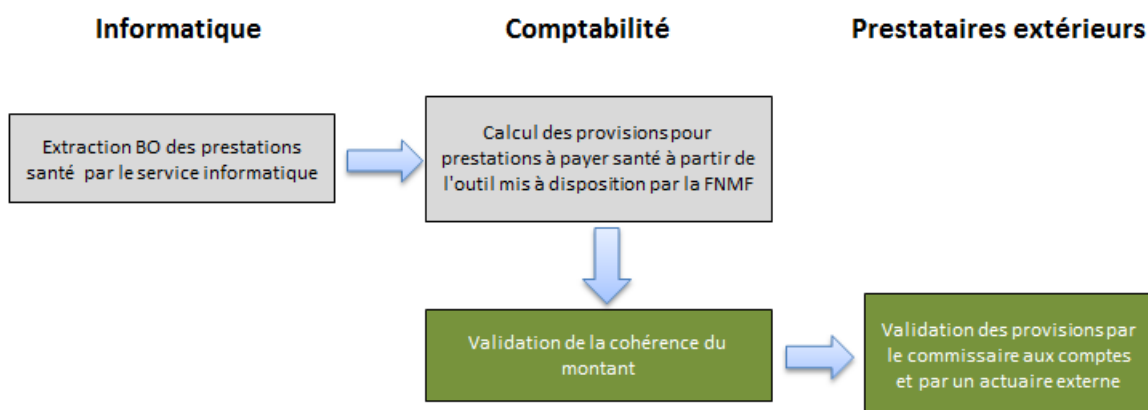
La validation de l'ensemble des nouveaux produits ou modifications par le conseil d'administration assure le respect de la stratégie de souscription établie par ce même conseil.

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

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 Maîtrise 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. À 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

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 répartis entre 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 750 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 du 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 la 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.) ;
- Risque du cyber ;
- 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 résultant d'une mauvaise qualité de gestion ou d'un défaut de conseil lors de la commercialisation, de la qualité des produits) ;
- Risques liés à l'évolution de l'environnement légal (nouvelle réglementation affectant directement ou indirectement la capacité à maintenir une activité) ;
- Risques liés aux décisions stratégiques (décisions métiers défavorables, mauvaise mise en œuvre des décisions stratégiques, manque de réactivité vis-à-vis des évolutions réglementaires, du marché, des clients, etc.).

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

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

Au sein de la cartographie des risques, l'identification des risques opérationnels majeurs fait l'objet d'une analyse et donne 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 72.58 M€ au 31/12/2023 en normes Solvabilité 2. Les principaux actifs, évalués en valeur de marché, détenus par la mutuelle sont composés de :

- Immobilisations corporelles pour 17 975 K€,
- Obligations pour 33 711 K€,
- Fonds d'investissement pour 11 885 K€.

BILAN ACTIF		
(en K€)	Comptes prudentiels	Comptes sociaux
1. Actifs incorporels		830
2. Placements	66 622 709	54 499 270
Organismes de placements collectifs	11 885 798	9 339 941
Obligations	33 711 478	35 121 445
Actions	0	0
Immobilier	17 975 239	6 987 688
Participations stratégiques	0	0
Dépôts, prêts, autres.	3 050 195	3 050 195
3. Part des cessionnaires dans les provisions techniques	0	0
Meilleure estimation santé	0	0
Meilleure estimation vie	0	0
4. Créances	1 016 709	1 016 709
Créances nées d'opérations d'assurance	478 311	478 311
Créances nées d'opérations de réassurance	0	0
Autres créances	538 398	538 398
5. Autres actifs	3 009 245	3 009 245
Actifs corporels d'exploitation	57 824	57 824
Banque et trésorerie	2 951 421	2 951 421
6. Comptes de régularisation	1 937 004	322 858
Impôts différés actifs	1 868 489	
Intérêts et loyers acquis non échus	0	0
Décotes		254 343
Autres	68 515	68 515
TOTAL ACTIF	72 585 667	58 848 912

D.1.b Base générale de comptabilisation des actifs

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

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

D.1.c Immobilisations incorporelles significatives

La mutuelle ne détient aucune immobilisation incorporelle significative.

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

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

D.1.e Impôts différés actifs

Le total d'impôts différés actifs est estimé à 1 868 489 €.

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 3 856 K€ au 31/12/2023 en normes S1. Les provisions techniques détenues par la mutuelle sont composées de :

- PPAP Non-vie pour 3 690 K€
- PPAP Vie pour 166 K€.

Cette PPAP Vie intègre une partie de la provision relative aux contrats en désérence, pour un montant qui s'élève à 137 596 € au 31/12/2023.

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

BILAN PASSIF		
<i>(en K€)</i>	Comptes prudentiels	Comptes sociaux
1. Fonds propres et assimilés	59 495 460	48 904 511
Fonds propres de base	59 495 460	48 904 511
Passifs subordonnés	0	0
2. Provisions techniques santé	4 792 232	3 690 277
Meilleure estimation santé	4 516 822	3 690 277
Marge de risque santé	275 411	
3. Provisions techniques vie	207 721	166 155
Meilleure estimation vie	195 783	166 155
Marge de risque vie	11 938	
4. Dettes	6 066 004	5 884 665
Dettes nées d'opérations d'assurance et de réassurance	137 279	137 279
Dettes pour dépôts en espèces des cessionnaires	0	0
Provisions pour risques et charges	181 339	0
Autres dettes	5 747 386	5 747 386
5. Comptes de régularisation	2 024 250	203 304
Impôts différés passifs	2 024 250	0
Surcotes	0	203 304
Autres	0	0
TOTAL PASSIF	72 585 667	58 848 912

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).

La méthode de calcul retenue est celle de Chain Ladder. Ces projections sont ensuite actualisées à l'aide des taux publiés par l'EIOPA pour le 31/12/2023. La provision de gestion a été mise à jour avec le taux de frais de gestion des prestations observés au 31/12/2023 soit 8.25 % sur le portefeuille global Santé, et 7.98 % sur le portefeuille Vie.

Finalement, le Best Estimate de sinistres est évalué à 3 791 K€ en santé et 170 K€ en vie à la date de clôture de l'exercice. Ce montant est en hausse par rapport à l'année dernière. Cela s'explique par une croissance du secteur entreprises.

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 5.74 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		181 339 €
Dettes pour dépôts espèces des réassurateurs		
Imôts différés passifs		2 024 250 €
Produits dérivés		
Dettes envers les établissements de crédit	0 €	0 €
Dettes financières autres que celles envers les établissements de crédit		
Dettes nées d'opérations d'assurance	137 279 €	137 279 €
Dettes nées d'opérations de réassurance		
Autres dettes (non liées aux opérations d'assurances)	5 747 386 €	5 747 386 €
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 l'immeuble d'Oberkampf, nous retenons la valeur fiscale.

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. Étant donné la nature de l'organisme, la politique de gestion des fonds propres est simplifiée.

Conformément aux articles 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 = Éléments, 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 relèvent 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	59 495 K€	57 130 K€
Niveau 1 restreint		
Niveau 2		
Niveau 3		
Total	59 495 K€	57 130 K€

Au titre de l'exercice 2022, l'évaluation des fonds propres en normes Solvabilité II s'élève à 59 495 K€ contre 57 130 K€ l'exercice précédent. Les fonds propres en normes SII sont en hausse de 4.13 % entre les deux exercices.

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

Structure des fonds propres	Fonds propres N (en K€)	Fonds propres N-1 (en K€)	Niveau 1 - non restreint (en K€)	Niveau 1 - restreint (en K€)	Niveau 2 (en K€)	Niveau 3 (en K€)
Fonds propres de base						
Capital en actions ordinaires (brut des actions propres)						
Compte de primes d'émission lié au capital en actions ordinaires						
Fonds initial, cotisations des membres ou élément de fonds propres de base équivalent pour les mutuelles et les entreprises de type mutuelle	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	58 476 K€	56 111 K€	58 476 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	59 495 K€	57 130 K€	59 495 K€			

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

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

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

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

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

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	59 495 K€	57 130 K€
Total des fonds propres disponibles pour couvrir le minimum de capital requis	59 495 K€	57 130 K€
Total des fonds propres éligibles pour couvrir le capital de solvabilité requis	59 495 K€	57 130 K€
Total des fonds propres éligibles pour couvrir le minimum de capital requis	59 495 K€	57 130 K€
<i>Capital de solvabilité requis</i>	10 484 K€	13 242 K€
<i>Minimum de capital requis</i>	4 000 K€	4 000 K€
<i>Ratio fonds propres éligibles sur capital de solvabilité requis</i>	567 %	431 %
<i>Ratio fonds propres éligibles sur minimum de capital requis</i>	1 487 %	1 428 %

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, cela 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	9 961 799 €
SCR_{Market}	6 779 664 €
SCR_{Default}	2 530 380 €
SCR_{Life}	38 992 €
SCR_{Health}	4 263 763 €
SCR_{Non Life}	0 €
SCR_{Int}	0 €
<i>Effet de diversification</i>	<i>-3 650 959 €</i>
Adj	-153 738 €
SCR_{Op}	676 277 €
SCR global	10 484 338 €

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 31/12/2023 (6 779 K€ contre 10 046 K€) et porte la diminution du SCR global.
- ✓ La deuxième composante importante est toujours le SCR Santé qui atteint 4 263 K€. Il augmente par rapport à l'année passée (4 160 K€). Cela s'explique par la hausse des primes.
- ✓ Le SCR de contrepartie atteint 2 530 K€. Celui-ci baisse par rapport à l'an dernier (2 152 K€) en raison de la hausse du risque de type 1.
- ✓ Les SCR Opérationnel atteignent 676 K€, en légère hausse par rapport à l'année passée.

Finalement, le SCR global s'élève à 10 484 K€ après prise en compte de la diversification et de l'ajustement, soit une baisse de 20.83 % par rapport à l'an dernier. Cette baisse est portée majoritairement par le SCR de marché.

E.2.b Minimum de capital 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 du 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€.

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

	MCR 2023	MCR 2022
MCR Non-Vie	1 259 759 €	1 174 102 €
MCR Vie	5 552 €	5 079 €
MCR Linéaire	1 265 311 €	1 179 181 €
MCR Combiné	2 621 084 €	3 310 635 €
MCR	4 000 000 €	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

	Valeur Solvabilité II C0010
Actifs	
Immobilisations incorporelles	R0030
Actifs d'impôts différés	R0040 1 868 489,00
Excédent du régime de retraite	R0050
Immobilisations corporelles détenues pour usage propre	R0060 18 033 062,79
Investissements (autres qu'actifs en représentation de contrats en unités de compte et indexés)	R0070 48 647 470,42
Biens immobiliers (autres que détenus pour usage propre)	R0080 0,00
Détenions dans des entreprises liées, y compris participations	R0090 0,00
Actions	R0100 0,00
Actions – cotées	R0110 0,00
Actions – non cotées	R0120 0,00
Obligations	R0130 33 711 477,56
Obligations d'État	R0140 9 251 079,31
Obligations d'entreprise	R0150 24 460 398,25
Titres structurés	R0160 0,00
Titres garantis	R0170
Organismes de placement collectif	R0180 11 885 798,08
Produits dérivés	R0190
Dépôts autres que les équivalents de trésorerie	R0200 3 050 194,78
Autres investissements	R0210 0,00
Actifs en représentation de contrats en unités de compte et indexés	R0220
Prêts et prêts hypothécaires	R0230 0,00
Avances sur police	R0240 0,00
Prêts et prêts hypothécaires aux particuliers	R0250 0,00
Autres prêts et prêts hypothécaires	R0260 0,00
Montants recouvrables au titre des contrats de réassurance	R0270 0,00
Non-vie et santé similaire à la non-vie	R0280 0,00
Non-vie hors santé	R0290
Santé similaire à la non-vie	R0300 0,00
Vie et santé similaire à la vie, hors santé, UC et indexés	R0310 0,00
Santé similaire à la vie	R0320 0,00
Vie hors santé, UC et indexés	R0330 0,00
Vie UC et indexés	R0340
Dépôts auprès des cédantes	R0350
Créances nées d'opérations d'assurance et montants à recevoir d'intermédiaires	R0360 478 311,04
Créances nées d'opérations de réassurance	R0370 0,00
Autres créances (hors assurance)	R0380 538 397,84
Actions propres auto-détenues (directement)	R0390
Éléments de fonds propres ou fonds initial appelé(s), mais non encore payé(s)	R0400
Trésorerie et équivalents de trésorerie	R0410 2 951 421,26
Autres actifs non mentionnés dans les postes ci-dessus	R0420 68 514,98
Total de l'actif	R0500 72 585 667,33

		Valeur Solvabilité II
		C0010
Passifs		
Provisions techniques non-vie	R0510	4 792 232,26
Provisions techniques non-vie (hors santé)	R0520	
Provisions techniques calculées comme un tout	R0530	
Meilleure estimation	R0540	
Marge de risque	R0550	
Provisions techniques santé (similaire à la non-vie)	R0560	4 792 232,26
Provisions techniques calculées comme un tout	R0570	
Meilleure estimation	R0580	4 516 821,51
Marge de risque	R0590	275 410,75
Provisions techniques vie (hors UC et indexés)	R0600	207 721,00
Provisions techniques santé (similaire à la vie)	R0610	0,00
Provisions techniques calculées comme un tout	R0620	
Meilleure estimation	R0630	0,00
Marge de risque	R0640	0,00
Provisions techniques vie (hors santé, UC et indexés)	R0650	207 721,00
Provisions techniques calculées comme un tout	R0660	
Meilleure estimation	R0670	195 783,23
Marge de risque	R0680	11 937,78
Provisions techniques UC et indexés	R0690	
Provisions techniques calculées comme un tout	R0700	
Meilleure estimation	R0710	
Marge de risque	R0720	
Passifs éventuels	R0740	
Provisions autres que les provisions techniques	R0750	0,00
Provisions pour retraite	R0760	181 339,31
Dépôts des réassureurs	R0770	0,00
Passifs d'impôts différés	R0780	2 024 250,00
Produits dérivés	R0790	
Dettes envers des établissements de crédit	R0800	0,00
Dettes financières autres que celles envers les établissements de crédit	R0810	0,00
Dettes nées d'opérations d'assurance et montants dus aux intermédiaires	R0820	137 278,96
Dettes nées d'opérations de réassurance	R0830	0,00
Autres dettes (hors assurance)	R0840	5 747 385,86
Passifs subordonnés	R0850	0,00
Passifs subordonnés non inclus dans les fonds propres de base	R0860	0,00
Passifs subordonnés inclus dans les fonds propres de base	R0870	0,00
Autres dettes non mentionnées dans les postes ci-dessus	R0880	
Total du passif	R0900	13 090 207,39
Excédent d'actif sur passif	R1000	59 495 459,94

Annex I
S.12.01.01

Provisions techniques vie

	Assurance avec participation aux bénéfices	Assurance indexée et en unités de compte		Autres assurances vie			Reventes découlant des contrats d'assurance non-vie et	Réassurance acceptée	Total (vie hors santé, y compris UC)	Assurance santé (assurance directe)		Reventes découlant des contrats d'assurance non-vie et	Réassurance santé (réassurance acceptée)	Total (santé similaire à la vie)		
		Contrats sans options ni garanties	Contrats avec options ou garanties	Contrats sans options ni garanties	Contrats avec options ou garanties	Contrats sans options ni garanties				Contrats avec options ou garanties						
	C0020	C0030	C0040	C0050	C0060	C0070	C0080	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					195 783,23				195 783,23		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					195 783,23				195 783,23		0,00				0,00
Marge de risque	R0100				11 937,78					11 937,78	0,00					0,00
Montant de la déduction transitoire sur les provisions techniques																
Provisions techniques calculées comme un tout	R0110															
Meilleure estimation	R0120					195 783,23				195 783,23		0,00				0,00
Marge de risque	R0130					11 937,78				11 937,78	0,00					0,00
Provisions techniques – Total	R0200					207 721,00				207 721,00	0,00					0,00

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, appelables sur demande
Engagements juridiquement contraignants de souscrire et de payer des passifs subordonnés sur demande
Lettres de crédit et garanties relevant de l'article 96, paragraphe 2, de la directive 2009/138/CE
Lettres de crédit et garanties ne relevant pas de l'article 96, paragraphe 2, de la directive 2009/138/CE
Rappels de cotisations en vertu de l'article 96, point 3, de la directive 2009/138/CE
Rappels de cotisations ne relevant pas de l'article 96, paragraphe 3, de la directive 2009/138/CE
Autres fonds propres auxiliaires

Total fonds propres auxiliaires

Fonds propres éligibles et disponibles

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

Capital de solvabilité requis

Minimum de capital requis

Ratio fonds propres éligibles sur capital de solvabilité requis

Ratio fonds propres éligibles sur minimum de capital requis

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

Total bénéfices attendus inclus dans les primes futures (EPIFP)

	Total	Niveau 1 – non restreint	Niveau 1 – restreint	Niveau 2	Niveau 3
	C0010	C0020	C0030	C0040	C0050
R0010					
R0030					
R0040	56 959 379,00	56 959 379,00			
R0050					
R0070					
R0090					
R0110					
R0130	2 536 080,94	2 536 080,94			
R0140	0,00				
R0160					
R0180					
R0220					
R0230					
R0290	59 495 459,94	59 495 459,94			
R0300					
R0310					
R0320					
R0330					
R0340					
R0350					
R0360					
R0370					
R0390					
R0400					
R0500	59 495 459,94	59 495 459,94			
R0510	59 495 459,94	59 495 459,94			
R0540	59 495 459,94	59 495 459,94		0,00	
R0550	59 495 459,94	59 495 459,94		0,00	
R0580	10 484 337,71				
R0600	4 000 000,00				
R0620	567,47%				
R0640	1487,39%				

	C0060
R0700	59 495 459,94
R0710	
R0720	
R0730	56 959 379,00
R0740	
R0760	2 536 080,94
R0770	-31 024,30
R0780	-857 542,88
R0790	-888 567,18

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 6 779 664,44		
Risque de défaut de la contrepartie	R0020 2 530 379,94		
Risque de souscription en vie	R0030 38 991,65		
Risque de souscription en santé	R0040 4 263 721,68		
Risque de souscription en non-vie	R0050		
Diversification	R0060 -3 650 959,19		
Risque lié aux immobilisations incorporelles	R0070		
Capital de solvabilité requis de base	R0100 9 961 798,52		

Calcul du capital de solvabilité requis

	C0100
Risque opérationnel	R0130 676 277,19
Capacité d'absorption des pertes des provisions techniques	R0140
Capacité d'absorption de pertes des impôts différés	R0150 -153 738,00
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 10 484 337,71
Exigences de capital supplémentaire déjà définies	R0210
Capital de solvabilité requis	R0220 10 484 337,71
Autres informations sur le SCR	
Capital requis pour le sous-module risque sur actions fondé sur la durée	R0400
Total du capital de solvabilité requis notionnel pour la part restante	R0410
Total du capital de solvabilité requis notionnel pour les fonds cantonnés	R0420
Total du capital de solvabilité requis notionnel pour les portefeuilles sous ajustement égalisateur	R0430
Effets de diversification dus à l'agrégation des nSCR des FC selon l'article 304	R0440

Annex I

S.28.02.01

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

	Activités en non-vie	Activités en vie
	Résultat MCR(NL,NL)	Résultat MCR(NL,NL)
	C0010	C0020
Terme de la formule linéaire pour les engagements d’assurance et de	R0010	1 259 759,54

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

	Activités en non-vie	Activités en vie		
	Meilleure estimation et PT calculées comme un tout, nettes (de la réassurance / des véhicules de titrisation)	Primes émises au cours des 12 derniers mois, nettes (de la réassurance)	Meilleure estimation et PT calculées comme un tout, nettes (de la réassurance / des véhicules de titrisation)	Primes émises au cours des 12 derniers mois, nettes (de la réassurance)
	C0030	C0040	C0050	C0060
R0020	4 516 821,51	22 286 573,00		
R0030	0,00	0,00		
R0040				
R0050				
R0060				
R0070				
R0080				
R0090				
R0100				
R0110				
R0120				
R0130				
R0140				
R0150				
R0160				
R0170				

	Activités en non-vie		Activités en vie	
	Résultat MCR(L,NL)		Résultat MCR(L,I)	
	C0070	C0080		
Terme de la formule linéaire pour les engagements d'assurance et de réassurance vie	R0200		5 552,04	

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

	Activités en non-vie		Activités en vie	
	Meilleure estimation et PT calculées comme un tout, nettes (de la réassurance / des véhicules de titrisation)	Montant total du capital sous risque net (de la réassurance/ des véhicules de titrisation)	Meilleure estimation et PT calculées comme un tout, nettes (de la réassurance / des véhicules de titrisation)	Montant total du capital sous risque net (de la réassurance/ des véhicules de titrisation)
	C0090	C0100	C0110	C0120
R0210				
R0220				
R0230				
R0240			195 783,23	
R0250				2 057 994,18

Calcul du MCR global

	C0130
MCR linéaire	R0300 1 265 311,59
Capital de solvabilité requis	R0310 10 484 337,71
Plafond du MCR	R0320 4 717 951,97
Plancher du MCR	R0330 2 621 084,43
MCR combiné	R0340 2 621 084,43
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 no Activités en non-vie Activités en vie

	C0140	C0150
Montant notionnel du MCR linéaire	R0500 1 259 759,54	5 552,04
Montant notionnel du SCR hors capital supplémentaire (calcul annuel ou dernier calcul)	R0510 10 438 333,63	46 004,08
Plafond du montant notionnel du MCR	R0520 4 697 250,13	20 701,84
Plancher du montant notionnel du MCR	R0530 2 609 583,41	11 501,02
Montant notionnel du MCR combiné	R0540 2 609 583,41	11 501,02
Seuil plancher absolu du montant notionnel du MCR	R0550 2 700 000,00	1 300 000,00
Montant notionnel du MCR	R0560 2 700 000,00	1 300 000,00