



Rapport sur la solvabilité et la situation financière - Exercice 2022

Version n°1

7 avril 2023

N°SIREN 776 950 537

Rapport établi en application de la directive 2009/138/CE du parlement européen, du règlement délégué 2015/35 de la commission, des notices solvabilité 2 de l'ACPR, du règlement d'exécution 2015/2450 de la commission européenne.

Table des matières

Table des matières.....	2
A. Activité et résultats	5
A.1. Activité.....	5
A.2. Résultats de souscription.....	5
A.3. Résultats des investissements.....	5
A.4. Résultats des autres activités	5
A.5. Autres informations	5
B. Système de gouvernance.....	6
B.1. Informations générales sur le système de gouvernance	6
B.1.a L'Assemblée Générale.....	6
B.1.b le Conseil d'Administration	9
B.1.c Bureau et comités	10
B.1.d Le Président du Conseil d'Administration.....	12
B.1.e Direction effective.....	12
B.1.f Responsables fonctions clés	14
B.2. Exigences de compétences et d'honorabilité.....	16
B.2.a Procédure concernant les dirigeants salariés et responsables de fonctions clefs.....	16
B.2.b Pour les autres salariés.....	17
B.2.c Procédure concernant les élus	18
B.3. Système de gestion des risques, y compris l'évaluation interne des risques et de la solvabilité.....	19
B.4. Système de contrôle interne	20
B.4.a Présentation générale	20
B.4.b Le contrôle permanent	21
B.4.c Le risque de conformité.....	21
B.5. Fonction d'audit interne	22
B.6. Fonction actuarielle	22
B.7. Sous-traitance	23
B.7.a Procédure de sélection.....	23
B.7.b Demande de pièces complémentaires concernant les personnes physiques et morales.....	24
C. Profil de risque.....	25

C.1. Risque de souscription.....	25
C.1.a Appréhension du risque de souscription au sein de la Mutuelle	25
C.1.b Mesure du risque de souscription et risques majeurs.....	25
C.1.c Maitrise du risque de souscription	25
C.2. Risque de marché.....	27
C.2.a Appréhension du risque de marché au sein de la Mutuelle	27
C.2.b Mesure du risque de marché et risques majeurs	27
C.2.c Maitrise du risque de marché.....	28
C.3. Risque de crédit.....	28
C.3.a Appréhension du risque de crédit au sein de la Mutuelle	28
C.3.b Mesure du risque de crédit et risques majeurs	28
C.4. Risque de liquidité.....	29
C.4.a Appréhension du risque de liquidité au sein de la Mutuelle.....	29
C.4.b Mesure du risque de liquidité et risques majeurs	29
C.4.c Maitrise du risque de liquidité.....	30
C.5. Risque opérationnel.....	30
C.5.a. Commercialisation des produits	30
C.5.b. Gestion des adhésions	31
C.5.c. Gestion des cotisations	32
C.5.d. Gestion des prestations	33
C.5.e. Intermédiation.....	34
C.5.f. Système d'information.....	34
C.5.g. Risques sociaux	35
C.5.h. Risques juridiques divers	35
D. Valorisation à des fins de solvabilité.....	36
D.1. Actifs.....	36
D.1.a Les placements immobiliers	36
D.1.b Les placements de taux.....	36
D.1.c Les fonds d'investissements	36
D.1.d Les actions	36
D.1.e Les autres placements.....	36
D.1.f Les actifs incorporels	37
D.1.g Les autres créances et la trésorerie	37

D.1.h Les impôts différés actifs.....	37
D.2. Provisions techniques.....	37
D.2.a Les provisions techniques sociales	37
D.2.b Les provisions techniques prudentielles.....	38
D.3. Autres passifs.....	41
D.3.a Les impôts différés passifs.....	41
D.3.b Les autres dettes.....	41
D.4. Méthode de valorisation alternatives.....	42
D.5. Autres informations.....	42
E. Gestion du capital.....	42
E.1. Fonds propres	42
E.2. Capital de solvabilité requis et minimum de capital requis.....	44
E.2.a Le risque de marché	44
E.2.b Le risque de souscription santé.....	47
E.2.c Le risque de souscription vie	49
E.2.d Le risque de contrepartie.....	50
E.2.e Le SCR de base	50
E.2.f Le risque opérationnel.....	51
E.2.g L'ajustement pour impôts différés.....	51
E.2.h Les exigences de capital.....	51
E.3. Utilisation du sous-module « risque sur actions » fondé sur la durée dans le calcul du capital de solvabilité requis.....	52
E.4. Différences entre la formule standard et tout modèle interne utilisée	52
E.5. Non-respect du minimum de capital requis et non-respect du capital de solvabilité requis	53
F. ANNEXES - Etats publics 2022	53

A. Activité et résultats

A.1. Activité

La hausse de consommation, quoique continue, a fortement ralenti par rapport à celle de 2021. Elle s'est vue en partie compensée par une hausse tarifaire légèrement supérieure à l'inflation n'ayant pas d'impact sur la stabilité de notre portefeuille.

Les frais généraux ont augmenté en proportion de l'inflation, en tenant compte d'un réalignement salarial et en intégrant des efforts de sécurisation du système d'information.

A.2. Résultats de souscription

(en K€)	2022	2021	Evolution
Cotisations émises	53 723	51 214	+ 4.90%
Cotisations cédées			
Prestations et frais payés	-50 314	-48 870	+ 2.95%
Prestations cédées			
Frais de gestion	-2 040	-1 635	+ 24.77%
Commission de réassurance			
Autres	0		0%
Solde de souscription	+1 369	+709	+ 93.09%

A.3. Résultats des investissements

(En K€)	Valeur de marché	Produits	Charges	Résultat des investissements	
				2022	2021
	19 844	1 954	-367	+1 587	-3 230
Total	19 844	1 954	-367	+1 587	-3 230

A.4. Résultats des autres activités

La convention de délégation de gestion a poursuivi ses.

A.5. Autres informations

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

B. Système de gouvernance

B.1. Informations générales sur le système de gouvernance

B.1.a L'Assemblée Générale

Les Membres participants et les Membres honoraires sont répartis en collèges et en sections qui élisent et/ou désignent leurs Délégués, ces derniers composant l'Assemblée Générale de la Mutuelle.

L'Assemblée Générale est constituée de trois collèges répartis par opérations individuelles et par opérations collectives et en fonction de la qualité des Membres, participants ou honoraires :

- Le collège « contrats individuels » composé de Membres participants de la Mutuelle adhérant à un ou des Règlements Mutualistes ;
- Le collège « contrats collectifs Membres honoraires » composé de Membres honoraires, souscripteurs d'un ou de plusieurs contrats collectifs à adhésion obligatoire ou à adhésion facultative;
- Le collège « contrats collectifs Membres participants » composé de Membres participants adhérant, à titre obligatoire ou à titre facultatif, à un ou plusieurs contrats collectifs.

Les sections sont composées respectivement selon les cas, des Membres participants ou des Membres honoraires qui leur sont rattachés sur la base du critère de leur département de résidence, répartis en fonction des trois (3) collèges, définis à l'article 12.1. des Statuts de la Mutuelle.

Les membres de la Mutuelle à prendre en considération pour la composition des sections sont ceux inscrits à l'effectif au premier (1er) mars de l'année de l'élection des délégués.

La Mutuelle comprend cinq (5) sections.

Trois (3) sections de vote du collège « contrats individuels »

Ce collège comprend trois (3) sections de vote organisées géographiquement :

- Section 1 : Haute-Garonne ;
- Section 2 : Autres départements d'Occitanie (Ariège, Aude, Aveyron, Gard, Gers, Hérault, Lot, Lozère, Hautes-Pyrénées, Pyrénées Orientales, Tarn, Tarn-et-Garonne) ;
- Section 3 : Autres départements français, hors Occitanie

Deux (2) sections des collèges « contrats collectifs Membres honoraires » et « Contrats collectifs Membres participants »

Chaque collège est constitué d'une section unique permettant d'effectuer la désignation des candidats au poste de délégué de chacune des deux sections qui sont organisées en fonction de la qualité des Membres :

- Section 4 : Membres honoraires, souscripteurs d'un contrat collectif à adhésion obligatoire ou facultative ;
- Section 5 : Membres participants, affiliés à un contrat collectif à adhésion obligatoire ou facultative souscrit par un Membre honoraire.

Chaque Membre dispose d'une voix pour l'élection des délégués.

Lorsqu'un Membre participant adhère tout à la fois à un règlement mutualiste et à un contrat collectif, ce sera sa qualité de Membre participant à titre individuel qui prévaudra. Il sera alors recensé dans le collège « contrats individuels ».

En revanche, lorsqu'un Membre participant est affilié à plus d'un contrat collectif ou lorsqu'un Membre honoraire souscrit plusieurs contrats collectifs, ils n'acquièrent chacun qu'un seul droit de vote.

En cas de création de nouvelles sections de vote, le Conseil d'Administration fixe les modalités transitoires de la représentation de ces sections de vote jusqu'au prochain renouvellement de l'Assemblée Générale.

Pour le collège « contrats individuels », chaque section élit :

- un (1) délégué pour un nombre de Membres participants de la section compris entre un (1) et cinq cents (500) Membres participants ;
- un (1) délégué au-delà de cinq cents (500) Membres participants de la section jusqu'à mille (1 000) Membres participants ;
- un (1) délégué supplémentaire par tranche entière de mille (1 000) Membres participants de la section au-delà de mille (1 000) Membres participants.

Les délégués de ces collèges sont représentés par des personnes physiques qui justifient de la capacité légale de les engager.

Les délégués sont désignés en fonction du nombre d'années d'adhésion à la Mutuelle du Membre honoraire qu'ils représentent et ce, par ordre décroissant d'années d'adhésion.

Est désigné en qualité de délégué, le représentant du Membre honoraire qui dispose du plus grand nombre d'années d'adhésion.

Dans l'hypothèse d'un nombre d'années d'adhésion identique entre deux ou plusieurs Membres honoraires, pour les départager, il sera retenu celui présentant le nombre le plus élevé par ordre décroissant de Membres participants, affiliés à la Mutuelle.

Le collège « contrat collectif Membres honoraires » comprend une seule section au titre de laquelle les Membres honoraires la composant se portent candidat pour la désignation à la fonction de délégué.

Le Conseil d'Administration procède à la désignation des délégués à raison de :

- Trois (3) délégués pour un nombre de Membres honoraires de la section compris entre un (1) et cinq cents (500) Membres honoraires ;
- un (1) délégué supplémentaire par tranche entière de deux mille cinq cents (2 500) Membres honoraires de la section au-delà de cinq cents (500) Membres honoraires.

Les délégués du collège « Contrats collectifs Membres participants » sont représentés par des personnes physiques qui sont affiliées à un contrat collectif.

Les délégués sont désignés en fonction du nombre d'années d'adhésion à la Mutuelle du Membre honoraire auquel ils sont rattachés et ce, par ordre décroissant d'années d'adhésion.

Est désigné en qualité de délégué, le Membre participant d'un contrat collectif dont le Membre honoraire dispose du plus grand nombre d'années d'adhésion.

Dans l'hypothèse d'un nombre d'années d'adhésion identique des Membres honoraires, pour départager les Membres participants qui y sont affiliés, il sera retenu celui le plus âgé.

Le collège « contrats collectifs Membres participants » comprend une seule section au titre de laquelle les Membres participant la composant se portent candidat pour la désignation à la fonction de délégué.

Le Conseil d'Administration procède à la désignation des délégués à raison de :

- Trois (3) délégués pour un nombre de Membres participants de la section compris entre un (1) et cinq cents (500) Membres participants ;
- un (1) délégué supplémentaire par tranche entière de deux mille cinq cents (2 500) Membres participants de la section au-delà de cinq cents (500) Membres participants.

Pour être candidat à la fonction de délégué du collège « contrat individuel » et du collège « Contrats collectifs Membres participants », tout Membre participant doit être âgé d'au moins dix-huit (18) ans au jour du renouvellement des délégués, jouir de l'ensemble de ses droits civiques et être à jour du paiement de ses cotisations.

Pour être candidat à la fonction de délégué du collège « contrat individuel » du collège « Contrats collectifs Membres honoraires », tout Membre honoraire est représenté par une personne physique devant justifier de sa qualité de représentant légal de la personne morale souscriptrice. Ce représentant légal peut également être amené à désigner une autre personne physique mandatée par lui, pouvant représenter la personne morale souscriptrice.

Conformément aux dispositions du Code de la Mutualité, les délégués titulaires et les délégués suppléants de la section « contrat individuel » sont élus parmi les Membres participants qui composent les sections 1, 2 et 3.

Les délégués titulaires et les délégués suppléants des collèges « contrats collectifs Membres honoraires » et « contrats collectifs Membres participants » sont désignés parmi les Membres honoraires et les Membres participants composant les sections 4 et 5.

Dans chaque section, les Membres participants et les Membres honoraires élisent ou désignent parmi eux un (1) ou des délégués titulaire(s) et un (1) ou des délégués suppléant(s).

Les modalités électorales sont précisées dans un règlement de vote arrêté par le Conseil d'Administration. Les modalités retenues doivent garantir le secret et la liberté du vote ainsi que la sincérité des opérations électorales.

Les délégués sont élus ou désignés pour six (6) ans.

Toutefois, leurs fonctions cessent de plein droit lorsqu'ils perdent la qualité de Membre participant ou Membre honoraire de la Mutuelle.

Conformément à l'article 20 des Statuts, l'Assemblée Générale approuve les comptes, nomme les administrateurs, vote les modifications de Statuts, et plus généralement autorise les évolutions majeures de la Mutuelle.

B.1.b le Conseil d'Administration

Pour être éligibles au Conseil d'Administration, les membres doivent :

- être âgés de dix-huit (18) ans révolus à la date de l'élection,
- compter au moins trois (3) ans d'adhésion à la Mutuelle, que ce soit au titre d'une adhésion individuelle ou au titre d'une adhésion à un contrat collectif, sauf dérogation exceptionnelle accordée par l'Assemblée Générale,
- ne pas exercer, ou avoir exercé de fonctions de salariés au sein de la Mutuelle au cours des trois (3) années précédant l'élection,
- n'avoir fait l'objet d'aucune condamnation dans les conditions énumérées à l'article L.114-21 du Code de la Mutualité,
- ne pas appartenir simultanément à plus de cinq (5) Conseils d'Administration d'Unions ou de Fédérations ;
- disposer de l'honorabilité, de la compétence et de l'expérience nécessaire.

Composition

La Mutuelle est administrée par un Conseil composé de 12 membres au moins et de 18 membres au plus sans que le nombre de membre ne soit inférieur à 10. Les membres du Conseil sont élus parmi les Membres participants et honoraires à jour de leurs cotisations.

Les Membres participants représentent au moins les deux tiers des membres du Conseil d'Administration.

Le Conseil d'Administration ne peut être composé pour plus de la moitié d'Administrateurs exerçant des fonctions d'Administrateurs, Dirigeants ou d'associés dans une personne morale de droit privé à but lucratif appartenant au même groupe au sens de l'article L.212-7 du Code de la Mutualité.

Au 31 décembre 2022, quatorze (14) administrateurs siègent au Conseil. L'administration de la Mutuelle est plus particulièrement décrite dans le Titre IV des Statuts qui précise la composition du Conseil, les conditions d'éligibilité et de limite d'âge, les modalités d'élection des administrateurs, la durée de leur mandat, les dispositions en cas de vacance, leurs missions et fonctions, leur statut et leurs responsabilités, ainsi que l'organisation des réunions du Conseil, ses délibérations, la représentation des salariés en son sein, ses attributions, le statut de dirigeant salarié et enfin l'élection du Président, ses missions et les mesures en cas de vacance.

Concernant la représentation des salariés au Conseil d'Administration, conformément aux dispositions du Code de la mutualité (article L114-16-2), deux (2) représentants des salariés élus dans les conditions fixées par l'article 32 des Statuts de la Mutuelle, et le Règlement en vue des élections des représentants des salariés au Conseil d'Administration de la Mutuelle assistent avec voix consultative aux séances du Conseil d'Administration.

Le nombre de membres du Conseil d'Administration ayant dépassé la limite d'âge fixée à 70 ans, ne peut excéder le tiers (1/3) des membres du Conseil d'Administration.

Les administrateurs participent à des formations au cours de leur mandat visant à les faire monter en compétence mutualiste pour un meilleur exercice de leur mission.

La liste des mandats des administrateurs est actualisée et jointe au rapport de gestion.

Aucune convention réglementée ne lie les administrateurs à la Mutuelle du Rempart.

Mission et rôle

Le Conseil d'Administration détermine les orientations de la Mutuelle et leur application. Il opère les vérifications et contrôles qu'il juge opportuns et se saisit de toute question intéressant la bonne marche de l'organisme.

Le Conseil d'Administration élit parmi ses membres un Président qui est élu en qualité de personne physique.

A la clôture de chaque exercice, le Conseil d'Administration arrête les comptes annuels et établit un rapport de gestion qui est présenté à l'Assemblée Générale, dans lequel il rend compte notamment de l'ensemble des éléments mentionnés à l'article L 114-17 du Code de la Mutualité. Il établit aussi le rapport régulier à l'ACPR puis adopte le rapport prévisionnel de l'exercice suivant.

Plus généralement, le Conseil d'Administration dispose pour l'administration et la gestion de la Mutuelle de tous les pouvoirs qui ne sont pas expressément réservés à l'Assemblée Générale par le Code de la Mutualité et les Statuts.

Nombre de réunions

Le Conseil d'Administration se réunit sur convocation du Président au moins trois (3) fois par an. En 2022, le Conseil s'est réuni neuf (9) fois.

B.1.c Bureau et comités

Comme le Code de la Mutualité l'autorise et comme les règles de bonne gouvernance le requièrent, le Conseil d'Administration a voté la création d'un (1) Bureau et de sept (7) comités, (six (6) comités permanents & un (1) comité ponctuel.

Bureau

Le Bureau se compose d'un (1) Président, et d'au moins deux (2) Vice-Présidents, d'un (1) Trésorier, d'un (1) Trésorier-Adjoint, d'un (1) Secrétaire et d'un (1) Secrétaire-Adjoint.

Le rôle du bureau consiste à la préparation des délibérations du Conseil d'Administration.

Comités

Ces comités composés d'administrateurs reçoivent le mandat de préparer les décisions importantes du

Conseil, par un examen détaillé des sujets auxquels ils sont dédiés.

En application de l'article 45 des Statuts, les missions des comités ainsi que l'organisation et leurs participants sont décrits dans le Règlement Intérieur du Conseil d'Administration.

Les comités suivants ont été mis en place de façon pérenne au sein de la Mutuelle du Rempart :

- un comité d'Audit et Risques chargé d'examiner les comptes avant leur soumission au Conseil, de suivre le travail de l'audit interne, de participer au processus de désignation du Commissaire aux Comptes (Cabinet DELOITTE & Associés, Cabinet EXCO), d'évaluer le fonctionnement du Conseil d'Administration et de ses différents organes, de proposer au Conseil d'Administration un rapport sur la définition et l'application des règles de contrôle interne;
- un comité des Placements, proposant au Conseil une stratégie d'allocation d'actifs induisant les perspectives de performance, de volatilité et de liquidité des placements en fonction du budget prévisionnel annuel, de la situation des réserves et de la conjoncture financière. Il en assure le suivi régulier. Il soumet cette stratégie au Conseil d'Administration et le tient régulièrement informé, le cas échéant, des actions correctives à y apporter ;
- un comité de Conformité Juridique, en charge de l'examen de toutes les questions portant sur l'évolution réglementaire et ses conséquences sur le Statuts et l'activité de la Mutuelle, de préparer les modifications statutaires et réglementaires de la Mutuelle, de tout litige opposant la Mutuelle à un de ses membres qui n'aurait pas permis d'être résolu dans le cadre du processus de réclamation, de la conception et du suivi de la politique de gouvernance et de surveillance des produits de la Mutuelle, telle qu'elle aura été validée par le Conseil d'Administration ;
- un comité des Rémunérations, définissant le cadre de la politique salariale et sociale de la Mutuelle. Il s'assure que la ou les formes de rémunération dont bénéficient les collaborateurs du réseau de distribution des produits de la Mutuelle, respecte les exigences posées la Directive n°2016/97 du 20 janvier 2016 sur la distribution d'assurances. Il identifie à ce titre les situations susceptibles de générer des conflits d'intérêts au sens de la Directive précitée et veille au respect du dispositif mis en place au sein de la Mutuelle pour les éviter ;
- un comité du Fonds Social, décide de l'allocation de secours exceptionnel au profit de Membres participants en difficulté. Chaque dossier est instruit par un collaborateur de la Mutuelle qui le soumet au comité de Fonds Social en présentant la demande, les pièces justificatives à l'appui de la demande ainsi que la ou les solutions préconisées ;
- un comité Marketing et Commercial initiant ou entérinant les actions promotionnelles lancées par la Direction dans un objectif de conquête de nouveaux adhérents ou de fidélisation des anciens. Ce comité suit également les actions d'information et de communication institutionnelle de la Mutuelle.

En complément de ces comités pérennes, un comité Fusion et Partenariats existe de manière ponctuelle, sa mission consiste à étudier et proposer au Conseil d'Administration des opportunités de partenariats avec d'autres organismes quels qu'ils soient et à en étudier la faisabilité.

Tous ces comités ont pu se réunir aussi souvent que nécessaire. Ainsi, dix (10) d'entre eux ont pu se tenir, dont quatre (4) par le comité d'Audit pendant l'année 2022.

A l'exception du comité d'Audit et Risques, le Président est membre de droit de chacun de ces comités qui sont composés d'au moins quatre (4) administrateurs. Le Directeur Général peut quant à lui être auditionné par ces comités, ainsi que les Fonctions clés de la Mutuelle. Enfin, les comités peuvent demander l'assistance technique de personnes qualifiées extérieures à la Mutuelle, et créer des groupes de travail dont ils ont la responsabilité.

B.1.d Le Président du Conseil d'Administration

Le Président est élu par le Conseil d'Administration pour une durée de trois (3) ans, parmi ses membres ayant plus de trois (3) ans d'ancienneté au sein du Conseil d'Administration.

Missions

Le Président du Conseil d'Administration représente la Mutuelle en justice et dans tous les actes de la vie civile. Il peut ainsi décider de tous actes d'administration dans l'intérêt de la Mutuelle.

Il convoque le Conseil d'Administration et établit l'ordre du jour des réunions avec l'appui du Bureau. Il organise et dirige les travaux du Conseil d'Administration dont il rend compte à l'Assemblée Générale.

Il veille au bon fonctionnement des organes de la Mutuelle et s'assure en particulier que les administrateurs sont en mesure de remplir les attributions qui leur sont confiées.

Il donne avis aux Commissaires aux Comptes de toutes les conventions autorisées.

En aucun cas, le Président ne peut déléguer des attributions qui lui sont spécialement attribuées par la loi.

B.1.e Direction effective

La Direction effective de la Mutuelle est assurée par le Président du Conseil d'Administration et le Directeur Général, ayant aussi le titre administratif de dirigeant opérationnel.

Le Directeur Général met à disposition du Conseil les moyens lui permettant :

- de mener à bien les réflexions des administrateurs sur les objectifs,
- d'arrêter des décisions politiques, stratégiques, budgétaires, de placements et d'investissements,
- de rechercher d'une manière générale tous les éléments qui permettent d'orienter de façon déterminante le moyen et le long terme de toutes les activités de la Mutuelle, afin d'assurer la défense et la promotion de la Mutuelle du Rempart.

A cette fin, il participe aux réunions des instances statutaires de la Mutuelle (Conseils, Comités, Assemblées Générales) ou autres, chaque fois que sa présence est jugée nécessaire à l'exercice de ses fonctions.

Il œuvre constamment en concertation et coopération avec le Président et les administrateurs de la Mutuelle. La règle dite des « 4 yeux » issue de la Directive Solvabilité II est ainsi appliquée au travers de la fréquence et la transparence des échanges entre le Président et le Directeur Général.

Il applique les décisions politiques et stratégiques prises par le Conseil d'Administration.

Il propose au Conseil d'Administration, sous forme de programmes d'actions et de plans, la stratégie et les moyens à mettre en œuvre pour atteindre les objectifs fixés.

Le Directeur Général est responsable :

- de l'organisation administrative,
- du personnel dont il assure le management et coordonne les actions.

En tant que responsable de la gestion de l'organisme :

- il suit l'évolution des activités,
- il met en place un contrôle des différentes opérations,
- il procède à des analyses de situations,
- il effectue si nécessaire les corrections utiles dans le cadre de ses prérogatives, ou demande au Conseil de procéder à un réajustement des stratégies fixées.

Il rassemble les informations nécessaires à la préparation des budgets qui sont soumis au Conseil d'Administration.

Il rend compte régulièrement des résultats au Président.

Il assume et rend compte de ses délégations reçues, selon les domaines, du Conseil d'Administration et du Président, et ce, conformément aux dispositions statutaires. Il peut recevoir en particulier délégation de signer tous actes et documents administratifs et financiers relatifs à ses missions, en application des décisions du Conseil d'Administration. Il représente la Mutuelle dans ses relations ordinaires avec les administrations, les organismes extérieurs, les créanciers, etc.

Le Directeur Général est partie prenante dans le plan de développement mis en œuvre par la Mutuelle, notamment par la recherche constante de nouveaux adhérents, conformément au Code de la Mutualité et à l'éthique professionnelle.

Il maintient des relations avec l'environnement institutionnel (administration, organismes sociaux, etc.) et stratégiques (presse...). Il est à ce titre Administrateur de la Chambre Régionale d'Economie Sociale et Solidaire Occitanie.

Il assure les représentations extérieures sur mandat des responsables.

Il entretient les liens avec les divers organismes mutualistes fédéraux.

Il veille à la promotion et à l'image de la Mutuelle. Dans ce cadre, il recherche et propose notamment :

- Les moyens d'adapter la Mutuelle aux besoins de ses adhérents,
- Les études et les actions de promotion de produits ou de services nouveaux décidés par le Conseil,
- Les campagnes de prévention, de promotion de la santé et de la protection sociale.

Au plan de la production, il organise les services dans le but :

- De maîtriser la productivité,
- D'en assurer la fiabilité,
- De garantir la qualité du service aux adhérents,
- De garantir les meilleurs résultats économiques.

Au plan de la gestion administrative et financière :

- Il propose à l'approbation du Conseil les budgets et la politique de placements et d'investissement. Il est responsable de leur exécution.
- Il met en œuvre les procédures et les moyens nécessaires à la bonne marche de la Mutuelle. Il est responsable de leur bonne exécution.
- Il ne peut cumuler les pouvoirs d'ordonnateur et de payeur.
- D'une manière générale, il veille au respect de toutes les formalités exigées par la législation et la réglementation en vigueur.

Au plan des ressources humaines :

- Dans le respect des dispositions conventionnelles applicables aux différentes catégories de salariés et de la politique de ressources humaines arrêtée par le Conseil d'Administration, il a pleine et entière autorité sur l'ensemble du personnel qu'il gère dans un esprit d'efficacité, en promouvant la motivation et la délégation,
- Il est seul à lui donner des ordres et à le contrôler,
- Il procède au recrutement et au licenciement du personnel (employés, techniciens et agents de direction, cadres, et pour ces derniers en concertation avec le Président),
- Il s'assure de façon permanente de la qualité de ses personnels, en fonction des évolutions de leurs tâches et missions,
- Il met en place, en fonction de l'évolution générale de l'organisation et des besoins du personnel, le plan de formation dont il suit l'évolution,
- Il est responsable de l'application de la législation du travail et des accords conventionnels dans la Mutuelle. Il réunit les représentants du personnel au travers du Comité Social et Economique.

B.1.f Responsables fonctions clés

Désignation des responsables des fonctions clés

L'article L 211-13 du code de la mutualité prévoit la désignation par les mutuelles, en leur sein, de la personne responsable de chacune des fonctions clés.

- La fonction de vérification de la conformité a pour mission principale de veiller au respect par la mutuelle de la réglementation relative aux activités d'assurance. Son responsable élabore une politique de conformité et un plan de conformité. Cette fonction doit également jouer un rôle de conseil auprès des organes dirigeants et de surveillance quant au risque de non-conformité résultant d'éventuels changements de l'environnement juridique en s'assurant que les implications qui en découlent pour l'organisme soient identifiées.
- La fonction de gestion des risques, au travers du système de gestion des risques qu'elle anime, vise à déceler, mesurer, contrôler, gérer et déclarer en permanence les risques

auxquels est soumise la mutuelle. Le système de gestion des risques couvre l'ensemble des risques significatifs pour la mutuelle, puisque sont couverts la souscription, le provisionnement, la gestion actif-passif, les risques liés aux placements, le risque opérationnel ainsi que la réassurance et les autres techniques d'atténuation du risque. En cas de recours à un modèle interne, la majeure partie de la conception, du pilotage et de la maintenance du modèle revient à la fonction de gestion des risques. Enfin, cette fonction aide le Conseil d'Administration et lui rend compte en matière de gestion des risques.

- La fonction actuarielle doit permettre d'analyser la cohérence, les forces et les faiblesses (ou points d'incertitude) du pilotage technique de la mutuelle dans toutes ses dimensions (tarification, souscription, provisionnement, réassurance). Ces analyses sont communiquées au moins annuellement au Conseil d'Administration sous la forme d'un ou plusieurs rapports actuariels.
- La fonction audit interne a pour mission d'évaluer l'adéquation et l'efficacité de l'ensemble du système de contrôle interne. Il communique au Conseil d'Administration son plan d'audit et lui soumet au moins une fois par an un rapport écrit avec ses constatations, ses recommandations et l'état d'avancement des plans d'action visant à répondre à celles-ci.

Ainsi, le dirigeant opérationnel de la Mutuelle du Rempart pour ce qui est de ses salariés, d'un commun accord avec le Président, pour ce qui est des élus, procédera à la désignation des responsables des fonctions clés et portera cette information à la connaissance du Conseil d'Administration qui devra entériner ces désignations.

Ces fonctions clés disposent chacune d'un responsable unique, personne physique, placée sous l'autorité du directeur général ou du dirigeant opérationnel de la mutuelle. Les responsables des fonctions clés doivent pouvoir communiquer avec tous les membres de la mutuelle, accéder à toute l'information nécessaire à l'accomplissement de leur mission et disposer de l'indépendance nécessaire à la production d'un travail de qualité, exempt de conflits d'intérêts. L'indépendance permet aux fonctions clés de jouer pleinement leur rôle de conseil et d'information du Conseil d'Administration dans le respect du pouvoir hiérarchique dont disposent le directeur général et le dirigeant opérationnel. Pour cela, les responsables de fonctions clés sont positionnés à un niveau hiérarchique leur permettant concrètement et de façon réaliste de remplir leurs missions.

Audition par le Conseil d'administration des responsables des fonctions clés

- **Audition directe des responsables des fonctions clés par le Conseil d'administration :**

Le Conseil d'administration peut, à son initiative, chaque fois qu'il l'estime nécessaire et au moins une fois par an, auditionner les responsables de chaque fonction clé.

En ce sens, le Conseil d'administration établira lors de sa première réunion de l'année un calendrier des auditions programmées.

Au-delà, le Conseil d'administration fait savoir formellement au responsable de la fonction clé concernée, par l'intercession du Président et par courrier, courriel ou Lettre recommandée A.R, son souhait de l'auditionner à une date et selon des modalités qu'il détermine.

Le Dirigeant opérationnel est tenu informé simultanément de cette demande d'audition par le Président par les mêmes voies.

- Audition des responsables des fonctions clés sur saisine de leur propre initiative du Conseil d'administration :

Si le responsable d'une fonction clé l'estime justifié, au vu d'une situation ou d'un événement particulier, il peut saisir le Conseil d'administration pour l'en informer directement et de sa propre initiative sans attendre la date prévue de son audition annuelle.

Dans ce cas, il peut solliciter le Président ou le Bureau par courrier, courriel ou Lettre recommandée A.R à l'intention de convoquer une réunion en vue d'être entendu sur le sujet concerné.

Le Dirigeant opérationnel est tenu informé simultanément de cette initiative par le Président, par les mêmes voies

B.2. Exigences de compétences et d'honorabilité

B.2.a Procédure concernant les dirigeants salariés et responsables de fonctions clés

Sur les compétences

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

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

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

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

Un plan de formation peut être proposé à l'issue de cet examen.

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

Une prise de références est systématiquement effectuée.

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

Sur l'honorabilité

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

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

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

Les agissements susceptibles d'être classés dans l'une des deux catégories *supra* sont réputés être prescrits s'ils sont survenus cinq (5) ans avant l'examen par la Mutuelle de l'honorabilité de ses collaborateurs.

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

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

Sur les pièces à examiner

Pour chaque dirigeant ou responsable de fonction clef, la Mutuelle examine les documents suivants :

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

Procédure de notification à l'ACPR

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

B.2.b Pour les autres salariés

Les modalités de recrutement sont encadrées par une procédure qui prévoit l'analyse des mêmes pièces à ceci près que le casier judiciaire n'est pas examiné et qu'aucune déclaration d'honorabilité n'est demandée. Chaque recrutement fait l'objet d'une « fiche d'entrée ». Pour les membres du Comité de Direction, la procédure est ajustée et comprend un entretien collégial avec les membres du Comité de Direction visant à mettre le candidat en situation au regard des sujets qu'il devra traiter.

B.2.c Procédure concernant les élus

En application de l'article 10 du Règlement Intérieur du Conseil d'Administration, tout administrateur a le droit et le devoir de se former.

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

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

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

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

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

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

Sur l'honorabilité

Conformément à l'article 28 de ses Statuts et à l'article 9.2 du Règlement intérieur du Conseil d'Administration, la Mutuelle du Rempart s'est doté d'une charte de déontologie des administrateurs. La charte de déontologie des administrateurs, qui s'applique à tous les administrateurs, été adopté par le Conseil d'Administration lors de sa séance du 09 juin 2021. Cette charte est régulièrement mise à jour par le Conseil d'Administration.

La charte de déontologie des Administrateurs de la Mutuelle du Rempart a pour objet de leur permettre de justifier de leur forte implication dans le respect des obligations qui leur incombent en matière d'honorabilité pour assurer leur fonction au sein du Conseil d'Administration dans le respect des exigences légales et réglementaires.

La charte de déontologie des Administrateurs de la Mutuelle du Rempart expose la définition du caractère l'honorable d'un Administrateur, les conditions d'honorabilité, les engagements pris par les Administrateurs quant au formalisme de leur candidature, l'évaluation annuelle de l'honorabilité des administrateurs et les sanctions de la violation des règles fixées par le Charte de déontologie des Administrateurs.

Afin de se conformer aux dispositions du décret n° 2014-1357 du 13 novembre 2014, la Mutuelle communique un dossier d'approbation à l'ACPR dans les quinze (15) jours suivant une élection d'administrateurs.

Ce dossier contient, pour chaque nouvel élu, les éléments suivants :

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

Le dossier contient aussi les deux éléments suivants :

- formations pouvant être suivies, individuellement ou collectivement, au cours du mandat ;
- synthèse des compétences collectives du Conseil d'Administration.

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

La Mutuelle du Rempart produit, à minima annuellement, un rapport ORSA.

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

Le rapport ORSA de la Mutuelle se décompose en cinq parties :

- Une présentation du bilan prudentiel, des exigences prudentielles et de leurs couvertures,
- L'évaluation du besoin global de solvabilité qui dépend du profil de risque de la Mutuelle, de l'appétence au risque de sa gouvernance et de sa politique commerciale.
- L'évaluation du respect permanent des exigences prudentielles qui permet, quantitativement, un suivi infra-annuel de la couverture des exigences prudentielles et une analyse prospective de la solvabilité sous des scénarios de marché et d'activité prédéfinis, en intégrant d'éventuelles décisions stratégiques à l'étude. Le pilotage de la Mutuelle est effectué, notamment, en fonction des conclusions apportées par cette évaluation.
- La mesure dans laquelle le profil de risque de la Mutuelle s'écarte des hypothèses qui sous-tendent le calcul du SCR. Elle permet, qualitativement et, le cas échéant, quantitativement, de vérifier que les calibrages de la formule standard sont bien adaptés au profil de risque de la Mutuelle.
- La description du mode d'intégration du dispositif ORSA dans le système de gouvernance de la Mutuelle. En effet, celui-ci impose un dialogue continu entre les dirigeants et les gestionnaires. Ce dialogue permet de mesurer régulièrement les risques auxquels est réellement confrontée la Mutuelle, d'ajuster la mesure de sa solvabilité en conséquence, d'apprécier cette dernière de manière continue entre deux inventaires et de la projeter dans des scénarios conjoncturels définis.

La Mutuelle utilise l'outil Magellan pour produire ses calculs ORSA. Il permet :

- d'estimer quantitativement le besoin global de solvabilité de la Mutuelle par intégrations d'éventuels risques non prévus et par modulations de certains calibrages de la formule standard ;
- de suivre de manière continue la solvabilité de la Mutuelle entre deux inventaires ;
- de mener des analyses prospectives de la solvabilité sous des scénarios définis et en intégrant d'éventuelles décisions stratégiques à l'étude.

Les calculs effectués par le modèle, ainsi que les approximations sur lesquelles ils sont fondés, font l'objet de spécifications techniques écrites.

B.4. Système de contrôle interne

B.4.a Présentation générale

Le contrôle interne est un processus mis en œuvre par le Conseil d'Administration, le Président et le Directeur Général ainsi que le personnel de l'entreprise pour fournir l'assurance raisonnable de la réalisation des objectifs suivants :

- la fiabilité des opérations financières et la qualité des informations comptables et financières,
- l'application de la stratégie générale fixée par le Conseil d'Administration et la réalisation et l'optimisation des opérations qu'il a décidées,
- la surveillance et l'évaluation des risques,
- la conformité aux dispositions légales réglementaires contractuelles et aux normes professionnelles ou déontologiques.

L'enjeu véritable du contrôle interne est la maîtrise des activités de la Mutuelle, grâce à un ensemble de règles de sécurité du fonctionnement des services, associé à des procédures de contrôle de leur application et de leur efficacité.

Le dispositif de contrôle interne recouvre les activités de métier et supports, la gestion déléguée et les activités externalisées.

Le dispositif de contrôle interne repose sur :

- un mécanisme de contrôle permanent dans les services opérationnels exercé par les agents et leurs chefs de service,
- un dispositif de contrôle de gestion des risques,
- un mécanisme de contrôle de conformité visant à prévenir les risques de sanction judiciaire administrative ou disciplinaire, d'atteinte à la réputation et de perte financière que pourrait engendrer le non-respect des dispositions légales ou réglementaires aux normes professionnelles ou déontologiques,
- un dispositif de contrôles périodiques confié à un audit interne qui vérifie l'efficacité et la cohérence des dispositifs du contrôle permanent. Cette tâche est dévolue au comité d'Audit, avec l'assistance des Commissaires aux comptes et de l'auditeur interne.

B.4.b Le contrôle permanent

Le dispositif du contrôle permanent est en premier lieu sous la responsabilité des opérationnels qui doivent formaliser leur procédure, leur plan de contrôle et éventuellement les actions correctives à la suite d'anomalies décelées par les contrôles.

Ces contrôles doivent également faire l'objet d'une formalisation.

Actuellement, les activités métier assurent le contrôle permanent de leur activité. Les procédures de contrôle usuelles sont formalisées.

En l'état actuel de la situation, au plan des fonctions « métier » comme des fonctions « support », les procédures sont rédigées et les plans de contrôle réalisés en place au sein des départements Prestations et Gestion des contrats.

En matière de Traitements des réclamations, une procédure a été écrite et communiquée en interne. Un numéro de téléphone est dédié au traitement des réclamations et communiqué à destination du public sur divers documents (carte adhérent, plaquette commerciale etc..).

Un poste de chargé du Traitement des Réclamations a été créé. Il sert de point de centralisation des réclamations par le biais de fiches spécifiques afin d'assurer la correcte application des délais légaux de traitement et résolution relatifs à ces demandes particulières.

Dès réception ou identification d'une réclamation par nos salariés, un formulaire est systématiquement rempli et adressé au chef de service, ou en son absence, directement au chargé des Réclamations, accompagné d'une copie de la demande (si elle est écrite) et de sa réponse éventuelle.

Le chef de service les transmet quotidiennement pour enregistrement au chargé des Réclamations, dédié à leurs suivis et au respect de cette procédure dans le cadre du Contrôle Interne.

B.4.c Le risque de conformité

En s'assurant en permanence de la conformité des activités de la Mutuelle, la Fonction Conformité vise à protéger la Mutuelle du risque de Non-Conformité.

Le risque de non-conformité se définit comme le « *risque de sanctions judiciaires ou administratives, de pertes financières matérielles ou d'atteinte à la réputation qu'engendre le non-respect par la Mutuelle des dispositions légales, réglementaires, des normes professionnelles ou déontologiques applicables à ses activités* ». Le risque de non-conformité résulte donc d'une inadéquation des procédures et des modes opératoires aux dispositions législatives ou réglementaires. Ce risque peut, par exemple, se matérialiser par des pratiques commerciales qui ne répondent pas aux exigences réglementaires telles que le devoir de conseils et d'information à l'égard des adhérents sur les produits commercialisés.

La Fonction Conformité a donc pour vocation de prévenir, de contrôler, et de conseiller, non seulement les organes délibérants et exécutifs, mais également les fonctions commerciales, opérationnelles et support sur les questions de conformité qui s'opposent au Pôle Assurantiel de la Mutuelle.

Cette fonction est amenée par un collaborateur dédié, exerçant la fonction de responsable juridique avec l'appui des divers cabinets spécialisés en droit de la Mutualité et de la Protection Sociale.

Des formations ou conseils sont régulièrement sollicités auprès de cabinets spécialisés en actuariat, de cabinets d'avocats locaux dans le cadre de conventions annuelles ou nationales pour des consultations ponctuelles.

B.5. Fonction d'audit interne

La fonction d'audit interne est directement rattachée à la Direction opérationnelle et dispose d'un droit d'accès au Conseil d'Administration ce qui en garantit son indépendance. Elle est amenée par le Président du Comité d'Audit et Risques. 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 :

- Rend compte de la réalisation du plan d'audit ;
- Présente les conclusions des missions réalisées et les recommandations associées ;
- Réalise un état des lieux de la mise en œuvre des recommandations émises ;
- Propose un plan d'audit pour l'année suivante, ce dernier étant validé voire préalablement amendé par le Conseil d'Administration.

La fonction d'audit interne, pour assurer son objectivité, dispose également de la possibilité de conduire des audits non prévus initialement dans le plan d'audit. A cet effet, 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.

Le responsable de la fonction clé audit interne peut s'adjoindre les services de cabinets d'audits pour réaliser opérationnellement les missions d'audit. Depuis 2017, la mission d'Audit interne a été externalisée.

B.6. Fonction actuarielle

Conformément aux dispositions de l'article 48 de la directive, précisées à l'article 272 du règlement délégué, la Mutuelle dispose d'une fonction actuarielle. Elle est occupée par le responsable département Prévoyance avec l'appui de divers cabinets d'actuaire.

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 avec l'accompagnement d'un Cabinet externe. Celui-ci met en exergue les écarts constatés, les limites des méthodes et de la qualité des données et évalue le degré de certitude et de fiabilité des calculs. Le rapport vise aussi à présenter les défaillances et les recommandations associées à mettre en œuvre pour y remédier.

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

- Elabore des modèles de risques techniques, qu'il s'agisse de ceux 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 et alimente ainsi le calcul des exigences de fonds propres ainsi que les évaluations prospectives du rapport ORSA ;
- Emet un avis sur la politique globale de souscription ;
- Emet un avis sur l'adéquation des dispositions prises en matière de réassurance.

B.7. Sous-traitance

B.7.a Procédure de sélection

Tout projet d'externalisation de fonction clef ou de fonction critique est décidé par le Conseil d'Administration.

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

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

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

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

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

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

- un examen informel visant à vérifier que le prestataire est doté des aptitudes, de la capacité et de tout agrément légal nécessaires ;
- un examen informel visant à assurer qu'aucun conflit d'intérêts manifeste ou potentiel ne compromette la mission confiée au prestataire ;
- un examen informel d'un projet de contrat écrit définissant clairement les droits et obligations respectifs des deux parties et ce qui suit :
 - o les devoirs et responsabilités des deux parties ;
 - o 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) ;
 - o 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 ;
 - o un délai de préavis, pour l'annulation du contrat par le prestataire de services, qui soit suffisamment long pour permettre à la Mutuelle de trouver une solution de remplacement ;

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

B.7.b Demande de pièces complémentaires concernant les personnes physiques et morales

Pour chaque intervenant externe, la Mutuelle peut examiner les documents suivants :

- dernier bilan et compte de résultat de l'employeur ;
- extrait Kbis de la société ;
- une copie recto verso d'une pièce d'identité en cours de validité ;
- un curriculum vitae à jour ;
- une copie des diplômes ;

- les justificatifs des formations spécialisées suivies et le cas échéant les certifications pour le poste ;
- un extrait de casier judiciaire de moins de trois (3) mois (bulletin n°3).

Concernant les prestataires impliqués dans les fonctions clefs ou critiques, une prise de références est systématiquement effectuée.

C. Profil de risque

C.1. Risque de souscription

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

Le risque de souscription et de provisionnement de la Mutuelle correspond au risque de perte financière découlant d'une tarification ou d'un provisionnement inadaptés à la garantie sous-jacente (les cotisations ne permettent pas de couvrir les prestations et frais de l'organisme ou les provisions ne permettent pas de couvrir les prestations afférentes).

Ce risque de souscription et de provisionnement en santé peut notamment émaner des sources suivantes :

- Des hypothèses de tarification et de provisionnement ;
- De la structure tarifaire du produit ;
- De la structure des garanties ;
- Du canal de distribution des produits
- Des informations sur la population disponibles pour la tarification et le provisionnement.

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

La Mutuelle pilote son risque de souscription et de provisionnement au travers de plusieurs indicateurs suivis régulièrement et présentés à la Direction et au Conseil d'Administration. Les principaux indicateurs sont :

- L'évolution du portefeuille (nombre d'adhérents ou montant de cotisations) ;
- Le ratio combiné ;
- Les écarts entre les provisions estimées et les prestations constatées.

Au regard des risques importants, la Mutuelle est particulièrement sensible à la sinistralité et aux modifications législatives qui impacteraient sa pérennité.

C.1.c Maîtrise du risque de souscription

Afin de maîtriser ce risque, la Mutuelle définit chaque année une politique de souscription et de provisionnement qui contribue au système de gestion des risques. A cet effet :

- Le processus de tarification de nouveaux produits prévoit une analyse actuarielle préalable

effectuée à partir de la base complète des prestations payées et encadrée par la fonction actuarielle ;

- Le processus de renouvellement tarifaire tient compte d'analyses de sinistralité et régulièrement d'une tarification actuarielle complète à partir de la base des prestations, sous la responsabilité de la fonction actuarielle ;
- Le processus de provisionnement est encadré par la fonction actuarielle et fait l'objet d'analyses annuelles des bonis et malis de liquidation ;
- L'opportunité d'un recours à la réassurance est analysée annuellement par la fonction actuarielle.

Par ailleurs, la sensibilité de la Mutuelle au risque de souscription est testée dans le processus ORSA par les scénarios catastrophes (« *reverse stress tests* ») qui tiennent compte d'une dérive de la sinistralité suffisamment importante pour, combinée avec un scénario de marché également dégradé, conduire à la limite de 100% de couverture de SCR. Ces scénarios montrent que la Mutuelle est robuste et que de telles dérives seraient identifiées par la gouvernance suffisamment tôt pour en contenir les impacts (*cf.* rapport ORSA).

Sur les principaux postes de risques (maladie, hospitalisation médicale et chirurgie) et pour chacune des garanties afférentes, des choix de niveau de prestations sont déterminés et les tarifs calculés âge par âge en fonction :

- de la consommation constatée pour des prestations similaires,
- des besoins de la cible à laquelle la couverture est destinée (âge, catégorie socioprofessionnelle),
- de la sinistralité attendue et estimée par simulation,
- et de l'attractivité tarifaire souhaitée du produit.

Dans ce domaine, dominé par les risques courts, l'amélioration de la sinistralité ou de la compétitivité du produit se fait annuellement par modification des garanties et des cotisations, votées par le Conseil d'Administration et entérinées par l'Assemblée Générale. Les prestations et les tarifs proposés pour ces différentes couvertures sont décrits dans le Règlement de la Mutuelle joint aux Statuts et délivrés lors de toute adhésion ou sur toute demande d'un prospect.

En ce qui concerne l'activité Vie, exception faite d'un produit hybride de garanties hospitalières forfaitaires qu'elle assure en propre, la Mutuelle co-assure des contrats de prévoyance classique (capital décès toute cause, indemnités journalières, incapacité) élaborés par une société partenaire (Identités Mutuelles), sous la marque commune PHENIX, PASSERELLE et PASSERELLE +. Leur commercialisation est interrompue depuis le 31 décembre 2016.

L'évolution des effectifs et la mise à jour des primes et des sinistres sont trimestriellement transmises à Identités Mutuelles par le Département Prévoyance pour information et partage du montant des primes et sinistres entre lesquelles est effectuée une compensation.

Excepté pour les couvertures spécifiques « étudiants » et les contrats gros risques (non commercialisés), les contrats complémentaire santé hors groupe sont tarifés âge par âge, selon une grille votée chaque année par le Conseil d'Administration et entérinés par l'Assemblée Générale.

A ceux-ci, peuvent être appliquées diverses réductions basées sur la fidélité, l'adhésion éventuelle du conjoint, un éventuel parrainage, ou des remises promotionnelles diverses (adhésion lors d'un événement sur une période donnée, remboursement de la licence fédérale sportive, etc.).

Une de nos singularités est de n'appeler de cotisation que pour le 1^{er} enfant à charge.

Pour ce qui est des contrats collectifs, les couvertures type sont inspirées de celles des individuels et sont au nombre de six (6). La tarification des nouveaux contrats s'appuie sur une grille standard. La revalorisation annuelle des cotisations est fonction de la sinistralité moyenne des contrats collectifs et pondérée par celle propre à chaque contrat, calculée sur la moyenne des deux (2) dernières années pleines et l'année en cours en tenant compte des variations d'effectif, d'âge, de composition familiale, d'éventuels pics de consommation « exceptionnels » (hospitalisations...) ou de liens entre différentes collectivités d'un même groupe. Certains contrats collectifs respectent les cahiers des charges fixés par accord de branche des secteurs professionnels concernés et suivent les évolutions liées à leurs avenants. La possibilité de commercialiser et de gérer ce type de contrat branche par branche est soumise chaque année pour validation à l'Assemblée Générale.

Les contrats dédiés aux agents territoriaux sont eux inspirés de la gamme spécifique proposée aux groupes. Toutefois, les cotisations dans ce cas sont déclinées par âge selon critères et spécificités obligatoires liés à la labellisation.

Au-delà de ces causes endogènes de modification annuelle de tarifs (amélioration des garanties, hausse ou baisse de sinistralité, amortissement des frais généraux), il est tenu compte de prévisions liées à diverses causes hexogènes (déremboursement de la Sécurité Sociale, hausse de taxes ou contributions, perspectives d'évolution de la consommation pour certaines prestations, etc.).

En cas de déséquilibre tarifaire sur les garanties de complémentaire santé constaté en cours d'année, les Statuts prévoient la possibilité, pour le Conseil d'Administration, de modifier le montant des cotisations ou le niveau de garanties. Ce dernier bénéficie, pour ce faire, d'une délégation de pouvoir soumise au vote lors de chaque Assemblée Générale annuelle. Cette option n'a pas eu à devoir s'appliquer ces dernières décennies pour revaloriser les tarifs en cours d'année.

C.2. Risque de marché

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

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

- D'une dégradation de valeur d'une classe d'actifs détenue par la Mutuelle ;
- D'une dégradation de notation des titres détenus par la Mutuelle ;
- D'une forte concentration d'investissement sur un même émetteur ;
- D'une inadéquation entre les caractéristiques de l'actif et du passif du portefeuille.

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 :

- L'allocation stratégique des investissements validée par le Conseil d'Administration ;
- Le coût d'un euro de placement en termes de SCR ;
- L'évolution des plus et moins-values latentes et rendement par type d'actifs/pays/secteur ;
- L'évolution des notations des actifs en portefeuille ;
- La concentration du portefeuille sur un secteur, pays ou zone géographique.

Compte tenu de la stratégie d'investissement de la Mutuelle et de la modération de son risque

actif/passif, le risque de marché supporté est assez faible et la formule standard paraît suffisamment prudente pour l'appréhender largement.

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 qui contribue au système de gestion des risques. Ainsi, les orientations de placements sont définies en cohérence avec la stratégie de préservation des fonds propres et de pilotage de la situation financière et de solvabilité de la Mutuelle.

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 Mutuelle au risque de marché est testée dans le processus ORSA concomitamment au risque de souscription dans les scénarios catastrophes (de type « *reverse stress tests* »). En détail, le pire scénario correspond à :

- Une remontée des taux sans risque correspondant au choc à la hausse prévu par la formule standard ;
- Un écartement des *spreads* de 50% (correspondant à l'accident observé fin 2011) ;
- Une baisse du marché action de 40% ;
- Une baisse du marché immobilier de 25%.

C.3. Risque de crédit

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

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

Ce risque de défaut peut provenir :

- Du non-paiement des cotisations à recevoir par les adhérents ;
- Du non-paiement des créances détenues auprès de tiers ;
- Du défaut d'un réassureur (sans objet à ce jour) ;
- 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 crédit 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 notation des réassureurs (sans objet à ce jour) ;
- La concentration du portefeuille en termes de banques et de réassureurs ;
- Le suivi du paiement des créances des adhérents et des tiers.

C.4. Risque de liquidité

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, cyber attaque, etc.) ;
- Risques liés à la qualité des prestations sous-traitées (qualité et délai de gestion, etc.) ;
- Risques relevant de la sécurité des biens et des personnes (incendie, etc., affectant la disponibilité des collaborateurs et des locaux) ;
- Risques de réputation (dégradation de l'image de la Mutuelle suite à une mauvaise qualité de gestion ou un défaut de conseil lors de la commercialisation, à la qualité des produits ;
- Risques liés à l'évolution de l'environnement légal (nouvelle réglementation affectant directement ou indirectement la capacité à maintenir une activité).

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, ou aux praticiens dans le cadre du tiers payant.

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 ;
- La 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'une poche d'actifs de court terme pouvant être vendus immédiatement afin de faire face à une potentielle impasse de trésorerie à court terme. Compte tenu du profil d'investissement de la Mutuelle, ce risque paraît négligeable.

C.5. Risque opérationnel

C.5.a. Commercialisation des produits

Organisation du réseau commercial

Le réseau commercial se divise toujours en quatre (4) catégories :

- Le réseau des agences dédié aux adhérents et prospects individuels composé de huit (8) agences à fin 2022 et sur lequel officient des « conseillers santé prévoyance agences » sédentaires ou itinérants dont le nombre est variable selon les sites.
- Le réseau des « conseillers santé prévoyance entreprises » itinérants actuellement au nombre de trois (3).
- Le réseau « web » créé en novembre 2012 et constitué de deux (2) téléconseillers en charge parallèlement de la prospection Entreprise.
- Le réseau « Agents Territoriaux » composé d'un chargé de Relation dédié à cette cible, ainsi que de huit (8) conseillers mutualistes dont le contrat de travail a été transféré à la Mutuelle à la faveur du changement de délégataire de gestion par Cybèle Solidarité.

L'ensemble de ces équipes est sous la responsabilité d'un Directeur commercial.

Objectifs et pilotage

Des objectifs sont fixés annuellement dans le respect du maintien de la répartition du portefeuille selon les proportions suivantes : 1/3 d'adhérents en contrats collectifs et 2/3 d'adhérents en contrats individuels. L'ANI, entré en vigueur en 2016, a eu pour effet de réduire la proportion du portefeuille des contrats individuels au profit des contrats collectifs, sans que ces derniers ne deviennent toutefois majoritaires en nombre de membres participants.

Les tableaux de bords produits par le Département informatique servent d'outil d'aide à la décision tant pour l'activité commerciale que pour la gestion.

D'autres tableaux sont produits pour suivre des indicateurs en relation avec le marketing, grâce à un outil de CRM.

Gestion des relations avec les adhérents

Dans son rôle de communication avec les adhérents, la Mutuelle met à leur disposition plusieurs services :

- Le Service Relation Adhérent,

- Le département gestion des contrats (particuliers et entreprises),
- Le département comptable et recouvrement,
- Le département prestations,
- Le département prévoyance.

Le « Service Relation Adhérent » a pour mission de réceptionner tous les appels entrants des adhérents et de traiter le plus d'entre eux. Ce service est également chargé de réceptionner les appels du standard et du numéro dédié aux réclamations adhérents.

La mise en place d'un numéro dédié a permis de centraliser les appels dont 80% sont traités en premier niveau au SRA. Les 20% restants nécessitant des réponses plus techniques ou des recherches plus longues, sont transférés aux services compétents.

Les statuts et le règlement mutualiste sont communiqués aux adhérents lors de chaque réédition notamment sur le site de la Mutuelle.

De même, les améliorations de garanties quasi-annuelles leur sont transmises avec leur appel de cotisation en fin d'année (descriptif de couvertures mis à jour). Elles figurent sur le REMPART INFO, magazine d'information qui les éclaire sur la vie de la Mutuelle et les évolutions de la protection sociale.

Un site Internet de présentation de la Mutuelle à destination du grand public, régulièrement mis à jour et alimenté par des informations liées à la vie de la Mutuelle est accessible sur : www.mutuelledurempart.fr. Un espace est dédié spécifiquement aux adhérents afin de leur permettre de consulter leurs décomptes de prestations, de modifier leurs coordonnées personnelles, de transmettre des estimations de dépenses et des demandes de prises en charge.

C.5.b. Gestion des adhésions

Adhésions individuelles

Tout prospect intéressé par une adhésion à la Mutuelle doit remplir un bulletin d'adhésion qui lui est délivré soit par un conseiller en agence, soit par voie postale sur demande, soit par web.

Ce document ne fait pas figurer de questionnaire de santé du fait du caractère solidaire des contrats. Seules les adhésions en contrat de prévoyance sont soumises à questionnaire médical et de ce fait font l'objet d'un bulletin différent.

Les statuts, le règlement et autres documents tels que les fiches IPID sont remis à tout prospect.

Les adhésions en santé sont traitées par le département gestion des contrats et celles en prévoyance par le département prévoyance.

Les saisies en adhésions santé sont contrôlées par croisement entre les agents qui en sont chargés. Les mêmes conseillers effectuent tous les enregistrements concernant les modifications de contrat, à savoir l'adjonction d'ayant droit, la modification de rang, le regroupement ou la séparation de dossiers en individuels, la modification de données personnelles (adresse, téléphone, RIB) ou de choix de garanties.

Chaque enregistrement complet, modification de garanties ou de nombre d'ayants droit, génère l'envoi d'une carte d'adhérent faisant office de carte de tiers payant. Les cartes sont éditées pour l'année civile en cours.

De même, les opérations liées aux radiations individuelles et collectives sont traitées par ces départements dans leurs domaines respectifs. Lors des radiations, il est exigé des futurs anciens

adhérents qu'ils restituent leur carte afin d'éviter d'être engagé par eux auprès des professionnels de santé au-delà de la date de leur fin de droits.

Adhésions collectives

Le processus est identique en ce qui concerne les adhérents sous l'égide d'un contrat collectif facultatif ou obligatoire. Dans ce dernier cas, les adhésions, modifications de contrat et radiations, sont transmises aux départements concernés par le biais de fiches de liaison émanant des délégués des dites collectivités. La généralisation de la DSN a nécessité des adaptations de l'outil interne de gestion sans écueil majeur dans la mise en place de ce dispositif déclaratif avec les entreprises adhérentes en contrat collectif obligatoire.

Chaque fin d'année, le listing de l'effectif actualisé des adhérents en contrat obligatoire est communiqué au délégué de la collectivité concernée.

La complexité juridique et la responsabilité de la Mutuelle se sont accrues depuis plusieurs années dans le domaine de la souscription des contrats obligatoires (Conditions Générales, Conditions Particulières, notice d'information, portabilité, loi Evin, DSN, DDA...). Une refonte complète de l'ensemble des documents contractuels a été réalisée grâce à l'appui d'un cabinet d'avocat spécialisé.

C.5.c. Gestion des cotisations

Lors de toute nouvelle adhésion, et en raison des délais désormais requis pour l'obtention des mandats SEPA, les deux premiers mois de cotisation doivent être réglés par chèque, carte bancaire ou en espèces. L'adhérent peut choisir une périodicité annuelle, semestrielle, trimestrielle ou mensuelle de paiement par prélèvement ou par chèque (sauf pour les paiements mensuels).

Diverses remises de cotisation sont possibles :

- La gratuité d'une première mensualité pour tout adhérent étudiant basculant vers un contrat salarié.
- Diverses promotions liées à un évènement (foires et salons).

En règle générale, le parrainage se récompense en chèques cadeaux. Le remboursement de tout ou partie de la licence fédérale sportive est réalisé par chèque (montant forfaitaire variable selon la formule souscrite).

De plus, le conjoint d'un adhérent souscrivant un contrat hors groupe bénéficie d'un tarif de cotisation adulte préférentiel par rapport à celle de l'adhérent principal, selon les couvertures souscrites.

Les paiements viennent alimenter les différents comptes bancaires de la Mutuelle dédiés aux cotisations en fonction du mode de paiement :

- TIP, mandats comptes, virements : Banque Postale
- Chèques : Crédit Agricole
- Prélèvements : Crédit Agricole et Crédit Coopératif
- Cartes bancaires : Caisse d'Epargne

Les appels annuels tiennent compte des augmentations décidées par le Conseil d'Administration par délégation de l'Assemblée Générale, du saut d'âge et de la fidélité, laquelle ouvre droit à une remise en fonction de l'ancienneté dans la Mutuelle et assise sur la cotisation de base de la garantie souscrite.

Le paiement de ces appels annuels peut être effectué par chèque, prélèvement, virement, cartes bancaires ou TIP dont un formulaire est joint à chaque appel.

Dans le cadre des contrats collectifs, les paiements sont effectués individuellement (contrats groupe à adhésion facultative), collectivement par l'employeur (contrats à adhésion obligatoires), ou de façon partagée (à la fois par le salarié et par l'employeur souscripteur).

Pour les contrats obligatoires à paiement unique, ces derniers sont majoritairement trimestriels, semestriels ou annuels.

La possibilité de prélèvement mensuel est aussi proposée pour des raisons de souplesse de gestion.

Des états de rapprochement bancaires sont effectués tous les mois par le Département Comptabilité et Recouvrement, pour vérifier l'effectivité des paiements et leur cohérence avec le volume de cotisations appelées.

C.5.d. Gestion des prestations

Dans le cadre des contrats santé individuels et collectifs, les prestations sont remboursées en complément des régimes obligatoires de Sécurité Sociale, transmises par voie de télétransmission via Noémie 1 ou sur présentation de décomptes maladie en quantité toutefois minoritaire. Pour les prestations qui ne demandent pas l'intervention du RO (ostéopathie,...), les remboursements n'interviennent que sur présentation de factures acquittées.

Les prestations peuvent également être transmises dans le cadre du tiers payant par des concentrateurs avec lesquels nous avons signé des conventions sur le plan régional.

Depuis 2009 la Mutuelle a recours à VIAMEDIS comme opérateur de tiers payant national, ce dispositif mis en place de manière progressive est étendu à l'ensemble du portefeuille depuis 2015.

Une mission d'Audit sur pièces et sur place auprès de cet opérateur a été initiée en 2017, puis poursuivie en 2018, 2019 et 2020 avec l'appui d'un cabinet d'Audit interne.

Les contrôles suivants sont en place :

- Le suivi du montant des virements par jour,
- Le suivi du montant payé par notre opérateur de Tiers-payant par jour,
- Contrôle des factures payées par Viamedis lors de l'intégration dans l'outil de gestion,
- Le suivi du montant des prestations par mois, par contrat et par année de soins,
- Le suivi par trimestre des prestations gérées sur les contrats en délégation d'autres Mutuelles,
- Etat Prestations/Cotisations par groupe.

C.5.e. Intermédiation

La Mutuelle a conclu de longue date un certain nombre de partenariats avec des organismes d'assurance ou des courtiers grossistes afin de distribuer des produits de prévoyance et le cas échéant, de complémentaire santé relevant de régimes conventionnels spécifiques.

Les opérations d'intermédiation présentée par la Mutuelle du Rempart (L. 116-1 du CM)

Partenariats actifs

Un partenariat récent a été noué, pour lequel la Mutuelle du Rempart a conclu une convention de distribution avec un courtier grossiste, intervenant pour la présentation de contrats complémentaire santé répondant aux critères de l'offre La Mutuelle Communale. Le risque est porté par une de nos mutuelles substituées.

Partenariats en Run Off

Au titre de l'exercice 2022, nous avons toujours des partenariats en Run Off, c'est-à-dire dont la distribution des produits a cessé mais dont les contrats en portefeuille génèrent toujours un commissionnement sur l'encours.

Les opérations d'intermédiation présentée pour le compte de la Mutuelle du Rempart (L. 116-2 du CM)

La Mutuelle du Rempart a conclu une convention de courtage et de gestion avec un courtier dont les effets sont entrés en vigueur depuis le 1er janvier 2020.

Il distribue pour le compte de la Mutuelle deux contrats individuels complémentaires santé labellisés au profit des fonctionnaires territoriaux (Virtuose Santé et Solution Santé) dans une zone territoriale strictement définie de telle sorte qu'il ne puisse y avoir de concurrence avec le contrat labellisé des territoriaux distribué directement par la Mutuelle.

C.5.f. Système d'information

Le système d'information s'articule autour d'un outil de gestion Santé propriétaire. Il est composé, outre de ce dernier, d'un logiciel de comptabilité, d'un logiciel de paye, d'une messagerie interne, d'un logiciel de GRC, d'un logiciel de GED et d'un logiciel de gestion Prévoyance.

L'infrastructure est composée en 2 parties :

- un serveur IBM ISéries qui héberge l'applicatif métier.
- un système de virtualisation pour la partie Windows sous VMware composé de 3 serveurs physiques et d'une baie de stockage qui héberge tous les serveurs Windows. Les utilisateurs se connectant majoritairement sur une plateforme Citrix.

Cette solution présente plusieurs avantages :

- Une performance maximale de l'applicatif car il est sur un serveur dédié.
- Une grande sécurité pour la continuité d'activité sur la partie Windows grâce à la redondance de tous les composants matériels.

Toute anomalie détectée par l'un quelconque des services de la Mutuelle fait l'objet, d'une fiche d'incident sur un logiciel d'assistance dédié. Ces fiches sont traitées périodiquement par l'équipe informatique et/ou métier, après répartition des tâches en son sein. Un état des fiches traitées et restant à traiter est mis à jour sur la messagerie. Il permet de suivre l'amélioration de l'outil. Le nombre de fiches reste faible démontrant ainsi une stabilisation progressive de la qualité de l'outil de gestion. Des

sauvegardes sont effectuées quotidiennement et sur des sites distants. Un PRA existe pour les diverses architectures. Les périodes de confinement liées à la crise sanitaire n'ont pas affecté la continuité de l'activité de la Mutuelle. La Mutuelle a externalisé ses serveurs auprès d'un hébergeur local. Et l'outil de gestion est dupliqué auprès d'un autre hébergeur distant.

Des contrats de maintenance informatique ont été signés tant pour les serveurs que pour le matériel bureautique en usage, l'ensemble du hardware faisant l'objet au fur et à mesure de son remplacement de contrats de location financière de longues durées permettant une actualisation à moindre coût et un lissage budgétaire.

Les habilitations de droits sont gérées par un administrateur unique en ce qui concerne l'outil de gestion et la messagerie (le responsable informatique technique) sous le contrôle de la Direction.

Un audit du SI sous le contrôle du Commissaire aux comptes a été programmé en 2020 et 2021. Il est reconduit sur 2022 notamment pour actualisation des préconisations des audits antérieurs.

C.5.g. Risques sociaux

La Mutuelle du Rempart étant une entreprise de services, la qualité de gestion du personnel et la prise en compte de la dimension humaine de la structure sont capitales pour assurer l'efficacité et la continuité des services en particulier dans le contexte d'évolution que connaît l'entreprise depuis quelques années.

Dans le cadre de sa politique de recrutement, les promotions internes ou les retours à temps complet sont privilégiés au recrutement externe, autant que faire se peut, à l'exception des fonctions trop spécialisées pour y affecter un employé déjà présent.

Les entretiens d'évaluation sont organisés tous les ans pour chaque salarié avec le responsable hiérarchique ainsi que les entretiens professionnels réalisés tous les 2 ans. Si des demandes ou besoins de formation apparaissent à cette occasion, ils peuvent être satisfaits soit au travers d'une formation collective, soit par le biais d'un CPF ou d'un congé pour Transition Professionnelle.

Les demandes exprimées de changement de fonction ou d'amélioration de traitement sont également prises en considération lors d'avancements éventuels, et toute mobilité interne tient compte au préalable des souhaits du salarié.

C.5.h. Risques juridiques divers

La Mutuelle prend conseil auprès de divers cabinets d'avocats spécialisés pour tous les actes engageant sa responsabilité et justifiant la prudence, et notamment dans les domaines suivants : droit social, droit immobilier, droit des propriétés intellectuelles, droit de consommation, etc.

Elle a signé une convention, renouvelée annuellement, avec deux cabinets d'avocats pluridisciplinaires toulousains.

Le respect de la directive sur la RGPD a fait l'objet de la nomination d'un DPO externe à qui une mission d'accompagnement pluriannuelle a été confiée.

D. Valorisation à des fins de solvabilité

D.1. Actifs

D.1.a Les placements immobiliers

La Mutuelle possède son propre siège social, dont la valeur de marché s'élève à 12 400 K€, pour une valeur nette comptable de 12 979 K€ incluant les provisions pour dépréciations durables. Par ailleurs, la Mutuelle détient également des parkings inscrits à l'actif de son bilan, avec une valeur nette comptable nulle. Leur valeur de marché est estimée à 110 K€ en 2021 et en 2022.

Ainsi, la valeur de marché totale des actifs immobiliers de la Mutuelle s'élève à 12 510 K€ (inchangée par rapport à 2021).

D.1.b Les placements de taux

La Mutuelle possède trois obligations non cotées d'une valeur totale de 1 100 K€, ainsi qu'une obligation BNP Paribas d'une valeur de marché de 372 K€ et une obligation BPCE d'une valeur de 296 K€. En outre, la Mutuelle a réalisé des investissements dans divers produits structurés. Leur valeur de marché s'élève à 2 988 K€, tandis que leur valeur nette comptable est de 3 427 K€. Ces produits tiennent compte d'une provision pour dépréciations durables de 119 K€.

D.1.c Les fonds d'investissements

A l'inventaire 2022, la mutuelle détient des fonds d'investissements sous différentes formes :

- Des fonds d'investissement investis en unités de compte sur des bons de capitalisation.
- Des Sociétés civiles de placements immobiliers (SCPI)
- Un fonds d'investissement du Crédit Coopératif
- Et plusieurs fonds confiés une société de

La valeur nette comptable de tous les fonds est de 8 174 K€ pour une valeur de marché de 7 950 K€.

D.1.d Les actions

Le bilan de la Mutuelle inclut des actions de la Caisse Régionale du Crédit Agricole, avec une valeur nette comptable de 93 K€ et une valeur de marché de 150 K€. Par ailleurs, la Mutuelle possède des parts sociales du Crédit Coopératif d'une valeur nette comptable, pratiquement équivalente à la valeur de marché, de 30 K€, des actions non cotées pour un montant de 100 K€. Enfin, la Mutuelle détient également des parts sociales du Stade Toulousain et d'une entreprise locale. La valeur de marché de ces deux derniers investissements, identique à leur valeur nette comptable, est nulle.

D.1.e Les autres placements

Les autres investissements de la Mutuelle comprennent quatre bons de capitalisation d'une valeur nette comptable de 6 773 K€, équivalente à leur valeur de marché, un dépôt de garantie de 23 K€ et un prêt d'une valeur de 203 K€. De plus, la Mutuelle a souscrit à un TSDI émis par sa mutuelle sœur relevant du livre III. Enfin, un montant de trésorerie est également présent

La baisse de ces placements s'explique par le réinvestissement d'une partie des fonds euros sur des fonds d'investissement.

D.1.f Les actifs incorporels

La Mutuelle reconnaît un montant d'actifs incorporels dans ses comptes sociaux de 226 K€ (contre 212 K€ à l'inventaire 2021). La valeur de marché de ces actifs est nulle.

D.1.g Les autres créances et la trésorerie

Conformément aux dispositions du régime Solvabilité II, les créances sont valorisées à leur valeur nette comptable, soit un montant de 1 960 K€ (contre 2 211 K€ en 2021).

Il en va de même pour la trésorerie, d'un montant de 4 283 K€ (contre 7 118 K€ en 2021), les actifs corporels d'une valeur de 201 K€ (contre 215 K€ en 2021) et le poste « autres actifs » concernant des frais reportés d'un montant de 225 K€ (contre 195 K€ en 2021).

Le montant de la trésorerie est présenté sans inclure les produits à distribuer de la part des banques, lesquels sont intégrés dans la valeur nette et la valeur de marché des placements.

D.1.b Les impôts différés actifs

Les impôts différés actifs ont été calculés, pour chaque poste concerné, en appliquant un taux de 25% à la différence entre la valeur prudentielle et la valeur fiscale du poste de bilan concerné, lorsque cette différence représente une perte fiscale latente. À l'inventaire 2022, les postes concernés par les impôts différés actifs sont les provisions et les actifs incorporels. Le détail du calcul est présenté dans le paragraphe D.3.a.

D.2. Provisions techniques

D.2.a Les provisions techniques sociales

Les provisions pour prestations à payer santé

Dans les comptes sociaux, les provisions santé sont constituées des provisions pour sinistres à payer pour un montant total de 4 608 K€ (contre 5 302 K€ en 2021), décomposées comme suit :

Valeur sociale (en €)	2021	2022
PPAP Santé	2 567 000	2 339 000
PPAP substitution	1 931 377	1 930 435
Frais de gestion des sinistres	188 059	118 676
Taxe COVID	615 090	-
Provision pour risque d'exigibilité	-	220 131
Total	5 301 526	4 608 242

Les provisions pour sinistres à payer sont en légère baisse du fait de la reprise de la provision pour taxe COVID.

Les provisions prévoyance non-vie

Les provisions prévoyance de la Mutuelle sont issues de l'activité substituée de la Mutuelle Cybèle Solidarité. Ces provisions sont constituées de provisions mathématiques incapacité pour des dossiers connus, des provisions pour sinistres à payer, des provisions pour sinistres tardifs et des provisions invalidité en attente.

La décomposition de ces provisions à l'inventaire 2022 se présente comme suit.

Valeur sociale - 2022 (en €)	Provisions	Frais	Total
PM incapacité	2 545 682	81 462	2 627 144
PPAP prévoyance	318 143	10 181	328 324
PM invalidité en attente	905 411	28 973	934 384
Total	3 769 236	120 616	3 889 852

Enfin, les provisions prévoyance sont complétées par une provision pour cotisations non acquises de 337 K€. Pour information, ces provisions se présentent comme suit en 2021.

Valeur sociale - 2021 (en €)	Provisions	Frais	Total
PM incapacité	3 046 812	91 404	3 138 216
PPAP prévoyance	277 566	8 327	285 893
PM invalidité en attente	602 803	18 084	620 887
Total	3 927 181	117 815	4 044 996

Les provisions vie

Les provisions vie sont des provisions issues de la substitution de la Mutuelle d'Argenson pour un montant de 206 K€ (contre 268 K€ en 2021) et se décomposent comme suit :

Valeur sociale (en €)	2021	2022
Provisions mathématiques	231 047	195 160
Provision pour aléas financiers	37 002	10 435
Total	268 049	205 595

De plus, un montant de 8 K€ est comptabilisé au titre des produits vie de la Mutuelle Cybèle Solidarité et de 43 K€ au titre des produits assurés par la Mutuelle du Rempart.

D.2.b Les provisions techniques prudentielles

Calcul de la meilleure estimation non-vie

Afin de respecter les dispositions du règlement délégué 2015/35, la meilleure estimation est calculée en actualisant les flux futurs qui composent les provisions pour sinistres à payer, tout en tenant compte d'un taux de frais de gestion des placements de 0,25%. La meilleure estimation s'élève à 4 360 K€, contre une provision pour sinistres à payer de 4 608 K€.

En ce qui concerne les provisions prévoyance, la méthode de calcul est identique à celle utilisée dans les comptes sociaux, à l'exception de l'utilisation de la courbe des taux sans risque pour actualiser les flux futurs. La meilleure estimation prévoyance est de 3 717 K€, contre une provision technique de 3 890 K€ dans les comptes sociaux.

L'opportunité d'effectuer un ajustement pour les primes émises avant l'inventaire et potentiellement génératrices de résultat futur a été étudiée. Cette meilleure estimation prend en compte l'activité de la Mutuelle du Rempart (29 196 K€ de primes espérées sur l'exercice 2023), l'activité de la Mutuelle Cybèle Solidarité, Mutuelle substituée (13 812 K€ de chiffre d'affaires santé et 3 718 K€ de chiffre d'affaires incapacité/invalidité), ainsi que l'activité des deux autres Mutuelles substituées, la Mutuelle d'Argenson et la MIPOS (8 058 K€). Le ratio de sinistralité sur l'activité de la Mutuelle du Rempart

est de 83%, tandis qu'il est de 83,5% sur l'activité de Cybèle Solidarité, de 85% sur l'activité de la Mutuelle d'Argenson et de 51% sur l'activité de la MIPOS. Enfin, les frais liés à l'activité de la Mutuelle du Rempart sont estimés à 9 M€, répartis entre les activités de la Mutuelle du Rempart et de Cybèle Solidarité.

ME primes santé	Rempart	Cybèle	Argenson	MIPOS	Total
Cotisations 2022	-29 196 454	-13 811 876	-7 896 022	-162 355	-51 066 707
Prestations 2022	24 312 832	11 522 607	6 711 619	82 801	42 629 859
Frais	5 525 346	2 753 678	1 322 584	61 370	9 662 979
Total	641 725	464 410	138 180	-18 184	1 226 131

La meilleure estimation pour primes santé est valorisée à 1 226 K€ (contre 1 243 K€ à l'inventaire 2021). Les frais déterminés sur les activités de la Mutuelle d'Argenson et de la MIPOS dépendent des conventions de substitution. En 2021, la meilleure estimation pour primes se présente comme suit.

ME primes santé	Rempart	Cybèle	Argenson	MIPOS	Total
Cotisations 2022	-28 928 440	-13 716 576	-7 136 803	-166 464	-49 948 284
Prestations 2022	24 010 605	11 933 421	5 923 547	83 232	41 950 805
Frais	5 280 533	2 643 624	1 252 509	63 922	9 240 588
Total	362 698	860 469	39 252	-19 310	1 243 110

Le calcul de la meilleure estimation prévoyance se présente comme suit.

ME primes prévoyance - Rempart	2021	2022
Cotisations 2022	-3 632 455	-3 718 028
PPNA	312 756	337 427
Prestations 2022	3 269 210	3 346 226
Frais	586 418	620 975
Total	535 929	586 599

Au total, la meilleure estimation non-vie est valorisée à 9 891 K€ et est synthétisée dans le tableau suivant.

Récapitulatif 2022	Santé	Prévoyance	Total
Meilleure estimation pour sinistres	4 360 342	3 717 734	8 078 077
Meilleure estimation pour primes	1 226 131	586 599	1 812 730
Total	5 586 473	4 304 333	9 890 807

Les meilleures estimations non-vie se présentaient comme suit à l'inventaire 2021.

Récapitulatif 2021	Santé	Prévoyance	Total
Meilleure estimation pour sinistres	5 312 335	4 056 881	9 369 216
Meilleure estimation pour primes	1 243 110	535 929	1 779 039
Total	6 555 445	4 592 810	11 148 255

Calcul de la meilleure estimation vie

La Mutuelle propose des produits viagers par le biais de la Mutuelle d'Argenson, une Mutuelle substituée. Ce type de produit nécessite la constitution d'une provision mathématique. Cette provision a été calculée à l'aide d'un taux technique égal à celui du tarif, soit 2,25%, entraînant la constitution d'une provision pour aléas financiers. Sous Solvabilité II, la méthode de calcul est conservée et les taux d'actualisation utilisés sont ceux de la courbe des taux sans risque. La meilleure estimation de cette provision mathématique est évaluée à 190 K€, marquant ainsi une différence de 4 K€ par rapport à la provision sociale. Cette diminution s'explique par le fait que les taux issus de la courbe des taux sans risque sont supérieurs à 3%. En raison de l'utilisation du taux de tarification pour le calcul de la provision mathématique comptable, une provision pour aléas financiers a également été calculée. Cependant, cette provision n'est pas reprise sous Solvabilité II.

Enfin, les provisions pour sinistres à payer liées aux produits de la Mutuelle du Rempart et de Cybèle Solidarité sont actualisées à l'aide de la courbe des taux sans risque. Les meilleures estimations vie, en comparaison avec les provisions comptables, se présentent comme suit :

ME vie 2022 - en €	Meilleure estimation	Provisions comptables
Provision mathématiques - Argenson	190 702	195 160
Provision pour aléas financiers	-	10 435
PSAP – Rempart	41 920	42 580
PSAP – Cybèle Solidarité	7 620	7 740
Provision pour risque d'exigibilité	-	65 387
Total	240 242	321 302

De plus, une meilleure estimation pour primes sur l'activité des produits Passerelle, Passerelle + et Phenix est pris en compte pour un montant de -7 K€. Pour rappel, les provisions 2021 se présentaient comme suit.

ME vie 2021 - en €	Meilleure estimation	Provisions comptables
Provision mathématiques - Argenson	262 459	231 047
Provision pour aléas financiers	-	37 002
PSAP – Rempart	42 664	42 539
PSAP – Cybèle Solidarité	6 198	6 180
Total	311 321	316 768

Calcul de la marge de risque

La majorité des garanties étant annuelles, la marge de risque a été calculée conformément aux dispositions de l'article 37 du règlement délégué 2015/35. Ainsi, il a été considéré qu'une année suffisait pour écouler tous les contrats en cours et, par conséquent, qu'une projection du SCR sur une année seulement était suffisante pour le calcul de la marge de risque, les SCR futurs étant négligeables.

La marge de risque globale correspond à 6% du SCR (hors risque de marché) actualisés sur un an, soit 722 K€ (contre 742 K€ en 2021), décomposée comme suit :

Marge de risque (en €)	2021	2022
Marge de risque santé	722 195	704 498
Marge de risque vie	20 168	17 112
Total	742 363	721 610

Le SCR souscription utilisé pour le calcul de la marge de risque est estimé à **12 409 K€** (contre 12 300 K€ en 2021).

D.3. Autres passifs

D.3.a Les impôts différés passifs

Les impôts différés passifs ont été calculés, pour chaque poste concerné, en appliquant un taux de 25% à la différence entre la valeur prudentielle et la valeur fiscale du poste de bilan concerné, lorsque la valeur prudentielle est supérieure à la valeur fiscale. À l'inventaire 2022, un poste d'impôts différés passifs est pris en compte sur les actions. Toutefois, ces impôts différés passifs sont largement compensés par les impôts différés actifs. En effet, la non prise en compte des actifs incorporels et l'augmentation des provisions techniques (prise en compte de la marge de risque et de la provision pour primes) valorisent les fonds propres économiques à un montant inférieur par rapport aux fonds propres comptables. Les détails du calcul sont présentés ci-dessous :

	Valeur fiscale	Valeur de marché	Impôts différés
Actifs incorporels	226 177	-	-56 544
Provisions techniques	9 156 822	10 845 355	-422 133
Immobilier	12 978 728	12 510 000	-117 182
Autres placements	14 016 235	13 545 854	-117 595
Total impôts différés actif			-713 455
Actions	223 464	281 438	14 493
Total impôts différés passif			14 493

La Mutuelle est en situation d'actif net d'impôts différés de 699 K€. Cette situation, à l'avantage de la Mutuelle, n'est pas comptabilisée à l'actif du bilan prudentiel et le montant d'impôts différés actifs est capé par le montant d'impôts différés passifs.

D.3.b Les autres dettes

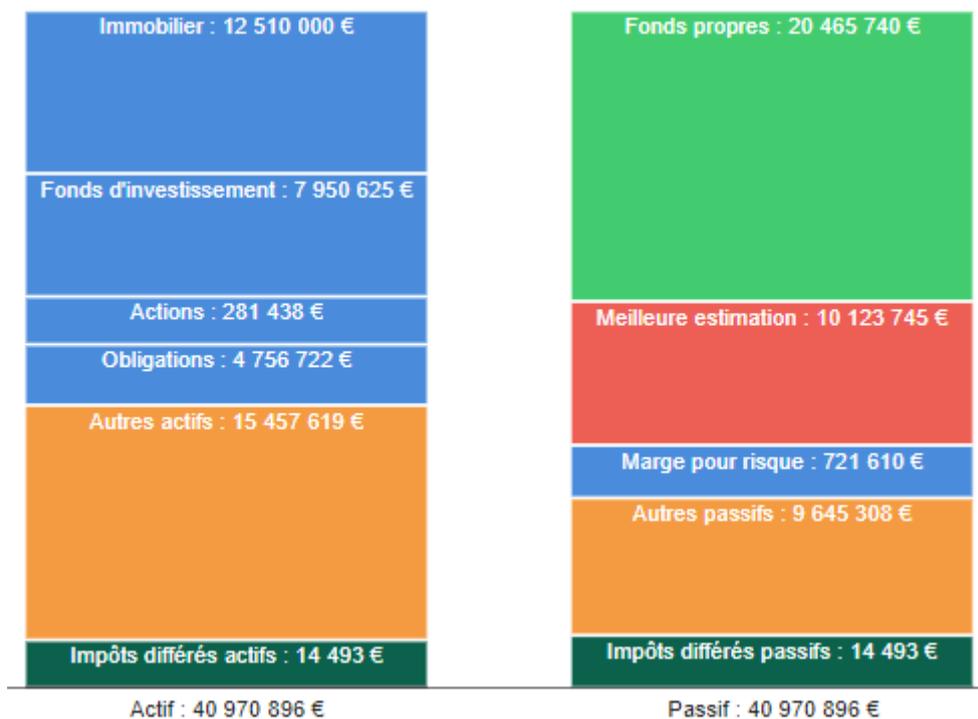
Les dettes sont considérées comme constantes entre les deux régimes, avec un montant total de 9 609 K€ (contre 10 955 K€ en 2021). Elles se composent de dettes issues d'opérations directes pour un montant de 453 K€ (contre 429 K€ en 2021), de dettes issues d'opérations de substitution pour un montant de 123 K€ (contre 124 K€ en 2021), de dettes envers les établissements de crédit pour un montant de 5 365 K€ (contre 6 672 K€ en 2021), d'autres dettes pour un montant de 3 667 K€ (contre 3 693 K€ en 2021) et d'une provision pour risques et charges d'un montant de 37 K€ (identique à 2021).

D.4. Méthode de valorisation alternatives

Aucune méthode de valorisation alternative n'a été utilisée.

D.5. Autres informations

En tenant compte des hypothèses précitées, le bilan économique se présente comme suit.



E. Gestion du capital

E.1. Fonds propres

Sous le régime Solvabilité II, les fonds propres économiques s'élèvent à **20 466 K€** (contre 23 754 K€ en 2021). Les fonds propres sont classés dans la réserve de réconciliation et relèvent du niveau 1 non restreint. En détail, les fonds propres économiques se décomposent comme suit :

- Réserves libres : 26 020 230 € ;
- Fonds de dotation avec droit de reprise : -18 239 € ;
- Résultat 2022 : -2 516 791 € ;
- Neutralisation des actifs incorporels : -226 177 € ;
- Plus-values latentes sur placements : -1 104 750 € ;
- Evolution des provisions : -966 923 € ;
- Impact de la marge de risque : - 721 610 €.

L'évolution du bilan prudentiel, entre les exercices 2021 et 2022, se présente comme suit.

	2021	2022
Placements	37 171 425	34 287 917
- Immobilier	12 510 000	12 510 000
- Actions	323 834	281 438
- Obligations	3 881 298	4 756 722
- Fonds d'investissement	8 289 228	7 950 625
- Dépôts autre que la trésorerie	12 167 065	8 789 133
Trésorerie	7 117 994	4 283 448
Autres actifs	2 621 051	2 385 038
Actif d'impôts différés	42 421	14 493
Total actif	46 952 890	40 970 896
Provisions non-vie	11 870 450	10 595 305
- Meilleure estimation sinistres	9 369 216	8 078 077
- Meilleure estimation primes	1 779 039	1 812 730
- Marge de risque	722 195	704 498
Provisions vie	331 489	250 050
- Meilleure estimation sinistres	311 321,01	232 938
- Marge de risque	20 168	17 112
Autres passifs	10 954 796	9 645 308
Passif d'impôts différés	42 421	14 493
Total passif	23 199 155	20 505 156
Actif net	23 753 735	20 465 740

L'évolution des fonds propres économiques se présente comme suit.

Evolution des fonds propres économiques (en €)	2021	2022
Fonds propres comptables	28 506 773	23 753 735
Résultat de l'exercice	-8 508 844	-2 503 932
Evolution des plus-values latentes	4 648 911	-1 307 388
Evolution de la meilleure estimation pour primes	-904 348	-33 692
Evolution du au calcul de la meilleure estimation	28 305	550 297
Evolution de la marge de risque	-691	20 753
Neutralisation des actifs incorporels	-16 372	-14 034
Fonds propres économiques	23 753 735	20 465 740

La baisse des fonds propres économiques s'explique par la reconnaissance d'un résultat déficitaire de -2,5 M€ observé à l'inventaire 2022.

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

Les fonds d'investissement ont, en partie, été observés par transparence. La composition des fonds d'investissement se présente comme suit.

2022	Valeur de marché (en €)	Proportion
Obligations souveraines	1 174 923	15%
Obligations d'entreprises	1 434 823	18%
Actions	1 749 023	22%
Fonds d'investissement	273 751	3%
Autres placements	158 807	2%
Immobilier	3 049 567	38%
Dettes	-340 216	-4%
Fonds non transparisés	449 948	6%
Total	7 950 625	100%

Pour souvenir, la composition des fonds à l'inventaire 2021, se présente comme suit.

2021	Valeur de marché (en €)	Proportion
Obligations souveraines	71 861	1%
Obligations d'entreprises	572 544	7%
Actions	3 037 398	37%
Fonds d'investissement	284 341	3%
Autres placements	-48 702	-1%
Immobilier	2 999 561	36%
Dettes	-362 296	-4%
Fonds non transparisés	1 734 521	21%
Total	8 289 228	100%

L'observation par transparence montre une forte proportion d'immobilier. Ces placements sont issus des SCPI. Les actions sont aussi fortement représentées dans les fonds d'investissement et sont principalement issus des fonds composant les unités de comptes.

E.2.a Le risque de marché

Le risque de taux et le risque de spread

Sont concernés par le risque de taux l'ensemble des obligations détenues en direct (souveraines ou d'entreprises), l'ensemble des obligations issues de l'observation des fonds d'investissements.

Le SCR taux est de **85 K€** (contre 15 K€ en 2021) et se décompose comme suit.

SCR taux (en €)	2022
Obligations d'entreprises en direct	72 150
Obligations d'entreprises issus des fonds	44 427
Obligations souveraines issues des fonds	5 071
SCR taux sur actif	121 648
SCR taux sur provisions	-36 981
Total	84 667

Le risque de spread concerne les obligations en direct et les obligations d'entreprises issues de l'observation par transparence des fonds d'investissements. Le capital de solvabilité requis pour le risque de spread est de **201 K€** (contre 110 K€ en 2021). La hausse de ce SCR s'explique par l'investissement dans une obligation non cotée et par la hausse de la part obligataire dans les fonds d'investissement.

Le risque actions

La Mutuelle du Rempart détient en direct un montant de 150 K€ (contre 173 K€ en 2021) d'actions du Crédit Agricole et des parts sociales d'une valeur de marché de 30 K€ du Crédit Coopératif. De plus, la Mutuelle possède des parts pour un montant de 100 K€, ainsi que des produits structurés d'une valeur de 2 988 K€ (contre 2 803 K€ lors de l'inventaire 2021), soumis à des chocs similaires à ceux des actions de type 2. Les autres actifs concernés par le risque actions incluent les actions issues de l'observation par transparence des fonds d'investissement et les fonds d'investissement non observés par transparence. La répartition de ces actifs est présentée ci-après :

Valeur de marché (en €)	2021	2022
Actions cotées	172 773	150 377
Actions non cotées	151 061	131 061
Actions issues des fonds	3 037 398	1 749 023
Fonds d'investissement	284 341	273 751
Fonds non transparisés	1 734 521	449 948
Obligations structurées	2 802 788	2 988 040
Total	8 182 883	5 742 199

Le portefeuille actions se décompose en actions de type 1 (actions cotées sur les marchés régulés de l'OCDE) et actions de type 2 (actions non cotées et fonds d'investissement non observés par transparence).

Le choc sur les actions de type 1 est évalué à 35,98 % (39% définis par le règlement délégué auquel est ajouté un effet asymétrique permettant de prendre en compte la position cyclique des marchés actuels de -3,02%). Le choc pour les actions de type 2 est de 45,98% (49% défini par le règlement délégué auquel est ajouté l'effet asymétrique de -3,02%).

Le capital requis pour le risque actions est de **2 324 K€** (contre 4 004 K€ en 2021) et se décompose comme suit.

	SCR 2021	SCR 2022
Actions de type 1	1 472 827	683 404
Actions de type 2	2 778 751	1 766 919
Effet de diversification	-247 879	-126 463
SCR actions	4 003 699	2 323 860

Le risque immobilier

La valeur de marché globale de l'immobilier de la Mutuelle est de 12 510 K€ à l'inventaire 2022. Le choc sur ces actifs immobiliers est de 25%. De plus, l'observation par transparence des SCPI donne un montant d'immobilier de 3 050 K€ (contre 3 000 K€ à l'inventaire 2021). Le capital requis pour le risque immobilier est de **3 889 K€** (contre 3 877 K€ en 2021) et se décompose comme suit.

Expositions immobilières	SCR 2021	SCR 2022
SCPI	749 890	762 392
Siège sociale	3 100 000	3 100 000
Parking	27 500	27 500
SCR Immobilier	3 877 390	3 889 892

Le risque de change

Le portefeuille de placement de la Mutuelle contient, après observation par transparence, 643 K€ de placements en devise. Le capital requis pour le risque de change est de **155 K€** (contre 30 K€ en 2021).

Le risque de concentration

Le risque de concentration vise à prendre en compte le manque de diversification du portefeuille de placements. En appliquant la formule standard, le capital requis pour ce risque s'élève à 1 414 K€ (contre 1 437 K€ en 2021). Ce risque est principalement attribuable au siège social de la Mutuelle ainsi qu'à l'émetteur Primonial, présent dans l'observation par transparence des SCPI.

Agrégation des risques et SCR marché

Le capital requis pour le risque de marché s'obtient en appliquant la matrice de corrélation définie par le règlement délégué et se décompose comme suit.

	SCR 2021	SCR 2022
SCR spread	110 295	200 675
SCR taux	15 080	84 667
SCR actions	4 003 699	2 323 860
SCR immobilier	3 877 390	3 889 892
SCR change	29 992	154 520
SCR concentration	1 437 051	1 414 778
Effet de diversification	-1 881 529	-1 892 141
SCR de marché	7 591 978	6 176 251

La baisse du SCR marché s'explique par la baisse des chocs sur les risques actions ainsi que par l'amélioration de l'observation par transparence des fonds d'investissement.

E.2.b Le risque de souscription santé

Le risque de souscription santé est divisé en deux risques : le risque de primes et provisions et le risque catastrophe.

Le risque de primes et de provisions

Le risque de primes et de provisions vise à prendre en compte le risque de sous-provisionnement ou de sous-tarification des garanties de remboursement de frais de soins ou d'indemnités journalières. Pour calculer le capital requis, il est nécessaire de considérer les cotisations nettes de réassurance sur le dernier exercice par groupe homogène, les cotisations estimées nettes de réassurance sur le prochain exercice, ainsi que la meilleure estimation nette de réassurance par groupe homogène de risque. Les éléments requis pour le calcul du SCR souscription sont présentés ci-après.

(en €)	2021	2022
Meilleure estimation santé	5 312 335	4 360 342
Meilleure estimation prévoyance	4 056 881	3 717 734
Cotisations santé N	47 347 967	49 798 635
Cotisations santé N+1	49 948 284	51 066 707
Cotisations prévoyance N	3 552 221	3 622 020
Cotisations prévoyance N+1	3 632 455	3 757 229

Conformément à la formule définie par le règlement délégué, le capital de solvabilité requis pour le risque de primes et de provisions s'élève à 10 689 K€ (contre 10 655 K€ en 2021). L'assiette des cotisations en prévoyance prend en compte la totalité des cotisations des contrats Passerelle, Passerelle+ et Phenix. L'augmentation du SCR souscription s'explique par une hausse du chiffre d'affaires prévu pour l'exercice 2023 ainsi que par l'évolution de la meilleure estimation en prévoyance. Toutes les provisions prévoyance sont intégrées dans l'assiette des provisions.

Aucune provision d'invalidité n'est associée aux produits Passerelle, Passerelle + et Phenix. De ce fait, aucun risque de santé similaire à la vie n'est à calculer à l'inventaire 2022.

Le risque catastrophe

Le risque d'accident de masse

Le risque d'accident de masse appelé également « risque de stade », correspond au risque d'occurrence d'un accident dans un lieu réunissant un grand nombre d'individus.

Le calcul du capital requis pour le risque d'accident de masse dépend de probabilités de survenance, en cas d'accident, de différents événements (décès, passage en invalidité, passage en incapacité ou bien augmentation des remboursements de frais de soins), des montants maximaux de remboursements prévus par les garanties portées, du nombre de personnes protégées ainsi que de la probabilité de réalisation de l'accident.

La Mutuelle du Rempart assure le remboursement des frais de soins et le remboursement d'indemnités journalières. Au 31 décembre 2022, la Mutuelle protège 74 752 personnes. Le coût moyen de remboursement des frais de soins en cas d'accident a été estimé, par prudence, à 1 000 €.

Concernant l'incapacité, la Mutuelle protège 10 789 personnes pour un montant maximal de 17 520 € par an et par personne. En cas d'invalidité, la Mutuelle couvre 342 personnes pour un montant maximal de 10 080 €. Enfin, pour le capital décès accidentel, l'effectif est de 423 personnes avec un capital maximal de 48 K€.

Le capital requis pour le risque d'accident de masse s'élève à 28 K€ (contre 24 K€ en 2021)

Le risque de concentration

Le risque de concentration correspond au risque d'occurrence d'un accident dans un lieu où sont réunis un grand nombre de personnes protégées par l'organisme, *eg.* un accident au siège d'une grande entreprise dont un grand nombre de salariés est couvert en complémentaire santé ou en prévoyance par l'organisme considéré.

Le calcul du capital requis pour le risque de concentration dépend de probabilités de survenance, en cas d'accident, de différents événements (décès, passage en invalidité, passage en incapacité ou bien l'augmentation des remboursements en frais de soin), des montants maximaux de remboursements prévus par les garanties portées et du nombre de personnes protégées par le principal contrat collectif prévoyance de l'organisme. La Mutuelle n'assure pas de contrat de ce type.

Le risque de pandémie

Le risque de pandémie correspond au risque de surconsommation médicale liée à l'occurrence d'une pandémie sur le territoire. Ce risque dépend du nombre de personnes protégées par la Mutuelle, des coûts moyens d'un séjour à l'hôpital et d'une consultation médicale, ainsi que de la proportion théorique de personnes concernées.

Le nombre de personnes protégées, comme pour le risque d'accident de masse, est de 74 572. Le coût d'une hospitalisation est estimé à 1 000 € et le coût d'une consultation à 10 €, par prudence. Le capital requis pour le risque de pandémie est de **358 K€** (contre 357 K€ en 2021). Après application de la matrice de corrélation, le capital requis pour le risque catastrophe est de **359 K€** (contre 358 K€ en 2021) et se décompose comme suit.

	SCR 2021	SCR 2022
SCR accident de masse	24 262	27 856
SCR concentration	-	-
SCR pandémie	357 331	357 946
Effet de diversification	-23 440	-26 774
SCR Catastrophe	358 154	359 028

Agrégation des sous-modules et calcul du SCR souscription santé

En tenant compte des résultats ci-dessus, après application de la matrice de corrélation, le capital requis pour le capital requis pour le risque de souscription santé est de **10 785 K€** (contre 10 750 K€ en 2021), décomposé comme suit.

	SCR 2021	SCR 2022
SCR primes et provisions	10 654 679	10 689 599
SCR catastrophe	358 154	359 028
Effet de diversification	-263 021	-263 667
SCR souscription santé	10 749 813	10 784 960

E.2.c Le risque de souscription vie

L'activité vie de la Mutuelle consiste en des versements d'allocations en cas de décès. Ces garanties sont soumises au risque de mortalité et au risque catastrophe.

Le risque de mortalité, défini par le règlement délégué, prévoit une augmentation de tous les taux de décès de 15%. Au cas d'espèce, le capital requis pour le risque de mortalité est de **9 K€** (contre 11 K€ en 2021).

Concernant les provisions mathématiques de la Mutuelle d'Argenson, la hausse de 15% est appliqué sur les taux de mortalité observé sur la table TH-002. Concernant les produits de la Mutuelle du Rempart, le taux de mortalité utilisé dans le calcul est de 0,24%. Après application d'une hausse de 15% du taux de mortalité, le SCR mortalité sur ces produits est de 6 K€. Enfin, concernant les produits Cybèle, le taux de mortalité pris en compte dans le calcul est de 0,03%. Le SCR mortalité sur ces produits est de 1 K€.

Un risque de frais (augmentation de 10% de frais et hausse de l'inflation de 1%) est calculé sur les provisions mathématiques et sur les frais provisionnés au titre des autres garanties vie de la mutuelle. Le SCR est de **2 K€** (contre 2 K€ en 2021).

Le risque catastrophe, défini par le règlement délégué, repose sur une hausse soudaine de 0.15 point de pourcentage des taux de mortalité au cours des 12 mois à venir. Le capital requis pour le risque catastrophe est calculé en utilisant la formule simplifiée autorisée à l'article 96 de ce même règlement et est estimé à **56 K€** (contre 57 K€ en 2021). Les capitaux sous risque sont estimés à 37 226 K€ (contre 38 181 K€ en 2021). Les capitaux sous risque se décomposent comme suit.

2022	Capitaux sous risque
Garantie obsèques – Mutuelle d'Argenson	249 520
Garanties Mutuelle du Rempart	4 840 000
Garantie Cybèle prévoyance	32 136 000
SCR souscription vie	37 225 520

Après utilisation de la matrice de corrélation, le capital requis pour le risque vie est estimée à **59 K€** (contre 61 K€ en 2021) et décomposé comme suit.

	SCR 2021	SCR 2022
SCR mortalité	10 977	8 868
SCR frais	1 666	1 931
SCR catastrophe	57 272	55 838
Effet de diversification	-8 478	-7 389
SCR souscription vie	61 437	59 248

E.2.d Le risque de contrepartie

Le risque de contrepartie concerne tous les actifs qui n'ont pas été choqués dans le risque de marché, c'est-à-dire les contreparties sur la trésorerie, les livrets et les comptes à terme pour les contreparties dites de type 1 et les créances pour les contreparties dites de type 2.

Pour chaque contrepartie de type 1, il est nécessaire de calculer une perte en cas de défaut. Concernant les comptes à terme et les livrets, la perte en cas de défaut est égale à la valeur de marché de chaque actif. Le risque de contrepartie de type 1 se calcule en tenant compte de l'ensemble des actifs d'un même émetteur.

Il est important de noter que les différents livrets et comptes sont regroupés par groupe d'émetteur. On observe une forte baisse de l'exposition au risque de contrepartie de type 1, qui s'explique par la fin d'un bon de capitalisation sur l'exercice 2022.

Les créances, prises en compte en contrepartie de type 2, s'élèvent à 1 959 K€ (créances d'assurance et débiteurs divers), contre un montant de 1 830 K€ à l'inventaire 2021. Le capital requis pour le risque de contrepartie est de 1 495 K€ (contre 1 731 K€ en 2021) et se décompose comme suit :

SCR	SCR 2021	SCR 2022
SCR contrepartie de type 1	1 515 679	1 259 336
SCR contrepartie de type 2	274 471	293 948
Effet de diversification	-59 072	-60 769
SCR contrepartie	1 731 078	1 492 515

La baisse du SCR contrepartie s'explique par la diminution de l'exposition des contreparties de type 1.

E.2.e Le SCR de base

Après le calcul de l'ensemble des sous-modules, le calcul du BSCR s'effectue en tenant compte de la matrice de corrélation définie par le règlement délégué. Le SCR de base est estimé à **14 255 K€** (contre 15 281 K€ en 2021) et se décompose comme suit.

	SCR 2021	SCR 2022
SCR Marché	7 591 978	6 176 251
SCR Santé	10 749 813	10 784 960
SCR Vie	61 437	59 248
SCR Contrepartie	1 731 078	1 492 515
Effet de diversification	-4 853 752	-4 258 081
BSCR	15 280 554	14 254 892

La baisse du BSCR s'explique par la diminution du SCR marché due à une meilleure observation par transparence des fonds d'investissement ainsi que par la baisse des chocs sur les actions.

E.2.f Le risque opérationnel

Le risque opérationnel est le risque de perte résultant de procédures internes, de membres du personnel ou de systèmes inadéquats ou défectueux, ou d'événements extérieurs. Le SCR opérationnel est calculé par une formule linéaire dépendant des primes sur les 24 derniers mois et des provisions calculées en meilleure estimation et brute de réassurance. Il est plafonné à 30% du SCR de base. Le capital requis pour le risque opérationnel est de **1 608 K€** (contre 1 534 K€ en 2021) en légère hausse du fait de l'augmentation du chiffre d'affaires global de la mutuelle.

E.2.g L'ajustement pour impôts différés

Au bilan prudentiel, la valeur des impôts différés passifs nets d'impôts différés passif est nulle.

L'ajustement pour impôts différés est défini par le règlement délégué Solvabilité II à l'article 207 comme « égal à la variation de la valeur des impôts différés des entreprises d'assurance (...) qui résulterait de la perte soudaine d'un montant égal à la somme des éléments suivants :

- le capital de solvabilité requis de base ;
- l'ajustement visant à tenir compte de la capacité d'absorption de pertes des provisions techniques visé à l'article 206 du présent règlement ;
- l'exigence de capital pour risque opérationnel de la directive 2009/138/CE. ».

Cet ajustement permet de diminuer le montant de capital requis. Il est plafonné, par prudence, par le montant d'impôts différés passif nets des impôts différés actif et est donc nul.

E.2.h Les exigences de capital

Le capital de solvabilité requis (SCR)

Le capital de solvabilité requis correspond au capital économique dont a besoin une entreprise d'assurance ou de réassurance pour limiter la probabilité de ruine à un an à 0,5%. Son calcul utilise la méthode de la Valeur-en-Risque (« Value-at-Risk »), conformément à la formule standard ou dans le contexte d'un modèle interne. Toutes les pertes potentielles sur les 12 mois à venir, y compris celles qui découleraient d'une réévaluation défavorable des actifs et passifs, doivent être évaluées. Le capital de solvabilité requis reflète le profil de risque réel de l'entreprise, compte tenu de tous les risques quantifiables, ainsi que l'incidence nette des techniques d'atténuation des risques.

Il est couvert par un montant au moins équivalent de fonds propres éligibles. A l'inventaire 2022, le SCR de la Mutuelle du Rempart est égal à **15 864 K€** (contre 16 816 K€ en 2021) et se décompose comme suit.

	SCR 2021	SCR 2022
BSCR	15 280 554	14 254 892
SCR opérationnel	1 534 997	1 608 876
SCR	16 815 551	15 863 768

Le minimum de capital requis (MCR)

Le minimum de capital requis se calcule par une formule linéaire dépendant des primes et de la meilleure estimation santé. Ce montant doit être compris entre 25% et 45% du SCR et est au minimum égal à 4 000 K€ (minimum absolu pour une Mutuelle mixte). A l'inventaire 2022, le MCR de la Mutuelle est égal à **4 000 K€** et les différents montants du MCR sont présentés dans le tableau suivant.

Eléments du MCR	MCR 2021	MCR 2022
MCR linéaire	3 470 322	3 502 648
MCR plafond (45% du SCR)	7 566 998	7 138 335
MCR plancher (25% du SCR)	4 203 888	3 965 942
MCR combiné	4 203 888	3 965 942
Minimum absolu	3 700 000	4 000 000
MCR	4 203 888	4 000 000

Récapitulatif et couverture des exigences

La couverture des exigences réglementaires est présentée ci-après.

	Inventaire 2021	Inventaire 2022
Risque de souscription santé	10 750	10 785
Risque de marché	7 592	6 176
Risque de souscription vie	61	59
Risque de contrepartie	1 731	1 493
Effet de diversification	-4 854	-4 258
BSCR	15 281	14 255
Risque opérationnel	1 535	1 609
Ajustement pour impôts différés	-	-
SCR	16 816	15 864
MCR	4 204	4 000
Fonds propres	23 754	20 466
Couverture du SCR	141%	129%
Couverture du MCR	565%	512%

La couverture du SCR est assurée à hauteur de 129%. La baisse de couverture s'explique par la diminution des fonds propres économiques de la Mutuelle due à la reconnaissance d'un résultat déficitaire à l'inventaire 2022.

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

La Mutuelle du Rempart n'est pas concernée par ce paragraphe.

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

La Mutuelle du Rempart n'est pas concernée par ce paragraphe.

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

La Mutuelle du Rempart n'est pas concernée par ce paragraphe.

F. ANNEXES - Etats publics 2022

Annex I

S.02.01.02

Bilan

	Valeur Solvabilité II
	C0010
Actifs	
Immobilisations incorporelles	R0030
Actifs d'impôts différés	R0040 14 493,36
Excédent du régime de retraite	R0050
Immobilisations corporelles détenues pour usage propre	R0060 12 710 825,16
Investissements (autres qu'actifs en représentation de contrats en unités de compte et indexés)	R0070 21 777 916,71
Biens immobiliers (autres que détenus pour usage propre)	R0080 0,00
Détenions dans des entreprises liées, y compris participations	R0090 0,00
Actions	R0100 281 437,50
Actions – cotées	R0110 150 376,50
Actions – non cotées	R0120 131 061,00
Obligations	R0130 4 756 721,50
Obligations d'État	R0140 0,00
Obligations d'entreprise	R0150 1 768 681,68
Titres structurés	R0160 2 988 039,82
Titres garantis	R0170
Organismes de placement collectif	R0180 7 950 624,83
Produits dérivés	R0190
Dépôts autres que les équivalents de trésorerie	R0200 8 789 132,88
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 1 263 195,09
Créances nées d'opérations de réassurance	R0370 0,00
Autres créances (hors assurance)	R0380 696 461,05
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 4 283 447,50
Autres actifs non mentionnés dans les postes ci-dessus	R0420 224 557,00
Total de l'actif	R0500 40 970 895,87
	Valeur Solvabilité II
	C0010
Passifs	
Provisions techniques non-vie	R0510 10 595 304,67
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 10 595 304,67
Provisions techniques calculées comme un tout	R0570
Meilleure estimation	R0580 9 890 806,83
Marge de risque	R0590 704 497,84
Provisions techniques vie (hors UC et indexés)	R0600 250 049,91
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 250 049,91
Provisions techniques calculées comme un tout	R0660
Meilleure estimation	R0670 232 938,09
Marge de risque	R0680 17 111,82
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 36 648,00
Provisions pour retraite	R0760 0,00
Dépôts des réassureurs	R0770 0,00
Passifs d'impôts différés	R0780 14 493,36
Produits dérivés	R0790
Dettes envers des établissements de crédit	R0800 5 365 448,09
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 453 144,30
Dettes nées d'opérations de réassurance	R0830 123 022,93
Autres dettes (hors assurance)	R0840 3 667 044,88
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 20 505 156,14
Excédent d'actif sur passif	R1000 20 465 739,73

	Ligne d'activité pour engagements d'assurance et de réassurance non-vie (assurance directe et réassurance proportionnelle acceptée)												Ligne d'activité pour réassurance non proportionnelle acceptée				Total	
	Assurance des frais médicaux	Assurance de protection du revenu	Assurance d'indemnisation des travailleurs	Assurance de responsabilité civile automobile	Autre assurance des véhicules à moteur	Assurance maritime, aérienne et transport	Assurance-incendie et autres dommages aux biens	Assurance de responsabilité civile générale	Assurance crédit et cautionnement	Assurance de protection juridique	Assistance	Perles pécutaires diverses	Santé	Accidents	Assurance maritime, aérienne et transport	Biens		
	C010	C020	C030	C040	C050	C060	C070	C080	C090	C100	C110	C120	C130	C140	C150	C160		C200
Primes émises																		
Brut - assurance directe	R010	49 798 635,19	3 609 736,39															53 408 371,78
Brut - Réassurance proportionnelle acceptée	R020	0,00	0,00															0,00
Brut - Réassurance non proportionnelle acceptée	R030																	0,00
Part des réassureurs	R040	0,00	0,00															0,00
Net	R050	49 798 635,19	3 609 736,39															53 408 371,78
Primes acquises																		
Brut - assurance directe	R020	49 798 635,19	3 585 065,29															53 383 700,78
Brut - Réassurance proportionnelle acceptée	R030	0,00	0,00															0,00
Brut - Réassurance non proportionnelle acceptée	R040																	0,00
Part des réassureurs	R050	0,00	0,00															0,00
Net	R060	49 798 635,19	3 585 065,29															53 383 700,78
Charge des sinistres																		
Brut - assurance directe	R100	42 537 431,06	3 277 219,00															45 814 650,06
Brut - Réassurance proportionnelle acceptée	R110	0,00	0,00															0,00
Brut - Réassurance non proportionnelle acceptée	R120																	0,00
Part des réassureurs	R130	0,00	0,00															0,00
Net	R140	42 537 431,06	3 277 219,00															45 814 650,06
Variation des autres provisions techniques																		
Brut - assurance directe	R010	220 131,00	-191 343,00															28 788,00
Brut - Réassurance proportionnelle acceptée	R020	0,00	0,00															0,00
Brut - Réassurance non proportionnelle acceptée	R030																	0,00
Part des réassureurs	R040	0,00	0,00															0,00
Net	R050	220 131,00	-191 343,00															28 788,00
Autres dépenses	R150	9 273 125,03	62 462,26															9 335 587,29
Total des dépenses	R150																	9 967 598,29

	Ligne d'activité pour engagements d'assurance vie					Engagements de réassurance vie		Total	
	Assurance maladie	Assurance avec participation aux bénéfices	Assurance indexée et en unités de compte	Autres assurances vie	Restes décaissant des contrats d'assurance non-vie et liés aux engagements d'assurance santé	Restes décaissant des contrats d'assurance non-vie et liés aux engagements d'assurance autres que les engagements d'assurance santé	Réassurance maladie		Réassurance vie
	C020	C020	C020	C020	C020	C020	C020		C020
Primes émises									
Brut	R110				184 110,25	0,00		184 110,25	
Part des réassureurs	R120				0,00	0,00		0,00	
Net	R130				184 110,25	0,00		184 110,25	
Primes acquises									
Brut	R140				184 110,25	0,00		184 110,25	
Part des réassureurs	R150				0,00	0,00		0,00	
Net	R160				184 110,25	0,00		184 110,25	
Charge des sinistres									
Brut	R160				243 340,03	0,00		243 340,03	
Part des réassureurs	R170				0,00	0,00		0,00	
Net	R170				243 340,03	0,00		243 340,03	
Variation des autres provisions techniques									
Brut	R170				2 933,00	0,00		2 933,00	
Part des réassureurs	R170				0,00	0,00		0,00	
Net	R180				2 933,00	0,00		2 933,00	
Autres dépenses	R190				62 423,26	0,00		62 423,26	
Total des dépenses	R200							62 623,26	

Annex I

S.05.02.01

Primes, sinistres et dépenses par pays

		Pays d'origine	5 principaux pays (par montant de primes brutes émises) – engagements en non-vie					Total 5 principaux pays et pays d'origine		
			C0010	C0020	C0030	C0040	C0050		C0060	C0070
			C0080	C0090	C0100	C0110	C0120		C0130	C0140
R0010										
Primes émises										
Brut – assurance directe	R0110	53 408 371,78						53 408 371,78		
Brut – Réassurance proportionnelle acceptée	R0120	0,00						0,00		
Brut – Réassurance non proportionnelle acceptée	R0130	0,00						0,00		
Part des réassureurs	R0140	0,00						0,00		
Net	R0200	53 408 371,78						53 408 371,78		
Primes acquises										
Brut – assurance directe	R0210	53 383 700,78						53 383 700,78		
Brut – Réassurance proportionnelle acceptée	R0220	0,00						0,00		
Brut – Réassurance non proportionnelle acceptée	R0230	0,00						0,00		
Part des réassureurs	R0240	0,00						0,00		
Net	R0300	53 383 700,78						53 383 700,78		
Charge des sinistres										
Brut – assurance directe	R0310	45 814 650,06						45 814 650,06		
Brut – Réassurance proportionnelle acceptée	R0320	0,00						0,00		
Brut – Réassurance non proportionnelle acceptée	R0330	0,00						0,00		
Part des réassureurs	R0340	0,00						0,00		
Net	R0400	45 814 650,06						45 814 650,06		
Variation des autres provisions techniques										
Brut – assurance directe	R0410	28 788,00						28 788,00		
Brut – Réassurance proportionnelle acceptée	R0420	0,00						0,00		
Brut – Réassurance non proportionnelle acceptée	R0430	0,00						0,00		
Part des réassureurs	R0440	0,00						0,00		
Net	R0500	28 788,00						28 788,00		
Dépenses engagées	R0550	9 967 598,29						9 967 598,29		
Autres dépenses	R1200							0,00		
Total des dépenses	R1300							9 967 598,29		

		Pays d'origine	5 principaux pays (par montant de primes brutes émises) – engagements en vie					Total 5 principaux pays et pays d'origine		
			C0150	C0160	C0170	C0180	C0190		C0200	C0210
			C0220	C0230	C0240	C0250	C0260		C0270	C0280
R1400										
Primes émises										
Brut	R1410	184 110,25						184 110,25		
Part des réassureurs	R1420	0,00						0,00		
Net	R1500	184 110,25						184 110,25		
Primes acquises										
Brut	R1510	184 110,25						184 110,25		
Part des réassureurs	R1520	0,00						0,00		
Net	R1600	184 110,25						184 110,25		
Charge des sinistres										
Brut	R1610	243 340,03						243 340,03		
Part des réassureurs	R1620	0,00						0,00		
Net	R1700	243 340,03						243 340,03		
Variation des autres provisions techniques										
Brut	R1710	2 933,00						2 933,00		
Part des réassureurs	R1720	0,00						0,00		
Net	R1800	2 933,00						2 933,00		
Dépenses engagées	R1900	62 623,26						62 623,26		
Autres dépenses	R2500									
Total des dépenses	R2600							62 623,26		

Provisions techniques vie

	Assurance avec participation aux bénéficiaires			Assurance indexée et en unités de compte		Autres assurances vie		Rentes découlant des contrats d'assurance	Régularisation acceptée	Total (vie hors santé, y compris UC)	Assurance santé (assurance directe)		Rentes découlant des contrats d'assurance	Régularisation (régularisation acceptée)	Total (santé similaire à la vie)
	C0020	C0030	C0040	C0050	C0060	C0070	C0080				C0160	C0170			
Provisions techniques calculées comme un tout															
Total des montants recouvrables au titre de la réassurance/des véhicules de titrisation et de la réassurance finie, après l'ajustement pour pertes probables pour défaut de la contrepartie, correspondant aux provisions techniques calculées comme un tout															
Provisions techniques calculées comme la somme de la meilleure estimation et de la marge de risque															
Meilleure estimation															
Meilleure estimation brute															
Total des montants recouvrables au titre de la réassurance/des véhicules de titrisation et de la réassurance finie, après ajustement pour pertes probables pour défaut de la contrepartie															
Meilleure estimation nette des montants recouvrables au titre de la réassurance/des véhicules de titrisation et de la réassurance finie															
Marge de risque															
Montant de la déduction transitoire sur les provisions techniques															
Provisions techniques calculées comme un tout															
Meilleure estimation															
Marge de risque															
Provisions techniques – Total															
R0010															
R0020															
R0030										232 938,09					0,00
R0080										0,00					0,00
R0090										232 938,09					0,00
R0100										17 111,82					0,00
R0110															
R0120										232 938,09					0,00
R0130										17 111,82					0,00
R0200										250 049,91					0,00

	Assurance directe et réassurance proportionnelle acceptée											Réassurance non proportionnelle acceptée				Total engagements en 09/16	
	C0020	C0030	C0040	C0050	C0060	C0070	C0080	C0090	C0100	C0110	C0120	C0130	C0140	C0150	C0160		C0170
Provisions techniques calculées comme un tout																	
Total des montants recouvrables au titre de la réassurance/des véhicules de titination et de la réassurance finale, après ajustement pour pertes probables pour défaut de la contrepartie, correspondant aux provisions techniques calculées comme un tout																	
Provisions techniques calculées comme la somme de la meilleure estimation et de la marge de risque																	
Meilleure estimation																	
Provisions pour sinistres																	
Brut																	
R0010																	
R0050																	
R0060	1 226 130,06	586 559,34															1 812 730,30
Total des montants recouvrables au titre de la réassurance/des véhicules de titination et de la réassurance finale, après ajustement pour pertes probables pour défaut de la contrepartie	0,00	0,00															0,00
Meilleure estimation nette des provisions pour primes	1 226 130,06	586 559,34															1 812 730,30
Provisions pour sinistres																	
Brut	4 300 342,49	3 717 734,04															8 078 076,53
R0140	0,00	0,00															0,00
Total des montants recouvrables au titre de la réassurance/des véhicules de titination et de la réassurance finale, après ajustement pour pertes probables pour défaut de la contrepartie	4 300 342,49	3 717 734,04															8 078 076,53
Meilleure estimation nette des provisions pour sinistres	3 586 473,45	4 304 333,38															7 890 806,83
Total meilleure estimation – brut																	
R0250	4 300 342,49	3 717 734,04															8 078 076,53
Total meilleure estimation – net																	
R0270	3 586 473,45	4 304 333,38															7 890 806,83
Marge de risque																	
R0280	423 555,56	280 942,25															704 497,84
Montant de la déduction transitoire sur les provisions techniques																	
Provisions techniques calculées comme un tout																	
Meilleure estimation																	
Marge de risque																	
R0290																	
R0300																	
R0310																	
	Assurance directe et réassurance proportionnelle acceptée											Réassurance non proportionnelle acceptée				Total engagements en 09/16	
	C0020	C0030	C0040	C0050	C0060	C0070	C0080	C0090	C0100	C0110	C0120	C0130	C0140	C0150	C0160		C0170
Provisions techniques – Total																	
Provisions techniques – Total	6 010 029,01	4 585 275,67															10 595 304,68
Montants recouvrables au titre de la réassurance/des véhicules de titination et de la réassurance finale, après ajustement pour pertes probables pour défaut de la contrepartie – total	0,00	0,00															0,00
Provisions techniques nettes des montants recouvrables au titre de la réassurance/des véhicules de titination et de la réassurance finale	6 010 029,01	4 585 275,67															10 595 304,68

Sinistres en non-vie

Total Activité en non-vie

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

Sinistres payés bruts (non cumulés)

(valeur absolue)

Année	Année de développement											Pour l'année en cours	Somme des années (cumulés)		
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 & +				
	C0010	C0020	C0030	C0040	C0050	C0060	C0070	C0080	C0090	C0100	C0110				
Précédentes	R0100												R0100	0,00	0,00
N-9	R0160	0,00	3 130 001,41	168 493,71	11 536,47	20 917,72	22 507,59	55,29	305,36	35,39	334,76		R0160	334,76	3 354 187,70
N-8	R0170	22 813 249,85	2 949 549,48	77 505,79	10 144,18	8 589,78	802,08	1 283,44	530,46	5 234,92			R0170	5 234,92	25 866 889,98
N-7	R0180	22 177 845,95	2 561 064,77	152 463,58	41 974,97	13 562,68	142 656,67	29 790,16	2 357,67				R0180	2 357,67	25 121 716,45
N-6	R0190	19 656 888,39	1 855 821,56	167 752,73	61 150,37	212 426,19	100 158,44	7 490,39					R0190	7 490,39	22 061 688,07
N-5	R0200	19 262 719,78	1 771 148,83	243 058,92	247 919,80	247 341,86	148 963,47						R0200	148 963,47	21 921 152,66
N-4	R0210	19 279 433,53	2 205 782,49	865 829,66	533 225,83	257 011,95							R0210	257 011,95	23 141 283,46
N-3	R0220	19 650 703,31	4 099 113,49	1 309 050,17	513 233,47								R0220	513 233,47	25 572 100,44
N-2	R0230	31 931 659,99	4 801 946,39	833 704,25									R0230	833 704,25	37 567 310,63
N-1	R0240	37 791 018,37	4 239 611,62										R0240	4 239 611,62	42 030 629,99
N	R0250	39 972 308,54											R0250	39 972 308,54	39 972 308,54
Total	R0260												R0260	45 980 251,04	266 609 267,92

Meilleure estimation provisions pour sinistres brutes non actualisées

(valeur absolue)

Année	Année de développement											Fin d'année (données actualisées)		
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 & +			
	C0200	C0210	C0220	C0230	C0240	C0250	C0260	C0270	C0280	C0290	C0300			
Précédentes	R0100												R0100	0,00
N-9	R0160												R0160	0,00
N-8	R0170												R0170	0,00
N-7	R0180					0,00							R0180	0,00
N-6	R0190				0,00	0,00							R0190	0,00
N-5	R0200			0,00	33 594,02	0,00							R0200	0,00
N-4	R0210		0,00	980 727,22	12 284,74	0,00							R0210	0,00
N-3	R0220	2 981 233,00	1 943 452,31	1 153 958,22	451 484,55								R0220	451 484,55
N-2	R0230	6 448 161,07	2 152 547,52	763 728,87									R0230	763 728,87
N-1	R0240	5 722 101,49	1 444 981,11										R0240	1 444 981,11
N	R0250	5 378 463,13											R0250	5 378 463,13
Total	R0260												R0260	8 038 657,66

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

Total fonds propres auxiliaires**Fonds propres éligibles et disponibles**

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

Capital de solvabilité requis**Minimum de capital requis****Ratio fonds propres éligibles sur capital de solvabilité requis****Ratio fonds propres éligibles sur minimum de capital requis****Réserve de réconciliation**

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

Réserve de réconciliation**Bénéfices attendus**

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

Total bénéfices attendus inclus dans les primes futures (EPIFP)

	Total	Niveau 1 – non restreint	Niveau 1 – restreint	Niveau 2	Niveau 3
	C0010	C0020	C0030	C0040	C0050
R0010					
R0030					
R0040	0,00	0,00			
R0050					
R0070					
R0090					
R0110					
R0130	20 465 739,73	20 465 739,73			
R0140	0,00				
R0160					
R0180					
R0220					
R0230					
R0290	20 465 739,73	20 465 739,73			
R0300					
R0310					
R0320					
R0330					
R0340					
R0350					
R0360					
R0370					
R0390					
R0400					
R0500	20 465 739,73	20 465 739,73			
R0510	20 465 739,73	20 465 739,73			
R0540	20 465 739,73	20 465 739,73		0,00	
R0550	20 465 739,73	20 465 739,73		0,00	
R0580	15 863 767,82				
R0600	4 000 000,00				
R0620	129,01%				
R0640	511,64%				

	C0060
R0700	20 465 739,73
R0710	
R0720	
R0730	0,00
R0740	
R0760	20 465 739,73
R0770	7 303,50
R0780	-1 452 689,85
R0790	-1 445 386,34

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 6 176 250,50		
Risque de défaut de la contrepartie	R0020 1 492 515,26		
Risque de souscription en vie	R0030 59 248,15		
Risque de souscription en santé	R0040 10 784 959,91		
Risque de souscription en non-vie	R0050		
Diversification	R0060 -4 258 081,44		
Risque lié aux immobilisations incorporelles	R0070		
Capital de solvabilité requis de base	R0100 14 254 892,39		

Calcul du capital de solvabilité requis

	C0100
Risque opérationnel	R0130 1 608 875,43
Capacité d'absorption des pertes des provisions techniques	R0140
Capacité d'absorption de pertes des impôts différés	R0150 0,00
Capital requis pour les activités exercées conformément à l'article 4 de la directive 2003/41/CE	R0160
Capital de solvabilité requis à l'exclusion des exigences de capital supplémentaire	R0200 15 863 767,82
Exigences de capital supplémentaire déjà définies	R0210
Capital de solvabilité requis	R0220 15 863 767,82
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

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 réassurance non-vie	R0010	3 471 698,35

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	5 586 473,45	49 798 633,19		
R0030	4 304 333,38	3 585 063,59		
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,L)
	C0070	C0080
Terme de la formule linéaire pour les engagements d'assurance et de réassurance vie	R0200	30 949,56

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

	Activités en non-vie	Activités en vie		
	Meilleure estimation et PT calculées comme un tout, nettes (de la réassurance / des véhicules de titrisation)	Montant total du capital sous risque net (de la réassurance/ des véhicules de titrisation)	Meilleure estimation et PT calculées comme un tout, nettes (de la réassurance / des véhicules de titrisation)	Montant total du capital sous risque net (de la réassurance/ des véhicules de titrisation)
	C0090	C0100	C0110	C0120
R0210				
R0220				
R0230				
R0240			232 938,09	
R0250				37 225 520,00

Calcul du MCR global

	C0130	
MCR linéaire	R0300	3 502 647,92
Capital de solvabilité requis	R0310	15 863 767,82
Plafond du MCR	R0320	7 138 695,52
Plancher du MCR	R0330	3 965 941,96
MCR combiné	R0340	3 965 941,96
Seuil plancher absolu du MCR	R0350	4 000 000,00
Minimum de capital requis	R0400	4 000 000,00

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

	Activités en non-vie	Activités en vie	
	C0140	C0150	
Montant notionnel du MCR linéaire	R0500	3 471 698,35	30 949,56
Montant notionnel du SCR hors capital supplémentaire (calcul annuel ou dernier calcul)	R0510	15 723 594,81	140 173,01
Plafond du montant notionnel du MCR	R0520	7 075 617,67	63 077,85
Plancher du montant notionnel du MCR	R0530	3 930 898,70	35 043,25
Montant notionnel du MCR combiné	R0540	3 930 898,70	35 043,25
Seuil plancher absolu du montant notionnel du MCR	R0550	2 700 000,00	1 300 000,00
Montant notionnel du MCR	R0560	3 930 898,70	1 300 000,00