



REMPART

MUTUELLE

Rapport sur la solvabilité et la situation financière

Exercice 2023

Version n°1

27 mai 2024

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	11
B.1.d Le Président du Conseil d'Administration	12
B.1.e Direction effective.....	13
B.1.f Responsables fonctions clés.....	15
B.2. Exigences de compétences et d'honorabilité.....	17
B.2.a Procédure concernant les dirigeants salariés et responsables de fonctions clefs.....	17
B.2.b Pour les autres salariés.....	18
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	20
B.4. Système de contrôle interne.....	21
B.4.a Présentation générale.....	21
B.4.b Le contrôle permanent.....	21
B.4.c Le risque de conformité	22
B.5. Fonction d'audit interne	22
B.6. Fonction actuarielle	23
B.7. Sous-traitance.....	24
B.7.a Procédure de sélection	24

B.7.b Demande de pièces complémentaires concernant les personnes physiques et morales	25
C. Profil de risque	26
C.1. Risque de souscription.....	26
C.1.a Appréhension du risque de souscription au sein de la Mutuelle	26
C.1.b Mesure du risque de souscription et risques majeurs	26
C.1.c Maitrise du risque de souscription	26
C.2. Risque de marché	28
C.2.a Appréhension du risque de marché au sein de la Mutuelle.....	28
C.2.b Mesure du risque de marché et risques majeurs	28
C.2.c Maitrise du risque de marché.....	29
C.3. Risque de crédit.....	29
C.3.a Appréhension du risque de crédit au sein de la Mutuelle.....	29
C.3.b Mesure du risque de crédit et risques majeurs.....	29
C.4. Risque de liquidité.....	29
C.4.a Appréhension du risque de liquidité au sein de la Mutuelle.....	30
C.4.b Mesure du risque de liquidité et risques majeurs.....	30
C.4.c Maitrise du risque de liquidité	30
C.5. Risque opérationnel.....	31
C.5.a. Commercialisation des produits.....	31
C.5.b. Gestion des adhésions	32
C.5.c. Gestion des cotisations	33
C.5.d. Gestion des prestations.....	34
C.5.e. Intermédiation	34
C.5.f. Système d'information.....	35
C.5.g. Risques sociaux.....	36
C.5.h. Risques juridiques divers	36
D. Valorisation à des fins de solvabilité	37
D.1. Actifs	37
D.1.a Les placements immobiliers	37
D.1.b Les placements de taux.....	37

D.1.c Les fonds d'investissements.....	37
D.1.d Les dépôts autre que la trésorerie.....	37
D.1.e Les actions.....	37
D.1.f Les actifs incorporels.....	37
D.1.g Les autres créances et la trésorerie.....	38
D.1.h Les impôts différés actifs.....	38
D.2. Provisions techniques.....	38
D.2.a Les provisions techniques dans les comptes sociaux (Solvabilité I).....	38
D.2.b Les provisions techniques prudentielles.....	39
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.....	41
E. Gestion du capital.....	42
E.1. Fonds propres.....	42
E.2. Capital de solvabilité requis et minimum de capital requis.....	43
E.2.a Le risque de marché.....	43
E.2.b Le risque de souscription santé.....	45
E.2.c Le risque de souscription vie.....	47
E.2.d Le risque de contrepartie.....	47
E.2.e Le SCR de base.....	48
E.2.f Le risque opérationnel.....	48
E.2.g L'ajustement pour impôts différés.....	48
E.2.h Les exigences de capital.....	48
E.3. Utilisation du sous-module « risque sur actions » fondé sur la durée dans le calcul du capital de solvabilité requis.....	50
E.4. Différences entre la formule standard et tout modèle interne utilisée.....	50
E.5. Non-respect du minimum de capital requis et non-respect du capital de solvabilité requis.....	50
F. ANNEXES - Etats publics 2023.....	50

A. Activité et résultats

A.1. Activité

La hausse de consommation, constatée en 2021 et 2022, nous a contraint à un ajustement des cotisations pour 2023 afin de maintenir un résultat technique suffisant. Cette année, notre ratio de sinistralité s'est amélioré mais reste insuffisant pour couvrir les frais de gestion fortement impactés par l'inflation en 2023. En effet, comme en 2022, les frais généraux ont augmenté en proportion de l'inflation, et nous avons dû fournir de nouveaux efforts de sécurisation du système d'information.

A.2. Résultats de souscription

(en K€)	2023	2022	Evolution
Cotisations émises	+ 56 976	+ 53 699	+ 6,1%
Cotisations cédées			
Prestations et frais payés	- 50 055	- 47 931	+ 4,4%
Prestations cédées			
Frais de gestion	- 2 254	- 2 040	+ 10,5%
Commission de réassurance			
Autres	- 862	+ 32	- 2 816,2%
Solde de souscription	+ 3 805	+ 3 760	+ 1,2%

A.3. Résultats des investissements

(En K€)	Valeur de marché	Produits	Charges	Résultat des investissements	
				2023	2022
	18 143	1 423	- 1 088	+ 335	+ 1 587
Total	18 143	1 423	- 1 088	+ 335	+ 1 587

A.4. Résultats des autres activités

La convention de délégation de gestion a poursuivi ses effets.

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 2023, 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 Rempart Mutuelle.

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 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 2023, le Conseil s'est réuni dix (10) 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 décrit dans le Règlement Intérieur du Conseil d'Administration.

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

- 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, douze (12) d'entre eux ont pu se tenir, dont quatre (4) par le comité d'Audit pendant l'année 2023.

A l'exception du comité d'Audit et Risques, le Président est membre de droit de chacun de ces comités qui jusqu'en septembre 2023 étaient 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 Rempart Mutuelle.

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 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 Rempart Mutuelle 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 clefs

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, Rempart Mutuelle s'est dotée d'une charte de déontologie des administrateurs. La charte de déontologie des administrateurs, qui s'applique à tous les administrateurs, a été adoptée 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 Rempart Mutuelle 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 Rempart Mutuelle expose la définition du caractère 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 la 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

Rempart Mutuelle 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 Rempart Mutuelle 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 Directeur 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 ;
 - o 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;
 - o 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 ;
 - o 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 Maitrise 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, nous assurons en propre un produit hybride de garanties hospitalières forfaitaires ; ainsi que des contrats de prévoyance classique (capital décès toute cause, indemnités journalières, incapacité), sous la marque commune PHENIX, PASSERELLE et PASSERELLE +. Leur commercialisation est interrompue depuis le 31 décembre 2016.

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. 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 Maitrise du risque de marché

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

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 2023 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.rempartmutuelle.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 desdites 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 la 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 avait 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. Depuis juillet 2024, notre opérateur de tiers payant national est ACTIL.

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 Rempart Mutuelle (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 2023, 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 Rempart Mutuelle (L. 116-2 du CM)

Partenariats actifs

Nous avons deux conventions de partenariat :

Pour la distribution pour le compte de la Mutuelle de deux contrats individuels complémentaires santé labellisés au profit des fonctionnaires territoriaux 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.

Pour adresser des marchés publics et parapublics via des réponses aux appels d'offres pour lesquels il possède des compétences de spécialiste

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 de nos Commissaires aux comptes est programmé depuis 2020 et il est reconduit chaque année notamment pour actualisation des préconisations des audits antérieurs.

C.5.g. Risques sociaux

Rempart Mutuelle 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 12 000 M€, pour une valeur nette comptable de 12 049 K€ incluant les provisions pour dépréciations durables. La mutuelle détenait également des parkings inscrits au bilan pour une valeur nette nulle et qui ont été vendus en 2023. La valeur de marché totale des actifs immobiliers de la mutuelle est donc égale à 12 000 K€, à l'inventaire 2023, embarquant **une moins-value latente de 49 K€**.

D.1.b Les placements de taux

La mutuelle possède cinq obligations non cotées d'une valeur totale de 1 950 K€, ainsi qu'une obligation BPCE d'une valeur de 295 K.

En outre, la mutuelle a réalisé des investissements dans huit produits structurés. Leur valeur de marché s'élève à 2 357 K€, tandis que leur valeur nette comptable est de 2 405 K€.

Ces produits tiennent compte d'une provision pour dépréciations durables de 97 K.

D.1.c Les fonds d'investissements

A l'inventaire 2023, la mutuelle détient des parts dans 26 fonds d'investissements :

- 8 fonds à dominante immobilière ;
- 18 fonds diversifiés.

Parmi ces fonds, douze ont pu être observés par transparence pour le calcul du capital de solvabilité requis (SCR) à l'inventaire 2023.

D.1.d Les dépôts autre que la trésorerie

Le portefeuille de placements de la mutuelle contient des parts dans trois fonds de dépôt de type « bons de capitalisation », une émission de titres subordonnés à durée indéterminée, un prêt et un dépôt de garantie, qui lui font supporter un risque de contrepartie, sans relever de la classe 52 (banque).

D.1.e Les actions

La mutuelle détient en direct des actions de la Caisse Régionale du Crédit Agricole, des parts sociales du Crédit Coopératif ainsi que des actions non cotées du Stade Toulousain et dans deux entreprises locales.

D.1.f Les actifs incorporels

La Mutuelle reconnaît un montant d'actifs incorporels dans ses comptes sociaux de 198 K€ (contre 226 K€ à l'inventaire 2022). 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 1 465 K€ (contre 1 960 K€ en 2022).

Il en va de même pour la trésorerie, d'un montant de 2 412 K€ (contre 4 283 K€ en 2022), les actifs corporels d'une valeur de 237 K€ (contre 201 K€ en 2022) et le poste « autres actifs » concernant des frais reportés d'un montant de 314 K€ (contre 225 K€ en 2021).

D.1.h 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 2023, les postes concernés par les impôts différés actifs sont les actifs en situation de moins-value latente (immobilier, obligations et impôts différés en l'occurrence) et les provisions qui se trouvent être supérieures dans le régime solvabilité II. Néanmoins, par prudence, il a été décidé de plafonner ce montant d'impôts différés actifs au montant des impôts différés passifs, calculés sur les postes en situation de plus-values latentes à l'actif.

D.2. Provisions techniques

D.2.a Les provisions techniques dans les comptes sociaux (Solvabilité I)

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 :

Provisions Santé (en €)	2023	2022
PPAP Santé	2 350 000	2 339 000
PPAP Santé - Substitution	1 821 117	1 930 435
Frais de gestion des prestations	119 850	118 676
Total	4 290 967	4 608 242

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 pour prestations à payer (dossiers connus et tardifs), de provisions mathématiques (PM) incapacité pour des dossiers connus, des provisions mathématiques (PM) invalidité en attente et des provisions pour cotisations non acquises (lorsque les primes sont appelées avant l'inventaire pour une couverture de risque en partie ultérieure).

La décomposition de ces provisions à l'inventaire 2023 se présente comme suit.

Provisions Prévoyance non-vie (en €)	2023	2022
PPAP incapacité	196 357	318 143
PM incapacité	2 139 971	2 545 682
PM invalidité en attente	761 113	905 411
Provision pour cotisations non acquises	359 480	337 427
Frais de gestion	171 947	120 616
Total	3 628 868	4 227 279

Les provisions vie

Les provisions vie sont des provisions issues essentiellement de la substitution de la Mutuelle d'Argenson pour un montant de 235 K€ (contre 256 K€ en 2022) et se décomposent comme suit.

Provisions Vie (en €)	2023	2022
PPAP décès	50 382	48 800
PM décès	179 148	195 160
Provision pour aléas financiers	3 617	10 435
Frais de gestion des prestations	1 970	1 520
Total	235 117	255 915

Il est à noter que la provision pour aléas financiers a pour objet d'ajuster la provision mathématique actualisée au taux du tarif, supérieur aux taux de marché actuels. Néanmoins, l'actualisation des provisions se faisant selon la courbe des taux publiées par EIOPA sous Solvabilité II, cette provision ne sera pas reprise dans le bilan prudentiel.

D.2.b Les provisions techniques prudentielles

Calcul de la meilleure estimation non-vie

La meilleure estimation non-vie est composée de :

- La meilleure estimation des PPAP santé dite « meilleure estimation pour sinistres santé » (ou « ME sinistres Santé ») ;
- La meilleure estimation des PPAP prévoyance dite « meilleure estimation pour sinistres prévoyance » (ou « ME sinistres Prévoyance ») ;
- L'ajustement pour tenir compte du résultat technique espéré généré par les primes n+1 déjà émises en santé, dit « meilleure estimation pour primes santé » (ou « ME primes Santé ») ;
- L'ajustement pour tenir compte du résultat technique espéré généré par les primes n+1 déjà émises en prévoyance, dit « meilleure estimation pour primes prévoyance » (ou « ME primes Prévoyance »).

Conformément aux dispositions de la directive Solvabilité II et de son règlement délégué n°2015-35, les provisions pour sinistres santé et prévoyance sont calculées selon les mêmes méthodes actuarielles en matière de détermination des flux futurs mais leur actualisation doit se faire non pas à taux nul pour les PPAP ni à taux fixe réglementé pour les PM non-vie, mais avec la courbe des taux sans risque publiée par EIOPA. Cela a normalement pour effet de

diminuer les provisions puisque les taux fixes règlementaires sont généralement plus faibles que la courbe des taux sans risque.

Pour ce qui concerne les provisions pour primes, elles ont été calculées, pour chaque groupe homogène de risque (santé et prévoyance), par application du ratio combiné espéré aux cotisations attendues en 2024. En remboursement de frais de soins, le ratio combiné 2024 est estimé à 100,11%, donnant une provision pour primes santé de 63 K€, pour une assiette de cotisations 2024 de 55 873 K€. Quant aux indemnités journalières, le ratio combiné attendu est de 105,70% pour une assiette de cotisations 2024 de 5 085 K€, donnant une provision pour primes de 290 K€, à laquelle il convient d'ajouter une provision pour cotisation non acquises ajustée, par le ratio combiné attendu, à 380 K€, contre 359 K€ en normes sociales.

Ainsi, à l'inventaire 2023, la meilleure estimation non-vie est inscrite au bilan prudentiel pour 8 117 K€, détaillés comme suit.

Meilleures estimations non-vie (en €)	Solvabilité I	Solvabilité II	Impact
Santé - Meilleure estimation pour sinistres	4 290 967	4 259 166	-31 801
Santé - Meilleure estimation pour primes	0	63 018	63 018
Prévoyance - Meilleure estimation pour sinistres	3 269 388	3 124 724	-144 664
Prévoyance - Meilleure estimation pour primes	359 480	669 950	310 470
Total	7 919 835	8 116 858	197 023

Calcul de la meilleure estimation vie

La mutuelle propose des produits viagers par le biais de la Mutuelle d'Argenson, 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 (du fait de l'insuffisance théorique des taux de rendement du portefeuille de placement de la mutuelle. Sous Solvabilité II, la méthode de calcul est conservée et les taux d'actualisation utilisés sont ceux de la courbe des taux sans risque publiée par EIOPA, indépendamment des performances du portefeuille propre de la mutuelle. La provision pour aléas financiers n'a donc plus d'objet. De même que sur le segment non-vie, les provisions pour prestations à payer sont actualisées avec la courbe des taux sans risque.

Pour ce qui concerne la provision pour primes, la méthode reste constante par rapport au segment non-vie et, avec un ratio combiné espéré de 143,39% et une assiette de cotisations 2024 de 204 K€, cette provision s'élève à 88 K€.

Ainsi, à l'inventaire 2023, la meilleure estimation vie inscrite au bilan prudentiel s'élève à 315 K€, détaillées comme suit.

Meilleure estimation vie (en €)	Solvabilité I	Solvabilité II	Impact
Vie - Meilleure estimation pour sinistres	231 500	226 596	-4 904
Vie - Provision pour aléas financiers	3 617	0	-3 617
Vie - Meilleure estimation pour primes	0	88 464	88 464
Total	235 117	315 060	79 943

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 et risque de contrepartie) actualisés sur un an, soit 690 K€ (contre 722 K€ en 2022), décomposée comme suit.

Marge de risque (en €)	2023	2022
Risque de souscription pris en compte	10 172 000	12 409 000
Risque opérationnel pris en compte	1 712 000	1 609 000
Marge de risque non-vie	664 091	704 498
Marge de risque vie	25 777	17 112
Total marge de risque	689 868	721 610

D.3. Autres passifs

D.3.a Les impôts différés passifs

Comme expliqué à la section D.1.h du présent rapport, le poste d'impôt différé passif a été calculé à 28 K€ sur les plus-values latentes sur actions et fonds d'investissement. Il est compensé par un montant équivalent d'impôts différés actifs. La situation nette d'impôt différé est donc nulle.

D.3.b Les autres dettes

Les dettes et les provisions non techniques sont considérées comme constantes entre les deux régimes, avec un montant total de 9 595 K€ (contre 9 609 K€ en 2022), composées de :

- Provision pour risques et charges : 44 K€ ;
- Dettes d'assurance et substitution : 39 K€ ;
- Dettes financières : 5 215 K€ ;
- Autres (personnel, État, créiteurs divers) : 1 090 K€.

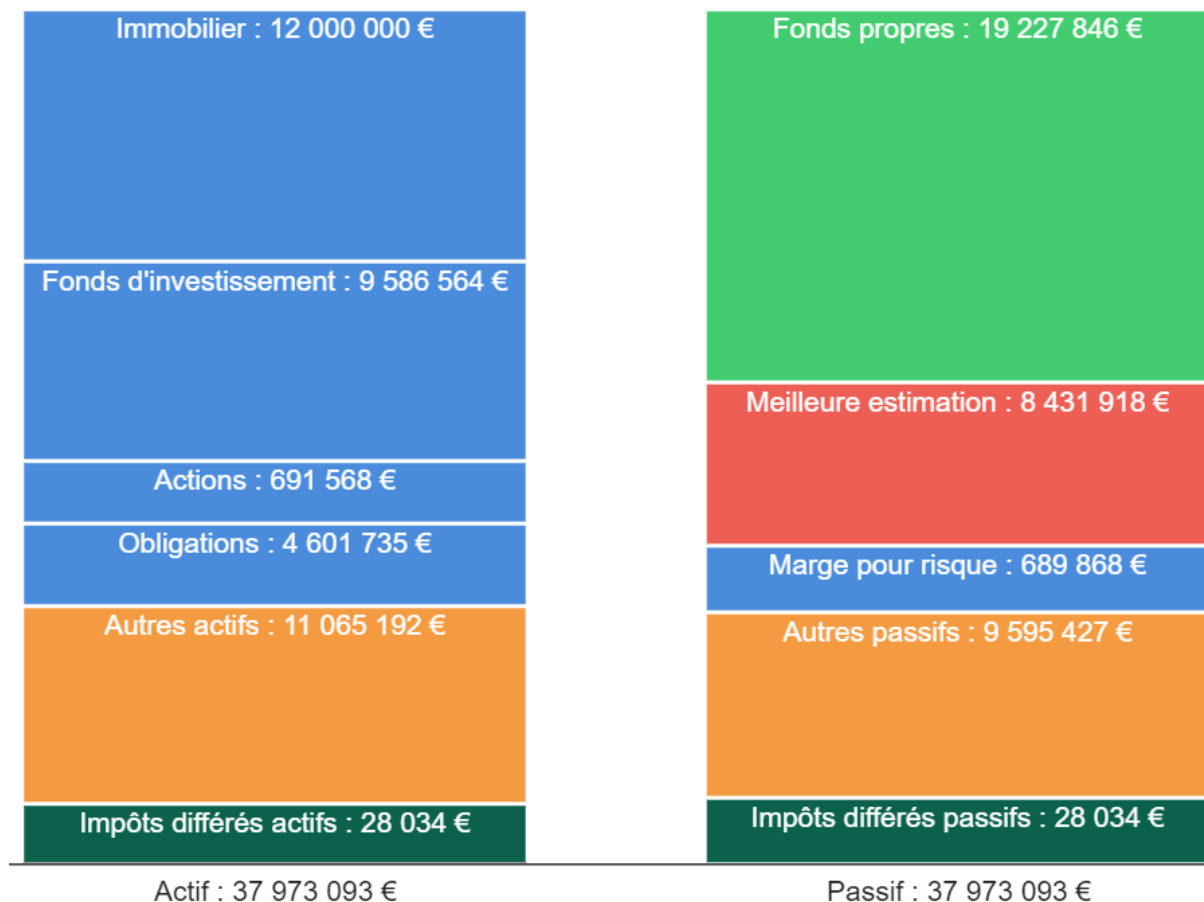
D.4. Méthode de valorisation alternatives

Aucune méthode de valorisation alternative n'a été utilisée.

E. Gestion du capital

E.1. Fonds propres

En tenant compte des hypothèses précitées, le bilan économique 2024 se présente comme suit.



Sous le régime Solvabilité II, les fonds propres économiques s'élèvent à 19 228 K€ (contre 20 466 K€ en 2022). 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.

Fonds propres économiques (en €)	2023	2022
Fonds propres comptables n-1	23 485 199	26 001 990
Résultat de l'exercice	-3 101 597	-2 516 791
Fonds propres comptable n	20 383 602	23 485 199
Plus-values latentes	9 529	-1 104 750
Neutralisation actifs incorporels	-198 451	-226 177
Impact meilleure estimation pour sinistres	184 986	845 807
Impact meilleure estimation pour primes	-461 952	-1 812 730
Impact de la marge pour risque	-689 868	-721 610
Fonds propres économiques n	19 227 846	20 465 739

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

Douze fonds d'investissement ont pu être observés par transparence, représentant 5 672 K€ en valeur de marché pour une exposition globale sur fonds d'investissement de 9 587 K€ à l'inventaire 2024. La répartition de cette exposition par catégorie de placements est présentée ci-après sur 2022 et 2023.

Fonds d'investissement (en €)	Valeur de marché 2023	Proportion 2023	Valeur de marché 2022	Proportion 2022
Obligations souveraines	260 537	3%	1 174 923	15%
Obligations d'entreprises	1 751 154	18%	1 434 823	18%
Actions	856 934	9%	1 749 023	22%
Fonds d'investissement	195 722	2%	273 751	3%
Autres placements	0	0%	158 807	2%
Immobilier	3 330 164	35%	3 049 567	38%
Dettes	-722 560	-8%	-340 216	-4%
Total fonds transparisés	5 671 951	59%	7 500 678	94%
Fonds non transparisés	3 914 613	41%	449 948	6%
Total	9 586 564	100%	7 950 626	100%

Le portefeuille de placements détenus par la mutuelle via des fonds d'investissements est toujours exposé au marché immobilier de manière significative. En revanche, ses placements en emprunts souverains sont plus réduits qu'en 2022. Douze fonds ont pu être observés par transparence. Les autres, pour 3 915 K€ ont été considérés comme des actions de type 2, par prudence.

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) ainsi que l'ensemble des obligations issues de l'observation des fonds d'investissements. Le risque de spread, quant à lui, ne concerne que les obligations d'entreprises, qu'elles soient détenues en direct ou par le biais de fonds d'investissement.

A l'inventaire 2023, le SCR taux est de **58 K€** (contre 85 K€ en 2022) et se décompose comme suit.

	Scénario : Hausse des taux	Scénario : Baisse des taux
Obligations d'entreprises détenues en direct	27 982,66 €	-26 783,78 €
Obligations souveraines détenues en direct	0,00 €	0,00 €
Obligations d'entreprises issues des fonds d'investissement	67 291,40 €	-63 099,63 €
Obligations souveraines issues des fonds d'investissement	1 030,14 €	-1 103,79 €
Impact total sur les obligations	96 304,20 €	-90 987,20 €
Impact sur les provisions techniques	-38 228,44 €	0,00 €
SCR taux	58 075,76 €	-90 987,20 €

Le risque actions

La mutuelle détient pour 997 K€ d'actions cotées en direct et par le biais de fonds d'investissements observés par transparence, relevant du type 1 et choquées à 40,46% (39% définis par le règlement délégué auquel est ajouté un effet asymétrique permettant de

prendre en compte la position cyclique des marchés actuels de +1,46%).

Par ailleurs, sont concernés par le risque actions de type 2 et choqués à 50,46% (49% définis par le règlement délégué auquel est ajouté un effet asymétrique permettant de prendre en compte la position cyclique des marchés actuels de +1,46%) les actions non cotées, les fonds d'investissements non observés par transparence ainsi que les produits structurés.

Dans ces conditions, à l'inventaire 2023, le SCR pour le risque actions de **3 628 K€** (contre 2 324 K€ en 2022) est expliqué de la façon suivante.

	SCR actions de type 1	SCR actions de type 2
Actions détenues en direct	56 527,27 €	
Participations détenues en direct	0,00 €	
Actions issues des fonds d'investissement	396 688,37 €	
Actions non cotées détenues en direct		278 466,54 €
Participations non cotées détenues en direct		0,00 €
Titres structurés		1 189 232,65 €
Fonds d'investissement issus de l'observation par transparence		109 232,39 €
Fonds d'investissement non observés par transparence		1 699 145,97 €
SCR actions type 1 et 2	453 215,64 €	3 276 077,55 €

Le risque immobilier

En matière immobilière, la mutuelle ne détient que son siège social (12,0 M€ en valeur de marché) et des SCPI (3,3 M€ en valeur de marché) puisque les parkings ont été vendus en 2023. Le capital requis pour le risque immobilier est de **3 833 K€** (contre 3 890 K€ en 2022) et se décompose comme suit.

	SCR Immobilier
Siège	3 000 000,00 €
Fonds d'investissement	832 541,11 €

Le risque de change

Le portefeuille de placement de la mutuelle contient, après observation par transparence, 52K€ de placements en devise. Le capital requis pour le risque de change (25% de l'exposition) est de **13 K€** (contre 155 K€ en 2022).

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 **1 651 K€** (contre 1 414 K€ en 2022). Ce risque est principalement attribuable au siège social de la mutuelle (12,0 M€) ainsi qu'à l'émetteur Primonial, présent dans l'observation par transparence des SCPI (1,6 M€).

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.

	Valeur
SCR spread	170 958,40 €
SCR taux	58 075,76 €
SCR action	3 628 393,98 €
SCR immobilier	3 832 541,11 €
SCR change	13 054,40 €
SCR concentration	1 651 064,16 €

SCR marché : 7 287 469,14 €

La hausse du SCR marché s'explique par une allocation d'actif plus dynamique avec moins d'investissements en placements obligataires souverains, notamment.

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. Le SCR de primes et provisions se calcule selon une formule qui prend comme paramètres 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.

Ainsi, conformément à la formule définie par le règlement délégué n°2015-35, le capital de solvabilité requis pour le risque de primes et de provisions, à l'inventaire 2023, est valorisé à **10 089 K€** (contre 10 689 K€ en 2022).

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 2023.

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.

Rempart Mutuelle assure le remboursement des frais de soins et le remboursement d'indemnités journalières. Au 31 décembre 2023, la Mutuelle protège 61 166 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 10 685 personnes pour un montant maximal de 9 600 € par an et par personne. En cas d'invalidité, la Mutuelle couvre 367 personnes pour un montant maximal de 10 080 €.

Le capital requis pour le risque d'accident de masse s'élève à **18 K€** (contre 28 K€ en 2022)

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 61 166. 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 **294 K€** (contre 358 K€ en 2022). Après application de la matrice de corrélation, le capital requis pour le risque catastrophe est de **294 K€** (contre 359 K€ en 2022).

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 **10 166 K€** (contre 10 785 K€ en 2022), décomposé comme suit.

SCR Santé (en €)	2023	2022
SCR Primes et provisions	10 089 207	10 689 599
SCR catastrophe	294 130	359 028
Effet de diversification	-216 608	-263 667
SCR souscription santé	10 166 729	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 **20K€** (contre 9 K€ en 2022).

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 **7 K€** (contre 57 K€ en 2022). Les capitaux sous risque sont estimés à 4 840 K€ (contre 37 226 K€ en 2022).

Après utilisation de la matrice de corrélation, le capital requis pour le risque vie est estimée à **20 K€** (contre 59 K€ en 2022) et décomposé comme suit.

SCR Vie (en €)	2023	2022
SCR mortalité	16 962	8 868
SCR frais	0	1 931
SCR catastrophe	7 260	55 838
Effet de diversification	-4 172	-7 389
SCR souscription vie	20 050	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.

	Valeur
SCR contrepartie de type 1	251 461,38 €
SCR contrepartie de type 2	203 694,31 €

SCR contrepartie: 426 093,98 €

La forte baisse du SCR de contrepartie s'explique par une baisse de l'exposition aux contreparties de type 1 et par une meilleure appréhension des notations appliquées aux contreparties.

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 14056 K€ (contre 15 281 K€ en 2021) et se décompose comme suit.

	Valeur
SCR Marché	7 287 469,14 €
SCR Santé	10 166 729,10 €
SCR Vie	20 049,74 €
SCR Contrepartie	426 093,98 €
Effet de diversification	-3 843 520,86 €

BSCR : 14 056 821,10 €

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 **1 712 K€** (contre 1 608 K€ en 2022) 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 2023, le SCR de la Mutuelle du Rempart est égal à 15 768 K€ (contre 15 864 K€ en 2022), décomposés comme suit.

	Valeur
BSCR	14 056 821,10 €
SCR opérationnel	1 712 015,28 €
Ajustement par absorption de pertes par les Impôts différés	0,00 €

SCR : 15 768 836,38 €

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 2023, le MCR de la mutuelle est égal à 4 000 K€ et les différents montants du MCR sont présentés dans le tableau suivant.

	Valeur
MCR linéaire non vie	3 514 237,65 €
MCR linéaire vie	10 004,26 €
MCR linéaire	3 524 241,91 €
MCR plafond	7 095 976,37 €
MCR plancher	3 942 209,10 €
MCR combiné	3 942 209,10 €
AMCR	4 000 000,00 €

MCR : 4 000 000,00 €

Récapitulatif et couverture des exigences

La couverture des exigences réglementaires est présentée ci-après.

Couverture des exigences réglementaires (en €)	2023	2022
SCR	15 768 836	15 863 769
MCR	4 000 000	4 000 000
Fonds propres	18 340 771	20 465 740
Couverture du SCR	116%	129%
Couverture du MCR	459%	512%

La couverture du SCR est assurée à hauteur de 116%. La baisse de couverture s'explique par la diminution des fonds propres économiques de la mutuelle due essentiellement à la reconnaissance d'un résultat déficitaire exceptionnel à l'inventaire 2023.

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

Rempart Mutuelle n'est pas concernée par ce paragraphe.

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

Rempart Mutuelle n'est pas concernée par ce paragraphe.

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

Rempart Mutuelle n'est pas concernée par ce paragraphe.

F. ANNEXES - Etats publics 2023

Annex I

S.02.01.02

Bilan

	Valeur Solvabilité II
	C0010
Actifs	
Immobilisations incorporelles	R0030
Actifs d'impôts différés	R0040 28 034,21
Excédent du régime de retraite	R0050
Immobilisations corporelles détenues pour usage propre	R0060 12 236 998,33
Investissements (autres qu'actifs en représentation de contrats en unités de compte et indexés)	R0070 20 628 896,80
Biens immobiliers (autres que détenus pour usage propre)	R0080 0,00
Détentions dans des entreprises liées, y compris participations	R0090 0,00
Actions	R0100 691 567,50
Actions – cotées	R0110 139 711,50
Actions – non cotées	R0120 551 856,00
Obligations	R0130 4 601 734,58
Obligations d'État	R0140 0,00
Obligations d'entreprise	R0150 2 244 951,68
Titres structurés	R0160 2 356 782,90
Titres garantis	R0170
Organismes de placement collectif	R0180 9 586 564,19
Produits dérivés	R0190
Dépôts autres que les équivalents de trésorerie	R0200 5 749 030,53
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 1 209 415,40
Créances nées d'opérations de réassurance	R0370 5 150,75
Autres créances (hors assurance)	R0380 251 196,95
Actions propres auto-détenues (directement)	R0390
Éléments de fonds propres ou fonds initial appelé(s), mais non encore payé(s)	R0400
Trésorerie et équivalents de trésorerie	R0410 2 412 178,32
Autres actifs non mentionnés dans les postes ci-dessus	R0420 314 147,00
Total de l'actif	R0500 37 086 017,76
	Valeur Solvabilité II
	C0010
Passifs	
Provisions techniques non-vie	R0510 8 780 948,49
Provisions techniques non-vie (hors santé)	R0520
Provisions techniques calculées comme un tout	R0530
Meilleure estimation	R0540
Marge de risque	R0550
Provisions techniques santé (similaire à la non-vie)	R0560 8 780 948,49
Provisions techniques calculées comme un tout	R0570
Meilleure estimation	R0580 8 116 857,86
Marge de risque	R0590 664 090,63
Provisions techniques vie (hors UC et indexés)	R0600 340 837,19
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 340 837,19
Provisions techniques calculées comme un tout	R0660
Meilleure estimation	R0670 315 060,16
Marge de risque	R0680 25 777,03
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 44 402,00
Provisions pour retraite	R0760 0,00
Dépôts des réassureurs	R0770 0,00
Passifs d'impôts différés	R0780 28 034,21
Produits dérivés	R0790
Dettes envers des établissements de crédit	R0800 5 215 314,86
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 31 799,40
Dettes nées d'opérations de réassurance	R0830 6 916,21
Autres dettes (hors assurance)	R0840 4 296 994,50
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 18 745 246,86
Excédent d'actif sur passif	R1000 18 340 770,90

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

	Ligne d'activité pour: engagements d'assurance et de réassurance non-vie (assurance directe et réassurance proportionnelle acceptée)												Ligne d'activité pour: réassurance non proportionnelle acceptée				Total C0200
	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	Pertes pécuniaires diverses	Santé	Accidents	Assurance maritime, aérienne et transport	Biens	
	C0010	C0020	C0030	C0040	C0050	C0060	C0070	C0080	C0090	C0100	C0110	C0120	C0130	C0140	C0150	C0160	
Primes émises																	
Brut – assurance directe	R0110	52 975 002,98	3 791 683,25														
Brut – Réassurance proportionnelle acceptée	R0120	0,00	0,00														
Brut – Réassurance non proportionnelle acceptée	R0130																
Part des réassureurs	R0140	0,00	0,00														
Net	R0200	52 975 002,98	3 791 683,25														56 766 686,23
Primes acquises																	
Brut – assurance directe	R0210	52 975 002,98	3 813 736,25														56 788 739,23
Brut – Réassurance proportionnelle acceptée	R0220	0,00	0,00														0,00
Brut – Réassurance non proportionnelle acceptée	R0230																
Part des réassureurs	R0240	0,00	0,00														0,00
Net	R0300	52 975 002,98	3 813 736,25														56 788 739,23
Charge des sinistres																	
Brut – assurance directe	R0310	48 320 244,53	3 722 745,35														52 042 989,88
Brut – Réassurance proportionnelle acceptée	R0320	0,00	0,00														0,00
Brut – Réassurance non proportionnelle acceptée	R0330																
Part des réassureurs	R0340	0,00	0,00														0,00
Net	R0400	48 320 244,53	3 722 745,35														52 042 989,88
Variation des autres provisions techniques																	
Brut – assurance directe	R0410	-718 053,85	-55 321,15														-773 375,00
Brut – Réassurance proportionnelle acceptée	R0420	0,00	0,00														0,00
Brut – Réassurance non proportionnelle acceptée	R0430																
Part des réassureurs	R0440	0,00	0,00														0,00
Net	R0500	-718 053,85	-55 321,15														-773 375,00
Dépenses engagées	R0550	7 176 962,84	493 184,56														7 670 047,40
Autres dépenses	R1200																0,00
Total des dépenses	R1300																7 670 047,40

	Ligne d'activité pour: engagements d'assurance vie						Engagements de réassurance vie		Total C0300
	Assurance maladie	Assurance avec participation aux bénéfices	Assurance indexée et en unités de compte	Autres assurances vie	Rentes découlant des contrats d'assurance non-vie et liées aux engagements d'assurance santé	Rentes découlant des contrats d'assurance non-vie et liées aux engagements d'assurance autres que les engagements d'assurance santé	Réassurance maladie	Réassurance vie	
	C0210	C0220	C0230	C0240	C0250	C0260	C0270	C0280	
Primes émises									
Brut	R1410				208 827,67	0,00			
Part des réassureurs	R1420				0,00	0,00			
Net	R1500				208 827,67	0,00		208 827,67	
Primes acquises									
Brut	R1510				208 827,67	0,00			
Part des réassureurs	R1520				0,00	0,00			
Net	R1600				208 827,67	0,00		208 827,67	
Charge des sinistres									
Brut	R1610				265 462,64	0,00			
Part des réassureurs	R1620				0,00	0,00			
Net	R1700				265 462,64	0,00		265 462,64	
Variation des autres provisions techniques									
Brut	R1710				-88 217,00	0,00			
Part des réassureurs	R1720				0,00	0,00			
Net	R1800				-88 217,00	0,00		-88 217,00	
Dépenses engagées	R1900				-27 177,06	0,00			
Autres dépenses	R2500								
Total des dépenses	R2600				-27 177,06			-27 177,06	

Annex I
S.12.01.01
Provisions techniques vie

Provisions techniques calculées comme un tout

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

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

Meilleure estimation

Meilleure estimation brute

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

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

	Assurance avec participation aux bénéficiaires	Assurance indexée et en unités de compte		Autres assurances vie			Rentes découlant des contrats d'assurance	Réassurance acceptée	Total (vie hors santé, y compris UC)	Assurance santé (assurance directe)			Rentes découlant des contrats d'assurance	Réassurance santé (réassurance acceptée)	Total (santé similaire à la vie)	
		Contrats sans options ni garanties	Contrats avec options ou garanties		Contrats sans options ni garanties	Contrats avec options ou garanties				Contrats sans options ni garanties	Contrats avec options ou garanties					
	C0020	C0030	C0040	C0050	C0060	C0070	C0080	C0090	C0100	C0150	C0160	C0170	C0180	C0190	C0200	C0210
R0010																
R0020																
R0030						315 060,16				315 060,16		0,00				0,00
R0080						0,00				0,00		0,00				0,00
R0090						315 060,16				315 060,16		0,00				0,00
R0100					25 777,03					25 777,03	0,00					0,00
R0110																
R0120						315 060,16				315 060,16		0,00				0,00
R0130					25 777,03					25 777,03	0,00					0,00
R0200					340 837,19					340 837,19	0,00					0,00

Annex I

S.19.01.21

Sinistres en non-vie

Total Activité en non-vie

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

Sinistres payés bruts (non cumulés)

(valeur absolue)

Année	Année de développement											Pour l'année en cours	Somme des années (cumulés)			
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 & +					
	C0010	C0020	C0030	C0040	C0050	C0060	C0070	C0080	C0090	C0100	C0110					
Précédentes	R0100													R0100	0,00	0,00
N-9	R0160	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00			R0160	0,00	0,00
N-8	R0170	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00				R0170	0,00	0,00
N-7	R0180	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00						R0180	0,00	0,00
N-6	R0190	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00							R0190	0,00	0,00
N-5	R0200	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00								R0200	0,00	0,00
N-4	R0210	0,00	0,00	0,00	0,00									R0210	0,00	0,00
N-3	R0220	0,00	0,00	0,00										R0220	0,00	0,00
N-2	R0230	0,00	0,00											R0230	0,00	0,00
N-1	R0240	0,00												R0240	0,00	0,00
N	R0250	0,00												R0250	0,00	0,00
													Total	R0260	0,00	0,00

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	0,00	0,00								R0200	0,00
N-4	R0210		0,00	0,00	0,00	0,00								R0210	0,00
N-3	R0220	0,00	0,00	0,00	0,00									R0220	0,00
N-2	R0230	0,00	0,00	0,00										R0230	0,00
N-1	R0240	0,00	0,00											R0240	0,00
N	R0250	0,00												R0250	0,00
													Total	R0260	0,00

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

Total fonds propres auxiliaires

Fonds propres éligibles et disponibles

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

Capital de solvabilité requis

Minimum de capital requis

Ratio fonds propres éligibles sur capital de solvabilité requis

Ratio fonds propres éligibles sur minimum de capital requis

Réserve de réconciliation

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

Réserve de réconciliation

Bénéfices attendus

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

Total bénéfices attendus inclus dans les primes futures (EPIFP)

	Total C0010	Niveau 1 – non restreint C0020	Niveau 1 – restreint C0030	Niveau 2 C0040	Niveau 3 C0050
R0010					
R0030					
R0040	18 340 770,90	18 340 770,90			
R0050					
R0070					
R0090					
R0110					
R0130	0,00	0,00			
R0140	0,00				
R0160					
R0180					
R0220					
R0230					
R0290	18 340 770,90	18 340 770,90			
R0300					
R0310					
R0320					
R0330					
R0340					
R0350					
R0360					
R0370					
R0390					
R0400					
R0500	18 340 770,90	18 340 770,90			
R0510	18 340 770,90	18 340 770,90			
R0540	18 340 770,90	18 340 770,90		0,00	
R0550	18 340 770,90	18 340 770,90		0,00	
R0580	15 768 836,38				
R0600	4 000 000,00				
R0620	116,31%				
R0640	458,52%				

	C0060
R0700	18 340 770,90
R0710	
R0720	
R0730	18 340 770,90
R0740	
R0760	0,00
R0770	-88 463,90
R0780	-352 989,27
R0790	-441 453,17

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 7 287 469,14		
Risque de défaut de la contrepartie	R0020 426 093,98		
Risque de souscription en vie	R0030 20 049,74		
Risque de souscription en santé	R0040 10 166 729,10		
Risque de souscription en non-vie	R0050		
Diversification	R0060 -3 843 520,86		
Risque lié aux immobilisations incorporelles	R0070		
Capital de solvabilité requis de base	R0100 14 056 821,10		

Calcul du capital de solvabilité requis

	C0100
Risque opérationnel	R0130 1 712 015,28
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 15 768 836,38
Exigences de capital supplémentaire déjà définies	R0210
Capital de solvabilité requis	R0220 15 768 836,38
Autres informations sur le SCR	
Capital requis pour le sous-module risque sur actions fondé sur la durée	R0400
Total du capital de solvabilité requis notionnel pour la part restante	R0410
Total du capital de solvabilité requis notionnel pour les fonds cantonnés	R0420
Total du capital de solvabilité requis notionnel pour les portefeuilles sous ajustement égalisateur	R0430
Effets de diversification dus à l'agrégation des nSCR des FC selon l'article 304	R0440

Annex I
S.28.02.01

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

	Activités en non-vie		Activités en vie	
	Résultat MCR(NL,NL)		Résultat MCR(NL,NL)	
	C0010	C0020		
R0010	3 514 237,65			

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

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

	Activités en non-vie		Activités en vie	
	Meilleure estimation et PT calculées comme un tout, nettes (de la réassurance / des véhicules de titrisation)	Primes émises au cours des 12 derniers mois, nettes (de la réassurance)	Meilleure estimation et PT calculées comme un tout, nettes (de la réassurance / des véhicules de titrisation)	Primes émises au cours des 12 derniers mois, nettes (de la réassurance)
	C0030	C0040	C0050	C0060
R0020	4 322 183,97	52 975 002,98		
R0030	3 794 673,89	3 813 736,25		
R0040				
R0050				
R0060				
R0070				
R0080				
R0090				
R0100				
R0110				
R0120				
R0130				
R0140				
R0150				
R0160				
R0170				

	Activités en non-vie		Activités en vie	
	Résultat MCR(L,NL)		Résultat MCR(L,I)	
	C0070	C0080		
R0200		10 004,26		

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

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			315 060,16	
R0250				4 840 000,00

Calcul du MCR global

MCR linéaire
Capital de solvabilité requis
Plafond du MCR
Plancher du MCR
MCR combiné
Seuil plancher absolu du MCR

	C0130
R0300	3 524 241,91
R0310	15 768 836,38
R0320	7 095 976,37
R0330	3 942 209,10
R0340	3 942 209,10
R0350	4 000 000,00
R0400	4 000 000,00

Minimum de capital requis

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

Montant notionnel du MCR linéaire
Montant notionnel du SCR hors capital supplémentaire (calcul annuel ou dernier calcul)
Plafond du montant notionnel du MCR
Plancher du montant notionnel du MCR
Montant notionnel du MCR combiné
Seuil plancher absolu du montant notionnel du MCR
Montant notionnel du MCR

	Activités en non-vie		Activités en vie	
	C0140	C0150		
R0500	3 514 237,65	10 004,26		
R0510	15 724 073,40	44 762,99		
R0520	7 075 833,03	20 143,34		
R0530	3 931 018,35	11 190,75		
R0540	3 931 018,35	11 190,75		
R0550	2 700 000,00	1 300 000,00		
R0560	3 931 018,35	1 300 000,00		