



REMPART

MUTUELLE

Rapport sur la solvabilité et la situation financière

Exercice 2025

Version n°1

02 04 2026

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

B.7.a	Procédure de sélection	25
B.7.b	Demande de pièces complémentaires concernant les personnes physiques et morales	26
B.8.	Responsable de la Sécurité des Systèmes d'Information (RSSI).....	27
B.8.a	Introduction	27
B.8.b	Gouvernance et responsabilité	27
B.8.b.1	Fonction pilote identifiée	27
B.8.b.2	Organisation de la gouvernance	27
B.8.b.3	Politique de sécurité TIC.....	28
B.8.c	Stratégie de résilience	28
B.8.c.1	Plan de protection et sécurisation.....	28
B.8.c.2	Plan de mise en œuvre de la surveillance	29
B.8.c.3	Plan de continuité de service (PCA)	29
B.8.c.4	Plan de reprise informatique (PRI).....	29
C.	Profil de risque	30
C.1.	Risque de souscription.....	30
C.1.a	Appréhension du risque de souscription au sein de la Mutuelle	30
C.1.a.1	Critères d'appréhension du risque de souscription liés aux Frais de santé	30
C.1.a.2	Critères d'appréhension du risque de souscription liés à la Prévoyance...30	
C.1.b	Mesure du risque de souscription et risques majeurs	31
C.1.c	Maitrise du risque de souscription	31
C.2.	Risque de marché	33
C.2.a	Appréhension du risque de marché au sein de la Mutuelle.....	33
C.2.b	Mesure du risque de marché et risques majeurs	34
C.2.c	Maitrise du risque de marché.....	34
C.3.	Risque de crédit.....	34
C.3.a	Appréhension du risque de crédit au sein de la Mutuelle.....	34
C.3.b	Mesure du risque de crédit et risques majeurs.....	35
C.4.	Risque de liquidité.....	35
C.4.a	Appréhension du risque de liquidité au sein de la Mutuelle.....	35
C.4.b	Mesure du risque de liquidité et risques majeurs.....	35

C.4.c Maitrise du risque de liquidité	36
C.5. Risque opérationnel.....	36
C.5.a. Commercialisation des produits.....	36
C.5.b. Gestion des adhésions	37
C.5.c. Gestion des cotisations	38
C.5.d. Gestion des prestations.....	39
C.5.e. Intermédiation	40
C.5.f. Système d'information.....	40
C.5.g. Risques sociaux.....	41
C.5.h. Risques juridiques divers	41
C.6. Risque TIC.....	41
C.6.a Gestion des risques TIC.....	41
C.6.a.1 Inventaire des actifs	41
C.6.a.2 Identification des risques.....	42
C.6.a.3 Recensement des incidents.....	42
C.6.a.4 Surveillance du cadre TIC	42
C.6.a.5 Tests de sécurité.....	42
C.6.a.6 Plan d'Audit annuel	43
C.6.a.7 Politique de continuité TIC	43
C.6.b Gestion des fournisseurs TIC	43
C.6.c Evolutions du dispositif.....	43
C.6.c.1 Revue annuelle.....	43
C.6.c.2 Gestion des évolutions et correctifs.....	44
C.6.d Sensibilisation et formation	44
C.6.e Reporting et transparence.....	44
C.6.f Conclusion.....	44
D. Valorisation à des fins de solvabilité	45
D.1. Bilan prudentiel.....	45
D.2. Actifs.....	47
D.3. Provisions techniques.....	47
D.4. Autres passifs	48

D.5. Méthode de valorisation alternatives	48
E. Gestion du capital.....	49
E.1. Fonds propres.....	49
E.2. Capital de solvabilité requis et minimum de capital requis	49
E.2.a Le risque de marché	49
E.2.b Le risque de souscription santé.....	51
E.2.c. Le risque de souscription vie	52
E.2.d. Le risque de contrepartie.....	53
E.2.e. Le SCR de base	53
E.2.f. Le risque opérationnel.....	53
E.2.g. L'ajustement pour impôts différés	53
E.2.h. Les exigences de capital.....	54
E.3. Utilisation du sous-module « risque sur actions » fondé sur la durée dans le calcul du capital de solvabilité requis.....	55
E.4. Différences entre la formule standard et tout modèle interne utilisée.....	55
E.5. Non-respect du minimum de capital requis et non-respect du capital de solvabilité requis	55
F. ANNEXES.....	56

A. Activité et résultats

A.1. Activité:

REMPART Mutuelle, est la 1ère mutuelle d'assurance de la Haute Garonne, née en 1932. Elle est administrée par des membres bénévoles. Elle dépend du Livre II du Code de la mutualité.

Elle se développe sur les branches d'assurance Frais de Santé et Prévoyance, exclusivement sur la France.

L'organisme de contrôle étatique des assurances est l'ACPR, 4 Place de Budapest CS 92459 75436 PARIS CEDEX 09, une émanation de la Banque de France.

L'activité Santé continue sa croissance régulière ce qui consolide la mutuelle. Les résultats techniques également sont en amélioration.

L'activité Prévoyance est de son côté en croissance du fait du succès obtenu sur des appels d'offres régionaux consolidant ainsi le positionnement local de la mutuelle. Les résultats sur ce segment sont plus longs à obtenir du fait des importantes provisions réglementaires mais l'activité intrinsèque confirme la capacité de bénéfices futurs, la mutuelle étant un acteur basé sur le risque long, la confiance est renforcée par cet exercice.

L'essor des maladies chroniques, le progrès médical ou encore le vieillissement de la population induisent une croissance régulière de la consommation médicale. Devant redresser nos résultats techniques, le Conseil d'administration a décidé d'indexations tarifaires protectrices qui se situent dans les mêmes fourchettes que celles de nos confrères. Nos ratios de sinistralité se sont améliorés mais ne couvrent pas encore nos frais qui s'élèvent à environ 19% des cotisations.

A.2. Résultats de souscription

(en K€)	2 025	2 024	Evolution
Cotisations émises	67 035	61 860	8,37%
Cotisations cédées	-23 666	-16 702	-
Prestations et frais payés	-54 093	-49 778	8,67%
Prestations cédées	19 129	13 276	-
Frais de gestion	-2 583	-2 728	-5,32%
Commission de réassurance	4 497	3 173	-
Autres	36	35	1,31%
Solde de souscription	10 354	9 136	13,33%

A.3. Résultats des investissements

(En K€)	Valeur de marché	Produits	Charges	Résultat des investissements	
				2 025	2 024
	15 258	1 698	-2 407	-709	-1 767
Total	15 258	1 698	-2 407	-709	-1 767

A.4. Résultats des autres activités

Nous poursuivons nos activités de distributions.

La convention de réassurance en santé s'est poursuivie. Elle prévoit une commission de réassurance pour la gestion du portefeuille réassuré.

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 six collèges répartis en fonction du secteur d'activité, privé ou public et en fonction de la qualité des Membres, participants ou honoraires :

- Le collège « contrats individuels secteur privé/ contrats individuels secteur public » composé de Membres participants de la Mutuelle adhérant à un ou des Règlements Mutualistes ;
- Le collège « contrats collectifs Membres honoraires secteur privé/ contrats collectifs Membres honoraires secteur public » 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 secteur privé/ contrats collectifs Membres participants secteur public » 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 dix (10) sections.

Six (6) sections de vote du collège « contrats individuels secteur privé/ contrats individuels secteur public »

Ces collèges comprennent six (6) sections de vote organisées géographiquement :

- Section 1 et 6 : Haute-Garonne ;
- Section 2 et 7 : Autres départements d'Occitanie (Ariège, Aude, Aveyron, Gard, Gers, Hérault, Lot, Lozère, Hautes-Pyrénées, Pyrénées Orientales, Tarn, Tarn-et-Garonne) ;
- Section 3 et 8 : Autres départements français, hors Occitanie

Quatre (4) sections des collèges « contrats collectifs Membres honoraires secteur privé/ contrats collectifs Membres honoraires secteur public » et « Contrats collectifs Membres participants secteur privé/ contrats collectifs Membres participants secteur public ».

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

- Section 4 et 9 : Membres honoraires secteur privé/ contrats collectifs Membres honoraires secteur public, souscripteurs d'un contrat collectif à adhésion obligatoire ou facultative ;
- Section 5 et 10 : Membres participants secteur privé/ contrats collectifs Membres participants secteur public 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 les collèges « 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.

Les collèges « contrat collectif Membres honoraires » comprennent 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.

Les collèges « contrats collectifs Membres participants » comprennent 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.

Les délégués titulaires et suppléants sont élus ou désignés selon les modalités prévues au Statuts de la Mutuelle et détaillées dans le règlement de vote

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 2025, seize (16) administrateurs siègent au Conseil. L'administration de la Mutuelle est plus particulièrement décrite dans le Titre IV des Statuts qui précise la composition du Conseil, les conditions d'éligibilité et de limite d'âge, les modalités d'élection des administrateurs, la durée de leur mandat, les dispositions en cas de vacance, leurs missions et fonctions, leur statut et leurs responsabilités, ainsi que l'organisation des réunions du Conseil, ses délibérations, la représentation des salariés en son sein, ses attributions, le statut de dirigeant salarié et enfin l'élection du Président, ses missions et les mesures en cas de vacance.

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

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

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

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

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

Mission et rôle

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

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

personne physique.

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

Plus généralement, le Conseil d'Administration dispose pour l'administration et la gestion de la Mutuelle de tous les pouvoirs qui ne sont pas expressément réservés à l'Assemblée Générale par le Code 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 2025, le Conseil s'est réuni onze (11) 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 la Mutuelle du Rempart :

- un comité d'Audit et Risques chargé d'examiner les comptes avant leur soumission au Conseil, de suivre le travail de l'audit interne, de participer au processus de désignation du Commissaire aux Comptes, 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 Juridique et Conformité, 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, quatorze (14) d'entre eux ont pu se tenir, dont neuf (9) par le comité d'Audit pendant l'année 2025.

A l'exception du comité d'Audit et Risques, le Président est membre de droit de chacun de ces comités. Depuis septembre 2024, chaque comité est composé d'au moins 4 administrateurs. Le Directeur Général peut quant à lui être auditionné par ces comités, ainsi que les Fonctions clés de la Mutuelle. Enfin, les comités peuvent demander l'assistance technique de personnes qualifiées extérieures à la Mutuelle, et créer des groupes de travail dont ils ont la responsabilité.

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

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

Missions

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

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

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

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

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

B.1.e Direction effective

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

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

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

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

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

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

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

Le Directeur Général est responsable :

- de l'organisation administrative,

- du personnel dont il assure le management et coordonne les actions.

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

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

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

Il rend compte régulièrement des résultats au Président.

Il assume et rend compte de ses délégations reçues, selon les domaines, du Conseil d'Administration et du Président, et ce, conformément aux dispositions statutaires. Il peut recevoir en particulier délégation de signer tout acte et tout document administratif et financier 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 la Mutuelle du Rempart pour ce qui est de ses salariés, d'un commun accord avec le Président, pour ce qui est des élus, procédera à la désignation des responsables des fonctions clés et portera cette information à la connaissance du Conseil d'Administration qui devra entériner ces désignations.

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

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

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

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

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

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

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

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

Si le responsable d'une fonction clé l'estime justifié, au vu d'une situation ou d'un événement particulier, il peut saisir le Conseil d'administration pour l'en informer directement et de sa

propre initiative sans attendre la date prévue de son audition annuelle.

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

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

B.2. Exigences de compétences et d'honorabilité

B.2.a Procédure concernant les dirigeants salariés et responsables de fonctions 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, la Mutuelle du Rempart 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.

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

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

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

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

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

Le dossier contient aussi les deux éléments suivants :

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

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

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

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

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

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

La Mutuelle, avec l'aide d'un cabinet d'actuaire spécialisé, 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 du Cabinet Forvis-Mazars.

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.

Plus spécifiquement sur 2025, en décidant d'investir avec ses partenaires dans la lutte anti-fraude chez son prestataire de Tiers payant ACTIL, REMPART obtient un retour significatif. Les multiples contrôles en amont et en aval du paiement puis de recouvrements ultérieurs ont permis :

37k€ de dissuasion, 153k€ d'indus recouverts et 55k€ d'évitement

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 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 est externalisée. En 2025, un changement d'auditeur a été décidé par le comité d'audit.

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 ;

- que la Mutuelle puisse, si nécessaire, mettre fin à l'accord de sous-traitance sans que cela nuise à la continuité ni à la qualité de ses services aux preneurs;
 - que la Mutuelle se réserve le droit d'obtenir des informations sur les fonctions et activités sous-traitées par le prestataire de services, ainsi que le droit d'émettre des lignes directrices générales et des instructions particulières à l'adresse du prestataire de services sur les éléments à prendre en considération dans l'exercice des activités sous-traitées ;
 - l'obligation, pour le prestataire de services, de protéger toute information confidentielle relative à la Mutuelle, à ses adhérents, bénéficiaires, salariés et contractants et à toute autre personne ;
 - que la Mutuelle, sa fonction d'audit interne et l'ACPR jouissent d'un accès effectif à toutes les informations relatives aux fonctions et activités sous-traitées, ce qui inclut la possibilité d'effectuer des inspections sur place, dans les locaux du prestataire de services ;
 - que, lorsque cela est approprié et nécessaire aux fins du contrôle, l'ACPR puisse adresser directement au prestataire de services des questions auxquelles celui-ci est tenu de répondre ;
 - que la Mutuelle puisse obtenir des informations sur les fonctions et activités sous-traitées par le prestataire et donner des instructions en ce qui concerne les fonctions et activités sous-traitées ;
 - le cas échéant, les conditions selon lesquelles le prestataire de services peut lui-même sous-traiter l'une ou l'autre des fonctions et activités qui lui ont été sous-traitées ;
 - que toute sous-traitance effectuée 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.

B.8. Responsable de la Sécurité des Systèmes d'Information (RSSI)

B.8.a Introduction

Contexte

REMPART MUTUELLE est soucieuse de la continuité de service à apporter à ses adhérents et de l'importance de la protection de leurs données. Aussi, la mutuelle s'engage à garantir la résilience de **ses systèmes TIC** en appliquant une approche pragmatique, conforme aux exigences **DORA** (Digital Operational Resilience Act) et aux bonnes pratiques du secteur. Ce cadre repose sur :

- Une **gouvernance claire**,
- Une **gestion proactive des risques**,
- Une **amélioration continue**.

Objectifs

- Assurer la **disponibilité, l'intégrité et la confidentialité** des systèmes TIC.
- Protéger les **données sensibles** des assurés et des partenaires.
- Se conformer aux **exigences réglementaires** (ACPR, DORA, RGPD).
- Minimiser **l'impact des incidents TIC** sur les activités de la mutuelle.

B.8.b Gouvernance et responsabilité

B.8.b.1 Fonction pilote identifiée

Description :

Le **Responsable de la Sécurité des Systèmes d'Information (RSSI)** est nommé par le Directeur et rend compte **au Comité de direction ou au directeur général directement**.

B.8.b.2 Organisation de la gouvernance

Cette gouvernance est opérée par le directeur général sur proposition du responsable informatique technique. Les investissements majeurs et la stratégie sont soumis au Comité d'audit, Bureau puis Conseil d'administration de la mutuelle.

Le directeur est aidé par la Fédération qui promeut des échanges entre les acteurs pour comparer les solutions TIC et les prestataires de service ainsi que l'animation de divers ateliers sur les évolutions technologiques ou de services TIC (IA etc.).

- Son lien avec la gestion des risques

La responsable de la gestion des risques est incluse dans les décisions.

- Son lien avec la gestion du contrôle interne

L'engrenage avec le contrôle interne est en cours de construction du fait de la création de ce poste en 2025. Toutefois, les compétences informatiques et l'expérience de cette personne facilitent déjà la solidité du système.

B.8.b.3 Politique de sécurité TIC

Description :

Une **politique de sécurité TIC formalisée**, approuvée par la direction, et communiquée à tous les employés.

Contenu :

- Rôles et responsabilités (RSSI, métiers, prestataires).
- Processus de gestion des incidents.
- Règles de sécurité (accès, mots de passe, téléchargements, utilisations, protections...)
 - Les règles sont communiquées de façon pertinente en interne.
- Procédures de mise à jour et de maintenance.
 - Les éléments sont traités suivants les bonnes pratiques du métier.
 - Les évolutions courtes, incidents et demandes de correctifs sont ouverts, répertoriés et suivis sur un outil de ticketing permettant de relever et prioriser des alertes, classer, réaffecter, suivre les durées, délais, statistiques etc.

B.8.c Stratégie de résilience

B.8.c.1 Plan de protection et sécurisation

Description :

Notre infrastructure est conçue pour des enjeux à criticité élevée.

Un plan global pour protéger les actifs TIC, incluant, par exemple :

- La gestion des serveurs, postes de travail et serveurs d'impression
- Postes de travail
- Segmentation et traitement du réseau
- Le traitement des mises à jour de sécurité
- La gestion du suivi du niveau de protection : par les bonnes pratiques du secteur en fonction des évolutions de l'environnement

B.8.c.2 Plan de mise en œuvre de la surveillance

Description :

Le plan actuel est également à la hauteur des enjeux de la mutuelle pour permettre des détections au plus vite et le déclenchement éventuel d'actions

B.8.c.3 Plan de continuité de service (PCA)

Description :

Un PCA est établi pour garantir la continuité des activités critiques en cas d'incident majeur, incluant, entre autres :

- Scénarios de crise (cyberattaque, panne majeure...).
- Procédures de communication et d'escalade.
- Exercices de simulation annuels.
- Renforcement de la sensibilisation des équipes

B.8.c.4 Plan de reprise informatique (PRI)

Description :

Un PRI est mis en place pour restaurer les systèmes et données, une fois que la crise est maîtrisée, incluant, par exemple :

- Sauvegardes des données critiques (fréquence, localisation, tests de restauration).
- Procédures de restauration des serveurs et applications.
- Rôles et responsabilités en cas de crise.

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.a.1 Critères d'appréhension du risque de souscription liés aux Frais de santé

Pour évaluer le risque de souscription dans le domaine des Frais de santé, la mutuelle doit analyser plusieurs critères, à la fois internes (liés à leur portefeuille et à leur gestion) et externes (influences extérieures).

Critères internes

Profil des assurés

Comportement de consommation

Segmentation du portefeuille

Tarification

Historique des sinistres

Critères externes

Évolutions réglementaires

Tendances du marché

Environnement économique

Risques sanitaires

C.1.a.2 Critères d'appréhension du risque de souscription liés à la Prévoyance

Pour la Prévoyance, les critères d'appréhension du risque se concentrent sur des aspects spécifiques liés aux garanties de décès, invalidité, et perte d'autonomie.

Critères internes

Profil des assurés

Nature des garanties

Segmentation

Tarifification

Critères externes

Évolutions démographiques

Tendances sociales

Réglementation

Les méthodes utilisées :

- En frais de santé, la méthode principale utilisée jusqu'alors est le retour d'expérience sur les populations, régions, garanties similaires et l'analyse de la concurrence.
- En Prévoyance, l'appréhension se fait au travers d'échanges avec le Cabinet d'actuariat.

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.

Au global de l'activité, des simulations peuvent être opérées sur l'outil permettant nos calculs d'ORSA.

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.

La lutte contre la fraude intensifiée en 2025 en particulier aussi avec notre prestataire tiers payant impacte la sinistralité. La mise en place de leur réseau de soin a aussi un effet de limitation de la sinistralité sur les postes concernés.

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.

Une nouvelle gamme de produit Décès « Phénix 2025 » a été lancée au 1^{er} avril 2025. Il s'agit d'une offre de capital décès soit pour la couverture du décès accidentel soit pour la couverture du décès toutes causes.

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.).

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 réponses aux appels d'offre nécessitant une labellisation sont toutes tarifées par le cabinet d'actuariat, qui est certifié pour la labellisation. Les revalorisations de ces contrats leur sont déléguées. Dans ces cas, leurs recommandations sont toujours suivies.

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.

En ce qui concerne l'activité Prévoyance, les réponses aux appels d'offre Prévoyance nécessitant une labellisation sont tarifées par le cabinet d'actuariat, qui est certifié pour la labellisation. Les revalorisations de ces contrats leur sont déléguées. Dans ces cas, leurs recommandations sont toujours suivies.

La maîtrise du risque Prévoyance est faite avec l'analyse et les calculs de provisionnement opérés par ce cabinet.

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 2025 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 (4).
- Le réseau « web » créé en novembre 2012 et constitué de deux (2) téléconseillers.
- Le réseau « Agents Territoriaux » composé d'un chargé de Relation dédié à cette cible, ainsi que de six (6) 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.
- Le réseau dédié au développement de l'offre communale, constitué d'un animateur de réseau et d'un chargé de développement de l'offre communale

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 rapports 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,
- Les agences et/ou les conseillers
- 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 70% sont traités en premier niveau au SRA. Les 30% 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, newsletter d'information trimestrielle 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 peuvent être 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, une fiche de conseil, ... 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 des adhésions santé sont contrôlées par croisement entre les agents qui en sont chargés. Les mêmes gestionnaires 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).
- Le parrainage se récompense pour le parrain et son filleul dans le respect des conditions de l'offre
- Le remboursement de tout ou partie des frais à une activité sportive (licence sportive, abonnement dans une association ou un club sportif) dans le cadre d'une offre de bienvenue.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

C.5.d. Gestion des prestations

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

Les prestations peuvent également être transmises dans le cadre du tiers payant pour tous les établissements ou professionnels de santé conventionnés avec notre opérateur de Tiers-Payant.

Depuis juillet 2023, 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 la Mutuelle du Rempart (L. 116-1 du CM)

Partenariats actifs

Au titre de l'exercice 2025, les partenariats historiques ont perduré.

Partenariats en Run Off

Au titre de l'exercice 2025, les partenariats en Run Off, c'est-à-dire dont la distribution des produits a cessé mais dont les contrats en portefeuille génèrent toujours un commissionnement sur l'encours.

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

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

Au bénéfice de la fusion, le groupe Rempart Mutuelle hérite d'un partenariat en vigueur intervenant pour la distribution de contrats complémentaire santé répondant aux critères de l'offre « La Mutuelle Communale »

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 GTA (Gestion des Temps et Activités), d'une messagerie interne, d'un logiciel de GRC, d'un logiciel de GED et d'un logiciel de gestion Prévoyance ainsi que des outils bureautiques nécessaires aux activités.

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 grâce à la redondance de tous les composants matériels.

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

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

Dans le cadre de sa politique de recrutement, les promotions internes ou les retours à temps complet sont privilégiés au recrutement externe, autant que faire se peut, à l'exception des fonctions trop spécialisées ou nécessitant des diplômes spécifiques 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 deux 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 le RGPD a fait l'objet de la nomination d'un DPO externe, à qui une mission d'accompagnement pluriannuelle a été confiée.

C.6. Risque TIC

C.6.a Gestion des risques TIC

C.6.a.1 Inventaire des actifs

Description :

Un inventaire complet des actifs TIC, incluant :

- Liste des serveurs, postes de travail, réseaux, et applications par criticité
 - **Cf. ROI.** Le document a été publié sur le portail en 2026.

- Mise à jour annuelle.

C.6.a.2 Identification des risques

Description :

Une méthodologie formalisée pour identifier et évaluer les risques TIC, incluant, par exemple :

- Les incidents à criticité majeure ont été recensés :
 - Cyberattaque en interne
 - Perte de la liaison avec le datacenter
 - Perte d'accès à nos serveurs dans le datacenter
 - Coupure de courant prolongée au siège
 - Impossibilité d'accès au siège
- Matrice des risques (probabilité/impact)

C.6.a.3 Recensement des incidents

Description :

Un processus formalisé pour recenser, analyser et traiter les incidents TIC, incluant :

- Registre des incidents (date, type, impact, actions correctives)
- Rôles et procédures de traitement.
- Escalade vers les interlocuteurs prévus

C.6.a.4 Surveillance du cadre TIC

Description :

Un suivi régulier des indicateurs et des vulnérabilités, incluant :

- Tableau de bord des indicateurs
 - ⇨ Les indicateurs de risque TIC ont été établis et évalués
- Surveillance des CVE (Common Vulnerabilities and Exposures).
 - Les vulnérabilités sont prises en compte que ce soit l'amélioration des configurations au niveau de la sécurité ou l'installation de patches correctifs lors de la prise de connaissance de CVE
- Alertes en temps réel pour les vulnérabilités critiques.

C.6.a.5 Tests de sécurité

Description :

- Toute intervention sur un serveur ou un périphérique fait l'objet d'un check-up fonctionnel.
- Contrôle journalier des comptes rendus des sauvegardes est en place

- Lecture des alertes sécurité, matériel et logiciel

C.6.a.6 Plan d'Audit annuel

Description :

Un audit annuel opéré par le l'audit interne permet d'évaluer la conformité et l'efficacité du cadre de gestion des risques TIC, incluant :

- Audit
- Recommandations et plan d'action.
- Suivi de la mise en œuvre.

C.6.a.7 Politique de continuité TIC

Description :

Une politique formalisée pour garantir la continuité des activités TIC, incluant :

- Objectifs et portée.
 - ⊖ Garantir la disponibilité des services critiques selon les SLA (Service Level Agreements) définis.
 - Minimiser les pertes de données via des sauvegardes et snapshots réguliers.
 - Rétablir les services dans des délais conformes aux RTO (Recovery Time Objective) et RPO (Recovery Point Objective) définis.
 - Respecter les obligations légales (RGPD, sectorielles).
- Rôles et responsabilités.
- Procédures de reprise après incident.
- Tests et revues annuels.

C.6.b Gestion des fournisseurs TIC

Description :

Une évaluation des risques liés aux fournisseurs TIC est opérée, incluant :

- Une revue des contrats
- Suivi des incidents
- Revue des contrats fournisseurs TIC

C.6.c Evolutions du dispositif

C.6.c.1 Revue annuelle

Description :

Une revue annuelle pour évaluer l'efficacité du cadre de résilience et identifier les axes d'amélioration, incluant :

- Analyse des incidents majeurs.

- Tests de sécurité et audits.
- Mise à jour des politiques.

C.6.c.2 Gestion des évolutions et correctifs

Description :

Un processus formalisé pour gérer les évolutions et les correctifs de programmation, incluant :

- Patching annuel des équipements matériels ne nécessitant pas de mise à jour régulière
- Fenêtre de maintenance
- Validation des correctifs

C.6.d Sensibilisation et formation

Description :

Une sensibilisation régulière des employés aux risques cyber, incluant :

- Formation des nouveaux employés.

C.6.e Reporting et transparence

Description :

Un reporting régulier à l'ACPR et aux parties prenantes, incluant :

- Rapport annuel sur la résilience TIC.
- Transmission des incidents majeurs à l'ACPR.
- Communication interne des résultats et améliorations.

C.6.f Conclusion

Synthèse

Ce cadre de résilience TIC permet à la **REMPART MUTUELLE** de répondre aux exigences **DORA** tout en garantissant la protection des données et la continuité des activités. Les **preuves de maîtrise** (documents, rapports, tests) démontrent une approche **proactive et proportionnée**.

Engagement

La mutuelle s'engage à **améliorer en continu** son dispositif de résilience TIC, en s'appuyant sur les retours d'expérience et les évolutions réglementaires.

D. Valorisation à des fins de solvabilité

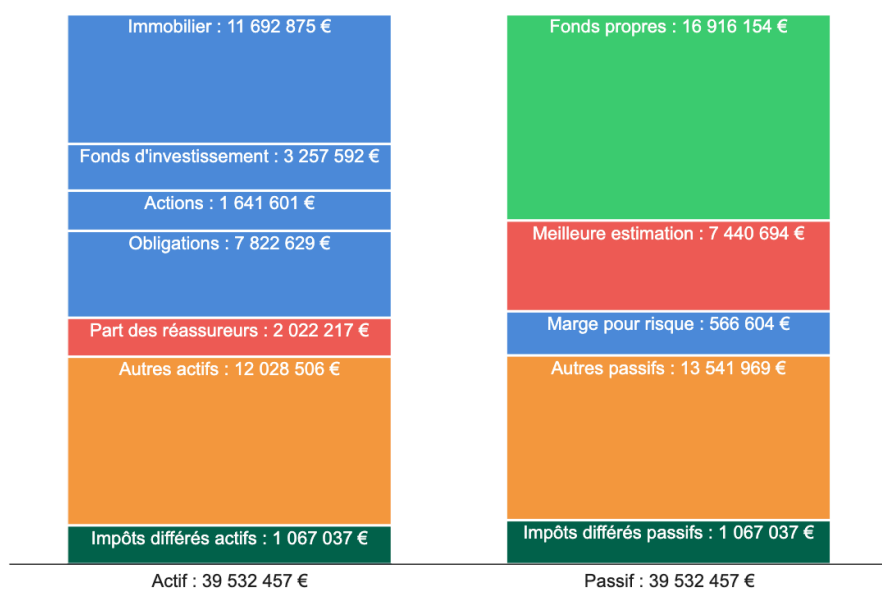
D.1. Bilan prudentiel

À l'inventaire 2025, le total du bilan prudentiel s'établit à 39 532 K€ (contre 35 529 K€ à l'inventaire 2024), selon la décomposition suivante.

BILAN ACTIF		
<i>(en K€)</i>	Comptes prudentiels	Comptes sociaux
1. Actifs incorporels		171 789
2. Placements	27 939 659	27 709 463
Organismes de placements collectifs	3 257 592	3 244 252
Obligations	7 822 629	7 740 903
Actions	1 641 601	1 506 468
Immobilier	11 692 875	11 692 878
Participations stratégiques	0	0
Dépôts, prêts, autres.	3 524 962	3 524 962
3. Part des cessionnaires dans les provisions techniques	2 022 217	1 706 557
Meilleure estimation santé	2 022 217	1 706 557
Meilleure estimation vie	0	0
4. Créances	1 249 248	1 249 248
Créances nées d'opérations d'assurance	1 014 116	1 014 116
Créances nées d'opérations de réassurance	0	0
Autres créances	235 131	235 131
5. Autres actifs	6 749 172	6 749 172
Actifs corporels d'exploitation	200 566	200 566
Banque et trésorerie	6 548 605	6 548 605
6. Comptes de régularisation	1 572 162	505 125
Impôts différés actifs	1 067 037	
Intérêts et loyers acquis non échus	0	0
Décotes		0
Autres	505 125	505 125
TOTAL ACTIF	39 532 457	38 091 353

BILAN PASSIF		
<i>(en K€)</i>	Comptes prudentiels	Comptes sociaux
1. Fonds propres et assimilés	18 406 154	14 309 797
Fonds propres de base	16 916 154	12 819 797
Passifs subordonnés	1 490 000	1 490 000
2. Provisions techniques santé	7 765 575	11 527 395
Meilleure estimation santé	7 216 075	11 527 395
Marge de risque santé	549 499	
3. Provisions techniques vie	241 723	202 192
Meilleure estimation vie	224 619	202 192
Marge de risque vie	17 105	
4. Dettes	12 051 969	12 051 969
Dettes nées d'opérations d'assurance et de réassurance	2 219 261	2 219 261
Dettes pour dépôts en espèces des cessionnaires	0	0
Provisions pour risques et charges	159 754	159 754
Autres dettes	9 672 954	9 672 954
5. Comptes de régularisation	1 067 037	0
Impôts différés passifs	1 067 037	0
Surcotes	0	0
Autres	0	0
TOTAL PASSIF	39 532 457	38 091 353

Représentation graphique :



D.2. Actifs

Les placements de la mutuelle s'élèvent à 27 940 K€ en valeur de réalisation au bilan prudentiel 2025, contre 27 512 K€ à l'inventaire 2024.

Le portefeuille est composé de placements détenus en direct (obligations, actions, immobilier, dépôts) et de parts dans des organismes de placements collectifs (OPC) observés par transparence.

Les placements immobiliers s'élèvent à 11 693 K€ en valeur de marché à l'inventaire 2025. Ils comprennent le siège social de la mutuelle ainsi que des SCPI, valorisés à leur valeur vénale.

Les obligations et produits de taux représentent 7 823 K€ en valeur de marché. Ils comprennent des obligations d'entreprises détenues en direct et des titres issus de l'observation par transparence des OPC, pour des expositions souveraines et corporate.

Les organismes de placements collectifs représentent 3 258 K€ en valeur de réalisation. L'ensemble de ces fonds a été observé par transparence aux fins du calcul du SCR.

Les actions s'élèvent à 1 642 K€ en valeur de marché. Elles comprennent des actions cotées de type 1 et des actions non cotées de type 2, détenues en direct.

Les dépôts, prêts et autres représentent 3 525 K€, valorisés à leur valeur nette comptable.

Les actifs incorporels reconnus dans les comptes sociaux sont valorisés à zéro dans le bilan prudentiel, conformément aux dispositions de Solvabilité II.

Les créances sont valorisées à leur valeur nette comptable, pour un montant de 1 249 K€, dont 1 014 K€ de créances nées d'opérations d'assurance.

La trésorerie s'établit à 6 549 K€ à l'inventaire 2025.

Les impôts différés actifs s'élèvent à 1 067 K€ (contre 83 K€ à l'inventaire 2024). Ils sont calculés en appliquant un taux de 25 % aux différences temporelles entre valeurs prudentielles et valeurs fiscales générant des pertes fiscales latentes. Par prudence, ce montant est plafonné au montant des impôts différés passifs, qui s'établissent eux-mêmes à 1 067 K€, de sorte que la situation nette d'impôts différés est nulle.

D.3. Provisions techniques

Les provisions techniques prudentielles sont calculées conformément aux dispositions de la directive Solvabilité II et du règlement délégué n° 2015/35.

Provisions techniques santé

La meilleure estimation santé s'élève à 7 216 K€ bruts de réassurance à l'inventaire 2025, contre 9 339 K€ à l'inventaire 2024. Elle inclut la meilleure estimation des provisions pour sinistres à payer et la meilleure estimation pour primes, calculée à partir du ratio combiné espéré appliqué aux cotisations attendues sur l'exercice suivant.

La part des réassureurs dans la meilleure estimation santé s'établit à 2 022 K€, contre 1 502 K€ à l'inventaire 2024.

La marge de risque santé est calculée à 549 K€, contre 576 K€ à l'inventaire 2024.

Les provisions techniques santé nettes de réassurance s'élèvent à 5 744 K€ (7 216 – 2 022 + 549).

Provisions techniques vie

La meilleure estimation vie s'élève à 225 K€ à l'inventaire 2025, contre 108 K€ à l'inventaire 2024. La marge de risque vie est de 17 K€, contre 12 K€ à l'inventaire 2024. Les provisions techniques vie au bilan prudentiel s'établissent donc à 242 K€.

D.4. Autres passifs

Les impôts différés passifs s'élèvent à 1 067 K€ (contre 83 K€ à l'inventaire 2024). Ce montant, calculé sur les postes en situation de plus-values latentes à l'actif, est compensé par un montant équivalent d'impôts différés actifs. La situation nette d'impôts différés est nulle.

Les autres dettes s'élèvent à 12 052 K€ (contre 11 653 K€ à l'inventaire 2024) et se décomposent comme suit :

- Dettes nées d'opérations d'assurance et de réassurance : 2 219 K€ ;
- Provisions pour risques et charges : 160 K€ ;
- Autres dettes (personnel, État, créiteurs divers) : 9 673 K€.

D.5. Méthode de valorisation alternatives

Aucune méthode de valorisation alternative n'a été utilisée.

E. Gestion du capital

E.1. Fonds propres

Sous le régime Solvabilité II, les fonds propres économiques s'élèvent à 18 406 K€ à l'inventaire 2025, contre 13 758 K€ à l'inventaire 2024. Ils se décomposent en fonds propres de base de niveau 1 non restreint pour 16 916 K€ et en passifs subordonnés de 1 490 K€, classés en Tier 1 restreint et éligibles à la couverture du SCR et du MCR dans les limites réglementaires applicables.

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

L'ensemble des fonds d'investissement détenus par la mutuelle a été observé par transparence aux fins du calcul du SCR.

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.

Obligations issues des fonds d'investissement	56 091,69 €
Obligations d'entreprises en direct	46 356,62 €

SCR spread : 102 448,30 €

À l'inventaire 2025, compte tenu de l'exposition obligataire de la mutuelle et de son passif technique, le SCR de taux est calculé, selon le scénario de baisse des taux, à 15 K€ (contre 139 K€ en 2024). Le SCR Spread s'établit à 102 K€ à l'inventaire 2025, sur les obligations d'entreprises détenues en direct et par transposition des fonds d'investissement.

	Scénario : Hausse des taux	Scénario : Baisse des taux
Obligations d'entreprises détenues en direct	24 699,70 €	-20 997,12 €
Obligations souveraines détenues en direct	0,00 €	0,00 €
Obligations d'entreprises issues des fonds d'investissement	25 111,22 €	-21 885,53 €
Obligations souveraines issues des fonds d'investissement	34 379,22 €	-27 864,91 €
Impact total sur les obligations	84 190,14 €	-70 747,56 €
Impact sur les provisions techniques	-68 871,43 €	0,00 €
SCR taux	15 318,71 €	-70 747,56 €

SCR taux global : 15 318,71 €

Le risque actions

La mutuelle détient des actions cotées de type 1 en direct et par le biais de fonds d'investissements observés par transparence, choquées au taux défini par le règlement délégué augmenté d'un effet asymétrique prenant en compte la position cyclique des marchés. Sont également concernées par le risque actions de type 2 les actions non cotées et les parts de fonds d'investissements détenues par le biais de fonds.

À l'inventaire 2025, le SCR pour le risque actions s'établit à 5 113 K€ (contre 3 068 K€ en 2024). Cette hausse significative est liée à la recomposition du portefeuille, avec une exposition accrue aux actions de type 2.

	SCR actions de type 1	SCR actions de type 2
Actions détenues en direct	106 800,25 €	
Participations détenues en direct	0,00 €	
Actions issues des fonds d'investissement	12 277,94 €	
Actions non cotées détenues en direct		804 498,77 €
Participations non cotées détenues en direct		0,00 €
Titres structurés		4 191 971,97 €
Fonds d'investissement issus de l'observation par transparence		26 906,65 €
Fonds d'investissement non observés par transparence		0,00 €
SCR actions type 1 et 2	119 078,19 €	5 023 377,39 €

SCR action : 5 113 292,68 €

Le risque immobilier

La mutuelle détient son siège social ainsi que des SCPI. Le capital requis pour le risque immobilier est de 3 643 K€ (contre 3 510 K€ en 2024).

	SCR immobilier
Immeubles exploitation	2 923 218,75 €
Fonds d'investissement	719 368,33 €

SCR immobilier global : 3 642 587,08 €

Le risque de change

Le portefeuille de placements de la mutuelle contient une exposition limitée en devise. Le capital requis pour le risque de change s'établit à 21 K€ à l'inventaire 2025 (nul en 2024).

Valeur de marché des actifs concernés par le risque de change : 85 588,07 €

SCR change global : 21 399,80 €

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 1 653 K€ (contre 1 317 K€ en 2024). Ce risque est principalement attribuable au siège

social de la mutuelle.

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. Il s'établit à 8 447 K€ (contre 6 425 K€ en 2024), après effet de diversification de -2 101 K€.

	Valeur de marché
Fonds d'investissement	3 257 592,02 €
Obligations d'entreprises	7 822 628,96 €
Obligations souveraines	0,00 €
Actions et participations	1 641 600,93 €
Immobilier	11 692 875,00 €

Valeur de marché globale : 24 414 696,91 €

	Valeur
SCR spread	102 448,30 €
SCR taux	15 318,71 €
SCR action	5 113 292,68 €
SCR immobilier	3 642 587,08 €
SCR change	21 399,80 €
SCR concentration	1 653 166,73 €

SCR marché : 8 446 932,47 €

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 souscription santé est divisé en deux risques : le risque de primes et de 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 2025, est valorisé à 7 544 K€ (contre 8 038K€ en 2024).

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 dépend de probabilités de survenance, en cas d'accident, de différents événements (décès, passage en invalidité, passage en incapacité ou 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.

Le capital requis pour le risque d'accident de masse s'élève à 23 K€ (contre 18 K€ en 2024).

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. La mutuelle n'assure pas de contrat collectif prévoyance de grande taille ; ce risque est donc nul.

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 capital requis pour le risque de pandémie est de 147 K€ (contre 293 K€ en 2024). Après application de la matrice de corrélation, le capital requis pour le risque catastrophe est de 148 K€ (contre 293 K€ en 2024).

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 risque de souscription santé est de 7 583 K€ (contre 8 149 K€ en 2024), après effet de diversification de -110 K€.

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 %. Le capital requis pour le risque de mortalité est de 14 K€ (contre 30 K€ en 2024).

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 s'établit à 103 K€ (contre 8 K€ en 2024).

Après utilisation de la matrice de corrélation, le capital requis pour le risque de souscription vie est estimé à 108 K€ (contre 33 K€ en 2024), après effet de diversification de -9 K€.

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, la perte en cas de défaut est égale à la valeur de marché de chaque actif pour les comptes à terme et livrets. Concernant les réassureurs, la perte en cas de défaut tient compte de la part des réassureurs dans les provisions techniques, des éventuelles créances et dettes sur les réassureurs et de la faculté d'atténuation des risques. L'exposition totale aux contreparties de type 1 s'établit à 11 676 K€ à l'inventaire 2025, dont 1 735 K€ au titre des réassureurs et 9 941 K€ au titre des banques.

Pour ce qui concerne les contreparties de type 2, elles correspondent à des créances dues depuis moins de trois mois pour 1 249 K€.

Le SCR de contrepartie s'établit à 482 K€ à l'inventaire 2025 (contre 456 K€ en 2024), après effet de diversification de -31 K€.

E.2.e. Le SCR de base

Après le calcul de l'ensemble des sous-modules, le BSCR s'effectue en tenant compte de la matrice de corrélation définie par le règlement délégué. Le SCR de base est estimé à 12 879 K€ (contre 11 732 K€ en 2024), après effet de diversification général de -3 740 K€.

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 brute de réassurance. Il est plafonné à 30 % du SCR de base. Le capital requis pour le risque opérationnel est de 2 016 K€ (contre 1 861 K€ en 2024), en hausse du fait de la croissance du chiffre d'affaires global de la mutuelle.

E.2.g. L'ajustement pour impôts différés

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 qui résulterait de la perte soudaine d'un montant égal à la somme du SCR de base, de l'ajustement pour capacité d'absorption des provisions techniques et du capital requis pour risque opérationnel. Cet ajustement permet de diminuer le montant de capital requis. Il est plafonné par le montant d'impôts différés passifs nets des impôts différés actifs et est donc nul à l'inventaire 2025.

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. Le capital de solvabilité requis reflète le profil de risque réel de l'entreprise, compte tenu de tous les risques quantifiables ainsi que de l'incidence nette des techniques d'atténuation des risques.

À l'inventaire 2025, le SCR de Rempart Mutuelle est égal à 14 895 K€ (contre 13 593 K€ en 2024).

Exigences de solvabilité et couvertures par les fonds propres	
<i>(en K€)</i>	Mesure de risque
Module de risque de marché	8 446 932
Sous-module de risque de taux	15 319
Sous-module de risque actions	5 113 293
Sous-module de risque immobilier	3 642 587
Sous-module de risque de spread	102 448
Sous-module de risque de change	21 400
Sous-module de risque de concentration	1 653 167
Effet de diversification modulaire	-2 101 281
Module de risque de souscription santé	7 582 509
Sous-module de risque de primes et de réserves	7 544 040
Sous-module de risque de catastrophe	148 427
Effet de diversification sous-modulaire	-109 958
Module de risque de souscription vie	107 650
Sous-module de risque de mortalité	13 587
Sous-module de risque de frais	0
Sous-module de risque de catastrophe	103 447
Effet de diversification sous-modulaire	-9 383
Module de risque de contrepartie	481 632
Sous-module de risque de concentration de type 1	324 870
Sous-module de risque de concentration de type 2	187 387
Effet de diversification	-30 625
Effet de diversification général	-3 739 982
Capital de solvabilité requis de base (BSCR)	12 878 742
Module de risque opérationnel	2 015 995
Ajustement pour impôts différés	0
Capital de solvabilité requis (SCR)	14 894 737
Minimum de capital de solvabilité (MCR)	4 000 000
Fonds propres économiques éligibles (SCR)	18 406 154

Fonds propres économiques éligibles (MCR)	18 406 154
Couverture de SCR	124%
Couverture de MCR	460%

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). À l'inventaire 2025, le MCR de la mutuelle est égal à 4 000 K€.

Récapitulatif et couverture des exigences

À l'inventaire 2025, les fonds propres éligibles s'élèvent à 18 406 K€, couvrant le SCR à hauteur de 124 % (contre 101 % en 2024) et le MCR à hauteur de 460 % (contre 344 % en 2024).

La progression de la couverture du SCR entre les deux exercices est portée par la hausse des fonds propres économiques, elle-même liée à l'intégration des passifs subordonnés et à l'amélioration de la situation bilancielle de la mutuelle.

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

S.02.01.02

Bilan

Actifs

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

Valeur Solvabilité
II
C0010

R0030	
R0040	1 067 037,07
R0050	
R0060	11 893 441,43
R0070	16 246 784,05
R0080	0,00
R0090	0,00
R0100	1 641 600,93
R0110	227 719,08
R0120	1 413 881,85
R0130	7 822 628,96
R0140	0,00
R0150	455 367,15
R0160	7 367 261,81
R0170	
R0180	3 257 592,02
R0190	
R0200	3 524 962,14
R0210	0,00
R0220	
R0230	0,00
R0240	0,00
R0250	0,00
R0260	0,00
R0270	2 022 217,04
R0280	2 022 217,04
R0290	
R0300	2 022 217,04
R0310	0,00
R0320	0,00
R0330	0,00
R0340	
R0350	
R0360	1 014 116,26
R0370	0,00
R0380	235 131,43
R0390	
R0400	
R0410	6 548 605,20
R0420	505 125,00
R0500	39 532 457,48

Valeur Solvabilité
II
C0010

Passifs

Provisions techniques non-vie	
Provisions techniques non-vie (hors santé)	
Provisions techniques calculées comme un tout	
Meilleure estimation	
Marge de risque	
Provisions techniques santé (similaire à la non-vie)	
Provisions techniques calculées comme un tout	
Meilleure estimation	
Marge de risque	
Provisions techniques vie (hors UC et indexés)	
Provisions techniques santé (similaire à la vie)	
Provisions techniques calculées comme un tout	
Meilleure estimation	
Marge de risque	
Provisions techniques vie (hors santé, UC et indexés)	
Provisions techniques calculées comme un tout	
Meilleure estimation	
Marge de risque	
Provisions techniques UC et indexés	
Provisions techniques calculées comme un tout	
Meilleure estimation	
Marge de risque	
Passifs éventuels	
Provisions autres que les provisions techniques	
Provisions pour retraite	
Dépôts des réassureurs	
Passifs d'impôts différés	
Produits dérivés	
Dettes envers des établissements de crédit	
Dettes financières autres que celles envers les établissements de crédit	
Dettes nées d'opérations d'assurance et montants dus aux intermédiaires	
Dettes nées d'opérations de réassurance	
Autres dettes (hors assurance)	
Passifs subordonnés	
Passifs subordonnés non inclus dans les fonds propres de base	
Passifs subordonnés inclus dans les fonds propres de base	
Autres dettes non mentionnées dans les postes ci-dessus	
Total du passif	
Excédent d'actif sur passif	

R0510	7 765 574,60
R0520	
R0530	
R0540	
R0550	
R0560	7 765 574,60
R0570	
R0580	7 216 075,38
R0590	549 499,23
R0600	241 723,11
R0610	0,00
R0620	
R0630	0,00
R0640	0,00
R0650	241 723,11
R0660	
R0670	224 618,56
R0680	17 104,55
R0690	
R0700	
R0710	
R0720	
R0740	
R0750	159 754,00
R0760	0,00
R0770	0,00
R0780	1 067 037,07
R0790	
R0800	4 464 607,75
R0810	0,00
R0820	544 811,73
R0830	1 674 449,32
R0840	5 208 346,21
R0850	1 490 000,00
R0860	0,00
R0870	1 490 000,00
R0880	
R0900	22 616 303,80
R1000	16 916 153,68

Primes, réserves 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
	Assurance des frais médicaux	Assurance de protection du revenu	Assurance d'indemnisation des invalides	Assurance de responsabilité civile automobile	Autres assurances des véhicules à moteur	Assurance maritime, aérienne et transport	Assurance incendie et autres dommages aux biens	Assurance de responsabilité civile générale	Assurance civile et environnement	Assurance de protection juridique	Assurance	Prestes pécuniaires divers	Santé	Accidents	Assurance maritime, aérienne et transport	Risques	
	CR010	CR020	CR030	CR040	CR050	CR060	CR070	CR080	CR090	CR100	CR110	CR120	CR130	CR140	CR150	CR160	
Primes émises																	
Direct - assurance directe	R0110	59 288 868,17	7 370 841,55														
Direct - Réassurance proportionnelle acceptée	R0120	0,00	0,00														
Direct - Réassurance non proportionnelle acceptée	R0130																
Part des réassureurs	R0140	23 666 243,00	0,00														
Net	R0150	35 622 625,17	7 370 841,55														42 993 466,72
Primes acquises																	
Direct - assurance directe	R0210	59 288 868,17	7 370 841,55														
Direct - Réassurance proportionnelle acceptée	R0220	0,00	0,00														
Direct - Réassurance non proportionnelle acceptée	R0230																
Part des réassureurs	R0240	23 666 243,00	0,00														
Net	R0250	35 622 625,17	7 370 841,55														42 993 466,72
Change des réserves																	
Direct - assurance directe	R0310	46 630 836,84	4 780 204,87														
Direct - Réassurance proportionnelle acceptée	R0320	0,00	0,00														
Direct - Réassurance non proportionnelle acceptée	R0330																
Part des réassureurs	R0340	18 598 527,00	0,00														
Net	R0350	28 032 309,84	4 780 204,87														32 812 514,71
Variation des autres provisions techniques																	
Direct - assurance directe	R0410	406 374,54	2 067 426,46														
Direct - Réassurance proportionnelle acceptée	R0420	0,00	0,00														
Direct - Réassurance non proportionnelle acceptée	R0430																
Part des réassureurs	R0440	529 721,00	0,00														
Net	R0450	-223 346,46	2 067 426,46														1 844 080,00
Dépenses engagées	R0500	4 990 224,47	1 352 066,78														6 342 291,25
Autres dépenses	R1200																0,00
Total des dépenses	R1300																6 342 291,25

	Ligne d'activité pour engagements d'assurance vie						Engagements de réassurance vie			Total
	Assurance maladie	Assurance avec participation aux bénéfices	Assurance incendie et en cas de décès	Autres assurances vie	Revenus découlant des contrats d'assurance non-vie et liés aux engagements d'assurance santé	Revenus découlant des contrats d'assurance non-vie et liés aux engagements d'assurance santé	Réassurance maladie	Réassurance vie		
	CR210	CR220	CR230	CR240	CR250	CR260	CR270	CR280		
Primes émises										
Direct	R1410			375 314,08	0,00				375 314,08	
Part des réassureurs	R1420			0,00	0,00				0,00	
Net	R1430			375 314,08	0,00				375 314,08	
Primes acquises										
Direct	R1510			375 314,08	0,00				375 314,08	
Part des réassureurs	R1520			0,00	0,00				0,00	
Net	R1530			375 314,08	0,00				375 314,08	
Change des réserves										
Direct	R1610			285 828,66	0,00				285 828,66	
Part des réassureurs	R1620			0,00	0,00				0,00	
Net	R1630			285 828,66	0,00				285 828,66	
Variation des autres provisions techniques										
Direct	R1710			-4 876,00	0,00				-4 876,00	
Part des réassureurs	R1720			0,00	0,00				0,00	
Net	R1730			-4 876,00	0,00				-4 876,00	
Dépenses engagées	R1800			10 815,18	0,00				10 815,18	
Autres dépenses	R2000				0,00				0,00	
Total des dépenses	R2100			10 815,18	0,00				10 815,18	

S.05.02.01

Primes, sinistres et dépenses par pays

		5 principaux pays (par montant de primes brutes émises) – engagements en non-vie						Total 5 principaux pays et pays d'origine
		Pays d'origine						
		C0010	C0020	C0030	C0040	C0050	C0060	
	R0010							
		C0080	C0090	C0100	C0110	C0120	C0130	C0140
Primes émises								
Brut – assurance directe	R0110	66 659 679,72						66 659 679,72
Brut – Réassurance proportionnelle acceptée	R0120	0,00						0,00
Brut – Réassurance non proportionnelle acceptée	R0130	0,00						0,00
Part des réassureurs	R0140	23 666 243,00						23 666 243,00
Net	R0200	42 993 436,72						42 993 436,72
Primes acquises								
Brut – assurance directe	R0210	66 672 249,72						66 672 249,72
Brut – Réassurance proportionnelle acceptée	R0220	0,00						0,00
Brut – Réassurance non proportionnelle acceptée	R0230	0,00						0,00
Part des réassureurs	R0240	23 666 243,00						23 666 243,00
Net	R0300	43 006 006,72						43 006 006,72
Charge des sinistres								
Brut – assurance directe	R0310	51 401 041,71						51 401 041,71
Brut – Réassurance proportionnelle acceptée	R0320	0,00						0,00
Brut – Réassurance non proportionnelle acceptée	R0330	0,00						0,00
Part des réassureurs	R0340	18 598 527,00						18 598 527,00
Net	R0400	32 802 514,71						32 802 514,71
Variation des autres provisions techniques								
Brut – assurance directe	R0410	2 413 801,00						2 413 801,00
Brut – Réassurance proportionnelle acceptée	R0420	0,00						0,00
Brut – Réassurance non proportionnelle acceptée	R0430	0,00						0,00
Part des réassureurs	R0440	529 721,00						529 721,00
Net	R0500	1 884 080,00						1 884 080,00
Dépenses engagées	R0550	8 342 289,25						8 342 289,25
Autres dépenses	R1200							0,00
Total des dépenses	R1300							8 342 289,25

		5 principaux pays (par montant de primes brutes émises) – engagements en vie						Total 5 principaux pays et pays d'origine
		Pays d'origine						
		C0150	C0160	C0170	C0180	C0190	C0200	
	R1400							
		C0220	C0230	C0240	C0250	C0260	C0270	C0280
Primes émises								
Brut	R1410	375 314,08						375 314,08
Part des réassureurs	R1420	0,00						0,00
Net	R1500	375 314,08						375 314,08
Primes acquises								
Brut	R1510	375 314,08						375 314,08
Part des réassureurs	R1520	0,00						0,00
Net	R1600	375 314,08						375 314,08
Charge des sinistres								
Brut	R1610	285 828,66						285 828,66
Part des réassureurs	R1620	0,00						0,00
Net	R1700	285 828,66						285 828,66
Variation des autres provisions techniques								
Brut	R1710	-4 878,00						-4 878,00
Part des réassureurs	R1720	0,00						0,00
Net	R1800	-4 878,00						-4 878,00
Dépenses engagées	R1900	16 816,18						16 816,18
Autres dépenses	R2500							
Total des dépenses	R2600							16 816,18

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 tiraison et de la réassurance finie, après ajustement pour pertes probables pour défaut de la contrepartie, correspondant aux provisions techniques calculées comme un tout

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

Meilleure estimation

Meilleure estimation brute

Total des montants recouvrables au titre de la réassurance / des véhicules de tiraison et de la réassurance finie, après ajustement pour pertes probables pour défaut de la contrepartie

Meilleure estimation nette des montants recouvrables au titre de la réassurance / des véhicules de tiraison et de la réassurance finie

Marge de risque

Montant de la déduction transitoire sur les provisions techniques

Provisions techniques calculées comme un tout

Meilleure estimation

Marge de risque

Provisions techniques - Total

	Assurance avec participation aux bénéfices		Assurance indexée et en unités de compte		Autres assurances vie		Rentes découlant des contrats d'assurance	Réassurance acceptée	Total (vie hors santé, y compris UC)	Assurance santé (assurance directe)		Rentes découlant des contrats d'assurance	Réassurance santé (réassurance acceptée)	Total (santé similaire à la vie)
	C0020	C0030	C0040	C0050	C0060	C0070				C0080	C0100			
R0010														
R0020														
R0030						224 618,56			224 618,56		0,00			0,00
R0080						0,00			0,00		0,00			0,00
R0090						224 618,56			224 618,56		0,00			0,00
R0100					17 104,55				17 104,55	0,00				0,00
R0110														
R0120						224 618,56			224 618,56		0,00			0,00
R0130						17 104,55			17 104,55	0,00				0,00
R0200						241 723,11			241 723,11	0,00				0,00