

Circulaire

Brussel, 25 april 2016

Kenmerk: NBB_2016_18

uw correspondent:

Kajal Vandenput
tel. +32 2 221 51 77 – fax +32 2 221 31 04
Kajal.vandenput@nbb.be

Circulaire betreffende de richtsnoeren voor de onder-module rampenrisico in het ziektekostenverzekeringsbedrijf bij de berekening van het solvabiliteitskapitaalvereiste met behulp van de standaardformule

Toepassingsveld

Verzekerings- en herverzekeringsondernemingen naar Belgisch recht.

Verzekerings- en herverzekeringsondernemingen die tot een groep naar Belgisch recht in de zin van artikel 339, 2° van de wet van 13 maart 2016 op het statuut van en het toezicht op de verzekerings- of herverzekeringsondernemingen behoren.

Ondernemingen naar Belgisch recht die tot een financieel conglomeraat naar Belgisch recht in de zin van artikel 340, 1° van de voornoemde wet van 13 maart 2016 behoren.

Bijkantoren van verzekeringsondernemingen uit derde landen die in België verzekerings- [of herverzekerings]activiteiten verrichten.

Deze circulaire is van toepassing op verzekeringsmaatschappijen van onderlinge bijstand zoals gedefinieerd in artikel 15, 79° van de voornoemde wet van 13 maart 2016. Voor deze ondernemingen dient « De Bank » te worden vervangen door « de Controledienst voor de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen » zoals gedefinieerd in artikel 15, 84° van dezelfde wet.

Deze circulaire is niet van toepassing op de verzekeringsondernemingen bedoeld in artikel 275, 276 of 294 van de voornoemde wet van 13 maart 2016.

Samenvatting/Doelstelling

Deze circulaire verschaft informatie over de richtsnoeren van de Bank voor de onder-module rampenrisico in het ziektekostenverzekeringsbedrijf bij de berekening van het solvabiliteitskapitaalvereiste met behulp van de standaardformule.

Juridische basis

*De **Wet**: wet van 13 maart 2016 op het statuut van en het toezicht op verzekerings- of herverzekeringsondernemingen*

*De **Verordening 2015/35**: gedelegeerde verordening (EU) 2015/35 van de commissie van 10 oktober 2014 tot aanvulling van richtlijn 2009/138/EG van het Europees Parlement en de Raad betreffende de toegang tot en uitoefening van het verzekerings- en het herverzekeringsbedrijf (Solvabiliteit II).*

Structuur

- I. Doel
- II. Definities
- III. Bijkomende informatie
- IV. Inwerkingtreding
- V. Richtsnoeren voor de onder-module rampenrisico in het ziektekostenverzekeringsbedrijf

Geachte mevrouw

Geachte heer

I. Doel

Deze circulaire heeft betrekking op de artikel 158 van de Wet en artikelen 160 tot en met 163 van de Verordening 2015/35. Ze hebben als doel de samenhang en convergentie in de beroepspraktijken te vergroten bij de berekening van de solvabiliteitskapitaalvereiste voor rampenrisico in het ziektekostenverzekeringsbedrijf binnen de standaardformule in het kader van Solvabiliteit II.

II. Definities

Voor deze richtsnoeren is de volgende definitie ontwikkeld:

Onder “*Individuele schade*” wordt verstaan een schade na het optreden van één bepaalde gebeurtenis bij één geïdentificeerde verzekerde persoon.

Indien de begrippen niet in deze richtsnoeren zijn bepaald, hebben ze de betekenis zoals bepaald in de hiervoor genoemde wetbepalingen en verordeningen.

III. Bijkomende informatie

Deze circulaire kadert binnen de geharmoniseerde uitvoering van de principes van de Richtlijn 2009/138/EG van het Europees Parlement en de Raad van 25 november 2009 betreffende de toegang tot en uitoefening van de werkzaamheden van het verzekerings- en herverzekeringsbedrijf (Solvabiliteit II-richtlijn) zoals bepaald in de richtsnoeren van EIOPA. De ondernemingen kunnen deze richtsnoeren, **ter informatie**, raadplegen op volgende website: <https://eiopa.europa.eu/publications/eiopa-guidelines>.

IV. Inwerkingtreding

Deze circulaire is van toepassing vanaf 23 maart 2016.

V. Richtsnoeren voor de onder-module rampenrisico in het ziektekostenverzekeringsbedrijf

Richtsnoer 1 — Algemene bepalingen voor de berekening van het kapitaalvereiste voor rampenrisico's in het ziektekostenverzekeringsbedrijf

Wanneer bij de berekeningen van de kapitaalvereisten voor de onder-module rampenrisico in het ziektekostenverzekeringsbedrijf de oorzaak van een rampenscenario vastgesteld moet worden en de in de scenario's beschreven effecten verschillende oorzaken kunnen hebben, hanteren ondernemingen in de berekening de oorzaak die leidt tot het grootste verlies aan kernvermogen. In het bijzonder houden ondernemingen rekening met het scenario waarin bepaalde mogelijke oorzaken van het rampenscenario in de polisvoorwaarden zijn uitgesloten (bijv. terrorisme).

Richtsnoer 2 — Berekening van het verzekerde bedrag voor uitkeringen bij overlijden door ongeval

Wanneer een verzekeringsovereenkomst voorziet in uitkeringen bij overlijden, ongeacht de oorzaak, en in aanvullende uitkeringen bij overlijden door een ongeval, nemen ondernemingen bij de berekening van de waarde van de uitkeringen vermeld in artikel 161, lid 3, onder b), en artikel 162 lid 4, onder c), van de Verordening 2015/35 alleen de aanvullende uitkeringen in aanmerking, mits aan de volgende voorwaarden wordt voldaan:

- a) de uitkeringen zijn gesplitst;
- b) in de module levensverzekeringstechnisch risico wordt naar behoren rekening gehouden met de risico's van de uitkeringen bij overlijden, ongeacht de oorzaak.

Wanneer aanvullende periodieke betalingen zijn vastgesteld in geval van overlijden als gevolg van een ongeval, baseren ondernemingen de berekening van de waarde van de verschuldigde uitkeringen op de beste schatting van parameters (sterftetafel en discontocurve), waarbij rekening wordt gehouden met relevante demografische kenmerken. Ondernemingen geven bij de berekening ook de contractuele looptijd van de betalingen van periodieke uitkeringen weer.

Wanneer geen of onvoldoende demografische gegevens beschikbaar zijn, maken ondernemingen bij de berekening van de waarde van de uitkeringen gebruik van realistische aannames voor de demografische parameters die zijn gebaseerd op openbare of interne statistieken. Ondernemingen moeten de juistheid van deze aannames naar tevredenheid van de toezichthoudende autoriteit kunnen aantonen.

Bij de berekening van de waarde van de uitkeringen moeten ondernemingen rekening houden met de verwachte toenames van het bedrag aan periodieke betalingen van de uitkering en schaderegelingskosten.

Richtsnoer 3 — Berekening van het verzekerde bedrag voor uitkeringen bij blijvende invaliditeit

Wanneer de invaliditeitsuitkeringen als een eenmalige betaling of als periodieke betalingen worden uitgekeerd, volgen ondernemingen een methode bestaande uit drie stappen teneinde de waarde van de uitkeringen als bedoeld in artikel 161, lid 3, onder b), en artikel 162, lid 4, onder c), van de Verordening 2015/35 te bepalen:

- a) Stap 1: bepaling van het verwachte aandeel van de uitkering in de vorm van een eenmalige betaling.
- b) Stap 2: bepaling, voor elke verzekerde persoon, van de uitkeringen in geval van een eenmalige betaling en de beste schatting van de periodieke uitkeringen.
- c) Stap 3: berekening van het gemiddelde tussen beide waarden die zijn vastgesteld in stap 2, gewogen naar het percentage berekend in stap 1.

Onverminderd paragraaf 1 van dit richtsnoer dient, wanneer de keuze tussen een eenmalige betaling of periodieke betalingen wordt bepaald door de begunstigde, de onderneming de maximale waarde van beide waarden te hanteren in plaats van het gewogen gemiddelde.

Ondernemingen moeten de juistheid aantonen van de aannames die ten grondslag liggen aan de berekening van de percentages bedoeld in paragraaf 1. Wanneer zij dit niet naar tevredenheid van de toezichhoudende autoriteit kunnen aantonen, moeten zij de waarde van de uitkeringen berekenen als het maximum tussen de eenmalige betaling en de beste schatting van de periodieke uitkeringen.

Wanneer het bedrag van de betalingen van de invaliditeitsuitkeringen afhankelijk is van de graad van invaliditeit van de betrokken personen, berekenen ondernemingen de waarde van de uitkeringen voor alle personen op de volgende wijze:

- a) hanteer een verdeling van de graad van invaliditeit tussen de betrokken personen;
- b) bereken de schadelast voor elke graad van invaliditeit;
- c) pas de verdeling van de graad van invaliditeit dienovereenkomstig toe op de bijhorende schadelast.

Ondernemingen moeten de juistheid aantonen van de aannames die ten grondslag liggen aan de berekening van de verdeling van mate van invaliditeit zoals bedoeld in paragraaf 4. Wanneer zij dit niet naar tevredenheid van de toezichhoudende autoriteit kunnen aantonen, moeten zij voor alle verzekerde personen de maximale kosten van de vordering voor elke graad van invaliditeit hanteren.

Bij de berekening van de beste schatting van de periodieke betalingen van vergoedingen voor het gebeurtenistype "permanente invaliditeit ten gevolge een ongeval", gaan ondernemingen ervan uit dat betalingen worden gedaan over de volledige uitkeringsperiode zoals omschreven in de polisvoorwaarden, maar dat een stopzetting ten gevolge van overlijden kan optreden.

Voor de berekening maken ondernemingen realistische aannames van het overlijdensrisico van mensen met een blijvende invaliditeit op basis van openbare of interne statistieken. Ondernemingen moeten de juistheid van deze aannames kunnen aantonen.

Bij de berekening van de waarde van de uitkeringen moeten ondernemingen rekening houden met de verwachte toenames van het bedrag van periodieke betalingen van de uitkering en schaderegelingskosten.

Richtsnoer 4 — Berekening van het verzekerde bedrag voor uitkeringen bij tien jaar invaliditeit en twaalf maanden invaliditeit

Wanneer de begunstigde een eenmalige betaling of de betaling van periodieke uitkeringen kan ontvangen in geval van het type gebeurtenissen "invaliditeit van 10 jaar ten gevolge van een ongeval" of "invaliditeit van 12 maanden ten gevolge van een ongeval", hanteren ondernemingen dezelfde methode als die in richtsnoer 3.

Wanneer het bedrag van de betalingen van invaliditeitsuitkeringen afhankelijk is van de graad van invaliditeit van de betrokken personen, hanteren ondernemingen dezelfde aanpak als omschreven in richtsnoer 3, paragrafen 4 en 5.

Bij de berekening van de beste schatting van de betaling van periodieke uitkeringen voor een gebeurtenis van het type "invaliditeit van 10 jaar ten gevolge van een ongeval" of "invaliditeit van 12 maanden ten gevolge van een ongeval", moeten ondernemingen alle exitoorzaken uitsluiten en rekening houden met alle toekomstige betalingen tussen:

- a) het einde van elke wachttijd;
- b) het einde van de periode van 10 jaar of 12 maanden of, indien dit eerder is, het einde van de dekkingsperiode.

Bij de berekening moeten ondernemingen rekening houden met de verwachte toenames van het bedrag van de periodieke betaling van de uitkering en schaderegelingskosten.

Richtsnoer 5 — Berekening van het verzekerde bedrag voor medische behandeling als gevolg van een ongeval

Ondernemingen berekenen de gemiddelde bedragen in geval van het gebeurtenistype "medische behandeling als gevolg van een ongeval" als de uitkeringen voor de medische behandeling als gevolg van een ongeval in voorgaande jaren, met inbegrip van daarmee verband houdende kosten, gedeeld door het aantal individuele schaden die met deze uitkeringen gemoeid zijn.

Ondernemingen zorgen ervoor dat de observatieperiode lang genoeg is om statistische fouten zoveel mogelijk te beperken.

Voor de berekening van de gemiddelde bedragen passen ondernemingen eerdere gegevens voor het inflatiepercentage van medische betalingen aan.

Wanneer een medische behandeling naar verwachting langer dan één jaar zal duren, houden ondernemingen rekening met het verwachte inflatiepercentage van medische betalingen.

Ondernemingen dienen op passende wijze een onderscheid maken tussen uitkeringen voor een medische behandeling als gevolg van een ongeval en andere uitkeringen op grond van eerdere observaties. Indien nodig vullen ondernemingen deze analyse aan met deskundig advies. Ondernemingen baseren alle schattingen op openbare of interne statistieken. Zij moeten de juistheid van deze aannames naar tevredenheid van de toezichthoudende autoriteit kunnen aantonen.

Richtsnoer 6 — Berekening van het verzekerde bedrag in de onder-module risico van ongevalconcentratie

Voor de berekening van de waarde van de uitkeringen als bedoeld in artikel 162, lid 4, onder c), van de Verordening 2015/35 hanteren ondernemingen dezelfde beginselen als die welke in richtsnoeren 2 tot en met 4 zijn uiteengezet.

Wanneer een verzekerde door twee of meer overeenkomsten met betaling van uitkeringen is gedekt in het geval van het gebeurtenistype e en de overeenkomsten elkaar niet uitsluiten, tellen ondernemingen de betalingen van de uitkering voor de verschillende overeenkomsten bij elkaar op om $SI(e, i)$ te bepalen, als bedoeld in artikel 162, lid 4, onder c), van de Verordening 2015/35.

Richtsnoer 7 — Berekening van de blootstelling aan inkomensbescherming bij pandemie

Wanneer de overeenkomst voorziet in periodieke betalingen, berekenen ondernemingen de beste schatting van de betaling van uitkeringen in het geval van een permanente arbeidsongeschiktheid als gevolg van een besmettelijke ziekte als bedoeld in artikel 163, lid 2, onder b), van de Verordening 2015/35. Dit dient op dezelfde wijze te worden uitgevoerd als bepaald in richtsnoer 3 voor de beste schatting van de betaling van uitkeringen in geval van het gebeurtenistype "Permanente invaliditeit veroorzaakt door een ongeval".

Richtsnoer 8 — Berekening van de beste schatting van de bedragen van de medische kosten.

Ondernemingen berekenen de beste schatting van de uit te keren bedragen voor zorggebruik h als bedoeld in artikel 163 van de Verordening 2015/35 als het product van:

- a) het verwachte aantal medische behandelingen h voor een verzekerde persoon;
- b) de verwachte gemiddelde schadelast voor een eenmalige medische behandeling h ,

waarbij het verwachte aantal medische behandelingen ten minste een waarde 1 heeft.

Ondernemingen maken op basis van hun eigen ervaringen een nauwkeurige schatting van:

- a) het verwachte aantal keren dat op elke medische behandeling h een beroep wordt gedaan;
- b) de gemiddelde schadelast voor een eenmalig gebruik van elke medische behandeling h .

Wanneer ondernemingen kunnen aantonen dat met eerdere ervaringen een precieze schatting niet mogelijk is, moeten zij een waarde 1 hanteren voor het verwachte aantal medische behandelingen voor het zorggebruik van het type "duur ziekenhuisopname" en het type "geen formele medische zorg gezocht" en een waarde 2 voor het zorggebruik van het type "raadpleging van een arts".

Ondernemingen dienen de schatting van de gemiddelde schadelast voor het inflatiepercentage van de medische betalingen aan te passen en deze waar nodig aan te vullen met een deskundige beoordeling. De observatieperiode dient lang genoeg te zijn om statistische fouten te vermijden.

Een kopie van deze circulaire wordt aan de commissaris(sen), erkend(e) revisor(en) van uw instelling gericht.

Hoogachtend

Jan Smets
Gouverneur