

Rapport sur la solvabilité et la situation financière de la MCA pour l'exercice 2025 (Solvency and Financial Conditions Report (S.F.C.R))

Document validé par le Conseil d'Administration du 07 avril 2026

TABLE DES MATIERES

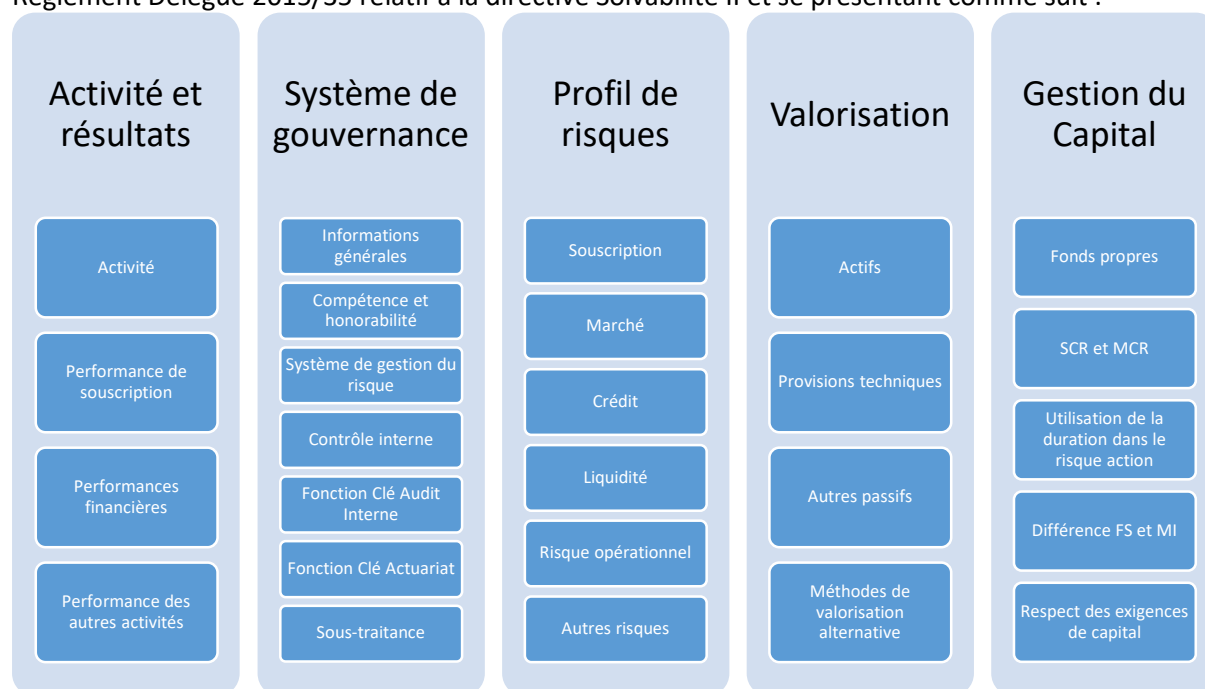
0	Introduction	4
1	Synthèse.....	5
2	Activités et résultats	6
2.1	Activités.....	6
2.2	Résultats de souscription.....	7
2.3	Résultats des investissements	9
2.4	RÉSULTATS DES AUTRES ACTIVITÉS	9
2.5	Autres informations	9
3	Système de gouvernance.....	10
3.1	Informations générales sur le système de gouvernance.....	10
3.2	Exigences de compétence et d'honorabilité.....	16
3.3	Système de gestion des risques (dont ORSA)	19
3.4	Système de contrôle interne.....	22
3.5	Fonction Clé Audit Interne	25
3.6	Fonction Clé Actuariat.....	26
3.7	Sous-traitance	27
3.8	Autres informations	29
4	Profil de risque	30
4.1	Description du profil de risque de la Mutuelle	30
4.2	Risque de souscription	31
4.3	Risque de marché.....	33
4.4	Risque de défaut de contrepartie	36
4.5	Risque de liquidité.....	36
4.6	Risque opérationnel.....	37
4.7	Autres risques importants	37
4.8	Autres informations	38
5	Valorisation à des fins de solvabilité.....	38
5.1	Principe de proportionnalité.....	38
5.2	Valorisation du bilan « actif »	40
5.3	Valorisation des provisions techniques	41
5.4	Variation des provisions pour risques et charges.....	43
5.5	Autres passifs	43
5.6	Impôts différés.....	44
5.7	Méthodes de valorisation alternatives	44

5.8	Autres informations	44
6	Gestion du capital	45
6.1	Fonds propres	45
6.2	Capital de solvabilité requis et minimum de capital requis.....	46
6.3	Utilisation du sous-module « risque sur actions » fondé sur la durée dans le calcul du capital de solvabilité requis	47
6.4	Différences entre la formule standard et tout le modèle interne utilisé	47
6.5	Non-respect du minimum de capital requis et non-respect du capital de solvabilité requis	48
6.6	Autres informations	48
7	Annexe : QRT PUBLIC en K€	49
8	GLOSSAIRE :.....	56

0 INTRODUCTION

Le présent Rapport sur la solvabilité et la situation financière (ou Solvency and Financial Conditions Report [SFCR]) est un rapport narratif à destination du public, permettant à la MCA, ci-après dénommée « la Mutuelle » de communiquer les informations relatives aux cadres de son activité et de ses performances, de son système de gouvernance, de son profil de risques, de sa valorisation et de sa gestion du capital. Le but de cette communication est de garantir aux adhérents que la Mutuelle est bien capable de respecter ses engagements et qu'aucun risque de solvabilité n'est à craindre sur le court et moyen terme.

La structure de ce rapport est établie selon la structure prévue à l'annexe XX complétant l'article 304 du Règlement Délégué 2015/35 relatif à la directive Solvabilité II et se présentant comme suit :



L'article 35 de la directive 2009/138 dite « Solvabilité II » et l'article 304 du Règlement Délégué imposent à tout organisme d'assurance de veiller à communiquer régulièrement des informations aux fins du contrôle de l'ACPR.

Ce Rapport sur la solvabilité et la situation financière est mis à jour au moins une fois par an ou en cours d'année si des changements significatifs viennent à s'opérer.

Il concerne l'année 2025 et a été validé au Conseil d'Administration de la mutuelle au cours de sa réunion du 7 avril 2026.

1 SYNTHÈSE

La MCA est une mutuelle du Livre II régie par le Code de la Mutualité. L'activité principale est la couverture en santé d'adhérents en contrats individuels ou d'entreprises en contrats collectifs obligatoires ou facultatifs.

La Mutuelle est principalement exposée aux risques de souscription en santé et aux risques de marché. Ces deux risques varient en fonction du volume de chiffre d'affaires et de la volatilité des marchés financiers.

Le risque Vie reste peu significatif. Il concerne des contrats décès et primes mariages/naissances. Les fonds propres économiques ont progressé compte tenu du résultat comptable excédentaire de l'année 2024 qui a été mis en réserves.

Les chiffres clés de la Mutuelle pour l'exercice 2025 :

Chiffre d'affaires Non-Vie	96,31 M€
Chiffre d'affaires Vie	1,29 M€
Résultat comptable	3,33 M€
Fonds propres économiques	49,55 M€
Ratio de couverture du SCR	203%

Notre rapport s'articule en 5 grandes parties :

- 1^{ère} partie : Activités et résultats de la Mutuelle
- 2^{ème} partie : Gouvernance
- 3^{ème} partie : Profil de risque
- 4^{ème} partie : Valorisation à des fins de solvabilité
- 5^{ème} partie : Gestion du capital

La Mutuelle est en conformité réglementaire. Les fonds propres économiques couvrent très largement les risques de la Mutuelle. Le ratio dépasse les 200%.

2 ACTIVITES ET RESULTATS

2.1 ACTIVITES

2.1.1 Présentation de l'organisme

La Mutuelle Complémentaire d'Alsace (MCA) est une Mutuelle régie par le livre II du Code de la Mutualité. Elle est inscrite au répertoire Sirene sous le N°778 900 027, son siège social est situé à Colmar, 6, Route de Rouffach. L'identifiant d'entité juridique (code LEI) est le 969500XK1F9DN4NNZW07.

Elle est agréée pour les branches :

- 1 : Accident
- 2 : Maladie
- 20 : Vie-Décès
- 21 : Nuptialité - Natalité

Elle réalise principalement des opérations individuelles et collectives de remboursement de frais de santé en complément du « régime Complémentaire Santé d'Alsace-Moselle du régime général de Sécurité Sociale » (Régime Local). Depuis sa création, la Mutuelle s'est orientée vers un marché cible de la couverture santé collective et multi sectoriel.

La Mutuelle détient une filiale, nommée « INNOVAMUT » SAS, immatriculée au RCS N°938193463 le 19/12/2024, pour laquelle, elle est seule actionnaire. La filiale a pour objet le conseil et développement en système d'information.

La Mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR)
UA responsable de l'assujetti
2733-D1CA BRG 3

Situé 4, Place de Budapest 75436 PARIS

Les Commissaires Aux Comptes de la Mutuelle en 2025 sont :

Cabinet COFIME Audit SAS représenté par M. Philippe LAMBERGER

Situé 5, rue Bertrand Monnet- CS10034- 68025 COLMAR Cedex

Cabinet SOLOGEST représenté par M. Frédéric TRAPP

Situé 10, La Tannerie BP 50020 57072 METZ Cedex 03

Avec 131 000 personnes protégées à fin 2025, le chiffre d'affaires hors taxes 2025 s'élève à 96 M€ au titre des activités de complémentaire santé (soit plus de 98 % de son activité) et à 1 M€ au titre de son activité de prévoyance (Vie décès et primes mariage et naissance).

2.1.2 Tendances et facteurs de développement de l'organisme

L'activité de la Mutuelle s'inscrit dans un environnement caractérisé par des évolutions structurelles du marché de la complémentaire santé, de modifications technologiques importantes et par un cadre réglementaire en constante adaptation. Dans ce contexte, la Mutuelle reste attentive aux facteurs susceptibles d'affecter son développement, son équilibre technique et sa situation financière.

Le marché de la complémentaire santé reste marqué par une intensification de la concurrence entre organismes assureurs.

L'évolution des dépenses de santé constitue également un facteur déterminant pour l'activité de la Mutuelle. La progression tendancielle des coûts de soins, liée notamment au vieillissement de la population, aux évolutions des pratiques médicales et aux transferts de charges est susceptible d'exercer une pression sur l'équilibre technique des contrats.

L'entrée en vigueur du dispositif de résiliation infra-annuelle des contrats de complémentaire santé a contribué à accroître la mobilité des assurés et à renforcer la pression concurrentielle sur le marché.

La Mutuelle poursuit une politique de souscription et de gestion visant à préserver la soutenabilité de son modèle économique. Celle-ci repose notamment sur une adaptation régulière des garanties et des niveaux de cotisations par un suivi régulier du portefeuille et des équilibres techniques.

La Mutuelle veille également à maintenir un dispositif de gouvernance et de gestion des risques adapté à la nature, à l'ampleur et à la complexité de ses activités, conformément aux exigences du cadre prudentiel défini par Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution.

La MCA reste une Mutuelle essentiellement locale. Elle poursuit ainsi ses efforts d'adaptation de ses services et de ses outils afin de répondre aux nouvelles attentes de ses adhérents en termes de qualité de services.

Son expérience et son savoir-faire lui permettent de rester attractive et compétitive dans son secteur d'activité.

2.1.3 Objectifs de développement

Le développement rentable de l'activité est l'objectif premier de la Mutuelle avec une qualité de souscription qui reste au cœur des préoccupations de la Mutuelle.

Les principaux objectifs de développement sont :

- Le multi-équipement (santé, prévoyance, retraite...)
- Le cœur de cible des TPE/PME.

Le portefeuille se répartit à 75% en moyenne sur des contrats collectifs et 25% sur des contrats individuels.

2.2 RESULTATS DE SOUSCRIPTION

La performance de souscription de la Mutuelle s'apprécie au travers du ratio de sinistralité et du compte de résultat technique Vie et Non-Vie.

En 2025, la Mutuelle a réalisé un résultat technique Non-Vie (activité santé) de 6,07 M€ avec un chiffre d'affaires net de plus de 96 M€. Les frais (gestion des sinistres, acquisition, administration et autres charges techniques) ont augmenté et s'élèvent à 12,7 M€ contre 12,2 M€ en 2024, soit 13,26 % du chiffre d'affaires (13,37% en 2024).

Compte de résultat	Opérations nettes		Variation	
	2024	2025	En montant	En %
Résultat technique des opérations Non-Vie				
Cotisations acquises	91 384 k€	96 306 k€	4 922 k€	5,4%
Produit des placements alloués du compte non-technique	224 k€	238 k€	14 k€	6%
Autres produits techniques	521 k€	451 k€	-70 k€	-13,5%
Charges de sinistres	74 762 k€	77 700 k€	2 937 k€	4%
Frais de gestion des sinistres	3 215 k€	3 224 k€	9 k€	0%
Frais d'acquisition et d'administration	5 938 k€	6 416 k€	478 k€	8,0%
Autres charges techniques	3 582 k€	3 585 k€	3 k€	0,1%
Charges des autres provisions	-11 k€	-5 k€	6 k€	-55%
Résultat technique des opérations Non-Vie	4 642 k€	6 075 k€	1 433 k€	31%

Les cotisations ont progressé entre 2024 et 2025 de plus de 5%. Parallèlement, la Mutuelle a constaté en 2025, une hausse des prestations santé de 4%.

Conjointement aux charges de sinistres qui augmentent, ses frais ont également évolué à la hausse.

Selon le règlement ANC N°2022-06, la Mutuelle a appliqué une modification comptable sur les transferts de charges. Ces comptes de produits (inclus dans les « autres produits techniques ») ne sont désormais plus utilisés.

Le fort développement par le courtage entraîne une augmentation des frais d'acquisition et d'administration.

Comme la progression des cotisations est plus conséquente que celle des charges de sinistres, le rapport P/C (prestations/cotisations) gagne plus de 1 point. La Mutuelle dégage ainsi un résultat technique plus important par rapport à l'année 2024.

Compte de résultat	Opérations nettes		Variation	
	2024	2025	En montant	En %
Résultat technique des opérations Vie				
Cotisations acquises	1 221 k€	1 290 k€	69 k€	6%
Produit des placements alloués du compte non-technique	12 k€	10 k€	-2 k€	-16%
Autres produits techniques	0 k€	0 k€	0 k€	
Charges de sinistres	1 289 k€	1 164 k€	-125 k€	-10%
Frais de gestion des sinistres	43 k€	43 k€	0 k€	1%
Frais d'acquisition et d'administration	79 k€	86 k€	7 k€	8%
Autres charges techniques	48 k€	48 k€	0 k€	0%
Participation aux résultats	0 k€	0 k€	0 k€	
Charges de placements	3 k€	2 k€	-1 k€	-48%
Résultat technique des opérations Vie	-229 k€	-42 k€	-187 k€	82%

Les cotisations des contrats « Vie » sont en progression. La Mutuelle a intégré, au 01/01/2025, un portefeuille de contrats gérés auparavant par MALAKOFF HUMANIS. Parallèlement, les remboursements

de capitaux décès ont été moins importants. Aucune provision pour excédent n'a été constituée puisque le résultat technique est négatif mais il s'améliore par rapport à l'année 2024.

2.3 RESULTATS DES INVESTISSEMENTS

L'année 2025 a été marquée par des évolutions significatives des placements financiers, avec des performances contrastées dans différentes classes d'actifs.

Par conséquent, le marché obligataire a enregistré des performances intéressantes et solides.

Globalement, 2025 a été une année de reprise partielle pour l'immobilier mais les rendements sont toujours fragiles.

Cependant, comptablement, nous présentons un résultat financier meilleur que celui de 2024. Nous avons réalisé des arbitrages qui ont généré des plus-values intéressantes notamment sur des produits structurés.

Notre décision de nous positionner sur des produits de taux ont permis de garantir des coupons fixes et des revenus réguliers.

Notre résultat financier présente un solde positif de près de 1,96 M€ au 31/12/2025.

Résultat des investissements	2024	2025	Variation	
			En montant	En %
Revenus des placements	1 819 k€	1 997 k€	178 k€	10%
Charges des placements	238 k€	237 k€	-1 k€	0%
Plus ou moins-values réalisées	207 k€	208 k€	1 k€	0%
Dotations nettes de reprises aux provisions financières	58 k€	10 k€	-48 k€	-83%
TOTAL	1 730 k€	1 958 k€	228 k€	13%

2.4 RÉSULTATS DES AUTRES ACTIVITÉS

2.4.1 Produits et charges non techniques

Les autres charges non techniques, qui s'élèvent à 53,7 K€ en 2025, sont essentiellement composées des dépenses et des charges liées aux décisions et frais de gestion des demandes adressées dans le cadre du fonds social (notre action sociale principalement).

La Mutuelle n'a pas de produit non technique.

Le résultat non technique au 31/12/2025 est de -53,7 K€.

2.4.2 Produits et charges exceptionnels

Les produits exceptionnels comprennent des indemnités diverses.

Dans les charges exceptionnelles sont comptabilisées des provisions en couverture des risques sur le projet de changement d'outil métier.

Le résultat exceptionnel au 31/12/2025 est de -2 258 K€.

2.5 AUTRES INFORMATIONS

La convention d'intégration fiscale entre la fille INNOVAMUT et la mère Mutuelle a entraîné un calcul d'impôt sur les sociétés majoré.

En conclusion, le résultat global en 2025 s'élève à 3 334k€.

	2024	2025	Variation	
			En montant	En %
Résultat technique Non-Vie	4 642 k€	6 075 k€	1 433 k€	30,9%
Résultat technique Vie	-229 k€	-42 k€	187 k€	81,5%
Résultat financier	1 497 k€	1 712 k€	215 k€	14,4%
Autres éléments non techniques	-69 k€	-54 k€	16 k€	-22,6%
Résultat exceptionnel	103 k€	-2 258 k€	-2 361 k€	-2294,5%
Impôts sur les sociétés et Participation	1 792 k€	2 098 k€	306 k€	17,1%
Résultat de l'exercice	4 151 k€	3 334 k€	-817 k€	-19,7%

3 SYSTEME DE GOUVERNANCE

3.1 INFORMATIONS GENERALES SUR LE SYSTEME DE GOUVERNANCE

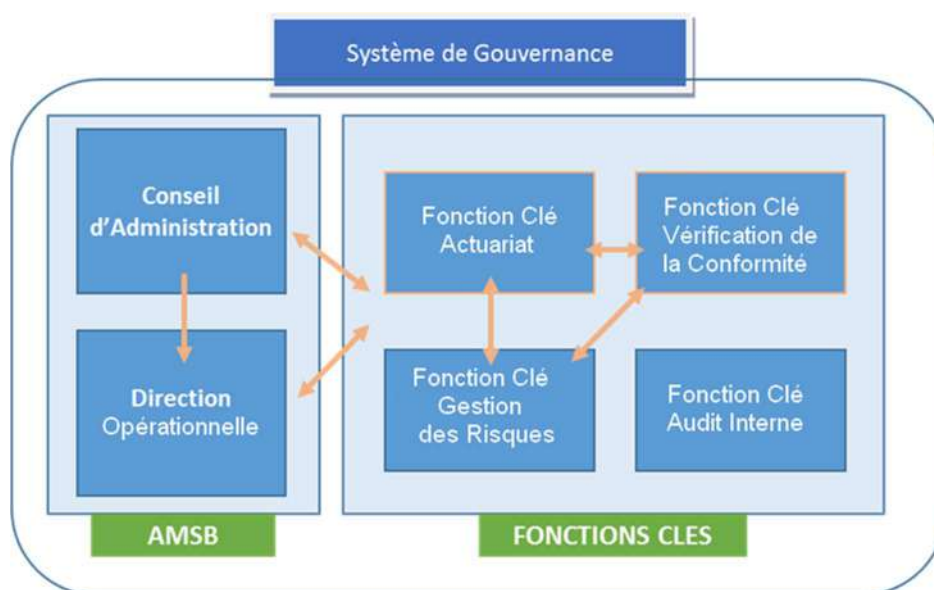
3.1.1 Gouvernance de la Mutuelle

La Mutuelle est dirigée par différentes instances au sein desquelles sont répartis les pouvoirs décisionnaires et dont les missions sont détaillées ci-dessous. Chacune de ces responsabilités est assurée par différents organes qui agissent en fonction des pouvoirs qui leur sont conférés par le Code de la Mutualité et par les statuts de la Mutuelle.

Les organes concernés sont les suivants :

1. Le Conseil d'Administration,
2. La Direction Effective constituée du Président et du Dirigeant Opérationnel,
3. Les Fonctions Clés.

L'organisation peut être résumée de la manière suivante :



Conformément à ses statuts, le Conseil d'Administration a confié l'exécution de certaines missions sous

sa responsabilité et son contrôle, soit au Président, soit à son Bureau et à ses commissions opérationnelles.

❖ Le Conseil d'Administration

Selon l'article 25 de ses statuts, la Mutuelle est administrée par un Conseil d'Administration, élu parmi les membres de la Mutuelle.

Le Conseil d'Administration détermine les orientations de la Mutuelle et veille à leur application, en prenant en considération les enjeux sociaux et environnementaux de son activité, ainsi que sa raison d'être. À ce titre, il a en charge :

- L'élection du Président et des membres du Bureau ;
- La nomination du Dirigeant Opérationnel ;
- L'élection du Président du Comité d'Audit et des Risques ainsi que ses membres ;
- L'approbation des politiques écrites et de leur mise en œuvre ;
- La définition des orientations stratégiques ;
- L'approbation et suivi du budget, l'arrêté des comptes annuels ;

Il établit :

- Le rapport de gestion ;
- Le rapport annuel d'intermédiation et de délégation de gestion ;
- Le rapport sur les décisions prises dans les domaines des opérations individuelles et collectives ;

Il approuve :

- Le rapport sur les procédures d'élaboration et de vérification de l'information financière et comptable prévu à l'article R341-9 du Code des assurances ;
- Le rapport sur le contrôle interne du dispositif de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme en application de l'article R561-38 du Code monétaire et financier ;
- Le rapport sur la solvabilité et la situation financière mentionné à l'article L 355-5 du Code des assurances ;
- Le rapport régulier au contrôleur ;
- Le rapport à l'autorité de contrôle sur l'évaluation interne des risques et de la solvabilité (ORSA) mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 354-2 du Code des assurances.

Il fixe les montants ou les taux de cotisation et les prestations des opérations collectives dans le respect des règles générales fixées par l'Assemblée Générale et lui rend compte des décisions qu'il prend.

Il adopte les règlements des opérations individuelles ainsi que leur modification dans le respect des règles générales fixées par l'Assemblée Générale et lui rend compte des décisions qu'il prend.

Il adopte la conception de nouveaux produits et leur modification et en rend compte à l'Assemblée Générale.

Plus généralement, il veille à accomplir toutes les missions qui lui sont spécialement confiées par la loi ou la réglementation applicable aux mutuelles.

Le Président du Conseil d'Administration est élu à bulletins secrets tous les deux (2) ans au premier Conseil d'Administration qui suit l'Assemblée Générale.

Le Président du Conseil d'Administration représente la Mutuelle en justice et dans tous les actes de la vie civile. Le Président du Conseil d'Administration convoque le Conseil d'Administration et en établit l'ordre du jour. 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.

❖ **Le Bureau**

Selon l'article 39 des statuts de la MCA, le Bureau est composé de la façon suivante :

- Le Président,
- Un Vice-Président,
- Un Secrétaire Général,
- Un Secrétaire Général Adjoint,
- Un Trésorier Général,
- Un Trésorier Général Adjoint.

Les membres du Bureau sont élus pour deux (2) ans par le Conseil d'Administration parmi les administrateurs.

Un certain nombre de pouvoirs sont délégués au Bureau par le Conseil d'Administration conformément aux règles de fonctionnement des instances dirigeantes de la Mutuelle. Les pouvoirs délégués consistent notamment à préparer les réunions du Conseil d'Administration.

Afin de remplir les missions qui lui ont été confiées, le Bureau est composé du :

- Président qui a la charge du fonctionnement politique et de la représentation de la Mutuelle ;
- Vice-président qui seconde le Président en cas d'empêchement ou d'indisponibilité ;
- Trésorier Général qui supervise la comptabilité et est membre de la Commission « Placements » ;
- Trésorier Général adjoint qui se charge de seconder le Trésorier Général en cas d'empêchement de celui-ci ;
- Secrétaire Général qui a en charge la rédaction des procès-verbaux ;
- Secrétaire Général adjoint qui se charge de seconder le Secrétaire Général.

Mensuellement, le Bureau examine notamment le tableau de bord financier et analyse les écarts constatés avec le budget. Il étudie le projet de la stratégie générale et le plan de développement. Il vérifie la cohérence du budget et son évolution, notamment les frais généraux et la masse salariale. Il propose, si nécessaire, des modifications à apporter au budget, conformément à la délégation reçue du Conseil d'Administration.

❖ **La Direction Opérationnelle**

La Mutuelle est dirigée par le Dirigeant Opérationnel, qui prend en charge le pilotage stratégique et opérationnel de la Mutuelle. Dans ce contexte, il prend part à la gestion des risques par le biais des contributions suivantes :

- Il assiste aux instances et contribue à la définition de la stratégie de gestion des risques ;
- Il rend compte aux instances de l'application de la stratégie ;
- Il veille à la prise en compte, dans l'organisation, des principes de maîtrise des risques définis par la réglementation et par les normes de la profession (principe de la personne prudente...) ;
- Il supervise la réalisation d'un plan de continuité des activités et des tests périodiques associés ;
- Il assure l'identification, l'évaluation des risques stratégiques et définit le plan de maîtrise des risques associés.

Afin de respecter le principe des quatre yeux, deux Dirigeants Effectifs ont été nommés par le Conseil d'Administration et sont incarnés par le Président du Conseil d'Administration et le Dirigeant Opérationnel.

❖ Les comités opérationnels

Afin de structurer et de développer son activité, le Conseil d'Administration de la Mutuelle a mis en place une organisation par groupes de travail pour réaliser des missions de contrôle, de réflexion et de proposition.

Chaque groupe est responsable d'activités de contrôle et traite de différents sujets :

- La Commission du Fonds Social

Cette Commission est composée de 11 membres issus du Conseil d'Administration et présidée par le Président de la Mutuelle.

Elle a pour mission d'aider les plus nécessiteux à faire face à leurs dépenses liées à leur état de santé.

- La Commission Développement

Cette Commission est composée de 11 membres et présidée par le Vice-Président de la Mutuelle.

Elle a pour mission la discussion de la stratégie commerciale, du plan de développement et du plan de communication de la Mutuelle.

- La Commission MCA Mutualistes

Cette Commission est composée de 7 membres et est présidée par le Président de la Mutuelle.

Elle a pour objet de rédiger les pages de la revue « Mutualistes » mise à disposition des adhérents de la Mutuelle.

- La Commission Élections

La Commission Élections a pour vocation d'organiser et de valider le bon déroulement des élections de délégués et d'administrateurs. Cette Commission est composée de membres nommés par le Conseil d'Administration, dont M. le Président et le Secrétaire Général. Ces membres sont assistés par la Direction. La fréquence des réunions de la Commission « Élections » est définie en fonction du calendrier des élections. Elle est composée de 6 membres.

- Le Comité d'Audit et des Risques

Article 55 des statuts : « La Mutuelle est dotée d'un Comité d'Audit et des Risques en charge d'assurer le suivi des questions relatives à l'élaboration et au contrôle des informations comptables et financières. »

Le Comité d'Audit et des Risques est composé de 5 membres, désignés par le Conseil d'Administration.

Le Président de ce comité est le Trésorier Général Adjoint.

- La Commission de crise

Cette Commission, composée de 3 administrateurs, est dédiée à la gestion de situations sensibles ou critiques auxquelles doit faire face la Mutuelle durant son activité. Elle se réunit en cas de besoin.

- La Commission « Placements »

Nouvellement créée, cette Commission est composée de 3 membres : le Président du Conseil d'Administration, le Trésorier Général et le Dirigeant Opérationnel.

❖ Les quatre Fonctions Clés

Les Fonctions Clés, référentes dans leur domaine respectif, ont pour mission d'éclairer l'AMSB, en

particulier le Conseil d'Administration sur leurs sujets d'expertise. Par ailleurs, elles ont le devoir d'alerter les instances dirigeantes sur les risques encourus actuellement ou susceptibles d'émerger dans le futur. Ainsi, et conformément au régime prudentiel en vigueur, la Mutuelle a déclaré quatre Fonctions Clés auprès de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR).

Il s'agit, à ce jour, des personnes suivantes :

Fonctions clés			
Gestion des risques	Actuariat	Vérification de la conformité	Audit Interne
<i>Directrice Administrative & Financière</i>	<i>Responsable du service Actuariat</i>	<i>Responsable Juridique et Conformité</i>	<i>Administrateur</i>

La Fonction Clé « Gestion des risques »

La Fonction Clé fait partie des structures dites de « pilotage », et apporte une garantie sur la gouvernance des risques au sein de l'organisme. Elle fournit une vision transversale et synthétique des risques majeurs auxquels est exposé l'organisme et veille à ce que le niveau de risque pris soit cohérent avec les orientations et les objectifs définis par le Conseil d'Administration.

La Fonction Clé « Vérification de la Conformité »

La Fonction Clé peut communiquer de sa propre initiative avec n'importe quel membre du personnel et du Conseil d'Administration et avoir accès à tous les documents nécessaires à l'exécution de ses responsabilités.

Les activités de conformité sont mentionnées dans un « Plan de Conformité » assurant que tous les domaines significatifs de la Mutuelle soient couverts correctement, en prenant en compte leur prédisposition au risque de conformité. Cette Fonction est à nouveau assurée par la Responsable Juridique et Conformité depuis le 01/12/2025.

La Fonction Clé « Actuariat »

La Fonction Clé coordonne le calcul des provisions techniques, émet un avis sur la politique globale de souscription, émet un avis sur l'adéquation des dispositions prises en matière de réassurance (s'il y en avait).

La Fonction Clé « Audit Interne »

Le responsable de la Fonction Clé évalue l'efficacité du système de contrôle interne et des éléments de gouvernance.

3.1.2 Délégations de pouvoirs

Afin d'assurer la poursuite de ses activités en cas d'absence prolongée d'une fonction critique, le Conseil d'Administration a délégué des pouvoirs au Président du Conseil d'Administration et au Dirigeant Opérationnel. Ce dernier, après accords express du Conseil d'Administration, a décidé de subdéléguer une partie de ses pouvoirs au Directeur Administratif et Financier, au Directeur des Ressources Humaines et au Directeur Développement.

3.1.3 Politique et droits de rémunérations

❖ Politique écrite de rémunération

Les principes de rémunération du personnel suivis par la Mutuelle respectent les exigences posées par

l'article 275 du Règlement délégué 2015-05. Ainsi, le salaire fixe représente la majorité de la rémunération globale de tous les salariés de la Mutuelle. Les rémunérations fixes de base sont conformes aux pratiques de la place et respectent les minimas conventionnels. La politique écrite de rémunération promeut une gestion saine et efficace des risques et n'encourage pas la prise de risques au-delà des limites de tolérance au risque de la Mutuelle.

Le budget du personnel est réalisé au courant du mois d'octobre par le Directeur des Ressources Humaines. Il est supervisé par la Direction Opérationnelle et par le Président. Après accord entre les deux dirigeants effectifs, le budget du personnel est intégré au dossier budgétaire global. Ce dernier est analysé et soumis au Bureau. Enfin, après aval du Bureau, le budget est soumis à l'approbation du Conseil d'Administration.

Les administrateurs exercent leurs fonctions bénévolement : ils ne perçoivent aucune rémunération à l'exception des indemnités de déplacement calculées à partir de la base kilométrique publiée par l'administration fiscale. Cependant, les administrateurs occupant des fonctions permanentes au sein de la Mutuelle bénéficient, à ce titre, d'indemnités de fonction telles que prévues par le Code de la Mutualité. Ces dernières font l'objet d'une résolution lors de chaque Assemblée Générale.

La rémunération du Dirigeant Opérationnel, faisant partie de son contrat de travail, relève d'une décision du Conseil d'Administration sur proposition du Président et du Bureau. Elle ne comprend pas de partie variable (Article 40 des statuts).

Égalité en termes de rémunération

Conformément au plan d'action relatif à l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes, la Mutuelle adopte des mesures d'égalité en termes de rémunération. Chaque année l'index femmes/hommes est publié sur le site internet de la Mutuelle.

La Direction de la Mutuelle est attachée au principe « À travail égal, salaire égal » et veille, dès l'embauche, à ce qu'aucune disparité n'existe entre femmes et hommes, à emploi et ancienneté identiques. Elle garantit une égalité de rémunération par fonction à ses salariés, à compétences et expériences équivalentes.

Conflits d'intérêts

Afin de prévenir et gérer les situations de conflits d'intérêts, la Mutuelle a créé une Politique écrite d'éthique et de gestion des conflits d'intérêts.

Cette politique fournit les règles de conduite, individuelles ou collectives, essentielles à l'ensemble des collaborateurs de la Mutuelle, dans le respect d'une part des lois et des règlements qui régissent leurs activités, d'autre part de valeurs et de principes fondamentaux permettant d'asseoir l'image de la Mutuelle et la confiance durable de ses adhérents et de ses partenaires (prestataires, fournisseurs...).

Le Contrôleur Interne est habilité à gérer toute remontée de conflit d'intérêts. Il analyse, en liaison avec les dirigeants effectifs de la Mutuelle, la nature, les causes et les conséquences éventuelles de la situation de conflit d'intérêts identifiée, prend les mesures afin d'en limiter les conséquences et en informe le référent « conflit d'intérêts » du Conseil d'Administration. Il définit également les mesures correctrices destinées à limiter la survenance d'un nouveau conflit d'intérêts de même nature, en modifiant ou en mettant en place les procédures et/ou les contrôles nécessaires.

Procédure d'alerte

La mise à jour de la politique écrite du mécanisme de lanceur d'alerte a été validée par le Conseil

d'Administration le 28/01/2026.

Rémunération des intermédiaires d'assurance

Selon l'article L.521-1 du code des assurances : « les distributeurs de produits d'assurance ne sont pas rémunérés ou ne rémunèrent pas ni n'évaluent les performances de leur personnel d'une façon qui contrevienne à leur obligation d'agir au mieux des intérêts du souscripteur ou de l'adhérent ».

Il en découle qu'un distributeur de produits d'assurance ne prend en particulier aucune disposition sous forme de rémunération, d'objectifs de vente ou autre qui pourrait l'encourager ou encourager son personnel à recommander un produit d'assurance particulier à un souscripteur éventuel alors que ce distributeur pourrait proposer un autre produit d'assurance correspondant mieux aux exigences et aux besoins du souscripteur éventuel ou de l'adhérent éventuel.

L'intermédiaire d'assurance s'interdit d'encaisser toute cotisation et tout droit d'adhésion. Il veillera à ce que tous les titres de paiement soient émis à l'ordre de la Mutuelle et lui soient directement adressés.

Tous documents, contractuels ou non et tous règlements de cotisations sont réceptionnés par la Mutuelle sans l'intermédiaire du tiers. Dans le cas où ce dernier recevrait ces éléments, il s'engage à les remettre à la Mutuelle dans un délai de 10 jours à compter de leur réception.

L'Intermédiaire d'assurance s'assure de l'absence de tous conflits d'intérêts au travers de son obligation de conseil, impliquant une appréciation critique, destinée à orienter le choix du prospect au mieux de ses intérêts.

L'intermédiaire d'assurance devra fournir au prospect une information sur sa rémunération reçue en relation avec le contrat proposé.

❖ **Rémunération**

Dans sa politique de rémunération, la Mutuelle veille au moins à ce que :

- Le montant de la rémunération du Dirigeant Opérationnel ne menace pas la capacité de la Mutuelle à conserver des fonds propres appropriés ;
- La décision de la rémunération annuelle n'engendre pas de prise de risque excessive compte tenu de la stratégie de la Mutuelle.

Les membres du Bureau et du Conseil d'Administration tiennent compte de la qualification, des compétences, des connaissances et de l'expérience professionnelle du Dirigeant Opérationnel, afin que la Mutuelle soit gérée et supervisée de manière professionnelle.

3.2 EXIGENCES DE COMPETENCE ET D'HONORABILITE

3.2.1 Appréciation de la compétence

La Mutuelle entend respecter les exigences de compétence de ses dirigeants précisées par l'article L114-21 du Code de la Mutualité et l'article 268 du Règlement délégué : « *les entreprises d'assurance [...] veillent à ce que les membres de leur organe d'administration, de gestion ou de contrôle possèdent collectivement les qualifications, les compétences, les aptitudes et l'expérience professionnelle nécessaires, dans les domaines d'activité concernés, pour gérer et superviser efficacement l'entreprise de manière professionnelle ;*

[...] veillent à ce que chaque membre de l'organe d'administration, de gestion ou de contrôle possède, à titre individuel, les qualifications, les compétences, les aptitudes et l'expérience professionnelle nécessaires à l'exécution des tâches qui lui sont assignées ; »

❖ **Compétence du Conseil d'Administration**

La compétence des administrateurs est appréciée à la fois individuellement et de façon collégiale, à partir de leur formation et de leur expérience. L'appréciation est effectuée de façon proportionnée à leurs attributions au sein du Conseil d'Administration. Lorsque des mandats ont été antérieurement exercés, la compétence est présumée à raison de l'expérience acquise. Pour les nouveaux membres, il est tenu compte des formations dont ils pourront bénéficier tout au long de leur mandat.

La Mutuelle a déterminé les domaines dans lesquels une compétence collective doit être présente au sein du Conseil d'Administration :

- Connaissance de l'environnement mutualiste : la capacité à comprendre les spécificités en termes de complémentaire santé et d'accès aux soins, ainsi qu'une connaissance du marché complémentaire santé (ANI, contrats responsables, formulation des garanties...) et de la concurrence ;
- Stratégie de la Mutuelle : la capacité à définir des orientations stratégiques et à en mesurer les impacts au travers d'un business plan ;
- Système de gouvernance : une connaissance des rôles et des responsabilités du Conseil d'Administration, des dirigeants effectifs, des quatre fonctions clés et du processus ORSA, comprendre le rapport des fonctions clés ;
- Analyse financière et actuarielle : la capacité à savoir lire un bilan et un compte de résultat ;
- Cadre et disposition réglementaire : la capacité à comprendre les nouvelles évolutions de Solvabilité II, de DORA ;
- Les caractéristiques des placements financiers et des risques sous-jacents ;
- L'identification et l'évaluation des risques.

Afin d'assurer et de maintenir la compétence de son Conseil d'Administration dans les domaines précités, la Mutuelle a mis en place une offre de formation complète et adaptée, dont les modalités sont fixées annuellement.

Par ailleurs un tableau de suivi des formations des membres du Conseil d'Administration est annuellement mis à jour.

De plus, tout nouvel administrateur bénéficie d'une formation sur les spécificités de la Mutuelle, ses métiers et secteurs d'activité, ainsi que sur les aspects comptables et financiers.

La compétence individuelle et collective du Conseil d'Administration fait l'objet d'une évaluation et réévaluation régulière.

❖ **Compétence des Dirigeants Effectifs, Directions**

Les personnes occupant les postes de Direction doivent répondre à des critères de compétence communément exigés dans le secteur pour des postes similaires. Le parcours professionnel ainsi que les compétences de la personne concernée sont examinés par le Conseil d'Administration lors du recrutement.

❖ **Compétence des Fonctions Clés**

La Mutuelle entend respecter les exigences de compétences des titulaires de Fonctions Clé. Des critères de compétence ont été définis pour chacune des quatre fonctions.

Ainsi, la Mutuelle apprécie l'adéquation des compétences et de l'expérience des personnes sélectionnées avec le rôle et les responsabilités affectées à chaque Fonction Clé.

Dans le cas où les prestations d'une ou plusieurs fonctions clés seraient externalisées, la Mutuelle demande à vérifier la compétence du prestataire désigné.

❖ **Compétence du personnel de la Mutuelle**

Tous les salariés de la Mutuelle entrent dans le champ d'application de la compétence.

Lors du recrutement, la Mutuelle veille à s'assurer de la compétence d'une personne pour le poste visé. Le candidat lui remet la copie des pièces lui permettant de justifier de sa capacité professionnelle (diplôme, certificat(s) de travail, livret de stage ou attestation de formation). Les Dirigeants Effectifs, le Directeur des Ressources Humaines étudient attentivement le dossier du candidat pour analyser les diplômes et qualifications professionnelles que la personne a acquis et s'assurent que celle-ci dispose d'une expérience et de connaissances suffisantes dans le domaine, pour répondre aux exigences de compétences pour le poste. L'embauche d'un candidat ne justifiant pas de la capacité professionnelle requise est possible mais doit donner lieu à une formation professionnelle adaptée dès son entrée dans l'entreprise.

Tout nouveau collaborateur bénéficie d'un programme d'intégration axé sur la découverte des métiers de la Mutuelle, sur les exigences en matière de LCB-FT, sur l'environnement et la culture mutualiste conformément aux directives de la branche.

L'analyse de la capacité du candidat va varier selon l'activité professionnelle concernée. Un salarié intervenant sur plusieurs branches d'activités devra justifier de la capacité requise par chacune des branches d'activités sur lesquelles il va intervenir.

En cas de changement de poste, le même processus d'évaluation de la compétence sera appliqué.

Pour le personnel exerçant une activité de distribution, un dispositif de formation et de développement professionnel continu d'au moins 15 heures par an est mis en place, afin de répondre aux exigences de la Directive sur la Distribution d'Assurances. L'objectif est d'assurer un niveau de compétence constant et actualisé des produits commercialisés.

Un responsable en charge de la formation et du respect de ces obligations a été nommé et est incarné par le Directeur des Ressources Humaines. Il regroupe toutes les informations relatives à la formation et à l'honorabilité dans un registre.

Enfin, l'ensemble des salariés de la Mutuelle suit régulièrement des sessions de formation à distance sur la thématique de la LCB-FT.

❖ **Compétence des distributeurs d'assurance**

Le distributeur s'oblige à ce que l'ensemble des collaborateurs prenant part à la distribution des Produits satisfasse aux conditions de capacité professionnelle requises par la réglementation en vigueur. L'habilitation à la capacité professionnelle est justifiée par l'obtention :

- D'un livret de stage défini à l'article R.514-4 du code des assurances,
- Ou d'une attestation de formation,
- Ou d'une attestation de fonctions,
- Ou d'un diplôme, titre ou certificat mentionnés aux articles R.512-9, R. 512-10 et R. 512-12 du code des assurances.

Le distributeur doit être en mesure de transmettre à la demande de la Mutuelle et sans délai, pour tout membre de son personnel concerné, une copie du livret de stage, attestation de formation, attestation

de fonction ou diplôme, titre ou certificat.

Le distributeur s'engage également à former son personnel conformément aux exigences en matière de formations et de développement professionnel continu requises par la réglementation en vigueur notamment la Directive européenne 2016/97 sur la distribution d'assurance (article 10.1 et 10.2 de la directive susvisée), et ce afin de maintenir un niveau de performance adéquat correspondant aux fonctions occupées et au marché concerné. La formation et le développement professionnel continu ne peuvent être d'une durée inférieure à 15 heures par an.

Le distributeur s'engage à transmettre sans délai à la Mutuelle, à sa demande, la liste des formations suivies par chacun des collaborateurs prenant part à la distribution des produits ainsi que pour chacune des formations, le nom de l'entité ayant délivré la formation, la date, la durée et les modalités de celle-ci, ainsi que les thèmes abordés.

En cas de manquement à l'une ou l'autre de ces obligations, la convention de courtage signée entre le distributeur et la Mutuelle pourra être résiliée.

3.2.2 Appréciation de l'honorabilité

Le processus de vérification de l'honorabilité s'applique aux :

- Membres de l'organe d'administration, de gestion ou de contrôle :
 - Le Conseil d'Administration,
 - Les Dirigeants Effectifs,
- Responsables des Fonctions Clés,
- Personnel de la Mutuelle,
- Distributeurs d'assurance.

La Mutuelle s'engage à respecter les obligations en matière d'honorabilité et à procéder à toutes les déclarations nécessaires auprès de l'ACPR conformément aux normes en vigueur.

La Mutuelle a mis en place une procédure de demande et d'actualisation des extraits de casiers judiciaires des administrateurs, des directeurs, des titulaires des Fonctions Clés et des salariés exerçant une activité de distribution. Par ailleurs, chaque personne concernée s'oblige par la signature d'une attestation sur l'honneur à informer la Mutuelle de toute modification de sa situation.

La politique écrite de compétence et d'honorabilité est mise à jour annuellement par la Fonction Clé Vérification de la Conformité.

3.3 SYSTEME DE GESTION DES RISQUES (DONT ORSA)

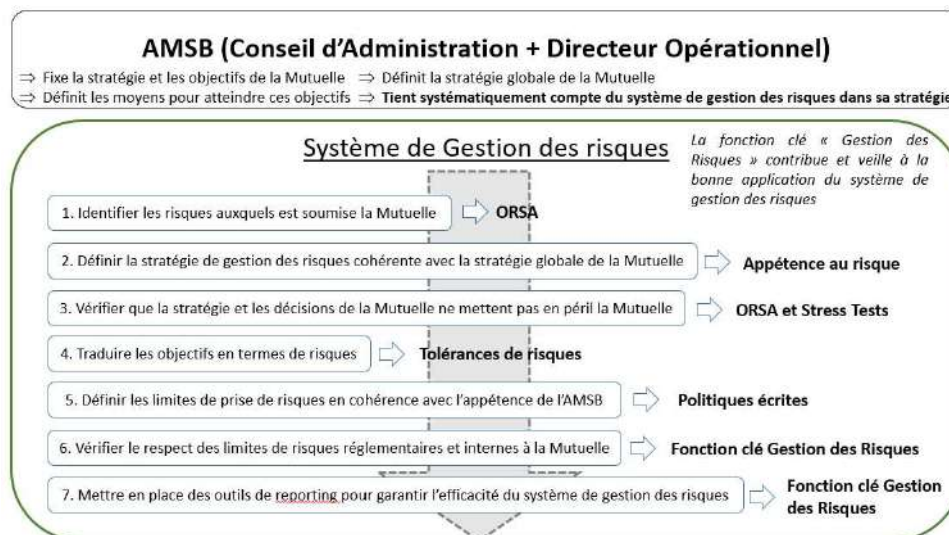
L'article 44 de la Directive Solvabilité II (2009/138/CE) établit un cadre pour les différents organismes d'assurance en matière de gestion des risques :

« Les entreprises d'assurance et de réassurance mettent en place un système de gestion des risques efficace, qui comprenne les stratégies, processus et procédures d'information nécessaires pour détecter, mesurer, contrôler, gérer et déclarer, en permanence, les risques, aux niveaux individuel et agrégé, auxquels elles sont ou pourraient être exposées ainsi que les interdépendances entre ces risques ».

Afin d'être en accord avec la réglementation, la Mutuelle a ainsi mis en place un système de gestion des risques dont les objectifs sont les suivants :

1. Identifier les risques auxquels est soumise la Mutuelle,
2. Définir une stratégie de gestion des risques cohérente avec la stratégie globale de la Mutuelle,
3. Vérifier que la stratégie et les décisions de la Mutuelle ne la mettent pas en péril et traduire les objectifs en termes de risques,

4. Définir les limites de prise de risques en cohérence avec l'appétence de l'organe d'administration, de gestion ou de contrôle,
5. Vérifier le respect des limites de risques réglementaires et internes à la Mutuelle,
6. Mettre en place des outils de Reporting pour garantir l'efficacité du système de gestion des risques.



L'AMSB assume la responsabilité finale du respect des dispositions législatives, réglementaires et administratives, en particulier celles adoptées en vertu de la Directive Solvabilité II. Il intervient notamment dans l'ensemble des décisions significatives de l'organisme et prend part à la gouvernance des risques.

La Mutuelle accorde une importance particulière à la mise en œuvre d'une organisation efficace de la maîtrise des risques auxquels la Mutuelle est exposée. Le système de Gestion des Risques s'appuie sur la forte implication de la Mutuelle dans le processus de Gestion des Risques et la promotion de la culture du risque, depuis le Conseil d'Administration jusqu'aux équipes opérationnelles. Il est placé sous la responsabilité du Conseil d'Administration et du Dirigeant Opérationnel de la Mutuelle.

Les principaux risques auxquels est soumise la Mutuelle sont déclinés en politiques écrites. Ces politiques sont pilotées, instruites et examinées annuellement par les instances opérationnelles et par les Fonctions Clés et sont ensuite validées par le Conseil d'Administration. Après validation, les travaux et les actions nécessaires au respect et à la mise en œuvre des politiques sont réalisés par les différentes directions ainsi que par les Fonctions Clés. L'objectif principal des différentes politiques est la maîtrise des risques afférents. Elles consistent notamment en la définition de niveaux d'alerte sur les activités liées au risque défini ainsi que les actions à mener par niveau d'alerte pour les risques à priori comme pour les risques à posteriori et font l'objet d'une révision annuelle. De nouvelles politiques sont en cours de rédaction pour donner suite à la réglementation DORA (politiques de gouvernance et de gestion des risques TIC, politique SI, stratégie de résilience opérationnelle numérique, politique de tests de résilience opérationnelle numérique et politique de gestion des prestataires de services TIC).

3.3.1 Processus d'identification des risques de la Mutuelle

Les risques sont identifiés, à minima, annuellement dans le cadre du processus ORSA. Le processus ORSA a pour objectif d'évaluer à court et à moyen terme les risques propres à la Mutuelle et de déterminer le niveau de capital correspondant pour les couvrir. L'analyse de l'exposition aux risques tient compte de l'ensemble des risques de la Formule Standard, mais ne s'y restreint pas.

Le processus, les principes et méthodes d'identification et d'évaluation des risques sont détaillés dans le rapport ORSA. Une nouvelle évaluation interne des risques et de la solvabilité est déclenchée au moins une fois par année, ou lorsque des événements marquants viennent à se réaliser au cours de l'exercice. Les événements marquants peuvent être de deux ordres :

- Exogène : crise sur les marchés financiers, risque systémique sur les contreparties, nouvelle demande de nature réglementaire émanant des autorités compétentes en la matière,
- Endogène : création d'une nouvelle activité ou d'un nouveau partenariat.

Dans un premier temps, les premiers travaux ORSA permettent d'identifier et d'adapter des risques communs à tous les organismes d'assurances européens et qui sont déjà représentés dans le cadre de la formule standard¹ tels que :

- Le risque de marché,
- Le risque de souscription Vie,
- Le risque de souscription santé Non-Vie
- Le risque de défaut de la contrepartie,
- Le risque opérationnel.

Ces risques sont alors réévalués afin d'être davantage en adéquation avec le profil de risque particulier de la Mutuelle.

Les travaux de l'ORSA permettent, dans un deuxième temps, une identification des risques propres au profil de l'organisme et une réévaluation des risques de la formule standard plus adaptée. La Mutuelle dispose d'une politique écrite dédiée au processus ORSA.

Le risque informatique n'est plus un sous-ensemble du risque opérationnel, mais un sujet à part entière. La Mutuelle tient à jour le registre des prestataires de services TIC.

Le scénario de cyber-risque est intégré dans le rapport de gestion des risques (ORSA).

En 2025, notons que la Mutuelle ne donne pas et ne prend pas de délégation de gestion.

3.3.2 Définition d'une stratégie de gestion des risques pertinente ne mettant pas en péril la Mutuelle

Dans le cadre de la mise en place d'un ORSA, il est important d'étudier les conséquences de scénarii extrêmes sur la solvabilité à courts et moyens termes. Les tests de résistance consistent à envisager l'impact sur le ratio de solvabilité de la Mutuelle, à partir de scénarii proposés, sous la supervision du Directeur Opérationnel et du Conseil d'Administration. Ces scénarii sont déterminés en fonction du profil de risque de la Mutuelle et sont présentés annuellement au Conseil d'Administration dans le rapport ORSA de la Mutuelle.

Ces scénarii peuvent notamment être orientés autour :

- De stress sur les actifs,
- De stress sur le chiffre d'affaires attendu,
- De stress sur le niveau des prestations,
- De stress sur le niveau des frais...

À la lumière des résultats de ces stress tests, tant sur les résultats que sur sa solvabilité, le Conseil d'Administration de la Mutuelle est en mesure d'exprimer sa stratégie de gestion des risques sous la forme d'un niveau **d'appétence aux risques**.

L'appétence au risque se définit comme le niveau de risque, par nature de risque et par métier, que la Mutuelle est prête à prendre au regard de ses objectifs stratégiques. L'appétence au risque s'exprime

¹ Se reporter à la Partie 5 pour plus d'informations

aussi bien au travers de critères quantitatifs que qualitatifs. La Mutuelle appréhendera cette notion, la formalisera et la soumettra au Conseil d'Administration à l'occasion de la validation du rapport ORSA.

3.3.3 Définir et vérifier les limites de prise de risques

Le contrôle interne identifie des risques présents au sein de la Mutuelle et définit les actions de contrôle nécessaires à la maîtrise de ces risques.

Les risques recensés font l'objet d'une évaluation et d'une quantification selon la fréquence (probabilité de survenance), la détectabilité, la gravité et la maîtrise.

Des recommandations ont été formalisées en fonction des risques à forte criticité et faible maîtrise.

La Mutuelle a mis en place une stratégie des risques qui vise à orienter la gestion des risques tout en s'inscrivant dans la stratégie de l'organisme.

3.3.4 Caractère approprié des évaluations de crédits

Les calculs en solvabilité demandent une connaissance complète des titres composant le portefeuille de placements, également lors de la mise en transparence pour les instruments sous-jacents composant les fonds. Il est nécessaire d'obtenir l'ensemble des données financières pour chaque titre dont la notation des instruments émis par une ou plusieurs agences de notation.

Par ailleurs, une condition à la souscription d'un OPCVM (Organisme de Placements Collectif en Valeurs Mobilières) est la capacité de la société de gestion à fournir un inventaire détaillé du fond.

Les notations ou échelons de crédit sont nécessaires pour les calculs des SCR Spread et concentration du SCR marché et du SCR défaut de contrepartie.

Après avoir collecté les informations de transparisations auprès des différentes sociétés de gestion, la Direction Financière effectue un suivi sur Excel. Les inventaires qualifiés demandés aux sociétés de gestion sont de préférence de type format Ampère. L'inventaire « qualifié » doit comprendre les informations financières nécessaires aux calculs, et non un calcul de SCR.

La Direction Financière récupère de manière systématique les notations des émissions et des émetteurs pour toutes les agences utilisées, sur tous les instruments et émetteurs connus dans leur référentiel de données. Un contrôle des données communiquées par les sociétés de gestion est réalisé afin d'en vérifier la cohérence.

Pour les émissions obligataires, pour les calculs des SCR Spread, la notation de l'émission est privilégiée. Cependant, lorsqu'une émission n'est pas notée, la notation de l'émetteur ou de son groupe est utilisée, conformément aux spécifications de l'EIOPA.

3.4 SYSTEME DE CONTROLE INTERNE

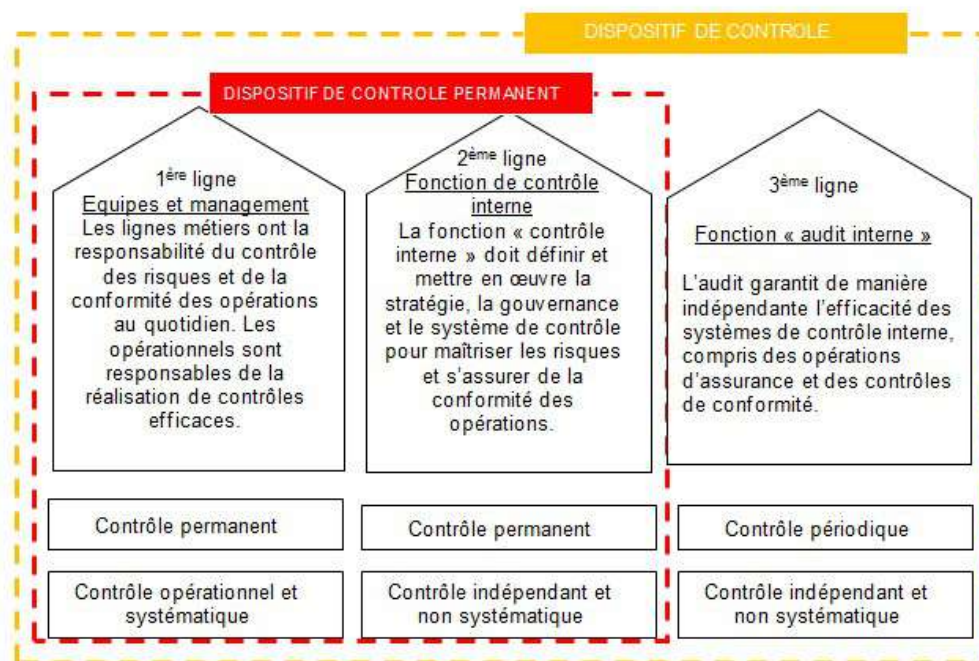
3.4.1 Description générale du dispositif de contrôle interne

La définition du contrôle interne retenue par la Mutuelle est conforme au référentiel COSO (référentiel largement utilisé dans la mise en place de dispositifs de contrôle interne). Il s'agit d'un processus, mis en œuvre de façon continue par les organes de direction et de surveillance ainsi que par l'ensemble du personnel de l'entreprise, destiné à fournir une assurance raisonnable quant à la réalisation des objectifs suivants :

- La réalisation et l'optimisation des opérations,
- La fiabilité des opérations financières,
- La qualité de l'information,

- L'efficacité du fonctionnement de la Mutuelle,
- La conformité aux lois et aux réglementations en vigueur.

La Mutuelle a segmenté les contrôles en trois niveaux :



On distingue deux lignes de « défense » dans le dispositif de contrôle permanent :

- Les contrôles permanents de 1^{er} niveau consistent en une surveillance permanente et opérationnelle effectuée dans le cadre du traitement des opérations. Ils portent sur le traitement et la gestion des opérations en cours de journée et sur la bonne fin des opérations et leur correcte intégration quotidienne dans les systèmes. Ces contrôles de 1^{er} niveau sont réalisés par chaque collaborateur dans le cadre naturel de ses activités quotidiennes. Les responsables hiérarchiques quant à eux effectuent des contrôles a posteriori, à fréquence prédéfinie ou aléatoire.
- Les contrôles permanents de 2nd niveau, sont des contrôles de fond et de forme permettant de valider l'efficacité des contrôles de 1^{er} niveau, la conformité du processus et des modalités de traitement relatives à une opération ou à un dossier, et de suivre de façon spécifique les différents risques opérationnels qui s'y rattachent.

La 3^{ème} ligne de « défense » du dispositif du contrôle correspond à un contrôle périodique. Ce 3^{ème} niveau du dispositif de contrôle est assuré par la Fonction Clé Audit interne, fonctionnellement rattachée au Comité d'Audit et des Risques. La Fonction Clé Audit Interne est représentée par un administrateur membre du Conseil d'Administration et du Comité d'Audit et des Risques de la Mutuelle. Ses travaux sont sous-traités.

La Fonction Clé Audit Interne a le devoir d'intervenir sur tous les domaines et secteurs d'activité de la Mutuelle. Elle a également la charge d'évaluer, dans le champ couvert par ses missions, le fonctionnement du dispositif de contrôle interne, de faire toute préconisation pour l'améliorer et de suivre l'application de ces recommandations.

Elle rend compte au Dirigeant Opérationnel et au Comité d'Audit et des Risques des résultats de la surveillance exercée. Le détail du troisième niveau de contrôle est présenté dans la politique écrite « Audit interne ».

Afin de s'assurer du caractère opérationnel du dispositif, le contrôle interne utilise les outils clés suivants :

- Une documentation des processus ou procédures de l'organisation, reflétant les principes clés en matière de contrôle interne : description et affectation des activités, séparation des tâches, etc. Les procédures permettent d'assurer un mode de fonctionnement identique au sein des services de la Mutuelle ainsi qu'un résultat constant pour une opération donnée. Destinées à l'ensemble des acteurs, les procédures décrivent les tâches à mettre en œuvre. En effet, elles doivent être décrites et établies numériquement (y compris les documents à utiliser), pour constituer une documentation claire, accessible et actualisée à tous les niveaux des procédures,
- Une cartographie comprenant les risques opérationnels intégrant les dispositifs de maitrises des risques (DMR) et les éventuels actions correctrices,
- Un outil de pilotage s'appuyant sur des contrôles, des plans d'actions et d'éventuels anomalies.

3.4.2 Activités conduites au titre du contrôle interne

Les activités conduites sont axées sur :

- Les contrôles de niveau 1 ;
- La mise à jour de la cartographie des risques et des risques hors risques opérationnels ;
- La création et l'actualisation des procédures ;
- Le suivi de l'évolution réglementaire et la rédaction des rapports associés.

Depuis 2025, un cabinet spécialisé dans le contrôle interne accompagne la Mutuelle dans ses travaux de contrôle interne.

3.4.3 Informations sur la conformité

❖ Politique écrite de conformité

La politique écrite de conformité établit un cadre de gestion comportant des mesures de surveillance et d'atténuation du risque de non-conformité à l'environnement réglementaire de la Mutuelle.

Le risque de non-conformité se définit comme le risque de sanction judiciaire, administrative ou disciplinaire, de perte financière significative ou d'atteinte à la réputation, qui naît du non-respect de dispositions de nature législative ou réglementaire, nationales ou européennes directement applicables, ou qu'il s'agisse de normes professionnelles.

Le risque de non-conformité relève, en partie, du risque opérationnel, qui se définit comme le risque de pertes résultant de carences ou de défaillances attribuables à des procédures, personnels et systèmes internes ou à des événements extérieurs, y compris le risque juridique, mais à l'exclusion des risques stratégiques et d'atteinte à la réputation.



La politique écrite de conformité est revue annuellement par le responsable de la Fonction Clé Vérification de la Conformité, qui propose les modifications au Président et au Dirigeant Opérationnel de la Mutuelle. La politique est ensuite validée par le Bureau et lue, débattue, potentiellement amendée puis approuvée par le Conseil d'Administration.

En cas de changement significatif du cadre de la Vérification de la Conformité de la Mutuelle ou de changement majeur au sein de la Gouvernance, la politique serait immédiatement modifiée puis présentée une nouvelle fois au Bureau et validée ensuite par le Conseil d'Administration.

Un cabinet juridique accompagne la Mutuelle dans ses travaux de conformité et émet des recommandations prises en compte par la Fonction Clé Vérification de la Conformité.

La dernière politique écrite de conformité a été présentée et approuvée par le Conseil d'Administration lors de sa réunion du 25 mars 2026.

Le responsable de la Fonction Clé de Vérification de la Conformité établit son plan d'actions annuel tenant compte des évolutions réglementaires et des nouveaux risques identifiés au cours de l'exercice.

Ce plan repose sur les objectifs suivants :

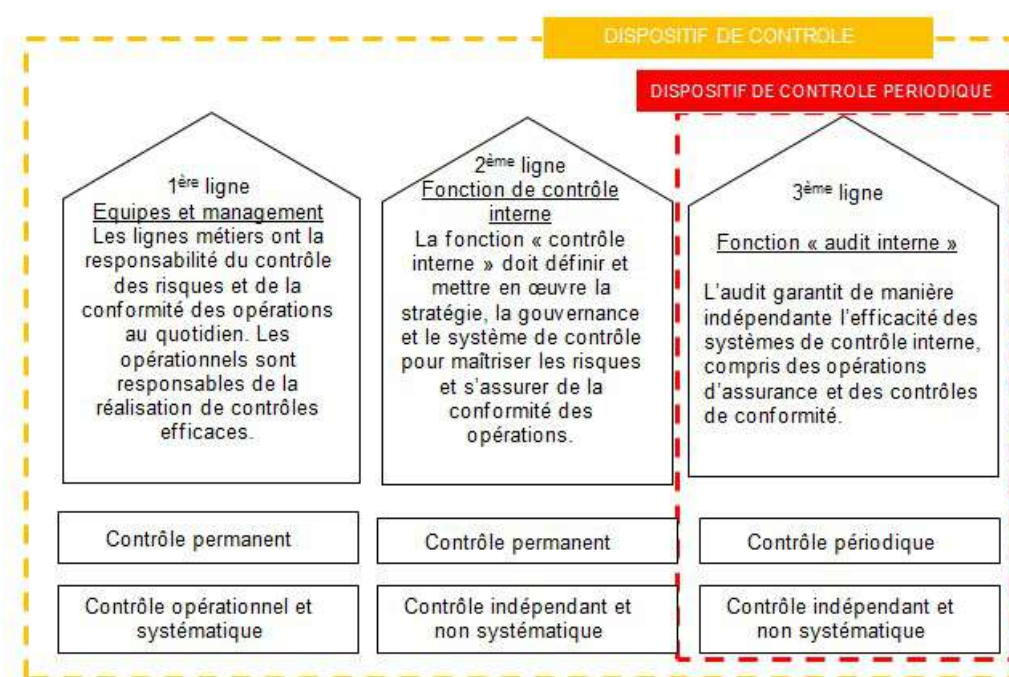
- Prioriser l'analyse des différentes sources d'information de risques de non-conformité ;
- Identifier les éventuelles non-conformités ;
- Proposer de nouveaux dispositifs de contrôle à intégrer dans les Normes de conformité ;
- Mettre en place des plans d'action pour tous les métiers concernés.

3.5 Fonction Clé Audit Interne

3.5.1 Politique d'audit interne

La Fonction Clé Audit Interne est endossée par un administrateur.

La Fonction Clé Audit Interne s'inscrit dans le dispositif de contrôle ci-dessous avec la particularité que les prestations relevant de ce cadre sont externalisées. Les prestataires auxquels peut avoir recours la Mutuelle sont désignés par le Conseil d'Administration sur proposition de la Direction Opérationnelle.



3.5.2 Description générale des audits internes réalisés

Sur l'exercice 2025, la Mutuelle a poursuivi la mission d'audit débutée en 2024 par le cabinet PROBEECY sur la Lutte Contre le Blanchiment et le Financement du Terrorisme (LCB-FT).

Cette mission avait pour objectif d'auditer :

- Les actions de sensibilisation et de formation du personnel en matière de LCB-FT ;
- Les politiques et procédures relatives aux déclarations de soupçon ;
- Les politiques et procédures de conservation des éléments d'identification, de vérification et de connaissance de la clientèle.

Les objectifs de cet audit étaient les suivants :

- 1°) S'assurer de la conformité du dispositif mis en place ;
- 2°) Identifier les éventuels impacts opérationnels ;
- 3°) Éviter les défaillances qui pourraient engendrer des pertes financières et impacter l'image de la Mutuelle.

Le rapport final a été produit au Comité d'Audit et des Risques le 20/01/2025.

3.5.3 Description du plan d'audit

Le Comité d'Audit et des Risques avait arrêté un plan d'audit triennal.

Toutefois, la Mutuelle a été amenée à consacrer davantage de ressources que prévu au projet de changement d'outil métier, ce qui a impacté la réalisation de certaines missions d'audit.

S'agissant des audits réalisés, plusieurs actions correctives ont été mises en œuvre à la suite des recommandations formulées.

3.6 Fonction Clé Actuariat

Dans le cadre des tâches qui lui sont confiées et conformément à l'article 272 du règlement délégué, la Fonction Clé Actuariat est responsable des normes de provisionnement, de l'évaluation du Best Estimate et de la coordination du calcul des provisions techniques.

La Fonction Clé Actuariat rédige, une fois par an, un Rapport Actuariel et exprime un avis sur le calcul des provisions techniques et les politiques de souscription (notamment se prononcer sur la suffisance du tarif) et de réassurance si nécessaire (pertinence du programme au vu du profil du risque, choix des réassureurs...), conformément à l'article 48 de la Directive Solvabilité II.

Pour émettre cet avis, la Fonction Clé Actuariat étudie la pertinence des méthodes et des hypothèses utilisées pour établir les provisions techniques, apprécie la suffisance et la qualité des données utilisées, compare les résultats obtenus avec l'expérience, analyse la suffisance des primes et les processus d'ajustement de ces dernières, ainsi que l'efficacité et l'impact de la politique de réassurance sur la solidité de la Mutuelle.

❖ Coordination des provisions techniques

La Fonction Clé Actuariat juge le calcul des provisions techniques (Solvabilité II) prudent et conforme à la réglementation en vigueur. La méthodologie employée est en effet adéquate avec l'activité de la Mutuelle et est réalisée par groupe de risques homogènes. Les analyses menées pour étudier la suffisance des provisions n'indiquent pas d'inquiétude significative.

❖ Qualité des données

Dans le cadre de ce chantier, la Fonction Clé Actuariat pourra apprécier la qualité des données utilisées dans le calcul.

❖ **Souscription**

La Fonction Clé Actuariat juge la politique de souscription actuelle et future adéquate.

❖ **Réassurance**

Le dernier contrat de réassurance a pris fin en 2015. À la lumière des travaux menés, la Fonction Clé Actuariat estime que les dispositions prises en matière de réassurance de la Mutuelle apparaissent adéquates.

3.7 Sous-traitance

3.7.1 Décision de sous-traitance et suivi de la sous-traitance

La politique écrite de sous-traitance a permis de formaliser par écrit l'ensemble des dispositifs de sous-traitance déjà existants et mis en œuvre au sein de la Mutuelle.

Les objectifs de cette politique sont multiples :

- Tenir compte de l'impact de la sous-traitance sur son activité et des dispositifs de Reporting ;
- Mettre en place un suivi clairement défini de la sous-traitance ;
- Veiller au respect des conditions de l'accord.

Plus précisément, la politique écrite de sous-traitance établit les dispositifs visant à maîtriser les risques, en particulier opérationnels, liés à la sous-traitance de travaux.

Est considérée comme critique ou importante, toute activité ou fonction pouvant impacter significativement le chiffre d'affaires, le résultat, la qualité de service ou l'image de la Mutuelle.

À la Mutuelle, le risque principal se porte sur le prestataire informatique de notre outil de gestion. En effet, en cas de défaillance de ce dernier, nos services et notre fonctionnement seraient fortement impactés.

Afin de suivre les travaux en cours et de définir les priorités des tâches à venir, une plateforme d'assistance (« Ticketing ») a été mise en service courant 2021 par le prestataire. Celle-ci permet d'avoir une vision d'ensemble sur les travaux confiés, l'avancement et sur la traçabilité des informations.

Le prestataire informatique avait mis en place un PCA (Plan de Continuité d'Activité) dès 2009 afin de pallier une éventuelle défaillance qui pourrait impacter la Mutuelle. La dernière mise à jour de la politique écrite de sous-traitance a été validée par le Conseil d'Administration du 01/10/2025.

3.7.2 Informations sur les prestataires de service réalisant de la sous-traitance

Chaque sous-traitant a un interlocuteur interne identifié présentant les compétences nécessaires pour gérer de façon efficiente la relation avec le sous-traitant.

La mission de l'interlocuteur interne consiste à piloter, surveiller, évaluer périodiquement la qualité des prestations fournies par la sous-traitance.

Un dossier complet est régulièrement mis à jour :

- Vérification des données légales obligatoires (Extrait du Kbis, ...) ;

- Connaissance générale de la société de prestations de services (organigramme, bilan, ...).

Enfin, le Conseil d'Administration de la Mutuelle est informé des activités critiques ou importantes sous-traitées et de leurs impacts sur la Mutuelle, ainsi que des éventuels conflits ou audits.

A partir du constat que la numérisation a transformé les mutuelles (et autres entités) en les rendant dépendantes des technologies de l'information et de la communication, ce qui les expose aux cyber menaces, la réglementation DORA a vu le jour.

Le Règlement (UE) 2022/2554 relatif à la résilience opérationnelle numérique du secteur financier (« DORA » – Digital Operational Resilience Act) est entré en application le 17 janvier 2025. Il vise à renforcer la gestion des risques liés aux TIC (technologies de l'information et de la communication), à encadrer les prestataires tiers critiques et à harmoniser les exigences de résilience numérique au sein de l'Union Européenne.

La Mutuelle a intégré les exigences du règlement DORA dans son système de gouvernance. Le Conseil d'Administration a été formé sur DORA et informé du niveau de résilience numérique. Les responsabilités ont été formalisées et intégrées dans le dispositif de contrôle interne au niveau de la cartographie des risques.

Le Conseil d'Administration et la Direction Générale assument la responsabilité de la résilience informatique. Les Fonctions Clés Gestion des Risques et Vérification de la Conformité interagissent avec le Directeur Technique (responsable de la sécurité des systèmes d'information).

Tous les contrats sont en cours de relecture afin d'intégrer les exigences DORA. Une politique écrite de gestion des prestataires de services TIC est également en cours de rédaction.

DORA est construite autour de cinq piliers :



Un test de résilience a été mené en novembre 2025 et les résultats ont été communiqués au Conseil d'Administration. A la suite de ce dernier, un plan d'action a été formalisé et mis en œuvre.

3.7.3 Informations détaillées sur les prestataires réalisant les opérations de sous-traitance de Fonctions Clé

La Mutuelle a recours à un cabinet d'actuariat externe pour superviser les travaux des Fonctions Clés Gestion des Risques et Actuariat, à un cabinet juridique pour les travaux de la Fonction Clé Vérification de la Conformité et à un cabinet spécialisé pour l'Audit Interne.

3.8 Autres informations

La Mutuelle n'identifie pas d'autre information à communiquer sur le système de gouvernance. La Mutuelle a appliqué le principe de proportionnalité dans le système de gouvernance (notamment le cumul de fonction d'administrateur et de Fonction Clé audit interne).

La Mutuelle exerce un contrôle exclusif sur sa filiale INNOVAMUT SAS, détenue à 100%. Le pilotage de la filiale est intégré à la gouvernance globale de la Mutuelle : Les orientations stratégiques de la SASU sont validées par le Conseil d'Administration de la Mutuelle. La SASU n'a aucun salarié. Une convention de prestations de services (mise à disposition du personnel), une convention d'intégration fiscale et une convention de compte courant ont été conclues entre la mère et la fille.

4 PROFIL DE RISQUE

4.1 DESCRIPTION DU PROFIL DE RISQUE DE LA MUTUELLE

Afin de décrire le profil de risque d'un organisme d'assurance, la Directive Solvabilité II a prévu la création d'un indicateur de risque appelé « Capital de Solvabilité Requis » (noté SCR par la suite) défini comme *« le capital économique que doivent détenir les entreprises d'assurance et de réassurance pour limiter la probabilité de ruine à un cas sur deux cents, ou alternativement, pour que lesdites entreprises demeurent en mesure, avec une probabilité d'au moins 99,5 %, d'honorer leurs engagements envers les preneurs et les bénéficiaires dans les douze mois qui suivent. Ce capital économique est calculé sur la base du profil de risque réel de l'entreprise, en tenant compte de l'incidence d'éventuelles techniques d'atténuation des risques et des effets de diversification. »*²

Consciente que l'évaluation d'un montant de capital de solvabilité requis parfaitement adapté au profil de risque de chaque structure pouvait s'avérer compliquée dans certains cas, l'EIOPA a publié une formule standard permettant d'obtenir une évaluation standard du montant de SCR à partir d'indicateurs économiques et comptables propres à chaque structure (montant de provisions techniques, montant de chiffres d'affaires, nombre d'adhérents, etc.).

*La Directive précise cependant le point suivant : « la formule standard de calcul du capital de solvabilité requis vise à refléter le profil de risque de la plupart des entreprises d'assurance et de réassurance. Malgré cela, il peut arriver que cette approche standardisée ne traduise pas comme il le faudrait le profil de risque très particulier d'une entreprise ».*³

Étant donné son profil de risque relativement standard⁴, et en vertu du principe de proportionnalité⁵, **la Mutuelle a choisi de retenir l'approche proposée par la formule standard.**

Cependant, afin de refléter les quelques différences entre son profil de risque propre et un profil plus standard, certains sous-modules de la formule standard ont été analysés dans le cadre de l'ORSA et leurs déviations quantifiées dans l'évaluation du Besoin Global de Solvabilité (BGS). En outre, certains risques propres à la Mutuelle et non pris en compte dans le calcul du SCR en formule standard ont été analysés et quantifiés s'ils étaient matériels afin d'obtenir le montant de Besoin Global de Solvabilité de la Mutuelle, considéré comme la meilleure représentation de son profil de risque.

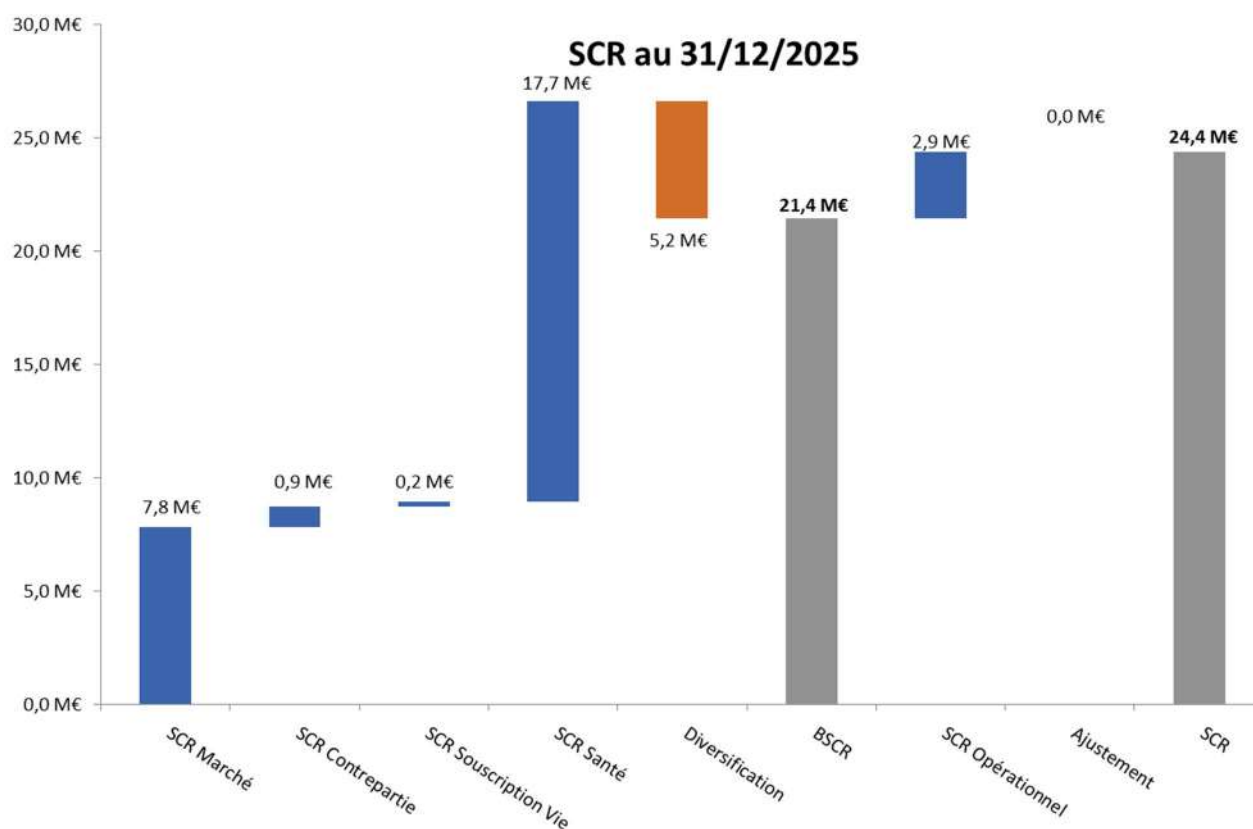
² Considérant (64) de la Directive « Solvabilité II »

³ Considérant (26) de la Directive « Solvabilité II »

⁴ La Mutuelle n'est pas positionnée sur des risques atypiques, ne possède pas d'actifs exotiques, etc.

⁵ La Mutuelle ne possède pas les moyens humains, techniques et financiers de développer une approche de type modèle interne

Le profil de risque standard de la Mutuelle (représenté par le SCR) au 31/12/2025 est présenté ci-dessous.



Majoritairement, l'analyse démontre que les risques les plus importants pour notre Mutuelle sont le risque de souscription en santé et le risque de marché.

4.2 RISQUE DE SOUSCRIPTION

4.2.1 Exposition au risque de souscription

Concernant le risque de souscription, la Mutuelle est exposée aux risques standards suivants : le risque de prime et réserve et le risque de catastrophe.

Le risque de souscription correspond au risque résultant de la conception des produits et des hypothèses associées.

La gestion du risque de souscription efficace consiste à s'assurer que les cotisations des adhérents et entreprises permettent de couvrir de façon pérenne et en adéquation avec l'appétence au risque de la Mutuelle, les prestations à verser et les services à rendre aux adhérents.

Trois paramètres importants ont impacté nos calculs au 31/12/2025 :

- Un chiffre d'affaires en hausse en 2025 ;
- Des prestations payées également en hausse sur une grande majorité des actes remboursés (hausse du PMSS, de l'inflation et de la consommation) ;

- Un ratio P/C (prestations sur cotisations) calculé sur une moyenne des années 2024 et 2025 ;

Par ailleurs, les anticipations de développement de la Mutuelle ne laissent pas entrevoir aujourd'hui de modification significative du profil de risque de la Mutuelle pour les 5 années à venir.

Les ratios de sinistralité P/C sur les produits collectifs sont suivis et contrôlés trimestriellement par le comité des engagements composé du Directeur Opérationnel, Directeur développement et du service actuariat. Les ratios de sinistralité P/C sur les produits individuels sont révisés annuellement.

Les évolutions réglementaires ont une incidence importante sur l'équilibre des contrats.

Une contribution complémentaire de 2,05% des cotisations a été intégrée.

4.2.2 Exposition au risque de provisionnement

Le risque de provisionnement se définit comme le risque de perte ou de changement défavorable de la valeur des engagements de la Mutuelle.

Les provisions comptables sont évaluées par le service comptabilité et vérifiées par les Commissaires Aux Comptes. L'objectif est de limiter les bonis ou malis lors de la liquidation de la provision sur les années suivantes.

Parallèlement, la Fonction Clé Actuarielle apprécie la suffisance et la qualité des données utilisées dans le calcul des provisions techniques dans son rapport.

L'exposition au risque de provisionnement de la Mutuelle est principalement concentrée sur la branche Santé, en raison de la volatilité intrinsèque des délais de facturation des professionnels de santé.

Pour limiter ce risque, la Mutuelle applique une méthodologie de calcul basée sur des triangles de liquidation par nature de prestations, complétée par un test de robustesse annuel. Au 31/12/2025, les analyses de back-testing démontrent une tendance à la prudence (boni de liquidation récurrent). Par ailleurs, le risque sur les engagements Vie est encadré par l'utilisation des tables de mortalité ajustées d'un coefficient de prudence pour tenir compte de l'expérience propre du portefeuille.

4.2.3 Concentration du risque de souscription

La MCA est une Mutuelle spécialisée dans l'assurance de frais de santé en complément du Régime Local Alsace Moselle et ne s'est, à ce jour, que peu développée sur d'autres activités. Ce risque pourrait être couvert par une diversification de l'activité de la Mutuelle. À noter toutefois que la part du portefeuille relevant du Régime Général s'accroît de plus en plus. En effet, la Mutuelle s'entoure de cabinets de courtage qui permettent un développement national. De surcroît, le cœur de cible est la TPE – PME.

4.2.4 Techniques d'atténuation du risque

Aujourd'hui, la Mutuelle n'envisage pas l'achat ou la souscription d'une quelconque autre technique d'atténuation du risque de souscription⁶ à l'horizon de son plan de développement. La Mutuelle n'envisage pas de réassurance pour le moment.

Pour toute nouvelle collectivité dont le nombre de salariés dépasserait 500 adhérents, la Mutuelle pourrait envisager d'établir un traité de réassurance avec un réassureur dont le ratio de solvabilité excède les 200%. En fonction des situations, il s'agirait de réfléchir à la mise en place d'un dispositif qui permette de s'assurer que le risque encouru soit bien appréhendé.

⁶ Type traité de réassurance, coassurance ou autre

Afin de maîtriser l'exposition au risque de souscription, la mutuelle a mis en place un ensemble de techniques d'atténuation s'inscrivant dans un dispositif global de gestion des risques, en cohérence avec les exigences de Solvabilité II.

En matière de tarification, la Mutuelle procède à une revue régulière de ses grilles tarifaires, fondée sur une segmentation fine du portefeuille et sur l'analyse de l'expérience passée. Ce dispositif vise à assurer une adéquation entre le niveau des cotisations et le risque effectivement porté.

Par ailleurs, la Mutuelle met en œuvre une politique de souscription prudente, reposant sur une maîtrise des risques et un pilotage actif de la composition du portefeuille. Cette approche est complétée par une diversification des profils assurés, permettant de réduire la concentration des risques.

En complément, des actions de maîtrise des coûts sont déployées. La Mutuelle lutte toujours contre la fraude.

La Mutuelle applique une surveillance accrue sur l'ensemble de ses produits tant au niveau des équilibres techniques qu'au niveau des défaillances liées au paiement des cotisations.

L'ensemble de ces dispositifs permet à la Mutuelle de maintenir son exposition au risque de souscription à un niveau compatible avec son appétence au risque et ses objectifs de solvabilité.

Cependant, de nouveaux transferts de charges ont déjà eu lieu en ce début d'année 2026 (augmentation du forfait journalier hospitalier, du forfait patient urgence...).

4.3 RISQUE DE MARCHÉ

4.3.1 Exposition au risque de marché

Concernant le risque de marché, la Mutuelle est exposée à cinq risques standards : le risque de taux, le risque de spread, le risque immobilier, le risque action et le risque de concentration.

L'année 2025 s'inscrit dans un environnement de taux contrasté. La situation budgétaire de la France et les incertitudes géopolitiques ont entraîné une tension progressive sur la courbe des taux.

Les rendements obligataires demeurent ainsi à des niveaux élevés, avec un impact direct sur la valorisation des actifs (et sur les provisions techniques sensibles aux taux d'actualisation).

Les marchés actions ont connu une volatilité accrue au 1^{er} semestre en lien notamment avec les annonces économiques américaines.

S'agissant de l'immobilier, après la forte dégradation observée en 2023 et 2024, l'exercice 2025 marque une phase de stabilisation avec des signaux de reprises modérés.

	31/12/2024	31/12/2025	Écart (en €)	Écart (en %)
SCR Marché	7 145 k€	7 816 k€	671 k€	9,4%
SCR Taux	925 k€	1 626 k€	701 k€	75,8%
SCR Action	2 548 k€	2 998 k€	450 k€	17,7%
SCR Immobilier	1 670 k€	1 746 k€	76 k€	4,5%
SCR Spread	3 414 k€	3 681 k€	267 k€	7,8%
SCR Change	0 k€	11 k€	11 k€	-
SCR Concentration	2 030 k€	1 404 k€	-626 k€	-30,8%

Le risque de marché a globalement augmenté en 2025.

L'allocation stratégique du portefeuille est prudente et conforme à la politique d'investissement.

Le total des valeurs de marché choqué a augmenté de plus de 4 M€. En contrepartie, nous avons moins de disponibilités en banque.

Au 31/12/2025, nous affichons la répartition par classe d'actifs suivante :

	2024	2025	Écart N/N-1 en valeurs	Écart N/N-1 en %
Immobilisations corporelles détenues pour usage propre	2 488 k€	2 468 k€	-20 k€	-0,82%
Investissements	48 891 k€	55 547 k€	6 656 k€	13,61%
. Biens Immobiliers (autre que détenus pour usage propre)	678 k€	697 k€	19 k€	2,80%
. Détentions dans des entreprises liées, y compris participations	10 k€	0 k€	-10 k€	-100,00%
. Actions	21 k€	40 k€	19 k€	90,53%
. . Actions cotées	21 k€	0 k€	-21 k€	-100,00%
. . Actions non cotées	0 k€	40 k€	40 k€	
. Obligations	35 083 k€	43 123 k€	8 040 k€	22,92%
. . Obligations d'État	0 k€	1 955 k€	1 955 k€	
. . Obligation d'entreprise	9 874 k€	8 112 k€	-1 762 k€	-17,84%
. . Titres structurés	25 210 k€	33 056 k€	7 847 k€	31,13%
. . Titres garantis	0 k€	0 k€	0 k€	
. Organismes de placement collectif	2 726 k€	2 760 k€	34 k€	1,24%
. Produits dérivés	0 k€	0 k€	0 k€	
. Dépôts autres que les équivalents de trésorerie	10 373 k€	8 927 k€	-1 446 k€	-13,94%
. Autres investissements	0 k€	0 k€	0 k€	
Actifs en représentation de contrats en UC et indexés	0 k€	0 k€	0 k€	
Prêts et prêts hypothécaires	36 k€	33 k€	-3 k€	-8,64%
. Avances sur polices	0 k€	0 k€	0 k€	
. Prêts et prêts hypothécaires aux particuliers	0 k€	0 k€	0 k€	
. Autres prêts et prêts hypothécaires	36 k€	33 k€	-3 k€	-8,64%
Trésorerie et équivalents de trésorerie	7 608 k€	5 403 k€	-2 204 k€	-28,98%
TOTAL	59 023 k€	63 451 k€	4 428 k€	7,50%

Afin de s'assurer que le profil de risque reste compris dans une fourchette acceptable pour la Mutuelle et tout en respectant le principe de la personne prudente énoncé à l'article 132 de la directive 2009/138/CE, la Direction Financière est tenue de respecter, à tout moment, les limites de risques « investissement » définis dans la politique écrite de gestion du risque de marché. Le respect de ces limites peut faire l'objet de contrôle par la Fonction Clé audit interne.

En particulier, le principe de la personne prudente est bien respecté à tout moment par la Mutuelle dans la mesure où :

- Pour l'ensemble du portefeuille présentant des risques, elle peut identifier, mesurer, suivre, gérer, contrôler et déclarer de manière adéquate, l'évaluation de son portefeuille financier.

- Tous les actifs de la Mutuelle sont investis de façon à garantir la sécurité, la qualité, la liquidité et la rentabilité de l'ensemble du portefeuille. En outre, certains sont disponibles à tout moment.
- Les investissements et les actifs qui ne sont pas admis à la négociation sur un marché financier réglementé sont maintenus à des niveaux prudents.
- Les actifs font l'objet d'une diversification appropriée de façon à éviter une dépendance excessive vis-à-vis d'un actif, d'un émetteur ou d'un groupe d'entreprises donné ou d'une zone géographique donnée.
- La Mutuelle intègre des critères environnementaux, sociaux et de gouvernance (ESG) dans la gestion de ses placements, conformément à sa politique d'investissement responsable.
- L'absence de mandats de gestion des placements.

Compte tenu de la volatilité des marchés financiers, un ajustement symétrique est publié et appliqué au risque action chaque année. L'impact du choc action est donc fluctuant d'un exercice à un autre.

	Choc action de base	Ajustement symétrique 31/12/2025	Chocs appliqués au 31/12/2025	Ajustement symétrique 31/12/2024	Chocs appliqués au 31/12/2024
Choc Action cotées :	39%	7,90%	46,90%	2,86%	41,86%
Choc Action non cotées :	49%	7,90%	56,90%	2,86%	51,86%
Choc Participations	22%				

Le risque de Taux est appliqué sur 3 types de placements :

- Les OPCVM transparisés ;
- Les titres structurés de taux ;
- Certains fonds euros.

La sensibilité au taux des fonds monétaires est quasi nulle en raison de leur très faible duration.

Le SCR de taux est le maximum entre la perte de valeur estimée dans 2 scénarios :

- Hausse des taux (baisse de la valeur des actifs)
- Baisse des taux

Le risque de spread est calculé, selon une formule, pour les expositions de type obligataires. Il dépend de la notation et de la duration du placement.

Le risque immobilier est calculé en appliquant 25%.

Le risque de concentration tient compte de l'exposition du placement. Des seuils sont ainsi fixés par notations et placements de type « immobilier ». Si le seuil pour une contrepartie unique est dépassé alors le SCR de concentration est calculé.

4.3.2 Concentration du risque de marché

En matière d'investissement, afin de limiter le risque de concentration, la Mutuelle ne s'expose pas de manière trop importante sur une classe d'actifs dans le cadre de ses placements financiers. Elle met en application la politique d'investissement prévue et validée par le Conseil d'Administration.

4.3.3 Techniques d'atténuation du risque

La politique écrite du risque d'investissement permet de maîtriser le processus de gestion des investissements. Celle-ci prévoit des limites sur une classe d'actifs (part action <20% action), sur une échelle de risque (<7/7) ou sur une notation (> ou = BBB). Afin de limiter le risque de marché, la diversification des actifs, des émetteurs et des durées d'investissement est essentielle.

4.4 RISQUE DE DEFAULT DE CONTREPARTIE

4.4.1 Exposition au risque de défaut de contrepartie

Concernant le risque de crédit, la Mutuelle est exposée à deux risques standards pour un organisme d'assurance santé : le risque de contreparties de type 1 (dégradation de la notation des émetteurs des actifs mis en « Liquidités ») et de type 2 sur créances du bilan.

Les comptes courants de la Mutuelle se répartissent essentiellement entre des banques notées A. En répartissant les fonds détenus sur les comptes courants dans différentes banques, nous pouvons agir sur le niveau du risque.

En type 2, la Mutuelle possède des créances sur lesquelles un risque de défaut est appliqué.

4.4.2 Concentration du risque de crédit

Le risque de concentration à des contreparties est fluctuant en fonction des fonds laissés sur les comptes courants au 31/12. La Mutuelle continue de diversifier ses contreparties.

La Mutuelle prévoit de maintenir cette politique à l'avenir.

4.4.3 Techniques d'atténuation du risque

Par ailleurs, la Mutuelle n'envisage pas l'achat ou la souscription de technique d'atténuation du risque de défaut de la contrepartie à un horizon 5 ans.

À l'horizon de son plan de développement, la Mutuelle n'envisage pas de modification significative de son risque de crédit.

4.5 RISQUE DE LIQUIDITE

Le risque de liquidité se définit comme le risque de ne pas pouvoir céder des actifs en vue d'honorer ses engagements financiers au moment où ceux-ci deviennent exigibles.

Dans le cadre de la Mutuelle, le risque de liquidité se matérialise par :

- Un décalage entre les encaissements de cotisations et le paiement des prestations ;
- Une insuffisance de trésorerie disponible causée par des entrées de trésorerie trop faibles (tarif des garanties insuffisant) ou par des sorties de trésorerie trop fortes (dépenses de fonctionnement non maîtrisées, prestations versées trop importantes).

La Mutuelle étant un assureur santé avec des engagements sur l'année civile, ses engagements vis-à-vis des assurés sont des engagements sur le court terme.

Toutes les fins de mois, un tableau de suivi de la trésorerie est effectué par la Direction Financière et mis

à disposition de la Direction Opérationnelle et des Administrateurs, membres du Bureau. Ce tableau de suivi indique les fonds disponibles sur nos comptes courants chaque fin de mois.

La part du monétaire (livret, comptes courants et même fonds en euros) permet de limiter le risque de liquidité. Le risque est ainsi maîtrisé. Ce risque n'étant pas couvert par la formule standard, la Mutuelle assure son suivi via un indicateur interne de liquidité immédiate.

4.6 RISQUE OPERATIONNEL

4.6.1 Exposition au risque opérationnel

Le risque opérationnel est le risque résultant d'une inadaptation ou d'une défaillance imputable à des procédures, personnels et systèmes internes, ou à des événements extérieurs, y compris les événements de faible probabilité d'occurrence, mais à risque de perte élevée. Le risque opérationnel, ainsi défini, inclut le risque juridique et de conformité, défaillance des systèmes d'information, la fraude ou des erreurs de gestion mais exclut les risques stratégiques et d'image.

Actuellement, le premier risque opérationnel est le risque numérique. Le risque lié aux TIC est désormais piloté via le cadre de DORA. La Mutuelle a cartographié ses fonctions critiques et testé en partie son PRI.

Pour une Mutuelle, dont l'image de confiance est essentielle, une fuite de données de santé ou un blocage prolongé des remboursements est un risque opérationnel qui peut devenir un risque de solvabilité (perte massive d'adhérents).

Le risque opérationnel de la Mutuelle a été évalué en retenant l'approche de la formule standard.

La Mutuelle estime que le calcul de la formule standard couvre de manière adéquate son exposition réelle.

4.6.2 Techniques d'atténuation du risque

Par ailleurs, la mutuelle n'envisage pas l'achat ou la souscription de technique d'atténuation du risque opérationnel à un horizon 5 ans. Le contrôle interne et l'audit interne permettent de corriger les éventuels dysfonctionnements et donc limiter le risque.

La Mutuelle s'attache au plan d'action pour réduire les éventuelles indisponibilités des outils et environnements (logiciel de gestion, accès espaces privilèges, flux...), pour la réplique instantanée sur le cloud, pour les sauvegardes.

La Mutuelle s'est dotée depuis de nombreuses années d'une assurance cyber qui permet de se garantir à hauteur de 2 000 000€. Cette assurance est renouvelée chaque année.

4.7 AUTRES RISQUES IMPORTANTS

En plus des risques vus précédemment, la Mutuelle étudie annuellement l'impact potentiel d'autres risques non inclus dans la formule standard.

Lors de la dernière évaluation, la Mutuelle a identifié les risques suivants comme importants :

- Risque homme clé ;
- Risques psychosociaux et absentéismes ;
- Risques de dépendance informatique ;

- Risque de sécurité informatique (cyberattaque, sauvegardes...);

Suite aux différents travaux menés par notre service de contrôle interne, de nouveaux risques pourront s'ajouter à notre liste existante et seront pris en compte dans notre prochain rapport ORSA.

4.8 AUTRES INFORMATIONS

Les autres risques non inclus dans la formule standard seront repris dans le rapport ORSA.

5 VALORISATION A DES FINS DE SOLVABILITE

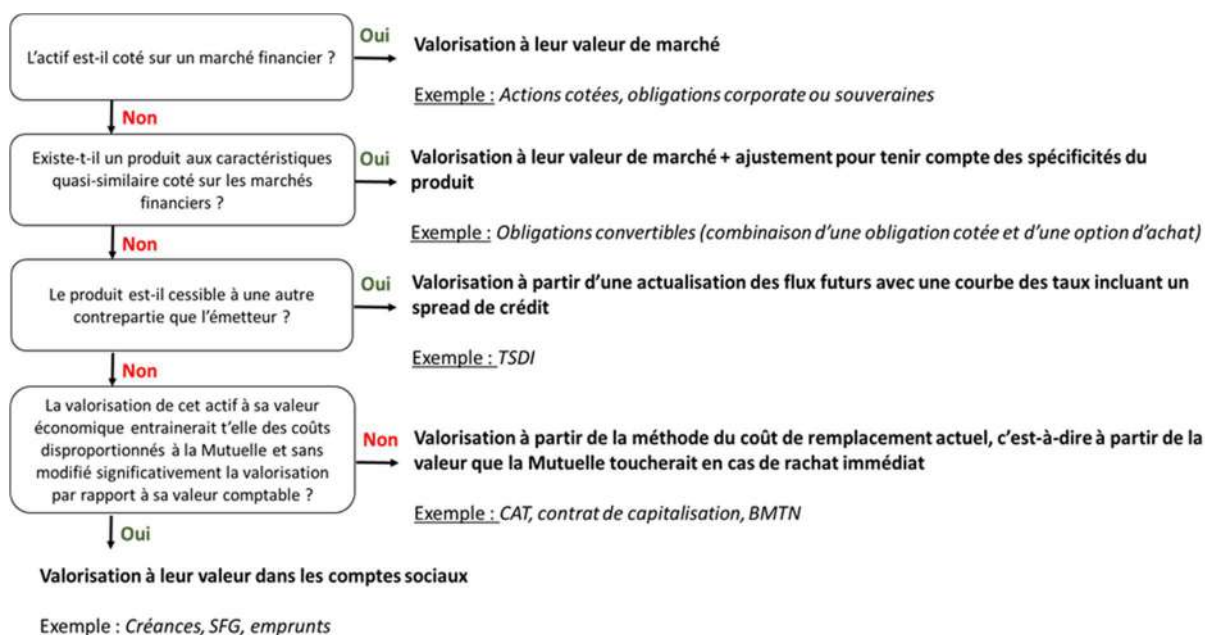
5.1 PRINCIPE DE PROPORTIONNALITE

Conformément à l'article 10 des règlements délégués, la Mutuelle respecte pour l'évaluation de ses actifs et de ses passifs la hiérarchie des méthodes de valorisation, à savoir :

- 1) Par défaut, la Mutuelle valorise les actifs et les passifs en utilisant un prix coté sur un marché actif pour les mêmes actifs ou les mêmes passifs.
- 2) Lorsqu'il n'est pas possible d'utiliser un prix coté sur un marché actif (c'est à dire respectant les critères du marché actif au sens des normes comptables internationales en vertu du règlement [CE] n° 1606/2002) pour les mêmes actifs ou les mêmes passifs, la Mutuelle valorise les actifs et les passifs selon un prix coté sur un marché actif pour des actifs et des passifs similaires, en effectuant des ajustements pour tenir compte des différences. Ces ajustements reflètent les facteurs spécifiques à l'actif ou au passif.
- 3) Lorsque les deux méthodes précédentes ne peuvent être appliquées, la Mutuelle utilise des méthodes de valorisation alternative :
 - a. Une approche de marché, qui utilise les prix et d'autres informations pertinentes générées par les transactions de marché portant sur des actifs, des passifs ou des groupes d'actifs et passifs identiques ou similaires.
 - b. Une approche par revenus qui convertit les montants futurs tels que les flux de trésorerie ou les produits et les dépenses en un seul montant actualisé. La juste valeur doit refléter les attentes actuelles du marché quant à ces montants futurs.
 - c. Une approche par les coûts ou par le coût de remplacement actuel, qui reflète le montant actuellement requis pour remplacer l'utilité économique d'un actif. Plus précisément, du point de vue d'un acteur de marché qui est un vendeur, le prix qui serait reçu pour l'actif est fondé sur le coût d'acquisition ou de construction, pour un acteur du marché qui est un acheteur, d'un actif de remplacement d'une utilité comparable, ajusté en fonction de l'obsolescence.
- 4) Dans le respect du principe de proportionnalité énoncé à l'article 29, paragraphes 3 et 4 de la Directive 2009/138/CE, la Mutuelle dispose de la possibilité de comptabiliser et de valoriser un actif ou un passif en retenant sa valeur dans les comptes sociaux sous réserve :
 - a. La méthode de valorisation comptable est conforme avec l'article 75 de la Directive 2009/138/CE,
 - b. La méthode de valorisation est proportionnée à la nature, à l'ampleur et à la nature des risques inhérents à l'activité de la Mutuelle,

- c. La Mutuelle ne valorise pas cet actif ou ce passif conformément aux normes comptables internationales dans ses états financiers,
- d. La valorisation de cet actif ou de ce passif conformément aux normes internationales entraînerait des coûts disproportionnés par rapport au montant total de ses charges administratives.

En résumé, la Mutuelle applique hiérarchiquement les méthodes de valorisation suivantes :



Le bilan de la Mutuelle présente un total actif de 68 454K€ en normes prudentielles.

ACTIF	Valeur comptable	Valeur économique	Écart en €	Écart
Immobilisations incorporelles	576 k€	0 k€	-576 k€	-100%
Investissements	57 711 k€	58 014 k€	304 k€	0,53%
Créances	4 704 k€	4 704 k€	0 k€	0%
Trésorerie	5 403 k€	5 403 k€	0 k€	0%
Autres actifs	332 k€	332 k€	0 k€	0%
TOTAL	68 727 k€	68 454 k€	-273 k€	0%
PASSIF	Valeur comptable	Valeur économique	Écart en €	Écart
Provisions Santé	7 404 k€	8 414 k€	1 010 k€	14%
Best estimate (meilleure estimation)		6 179 k€		
Marge de risque		2 235 k€		
Provisions Vie	260 k€	489 k€	229 k€	88%
Best estimate (meilleure estimation)		467 k€		
Marge de risque		22 k€		
Provisions pour risques et charges	1 566 k€	1 566 k€	0 k€	0%
Autres dettes	8 434 k€	8 434 k€	0 k€	0%
TOTAL	17 664 k€	18 903 k€	1 239 k€	7%
Excédent de l'actif sur le passif	51 063 k€	49 551 k€	-1 512 k€	-3%

5.2 VALORISATION DU BILAN « ACTIF »

Au 31/12/2025, la Mutuelle disposait d'un volume de placements (y compris « Trésorerie ») en valeur de marché de 63 451 K€ (coupons courus compris) pour une valeur comptable nette de 63 147 K€ (les actifs corporels d'exploitation sont compris dans le périmètre des placements).

Conformément à l'article 10 des règlements délégués, la valorisation à la valeur boursière est la méthode de valorisation privilégiée.

L'ensemble des placements de la Mutuelle est donc valorisé en valeur de marché lorsque celle-ci est disponible (placements cotés sur les marchés financiers). Pour les placements composés de biens immobiliers (biens immobiliers détenus en ligne directe) une évaluation réalisée par une expertise indépendante a été retenue.

Pour les autres placements, une valorisation par valeur comptable majorée des intérêts courus a été retenue. En effet les axiomes de l'article 9 des règlements délégués sont respectés.

	Valeur de marché	Valeur comptable	Autres méthodes
Immobilier			✓
Actions	✓		
Obligations	✓		
Actifs incorporels			
Créances		✓	
Trésorerie et dépôts		✓	
Provisions cédées		✓	
Autre actifs d'exploitation		✓	

5.2.1 Les actifs incorporels

La Mutuelle dispose d'actifs incorporels représentant une ressource au bilan comptable de 576K€. Dans le cadre de la valorisation du bilan économique, ces actifs ne représentent pas une richesse matérielle disponible à des fins de solvabilité. Par conséquent, ce montant est entièrement annulé dans le cadre de l'évaluation du bilan prudentiel.

5.2.2 Les investissements

La Mutuelle dispose de 58 M€ d'investissements.

Elle est propriétaire de locaux situés à Colmar pour le siège, à Mulhouse pour une agence commerciale.

La valeur des placements immobiliers est déterminée sur la base d'une expertise quinquennale effectuée par un expert et faisant l'objet d'une estimation annuelle.

Le portefeuille est composé de titres structurés majoritairement avec un risque de taux pour un volume de 33M€.

Les OPCVM, FCP ont été transparisés afin d'être plus précis au niveau du calcul des risques associés.

Les SCPI, OPPCI ont également été majoritairement transparisés selon les informations obtenues par les sociétés de gestion immobilière. La Mutuelle détient 2,5M€ de SCPI.

Le volume des lignes de dépôts qui regroupe des fonds euros s'élève à près de 9 M€ au 31/12/2025.

5.2.3 Les créances

Le montant total des créances s'élève ainsi à 4 671K€ (valorisation à leurs valeurs nettes comptables). Les créances se décomposent en :

- Créances nées d'opérations d'assurance d'un montant valorisé à 3,9 M€ ;
- D'autres créances pour 0,69 M€.

5.2.4 Trésorerie

Dans la mesure où la Mutuelle dispose de la possibilité de récupérer à tout moment (sans respect d'un délai de préavis et sans pénalité sur le capital) ses liquidités placées sur des avoirs en banque, la valorisation de ces actifs ainsi que de la caisse a été retenue à sa valeur comptable soit 5,4 M€.

5.2.5 Les autres actifs

Les autres postes de cette sous-catégorie du bilan sont évalués à leur valeur comptable soit 0,3 M€ (charges constatées d'avance).

5.3 VALORISATION DES PROVISIONS TECHNIQUES

Dans le cadre de solvabilité II, les provisions techniques correspondent à la somme des provisions Best Estimate et de la marge de risque.

Conformément à l'article 36 des règlements délégués, le Best Estimate (BE) est calculé séparément pour le BE de cotisations et le BE de sinistres.

La Mutuelle propose principalement des produits Non-Vie qui représentent 98 % des cotisations de la Mutuelle, mais aussi quelques produits Vie (tels qu'une couverture en cas de décès et des primes nuptialité/natalité).

5.3.1 Best Estimate de sinistres en santé

Le Best Estimate de Sinistres correspond à la meilleure estimation des prestations à payer pour les sinistres antérieurs au 31/12/2025.

Il correspond à la somme des flux futurs de trésorerie (cotisations, prestations et frais) relatifs à ces sinistres et actualisés à l'aide la courbe des taux sans risque sans ajustement de volatilité fournie par l'EIOPA.

La méthode classique Chain-Ladder est utilisée afin de calculer les montants des prestations futures : à partir des triangles de règlements des sinistres cumulés, nous obtenons les facteurs de développement qui permettent de compléter le triangle. Un triangle de liquidation a été réalisé sur une partie du portefeuille de la Mutuelle, afin de conserver une homogénéité de l'historique. Les contrats non pris en compte ont été considérés à leur valeur comptable (contrats particuliers : type reliquat coiffeurs en coassurance et complémentaire hospitalière).

Afin d'obtenir une estimation fiable de la cadence de règlement des sinistres et étant donné qu'il s'agit de prestations en santé, la profondeur d'historique des triangles de liquidation (5 ans) est jugée suffisante.

Nous obtenons ainsi les flux de sinistres futurs, auxquels il faut ajouter divers frais, conformément aux recommandations de l'article 31 des règlements délégués.

Les frais inclus dans le Best Estimate de sinistres sont les suivants :

- Les frais de gestion des sinistres, exprimés en fonction du règlement des sinistres ;
- Les autres charges techniques, exprimées en fonction du règlement des sinistres ;
- Les frais de gestion des placements, exprimés en fonction du règlement des sinistres.

La dernière étape consiste à actualiser chaque flux futur à la date de versement des flux. Pour cela, la courbe des taux sans risque fournie par l'autorité en date du 31/12/2025, sans ajustement de volatilité, est utilisée.

Le Best Estimate de provisions pour sinistres pour la Santé est ainsi évalué à 8 281 k€.

5.3.2 Best Estimate de cotisations en santé

Le Best-Estimate de cotisations représente la marge technique future des contrats existants à la date d'évaluation (cotisations à recevoir-prestations à payer-frais estimés). Il correspond à la projection des flux entrants et sortants liés aux contrats pour lesquels la Mutuelle est engagée au 31/12/2025 et dont la réalisation est prévue après la date clôture.

En norme Solvabilité II, le Best Estimate de provisions de primes :

- Doit intégrer tous les engagements relatifs aux contrats pour lesquels la Mutuelle ne peut plus se désengager unilatéralement (ou augmenter les primes de manière illimitée sans accord préalable du contractant) ;
- Peut intégrer tous les engagements relatifs à des primes que le détenteur est engagé à payer (mais de tels contrats impliquent généralement que la Mutuelle est également engagée réciproquement, la première condition est alors remplie).

De plus, le Best Estimate de cotisations inclut les différents frais suivants :

- Les frais d'administration, exprimés en fonction des primes émises ;
- Les frais de gestion des sinistres, exprimés en fonction de la charge des sinistres ;
- Les frais d'acquisition, exprimés en fonction des primes émises ;
- Les autres charges techniques, exprimées en fonction de la charge des sinistres ;
- Les frais de gestion des placements, exprimés en fonction de la charge des sinistres ;
- Le forfait « patientèle » exprimé en fonction des primes émises ;
- La contribution complémentaire de 2,05% en fonction des primes émises ;
- Les autres charges non techniques exprimées en fonction des primes émises.

Le calcul du BE de cotisations intègre le chiffre d'affaires estimé (projections du budget comptable 2026), une hypothèse de frais et de P/C.

Le Best Estimate de cotisations pour la Santé est ainsi évalué à 2 102 k€. La nouvelle contribution complémentaire vient réduire le BE de cotisations

5.3.3 Best Estimate en Vie

Le Best Estimate de sinistres a été calculé à partir d'une extraction de l'outil métier des contrats ouverts sur le produit « Décès » de la Mutuelle. Cette extraction renseigne le capital décès pour lequel le bénéficiaire est couvert, son âge, son sexe.

Le calcul du Best Estimate des engagements futurs des contrats temporaire Décès a été réalisé en

projetant ligne à ligne cette base de données assurés au 31/12/2025 pour l'année 2026 (sur la base de certaines hypothèses).

Entre 2024 et 2025, un effectif plus important est couvert à la suite de la reprise des contrats décès collectif de MALAKOFF HUMANIS. L'âge moyen du portefeuille s'est ainsi rajeuni.

Un léger ajustement à la baisse a été appliqué au BE VIE sur le décès pour tenir compte des flux liés aux primes nuptialité et natalité.

Au 31/12/2025, l'engagement prudentiel Vie (Best Estimate) s'établit à 470,6 k€.

5.3.4 Marge pour risque

La marge de risque vient s'ajouter aux Best Estimate afin d'obtenir les provisions techniques prudentielles totales.

Elle s'élève à 2 235k€ pour la santé et 22k€ pour la « Vie » et est estimée par 6 % de la somme des SCR futurs actualisés (après déduction des SCR Marché, contrepartie hors réassurance et des impôts différés). La Mutuelle a opté au 31/12/2025 pour le calcul de la Risk Margin avec la méthode dite « exacte ».

La formule exacte de la Risk Margin est la suivante (avec CoC = 6 %) :

$$RM = CoC * \sum_{t \geq 0} \frac{SCR(t)}{(1+r(t+1))^{t+1}}$$

Lors de l'exercice précédent, la Mutuelle a choisi d'évaluer sa marge de risque à l'aide de la méthode simplifiée dite « duration » proposée par l'EIOPA :

$$RM = CoC * duration * \frac{SCR}{1+taux\ sans\ risque_{1\ an}}$$

La mise en place de cette méthode « exacte » conduit aux résultats suivants :

	Au 31/12/2025
Santé	2 235k€
Vie	23k€

5.4 VARIATION DES PROVISIONS POUR RISQUES ET CHARGES

La provision correspond aux indemnités de fin de carrière et médailles de travail. Les méthodes d'évaluation sont validées par le Commissaire Aux Comptes. La valeur économique est égale à la valeur dans les comptes sociaux.

En 2025, une nouvelle provision pour risques et charges a été comptabilisée à hauteur de 616k € pour couvrir des factures INNOVAMUT à payer.

5.5 AUTRES PASSIFS

En ce qui concerne les autres passifs, la Mutuelle possède des dettes diverses à hauteur de 8,43 M€. Ces dettes sont valorisées par leur valeur nette comptable.

Elles sont constituées majoritairement de dettes sociales, fiscales, comptes clients, dettes fournisseurs et personnel.

5.6 IMPOTS DIFFERES

Conformément aux principes de valorisation prudentielle définis par la Directive Solvabilité II et les normes techniques d'exécution associées, les impôts différés sont reconnus au bilan économique dès lors qu'ils résultent de différences temporelles entre la valeur Solvabilité II et la valeur fiscale des actifs et passifs. Les impôts différés sont calculés en appliquant un taux d'imposition moyen de 25 % sur l'écart constaté entre le bilan en vision Solvabilité II et le bilan fiscal.

Dans le cadre du présent exercice, les calculs ont conduit à l'émergence d'un impôt différé actif net (IDA net) à hauteur de 378 k€. Toutefois, par principe de prudence, il a été décidé de retenir une valeur nulle pour cet IDA net au bilan économique.

En effet, bien que la recouvrabilité de cet actif ne soit pas remise en cause, la Mutuelle a délibérément choisi de ne pas le comptabiliser afin d'éviter toute surestimation des fonds propres éligibles et de retenir une vision conservatrice de sa situation financière.

Cette approche volontairement prudente reflète la volonté de ne pas s'appuyer sur des éléments dont la réalisation, bien que probable, demeure conditionnelle à des résultats fiscaux futurs.

À l'inverse, lorsque les calculs font ressortir un impôt différé passif net (IDP net), celui-ci est intégralement reconnu au bilan économique à sa valeur calculée, dès lors qu'il représente une obligation certaine.

Cette asymétrie de traitement, retenant la valeur nulle pour les IDA nets et la valeur réelle pour les IDP nets, traduit une approche délibérément conservatrice visant à ne pas surévaluer la situation financière dans le cadre du reporting réglementaire.

5.7 METHODES DE VALORISATION ALTERNATIVES

La Mutuelle n'utilise pas de méthode alternative de valorisation.

5.8 AUTRES INFORMATIONS

La Mutuelle n'identifie pas d'autre information à communiquer sur la valorisation des actifs et des passifs du bilan prudentiel. La Mutuelle ne fait pas de correction pour volatilité dans cette présentation.

6 GESTION DU CAPITAL

6.1 FONDS PROPRES

6.1.1 Passage des fonds propres S1 au fonds propres S2

Les fonds propres économiques sont calculés à partir des fonds propres S1 (comptables) auxquels on rajoute les plus-values latentes sur les placements financiers et les ajustements liés aux provisions techniques et impôt différé.

<u>Bilan comptable vers bilan économique :</u>		31/12/2024	31/12/2025
Fonds propres comptables		47 729 k€	51 063 k€
Actifs incorporels		-544 k€	-576 k€
Plus-values latentes (yc Dette Bancaire)		340 k€	304 k€
Autres actifs		0 k€	0 k€
Total retraitements actif		-203 k€	-273 k€
Provisions : comptable vers BE		1 432 k€	1 018 k€
	<i>Santé</i>	1 665 k€	1 225 k€
	<i>Vie</i>	-232 k€	-207 k€
Marge pour Risque		-2 180 k€	-2 257 k€
	<i>Santé</i>	-2 159 k€	-2 235 k€
	<i>Vie</i>	-21 k€	-22 k€
Impôts différés		0 k€	0 k€
Autres passifs		1 k€	0 k€
Total retraitements passif		-747 k€	-1 239 k€
Fonds propres économiques		46 779 k€	49 551 k€

Les fonds propres comptables progressent grâce au résultat comptable de 2025 mis en réserves.
 Les fonds propres prudentiels progressent essentiellement grâce à la hausse des fonds propres comptables et des provisions moins importantes

6.1.2 Informations sur les clauses et conditions attachées aux fonds propres

La Directive Solvabilité II prévoit un classement des fonds propres en 3 catégories (« tiers »). Il se fait en fonction de leur qualité évaluée au regard de leur disponibilité, de leur degré de subordination et de leur durée ou permanence. Par ailleurs, des limites quantitatives sont imposées pour déterminer le montant des fonds propres éligibles en couverture du SCR et MCR.

Les éléments disponibles de manière totale et inconditionnelle seront considérés comme du Tier 1. Ceux disponibles sous la réalisation de certaines conditions ou ayant une durée déterminée suffisante seront considérés comme du Tier 2. Enfin, les éléments ne répondant à aucun des critères des Tiers précédents seront considérés comme du Tier 3.

Pour la Mutuelle, l'essentiel des fonds propres est du TIER 1 car ils sont composés principalement du fonds d'établissement et des réserves.

6.1.3 Fonds propres éligibles

Pour couvrir le capital de solvabilité requis (SCR) il faut que les parts de T1 soient supérieures à 50 % du SCR et que les parts de T3 soient inférieures à 15 % du SCR. De même, pour couvrir le minimum de capital requis (MCR), il faut que les parts de T1 et T1+T2 soient respectivement supérieures à 80 % et 100 % du MCR.

La Mutuelle ne détient des fonds propres que classés comme du Tier 1, donc disponibles à tout moment. Ces fonds propres sont supérieurs à 50% de SCR et 80% du MCR. Les exigences réglementaires sont respectées.

100% des fonds propres sont donc éligibles pour couvrir le Capital de Solvabilité Requis (SCR).

6.1.4 Évolution attendue des fonds propres économiques

Dans le cadre de l'ORSA, la Mutuelle avait mis en place un Business Plan lui permettant d'avoir une évolution attendue des fonds propres économiques.

Dans les projections, l'évaluation des fonds propres économiques s'élevait à 52,9M€ en 2025 avec un ratio de couverture à 217%.

Les résultats vont démontrer que nous sommes en réalité, moins solides que prévu. En effet, nous avons eu de fortes contraintes liées à notre filiale INNOVAMUT qui a engendré un résultat comptable plus faible.

6.2 CAPITAL DE SOLVABILITE REQUIS ET MINIMUM DE CAPITAL REQUIS

Le Pilier 1 traite des aspects quantitatifs. Il vise à calculer le montant des capitaux propres économiques de la Mutuelle après avoir passé les actifs et les passifs en valeur économique et à définir deux niveaux d'exigences réglementaires :

- Le MCR (Minimum Capital Requirement) qui représente le niveau minimum de fonds propres en dessous duquel l'intervention de l'Autorité de Contrôle sera automatique,
- Le SCR (Solvency Capital Requirement) qui représente le capital cible nécessaire pour absorber le choc provoqué par une sinistralité exceptionnelle (ayant une probabilité d'occurrence sur 200) ou une dégradation de la valorisation des actifs.

Afin d'estimer ces exigences réglementaires, la Mutuelle doit calculer les exigences en capitaux des différents risques auxquels elle est soumise (le risque de marché, le risque de contrepartie, le risque de souscription santé en Non-Vie, le risque de souscription en Vie).

6.2.1 Évaluation du SCR

Au 31/12/2025, le Seuil de Capital Requis (SCR) de la Mutuelle s'élève à 24 375k€.

Il est composé de sous-risques évalués à hauteur de :

	31/12/2024	31/12/2025
SCR Santé	16 998 k€	17 719 k€
SCR Vie	206 k€	213 k€
SCR Marché	7 145 k€	7 816 k€
SCR Contrepartie	1 229 k€	896 k€
BSCR	20 487 k€	21 434 k€
Opérationnel	2 790 k€	2 941 k€
Ajustement	0 k€	0 k€
SCR	23 277 k€	24 375 k€
MCR	5 819 k€	6 094 k€

Le SCR de la Mutuelle correspond à une agrégation de l'ensemble des risques définis par la formule standard.

6.2.2 Évaluation du MCR

Le Minimum de Capital Requis (MCR) correspond au montant minimum de fonds propres constituant le seuil déclencheur de l'intervention prudentielle la plus drastique, dès qu'il est franchi à la baisse. Ce capital est compris dans une fourchette de 25% et 45% du montant de SCR évalué précédemment. Le seuil plancher absolu du MCR de la Mutuelle, sachant que notre activité Vie représente moins de 10% de notre chiffre d'affaires, s'élève à 4M€.

Le MCR de la Mutuelle au 31/12/2025 est de 6M€ (25% du SCR) soit 813% sur une base de fonds propres à hauteur de 51M€.

La progression du MCR témoigne d'une solvabilité robuste et d'une capacité immédiate de la Mutuelle à faire face à ses engagements. La Mutuelle est très éloignée du seuil d'alerte des 4M€.

6.2.3 Couverture du ratio de solvabilité

Au 31/12/2025, le ratio de couverture de la marge de solvabilité s'élève à 203%.

Ratio de solvabilité	2024	2025
- capital éligible	46 779 k€	49 551 k€
- capital requis (SCR)	23 277 k€	24 375 k€
Excédent de capital	23 501 k€	25 176 k€
Ratio de marge solvabilité II	201%	203%
MCR	5 819 k€	6 094 k€
Ratio MCR	804%	813%

Le ratio de couverture augmente de 2 points par rapport à l'exercice 2024. En effet, nos fonds propres permettent de couvrir d'avantage nos risques.

6.3 UTILISATION DU SOUS-MODULE « RISQUE SUR ACTIONS » FONDE SUR LA DUREE DANS LE CALCUL DU CAPITAL DE SOLVABILITE REQUIS

Selon l'article 304 de la Directive, l'utilisation du sous-module « risque sur actions » fondé sur la durée est uniquement applicable pour les organismes d'assurance vie sous certaines conditions spécifiques. La Mutuelle n'étant pas un organisme d'assurance vie, elle n'utilise pas ce sous-module.

6.4 DIFFERENCES ENTRE LA FORMULE STANDARD ET TOUT LE MODELE INTERNE UTILISE

La Mutuelle n'utilise pas de modèle interne afin de calculer les exigences de solvabilité réglementaire.

6.5 NON-RESPECT DU MINIMUM DE CAPITAL REQUIS ET NON-RESPECT DU CAPITAL DE SOLVABILITE REQUIS

La Mutuelle couvre le SCR et MCR par ses fonds propres, elle n'est donc pas concernée par cette sous-partie.

6.6 AUTRES INFORMATIONS

La Mutuelle n'identifie pas d'autre information à communiquer sur la valorisation des actifs et des passifs du bilan prudentiel.

7 ANNEXE : QRT PUBLIC EN K€

QRT : S02.01.01 : BILAN

			Valeur Solvabilité II	(Valeur comptes légaux)
			C0010	C0020
Actifs	Goodwill	R0010	0	0
	Frais d'acquisition différés	R0020	0	0
	Immobilisations incorporelles	R0030	0	576
	Actifs d'impôts différés	R0040	0	0
	Excédent du régime de retraite	R0050	0	0
	Immobilisations corporelles détenues pour usage propre	R0060	2 468	1 231
	Investissements (autres qu'actifs en représentation de contrats en unités de compte et indexés)	R0070	55 547	56 479
	Biens immobiliers (autres que détenus pour usage propre)	R0080	697	116
	Détenues dans des entreprises liées, y compris participations	R0090	0	0
	Actions	R0100	40	40
	Actions – cotées	R0110	0	0
	Actions – non cotées	R0120	40	40
	Obligations	R0130	43 123	44 807
	Obligations d'État	R0140	1 955	2 012
	Obligations d'entreprise	R0150	8 112	8 112
	Titres structurés	R0160	33 056	34 683
	Titres garantis	R0170	0	0
	Organismes de placement collectif	R0180	2 760	2 589
	Produits dérivés	R0190	0	0
	Dépôts autres que les équivalents de trésorerie	R0200	8 927	8 927
	Autres investissements	R0210	0	0
	Actifs en représentation de contrats en unités de compte et indexés	R0220	0	0
	Prêts et prêts hypothécaires	R0230	33	33
	Avances sur police	R0240	0	0
	Prêts et prêts hypothécaires aux particuliers	R0250	0	0
	Autres prêts et prêts hypothécaires	R0260	33	33
	Montants recouvrables au titre des contrats de réassurance	R0270	0	0
	Non-vie et santé similaire à la non-vie	R0280	0	0
	Non-vie hors santé	R0290	0	0
	Santé similaire à la non-vie	R0300	0	0
	Vie et santé similaire à la vie, hors santé, UC et indexés	R0310	0	0
	Santé similaire à la vie	R0320	0	0
	Vie hors santé, UC et indexés	R0330	0	0
	Vie UC et indexés	R0340	0	0
	Dépôts auprès des cédantes	R0350	0	0
	Créances nées d'opérations d'assurance et montants à recevoir d'intermédiaires	R0360	3 983	3 983
	Créances nées d'opérations de réassurance	R0370	0	0
	Autres créances (hors assurance)	R0380	688	688
	Actions propres auto-détenues (directement)	R0390	0	0
	Éléments de fonds propres ou fonds initial appelé(s), mais non encore payé(s)	R0400	0	0
	Trésorerie et équivalents de trésorerie	R0410	5 403	5 403
	Autres actifs non mentionnés dans les postes ci-dessus	R0420	332	332
	Total de l'actif	R0500	68 454	68 727

			Valeur Solvabilité II	(Valeur comptes légaux)
			C0010	C0020
Passifs	Provisions techniques non-vie	R0510	8 414	7 404
	Provisions techniques non-vie (hors santé)	R0520	-	-
	Provisions techniques calculées comme un tout	R0530	-	-
	Meilleure estimation	R0540	-	-
	Marge de risque	R0550	-	-
	Provisions techniques santé (similaire à la non-vie)	R0560	8 414	7 404
	Provisions techniques calculées comme un tout	R0570	-	-
	Meilleure estimation	R0580	6 179	-
	Marge de risque	R0590	2 235	-
	Provisions techniques vie (hors UC et indexés)	R0600	489	260
	Provisions techniques santé (similaire à la vie)	R0610	-	-
	Provisions techniques calculées comme un tout	R0620	-	-
	Meilleure estimation	R0630	-	-
	Marge de risque	R0640	-	-
	Provisions techniques vie (hors santé, UC et indexés)	R0650	489	260
	Provisions techniques calculées comme un tout	R0660	-	-
	Meilleure estimation	R0670	467	-
	Marge de risque	R0680	22	-
	Provisions techniques UC et indexés	R0690	-	-
	Provisions techniques calculées comme un tout	R0700	-	-
	Meilleure estimation	R0710	-	-
	Marge de risque	R0720	-	-
	Autres provisions techniques	R0730	-	-
	Passifs éventuels	R0740	-	-
	Provisions autres que les provisions techniques	R0750	1 566	1 566
	Provisions pour retraite	R0760	-	-
	Dépôts des réassureurs	R0770	-	-
	Passifs d'impôts différés	R0780	-	-
	Produits dérivés	R0790	-	-
	Dettes envers des établissements de crédit	R0800	319	319
	Dettes financières autres que celles envers les établissements de crédit	R0810	-	-
	Dettes nées d'opérations d'assurance et montants dus aux intermédiaires	R0820	250	250
	Dettes nées d'opérations de réassurance	R0830	-	-
	Autres dettes (hors assurance)	R0840	7 864	7 864
	Passifs subordonnés	R0850	-	-
	Passifs subordonnés non inclus dans les fonds propres de base	R0860	-	-
	Passifs subordonnés inclus dans les fonds propres de base	R0870	-	-
	Autres dettes non mentionnées dans les postes ci-dessus	R0880	1	1
	Total du passif	R0900	18 903	17 664
	Excédent d'actif sur passif	R1000	49 551	51 063

QRT : S.05.01 PRIMES, SINISTRES et DEPENSES NON-VIE et VIE

			Assurance des frais médicaux
			C0010
Primes émises	Brut - assurance directe	R0110	96 306
	Brut - Réassurance proportionnelle acceptée	R0120	0
	Brut - Réassurance non proportionnelle acceptée	R0130	
	Part des réassureurs	R0140	0
	Net	R0200	96 306
Primes acquises	Brut - assurance directe	R0210	96 306
	Brut - Réassurance proportionnelle acceptée	R0220	0
	Brut - Réassurance non proportionnelle acceptée	R0230	
	Part des réassureurs	R0240	0
	Net	R0300	96 306
Charge des sinistres	Brut - assurance directe	R0310	80 924
	Brut - Réassurance proportionnelle acceptée	R0320	0
	Brut - Réassurance non proportionnelle acceptée	R0330	
	Part des réassureurs	R0340	0
	Net	R0400	80 924
Dépenses engagées		R0550	10 001

			Autres assurances vie	
			C0240	
Primes émises	Brut		R1410	1 290
	Part des réassureurs		R1420	0
	Net		R1500	1 290
Primes acquises	Brut		R1510	1 290
	Part des réassureurs		R1520	0
	Net		R1600	1 290
Charge des sinistres	Brut		R1610	1 207
	Part des réassureurs		R1620	0
	Net		R1700	1 207
Dépenses engagées			R1900	134
Dépenses engagées	Charges administratives	Brut	R1910	60
		Part des réassureurs	R1920	0
		Net	R2000	60
	Frais de gestion des investissements	Brut	R2010	0
		Part des réassureurs	R2020	0
		Net	R2100	0
	Frais de gestion des sinistres	Brut	R2110	0
		Part des réassureurs	R2120	0
		Net	R2200	0
	Frais d'acquisition	Brut	R2210	26
		Part des réassureurs	R2220	0
		Net	R2300	26
	Frais généraux	Brut	R2310	48
		Part des réassureurs	R2320	0
		Net	R2400	48

QRT : S.12.01.01 PROVISIONS TECHNIQUES VIE

		Autres assurances vie	
		Autres assurances vie	Contrats sans options ni garanties
		C0060	C0070
Provisions techniques calculées comme un tout	R0010	0	
Total des montants recouvrables au titre de la réassurance/des véhicules de titrisation et de la réassurance finie, après l'ajustement pour pertes probables pour défaut de la contrepartie, correspondant aux provisions techniques calculées comme un tout	R0020	0	
Provisions techniques calculées comme la somme de la meilleure estimation et de la marge de risque			
Meilleure estimation			
Meilleure estimation brute	R0030		467
Total des montants recouvrables au titre de la réassurance/des véhicules de titrisation et de la réassurance finie, avant l'ajustement pour pertes probables pour défaut de la contrepartie	R0040		0
Montants recouvrables au titre de la réassurance (hors véhicules de titrisation et réassurance finie) avant ajustement pour pertes probables	R0050		0
Montants recouvrables au titre des véhicules de titrisation avant ajustement pour pertes probables	R0060		0
Montants recouvrables au titre de la réassurance finie avant ajustement pour pertes probables	R0070		0
Total des montants recouvrables au titre de la réassurance/des véhicules de titrisation et de la réassurance finie, après ajustement pour pertes probables pour défaut de la contrepartie	R0080		0
Meilleure estimation nette des montants recouvrables au titre de la réassurance/des véhicules de titrisation et de la réassurance finie	R0090		467
Marge de risque	R0100	22	
Montant de la déduction transitoire sur les provisions techniques			
Provisions techniques calculées comme un tout	R0110	0	
Meilleure estimation	R0120		0
Marge de risque	R0130	0	
Provisions techniques - Total	R0200	489	
Provisions techniques nettes des montants recouvrables au titre de la réassurance/des véhicules de titrisation et de la réassurance finie	R0210	489	
Meilleure estimation des produits avec option de rachat	R0220	0	
Meilleure estimation brute pour les flux de trésorerie			
Sorties de trésorerie			
Prestations garanties et discrétionnaires futures	R0230	1 570	
Prestations garanties futures	R0240		
Prestations discrétionnaires futures	R0250		
Dépenses futures et autres sorties de trésorerie	R0260	187	
Entrées de trésorerie			
Primes futures	R0270	1 290	
Autres entrées de trésorerie	R0280	0	
Pourcentage de la meilleure estimation brute calculée à l'aide d'approximations	R0290	0	
Valeur de rachat	R0300	0	
Meilleure estimation faisant l'objet de la mesure transitoire sur les taux d'intérêt	R0310	0	
Provisions techniques hors mesure transitoire sur les taux d'intérêt	R0320	0	
Meilleure estimation faisant l'objet de la correction pour volatilité	R0330	0	
Provisions techniques hors correction pour volatilité et autres mesures transitoires	R0340	0	
Meilleure estimation faisant l'objet de l'ajustement égalisateur	R0350	0	
Provisions techniques hors ajustement égalisateur et autres mesures transitoires	R0360	4	

QRT : S.17.01.01 PROVISIONS TECHNIQUES NON-VIE

				Assurance des frais médicaux	
				C0020	
Provisions techniques calculées comme un tout				R0010	0
Total des montants recouvrables au titre de la réassurance/des véhicules de titrisation et de la réassurance finie, après l'ajustement pour pertes probables pour défaut de la contrepartie, correspondant aux provisions techniques calculées comme un tout				R0050	0
Provisions techniques calculées comme la somme de la meilleure estimation et de la marge de risque	Provisions pour primes	Brut - total		R0060	-2102
		Total des montants recouvrables au titre de la réassurance/des véhicules de titrisation et de la réassurance finie, après ajustement pour pertes probables pour défaut de la contrepartie		R0140	0
		Meilleure estimation nette des provisions pour primes		R0150	- 2 102
		Brut - total		R0160	8 281
	Provisions pour sinistres	Total des montants recouvrables au titre de la réassurance/des véhicules de titrisation et de la réassurance finie, après ajustement pour pertes probables pour défaut de la contrepartie		R0240	0
		Meilleure estimation nette des provisions pour sinistres		R0250	8 281
		Total meilleure estimation - brut		R0260	6 179
		Total meilleure estimation - net		R0270	6 179
	Marge de risque			R0280	2 235
	Provisions techniques - Total			R0320	8 414
Provisions techniques - Total	Montants recouvrables au titre de la réassurance/des véhicules de titrisation et de la réassurance finie, après ajustement pour pertes probables pour défaut de la contrepartie - total			R0330	0
	Provisions techniques nettes des montants recouvrables au titre de la réassurance/des véhicules de titrisation et de la réassurance finie			R0340	8 414

QRT : S19.01 SINISTRES NON-VIE

		Sinistres payés bruts (non cumulés) - Année de développement (valeur absolue)							Pour l'année en cours	Somme des années (cumulés)
		0	1	2	3	4	5	6		
		C0010	C0020	C0030	C0040	C0050	C0060	C0070		
N-6	R0190	50 964	5 398	191	16	7	3	2	2	56 581
N-5	R0200	45 125	5 976	173	12	4	4		4	51 293
N-4	R0210	54 897	5 190	155	28	11			11	60 281
N-3	R0220	57 365	6 034	199	32				32	63 629
N-2	R0230	63 524	6 340	186					186	70 049
N-1	R0240	67 112	6 537						6 537	73 649
N	R0250	69 989							69 989	69 989
Total	R0260								76 759	498 422

		Meilleure estimation provisions pour sinistres brutes non actualisées - Année de développement							Fin d'année (données actualisées)
		0	1	2	3	4	5	6	
		C1400	C1410	C1420	C1430	C1440	C1450	C1460	
N-6	R0190	-	-	-	-	-	-	-	-
N-5	R0200	-	-	-	-	-	-	-	-
N-4	R0210	-	-	-	-	-	-	-	-
N-3	R0220	-	-	-	8				8
N-2	R0230	-	-	44					44
N-1	R0240	-	288						286
N	R0250	7 997							7 944
Total	R0260								8 281

QRT : S.23.01.01 FONDS PROPRES

			Total	Niveau 1 - non restreint	Niveau 1 - restreint
			C0010	C0020	C0030
Fonds propres de base avant déduction pour participations dans d'autres secteurs financiers, comme prévu à l'article 68 du règlement délégué 2015/35	Capital en actions ordinaires (brut des actions propres)	R0010	0	0	
	Compte de primes d'émission lié au capital en actions ordinaires	R0030	0	0	
	Fonds initial, cotisations des membres ou élément de fonds propres de base équivalent pour les mutuelles et les entreprises de type mutuel	R0040	1 630	1 630	
	Comptes mutualistes subordonnés	R0050	0		0
	Fonds excédentaires	R0070	0		
	Actions de préférence	R0090	0		0
	Compte de primes d'émission lié aux actions de préférence	R0110	0		0
	Réserve de réconciliation	R0130	47 921	47 921	
	Passifs subordonnés	R0140	0		0
	Montant égal à la valeur des actifs d'impôts différés nets	R0160	0		
	Autres éléments de fonds propres approuvés par l'autorité de contrôle en tant que fonds propres de base non spécifiés supra	R0180	0	0	0
Fonds propres issus des états financiers qui ne devraient pas être inclus dans la réserve de réconciliation et qui ne respectent pas les critères de fonds propres de Solvabilité II	Fonds propres issus des états financiers qui ne devraient pas être inclus dans la réserve de réconciliation et qui ne respectent pas les critères de fonds propres de Solvabilité II	R0220	0		
Déductions	Déductions pour participations dans des établissements de crédit et des établissements financiers	R0230	0	0	0
Total fonds propres de base après déductions			R0290	49 551	49 551
Fonds propres auxiliaires	Capital en actions ordinaires non libéré et non appelé, callable sur demande	R0300	0		
	Fonds initial, cotisations des membres ou élément de fonds propres de base équivalents, non libérés, non appelés et appelables sur demande, pour les mutuelles et les entreprises de type mutuel	R0310	0		
	Actions de préférence non libérées et non appelées, callable sur demande	R0320	0		
	Engagements juridiquement contraignants de souscrire et de payer des passifs subordonnés sur demande	R0330	0		
	Lettres de crédit et garanties relevant de l'article 96, paragraphe 2, de la directive 2009/138/CE	R0340	0		
	Lettres de crédit et garanties ne relevant pas de l'article 96, paragraphe 2, de la directive 2009/138/CE	R0350	0		
	Rappels de cotisations en vertu de l'article 96, point 3, de la directive 2009/138/CE	R0360	0		
	Rappels de cotisations ne relevant pas de l'article 96, paragraphe 3, de la directive 2009/138/CE	R0370	0		
	Autres fonds propres auxiliaires	R0390	0		
		R0400	0		
Total fonds propres auxiliaires					
Fonds propres éligibles et disponibles	Total des fonds propres disponibles pour couvrir le capital de solvabilité requis	R0500	49 551	49 551	0
	Total des fonds propres disponibles pour couvrir le minimum de capital requis	R0510	49 551	49 551	0
	Total des fonds propres éligibles pour couvrir le capital de solvabilité requis	R0540	49 551	49 551	0
	Total des fonds propres éligibles pour couvrir le minimum de capital requis	R0550	49 551	49 551	0
Capital de solvabilité requis			R0580	24 375	
Minimum de capital requis			R0600	6 094	
Ratio fonds propres éligibles sur capital de solvabilité requis			R0620	203%	
Ratio fonds propres éligibles sur minimum de capital requis			R0640	813%	

			Total
			C0060
Réserve de réconciliation	Excédent d'actif sur passif	R0700	49 551
	Actions propres (détenues directement et indirectement)	R0710	0
	Dividendes, distributions et charges prévisibles	R0720	0
	Autres éléments de fonds propres de base	R0730	1 630
	Ajustement pour les éléments de fonds propres restreints relatifs aux portefeuilles sous ajustement égalisateur et aux fonds cantonnés	R0740	0
Réserve de réconciliation		R0760	47 921
Bénéfices attendus	Bénéfices attendus inclus dans les primes futures (EPIFP) - activités vie	R0770	4
	Bénéfices attendus inclus dans les primes futures (EPIFP) - activités non-vie	R0780	2 102
Total bénéfices attendus inclus dans les primes futures (EPIFP)		R0790	2 106

QRT : S25.01.01 CAPITAL DE SOLVABILITE REQUIS

		Capital de solvabilité requis brut
		C0040
Risque de marché	R0010	7 816
Risque de défaut de la contrepartie	R0020	897
Risque de souscription en vie	R0030	213
Risque de souscription en santé	R0040	17 719
Risque de souscription en non-vie	R0050	-
Diversification	R0060	5 211
Risque lié aux immobilisations incorporelles	R0070	-
Capital de solvabilité requis de base	R0100	21 435

		Total	
		C0100	
Risque opérationnel	R0130	2 941	
Capacité d'absorption des pertes des provisions techniques	R0140	0	
Capacité d'absorption de pertes des impôts différés	R0150	0	
Capital requis pour les activités exercées conformément à l'article 4 de la directive 2003/41/CE	R0160	0	
Capital de solvabilité requis à l'exclusion des exigences de capital supplémentaire	R0200	24 375	
Exigences de capital supplémentaire déjà définies	R0210	0	
Capital de solvabilité requis	R0220	24 375	
Autres informations sur le SCR	Capital requis pour le sous-module risque sur actions fondé sur la durée	R0400	0
	Total du capital de solvabilité requis notionnel pour la part restante	R0410	0
	Total du capital de solvabilité requis notionnel pour les fonds cantonnés	R0420	0
	Total du capital de solvabilité requis notionnel pour les portefeuilles sous ajustement égalisateur	R0430	0
	Effets de diversification dus à l'agrégation des nSCR des FC selon l'article 304	R0440	0
	Méthode utilisée pour calculer l'ajustement dû à l'agrégation des nSCR des FC/PAE.	R0450	0
	Prestations discrétionnaires futures nettes	R0460	0

QRT : S28.02.01 MINIMUM DE CAPITAL REQUIS

		Calcul du MCR global
		C0130
MCR linéaire	R0300	4 849
Capital de solvabilité requis	R0310	24 375
Plafond du MCR	R0320	10 969
Plancher du MCR	R0330	6 094
MCR combiné	R0340	6 094
Seuil plancher absolu du MCR	R0350	4 000
Minimum de capital requis	R0400	6 094

		Activités en non-vie	Activités en vie
		C0140	C0150
Montant notionnel du MCR linéaire	R0500	4 817	33
Montant notionnel du SCR hors capital supplémentaire (calcul annuel ou dernier calcul)	R0510	24 212	164
Plafond du montant notionnel du MCR	R0520	10 895	74
Plancher du montant notionnel du MCR	R0530	6 053	41
Montant notionnel du MCR combiné	R0540	6 053	41
Seuil plancher absolu du montant notionnel du MCR	R0550	4 000	0
Montant notionnel du MCR	R0560	6 053	41

8 GLOSSAIRE :

ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) : Née en janvier 2010 de la fusion de l'ACAM et de la Commission bancaire, elle est le superviseur pour le marché français des organismes financiers

AMSB : Acronyme anglais de « Administrative, management or supervisory body » que l'on peut traduire par « Organe d'administration, de gestion ou de contrôle ».

Organe de gouvernance de l'entité.

Appétence au risque : Niveau de risques que l'organisme est prêt à prendre dans le cadre de ses objectifs stratégiques, pouvant inclure des marges de tolérance/Lien entre la stratégie et la gestion quotidienne des risques de l'organisme.

Exemple : ne pas descendre en dessous de 150 % de couverture de l'exigence de capital

Business plan (programme d'activité) : Résumé de la stratégie de l'organisme, des actions et moyens qu'il compte mettre en œuvre afin de développer, au cours d'une période déterminée (souvent 3 à 5 ans, voire plus selon la durée des engagements et les projets stratégiques concernés), les activités et ressources nécessaires et suffisantes pour atteindre des objectifs visés. Cette présentation est documentée par des comptes prévisionnels (bilan, compte de résultat, plan de financement...).

BE (Best Estimate) : Montant que l'on estime réellement devoir régler au titre de chaque risque (« montant de provision technique calculé de façon objective, fiable et cohérente avec le marché » auquel s'ajoute une marge pour risque).

BSCR : Capital de Solvabilité requis de base.

Besoin Global de Solvabilité ou Capital ORSA : Montant de l'exigence de capital évaluée par l'organisme selon ses propres critères de risques, de prise de risques et d'atténuation du risque, sur l'horizon temporel qui lui semblera cohérent avec sa stratégie et son environnement.

Diversification (ou effet de diversification) : Plus l'activité d'une entreprise est variée moins les risques encourus sont importants. La diversification apparaît à deux niveaux : entre les risques de différentes natures d'une part, et, pour un même risque, entre les différentes expositions géographiques d'autre part. Le bénéfice créé par la pluralité des risques est appelé « effet de diversification ».

En d'autres termes l'ensemble des risques ne peuvent se produire en même temps. L'entreprise bénéficie ainsi d'un effet de diversification lié à la diversité des risques et/ou de ses activités.

EIOPA (European Insurance and Occupational Pensions Authority - remplace le CEIOPS) : Regroupement en janvier 2011 des autorités de contrôles nationales, agissant en tant que conseil du Parlement, du Conseil et de la Commissions européens (<https://eiopa.europa.eu/home/index.html>).

Évolution significative du profil de risque : Augmentation ou diminution importante de l'identification de risques auxquels l'organisme est exposé aussi bien au niveau agrégé que détaillé.

Exigence de capital réglementaire : Montant de l'exigence de capital évaluée selon les paramètres de la formule « standard » définie sous Solvabilité I ou II.

Fonds propres économiques : Les fonds propres économiques correspondent au montant d'éléments éligibles de l'organisme en vision économique (Solvabilité II).

Indicateur : Un indicateur permet de mesurer de façon objective un phénomène étudié. C'est un outil décisionnel qui permet de mesurer l'efficacité d'un dispositif mis en place.

Méthode Chain Ladder : Méthode d'évaluation déterministe de la provision pour sinistre basée sur les données historiques de la Mutuelle et reposant sur l'hypothèse que les cadences de paiement observées dans le passé vont être maintenues.

MCR (Minimum de Capital Requis) : Exigence de capital minimum réglementaire. Ce montant minimum de fonds propres constituant le seuil déclencheur de l'intervention prudentielle la plus drastique, dès qu'il est franchi à la baisse.

Principe de proportionnalité : Principe énoncé dans la directive-cadre de Solvabilité II indiquant la possibilité d'adapter les exigences prudentielles à la taille, la nature et la complexité des activités d'un organisme, dans les 2 sens (par exemple : outils de gestion des risques simplifiés pour un organisme de taille moyenne proposant exclusivement des garanties frais de santé, mais complexifiés pour un petit organisme proposant des contrats de prévoyance).

Profil de risque : Le profil de risque consiste à mesurer le niveau d'exposition au risque de l'organisme par branche, par classe de risque ou encore, par structure.

Le profil de risque doit permettre une mesure de l'exposition aux risques de l'organisme à un niveau agrégé et à un niveau détaillé.

Proxy : Approximation permettant d'obtenir un résultat approché sans effectuer l'ensemble des calculs sous-jacents ce résultat.

RSR – Regular Supervisory Report (Rapport régulier au contrôleur) : Rapport destiné au contrôleur devant être publié annuellement et contenant des informations qualitatives et quantitatives détaillées, dans le cadre de Solvabilité II. Il permet au superviseur d'apprécier la solvabilité de l'organisme.

Risk margin (marge de risque) : La marge de risque est destinée à couvrir les risques liés à l'écoulement des passifs sur la totalité de leur durée.

Run Off : Hypothèse suivant laquelle la Mutuelle cesse d'acquérir de nouveaux contrats et ne renouvelle pas les contrats existants.

ORSA - Own Risk Solvency Assessment (Auto-évaluation de la solvabilité et des risques) : Évaluation interne prospective des risques et de la solvabilité, outil de pilotage obligatoire pour tout organisme soumis à Solvabilité II.

QRT - Quantitative Reporting Template (États quantitatifs annuels et trimestriels) : Dans le cadre de la directive Solvabilité II et notamment dans le 3^{ème} pilier, un QRT est une donnée ou une information que doit publier l'organisme d'assurance, auprès de l'autorité de contrôle et/ou du public, dans un objectif de communication financière.

SCR (Capital de Solvabilité Requis) : Exigence de capital cible correspondant à une probabilité de ruine de 0,5 % sur un horizon d'un an. C'est le niveau de fonds propres permettant à une entreprise d'absorber des pertes imprévues importantes et d'offrir une sécurité raisonnable aux assurés et aux souscripteurs.

SFCR - Solvency and Financial Condition Report : Rapport destiné au public, devant être publié annuellement et contenant des informations qualitatives et quantitatives détaillées, dans le cadre de Solvabilité II.

XBRL : eXtensible Business Reporting Language : Format (langage) de transmission des données choisi par l'ACPR pour la remise des états Solvabilité II. Ce langage permet de structurer et de qualifier les informations transmises.