

Riktlinjer för undergruppen katastrofrisk vid sjukförsäkring

Inledning

1.1. I enlighet med artikel 16 i Europaparlamentets och rådets förordning (EU) nr 1094/2010 av den 24 november 2010 om inrättande av en europeisk tillsynsmyndighet ("Eiopa-förordningen")⁽¹⁾, har Eiopa utarbetat riktlinjer om undergruppen katastrofrisk vid sjukförsäkring.

Dessa riktlinjer avser artikel 105.4 i Europaparlamentets och rådets direktiv 2009/138/EG av den 25 november 2009 om upptagande och utövande av försäkrings- och återförsäkringsverksamhet ("Solvens II")⁽²⁾ och även till artiklarna 160–163 och bilaga VI i genomförandeåtgärderna⁽³⁾.

1.2. Riktlinjerna riktar sig till tillsynsmyndigheter enligt Solvens II.

1.3. Dessa riktlinjer syftar till att underlätta konvergerande praxis i medlemsstaterna och att hjälpa företag att på lämpligt sätt identifiera och beräkna de kvantiteter som ingår i beräkningen av kapitalkravet för katastrofrisk vid sjukförsäkring i olika möjliga fall och situationer.

1.4. Beräkningarna för fastställande av kapitalkravet för undergruppen för katastrofrisk vid sjukförsäkring bör överensstämma med utformningen och kalibreringen av de underliggande scenarierna.

1.5. Försäkrings- och återförsäkringsföretag kan råka bli utsatta för olika situationer, beroende på egenskaperna hos deras produkter och nationell lagstiftning.

1.6. För dessa riktlinjer har följande definition tagits fram:

- "Enstaka anspråk" betyder en fordran efter förekomsten av en viss händelse som påverkar en identifierad försäkrad person.

1.7. Termer som inte definieras i dessa riktlinjer har den betydelse som definieras i de rättsakter som anges i inledningen.

1.8. Riktlinjerna ska tillämpas från och med den 1 april 2015.

Riktlinje 1 – Allmänna bestämmelser för beräkning av kapitalkravet för katastrofrisk vid sjukförsäkring

1.9. Om det är nödvändigt att fastställa orsaken till ett katastrofscenario i beräkningarna av kapitalkraven för undergruppen katastrofrisk vid sjukförsäkring, och de effekter som beskrivs i scenarierna kan ha olika orsaker, bör företagen i beräkningen använda den orsak som resulterar i den högsta förlusten av primärkapital. I synnerhet bör företagen inte utesluta scenariot där vissa potentiella orsaker till katastrofscenario är uteslutna genom försäkringsavtalets villkor och bestämmelser (t.ex. terrorism).

⁽¹⁾ EUT L 331, 15.12.2010, s. 48–83

⁽²⁾ EUT L 335, 17.12.2009, s. 1–155

⁽³⁾ EUT L 12, 17.01.2015, s. 1–797

Riktlinje 2 – Beräkning av försäkringsbeloppet för dödsfall till följd av olycka

- 1.10. Om ett försäkringsavtal ger förmåner vid dödsfall, oavsett orsak, samt ytterligare förmåner vid dödsfall som orsakats av en olycka, bör företagen bara ta med de ytterligare förmånerna vid beräkningen av värdet av de förmåner som avses i artikel 161.3 b och artikel 162.4 c i genomförandeåtgärderna, förutsatt att följande villkor är uppfyllda:
- (a) förmånerna har varit åtskilda,
 - (b) riskerna som gäller förmåner i händelse av dödsfall, oavsett orsak, är korrekt uppfångade i modulen teckningsrisk vid livförsäkring.
- 1.11. Om ytterligare återkommande förmånsbetalningar tillhandahålls i händelse av dödsfall som orsakades av en olycka, bör företagen basera beräkningen av värdet av de förmåner som betalas på bästa skattningsparametrar (dödlighetstabellen och kurvan för diskonteringsränta) med hänsyn till relevanta demografiska egenskaper. Företagen bör också återspegla i beräkningen den avtalsenliga durationen för de återkommande förmånsbetalningarna.
- 1.12. Om inga eller otillräckliga demografiska data finns, bör företagen använda realistiska antaganden om demografiska parametrar baserade på offentlig eller intern statistik i beräkningen av förmånsvärdet. Företagen bör kunna motivera dessa antaganden på ett tillfredsställande sätt för tillsynsmyndigheten.
- 1.13. Vid beräkning av förmånsvärdet bör företagen redovisa förväntade öknings i mängden av återkommande förmånsutbetalningar och kostnader för skadereglering.

Riktlinje 3 – Beräkning av försäkringsbeloppet för förmåner vid bestående invaliditet

- 1.14. Där förmåner för invaliditet kan betalas antingen som en engångsbetalning eller som återkommande betalningar, bör företagen följa en strategi i tre steg för att fastställa värdet på de förmåner som avses i artikel 161.3 b och artikel 162.4 c i genomförandeåtgärderna:
- (a) Steg 1: fastställande av den förväntade andelen av förmånsbetalningar i form av en engångsbetalning.
 - (b) Steg 2: fastställande, för varje försäkrad person, av förmånerna i fallet med en engångsbetalning och den bästa skattningen av återkommande förmåner.
 - (c) Steg 3: beräkning av genomsnittet mellan de två värdena som fastställdes i steg 2 viktat med andelen som beräknades i steg 1.
- 1.15. Oavsett stycke 1 i denna riktlinje bör företaget, när valet mellan en engångsbetalning och återkommande betalningar avgörs av förmånstagaren, använda det högsta av de två värdena i stället för det viktade genomsnittet.
- 1.16. Företagen bör motivera de antaganden som ligger till grund för beräkningen av den andel som avses i stycke 1. Om företag inte kan motivera beräkningen av

andelen på ett tillfredsställande sätt för tillsynsmyndigheten, bör de beräkna förmånsvärdet som det maximala mellan engångsbetalningen och den bästa skattningen av återkommande förmåner.

- 1.17. Om beloppet för förmånsbetalningar vid invaliditet beror på graden av funktionshinder hos skadade personer, bör företagen beräkna förmånsvärdet för alla personer på följande sätt:
 - (a) Härleda en fördelning av invaliditetsgraden bland skadade.
 - (b) Beräkna ersättningsanspråken som hör till varje invaliditetsgrad.
 - (c) Tillämpa fördelningen av invaliditetsgrader på tillhörande ersättningsanspråk i enlighet därmed.
- 1.18. Företagen bör motivera de antaganden som ligger till grund för beräkningen av fördelningen av invaliditetsgrader som avses i stycke 4. Om företagen inte kan motivera beräkningen av fördelningen på ett tillfredsställande sätt för tillsynsmyndigheten, bör de för alla försäkrade använda de maximala ersättningsanspråken inom alla invaliditetsgrader.
- 1.19. Vid beräkning av den bästa skattningen av de återkommande betalningarna för händelser av typen "Bestående invaliditet som orsakats av en olycka", bör företagen anta att betalningar görs under hela ersättningsperioden som anges i avtalets villkor och bestämmelser, men att avslut på grund av dödlighet kan inträffa.
- 1.20. För beräkningen bör företag göra realistiska antaganden om dödligheten hos personer med bestående funktionshinder baserat på offentlig eller intern statistik. Företagen bör kunna motivera dessa antaganden.
- 1.21. Vid beräkning av förmånsvärdet bör företagen redovisa förväntade öknings i mängden av återkommande förmånsutbetalningar och kostnader för skadereglering.

Riktlinje 4 – Beräkning av försäkringsbeloppet för förmåner vid tio års invaliditet och vid tolv månaders invaliditet

- 1.22. Om förmånsmottagaren kan få antingen en engångsbetalning eller återkommande betalningar i fall med händelser av typen "Invaliditet som varar i 10 år till följd av en olycka" eller "Invaliditet som varar i 12 månader till följd av en olycka", bör företagen tillämpa samma tillvägagångssätt som i riktlinje 3.
- 1.23. Om beloppet för invaliditetsförmåner beror på graden av invaliditet hos skadade personer, bör företagen tillämpa samma tillvägagångssätt som anges i stycke 4 och 5 under riktlinje 3.
- 1.24. Vid beräkning av bästa skattningen för återkommande förmånsbetalningarna för händelser av typen "Invaliditet som varar i 10 år till följd av en olycka" eller "Invaliditet som varar i 12 månader till följd av en olycka", bör företagen utesluta alla avslutsorsaker och ta hänsyn till alla framtida betalningar mellan
 - (a) slutet av varje uppskjuten period,

(b) slutet av 10-års- eller 12-månadersperiod eller, om detta inträffar tidigare, slutet av försäkringsperioden.

1.25. Vid beräkning av förmånsvärdet bör företagen redovisa förväntade ökningar i mängden av återkommande förmånsutbetalningar och kostnader för skadereglering.

Riktlinje 5 – Beräkning av försäkringsbeloppet för medicinsk behandling till följd av olycka

1.26. Företagen bör beräkna de genomsnittliga beloppen för händelser av typen "Medicinsk behandling till följd av en olycka" som förmåner för medicinsk behandling till följd av en olycka som observerats under tidigare år, inklusive tillhörande kostnader, dividerat med antalet enstaka skador som motsvarar dessa förmåner.

1.27. Företagen bör se till att observationsperioden är tillräckligt lång för att minimera statistiska fel.

1.28. För beräkningen av de genomsnittliga beloppen bör företagen justera tidigare data med inflationstakten för medicinska utbetalningar.

1.29. Om en medicinsk behandling förväntas pågå mer än ett år, bör företagen ta hänsyn till den förväntade inflationstakten för medicinska utbetalningar.

1.30. Företag bör på lämpligt sätt särskilja mellan förmåner som betalas för medicinsk behandling till följd av en olycka och andra förmåner på grundval av tidigare observationer. Vid behov bör företagen komplettera denna analys med en expertbedömning. Företagen bör basera alla skattningar på offentlig eller intern statistik. Företagen bör kunna motivera dessa antaganden på ett tillfredsställande sätt för tillsynsmyndigheten.

Riktlinje 6 – Beräkning av försäkringsbeloppet i undergruppen för koncentration av olycksrisk

1.31. Vid beräkningen av värdet på förmåner som avses i artikel 162.4 c i genomförandeåtgärderna, bör företagen tillämpa samma principer som anges i riktlinjerna 2-4.

1.32. Om en försäkrad omfattas av två eller flera avtal med förmånsbetalningar i fall med händelse av typ e och dessa inte utesluter varandra, bör företagen lägga ihop förmånsbetalningarna för de olika avtalen för att fastställa $SI(e,i)$ enligt vad som anges i artikel 162.4 c i genomförandeåtgärderna.

Riktlinje 7 – Beräkning av inkomstskydd vid pandemiexponering

1.33. Om avtalet föreskriver återkommande förmånsbetalningar bör företagen beräkna den bästa skattningen av förmånsbetalningar, i händelse av en permanent arbetsförmåga orsakad av en smittsam sjukdom i enlighet med vad som anges i artikel 163.2 b i genomförandeåtgärderna, på samma sätt som anges i riktlinje 3 för den bästa skattningen av förmånsbetalningar i händelse av "Bestående invaliditet till följd av en olycka".

Riktlinje 8 – Beräkning av den bästa skattningen av belopp för medicinska kostnader

- 1.34. Företagen bör beräkna den bästa skattningen av belopp som ska betalas för utnyttjad sjukvård h , enligt vad som anges i artikel 163 i genomförandeåtgärderna, som produkten av
- (a) det förväntade antalet vårdbehandlingar h för en försäkrad person,
 - (b) det förväntade genomsnittliga ersättningsanspråket för en enda sjukvårdsbehandling h
- där det förväntade antalet vårdbehandlingar har minst ett värde av 1.
- 1.35. Företagen bör göra en noggrann skattning, baserad på egna erfarenheter, av
- (a) det förväntade antalet användningar för varje vårdbehandling h ,
 - (b) det genomsnittliga ersättningsanspråket för en användning av varje sjukvårdsbehandling h .
- 1.36. När företagen kan motivera att tidigare erfarenheter inte gör det möjligt att göra en korrekt skattning, bör de för sjukvårdstyperna "Sjukhusvård" och "Ingen formell medicinsk vård sökes" använda som det förväntade antalet vårdbehandlingar ett värde på 1 och för sjukvårdstypen "Samråd med en läkare" ett värde på 2.
- 1.37. Företagen bör justera skattningen av det genomsnittliga ersättningsanspråket med inflationen för medicinska utbetalningar, och vid behov komplettera den med en expertbedömning. Observationsperioden bör vara tillräckligt lång för att undvika statistiska fel.

Efterlevnads- och redovisningsregler

- 1.38. Det här dokumentet innehåller riktlinjer som utfärdats enligt artikel 16 i Eiopa-förordningen. Behöriga myndigheter ska i enlighet med artikel 16.3 i Eiopa-förordningen med alla tillgängliga medel söka följa dessa riktlinjer och rekommendationer.
- 1.39. Behöriga myndigheter som följer eller avser att följa dessa riktlinjer bör införliva dem i sitt regelverk och tillsynssystem på ett lämpligt sätt.
- 1.40. De behöriga myndigheterna ska bekräfta för Eiopa huruvida de följer eller avser att följa dessa riktlinjer, och ange orsaker till bristande efterlevnad, inom två månader efter utfärdandet av de översatta versionerna.
- 1.41. I avsaknad av ett svar inom denna tidsfrist, kommer de behöriga myndigheterna att betraktas som att de inte uppfyller kraven på rapportering och redovisas enligt denna bedömning.

Slutlig bestämmelse om omprövning

- 1.42. Dessa riktlinjer ska bli föremål för omprövning av Eiopa.