

Retningslinjer for delmodulet for sygeforsikringskatastroferisici

Indledning

- 1.1. I henhold til artikel 16 i Europa-Parlamentets og Rådets forordning (EU) nr. 1094/2010 af 24. november 2010 om oprettelse af en europæisk tilsynsmyndighed ("EIOPA-forordningen")¹ udsteder EIOPA retningslinjer for delmodulet for sygeforsikringskatastroferisici. Disse retningslinjer vedrører artikel 105, stk. 4, i Europa-Parlamentets og Rådets direktiv 2009/138/EF af 25. november 2009 om adgang til og udøvelse af forsikrings- og genforsikringsvirksomhed (Solvens II)² og Kommissionens Delegerede Forordning (EU) 2015/35 af 10. oktober 2014 om supplerende regler til Europa-Parlamentets og Rådets direktiv 2009/138/EF om adgang til og udøvelse af forsikrings- og genforsikringsvirksomhed (Solvens II) (herefter "Forordning (EU) 2015/35") Forordning (EU) 2015/35 artikel 160 til 163 og bilag VI³.
- 1.2. Retningslinjerne er rettet til tilsynsmyndigheder i henhold til Solvens II-direktivet.
- 1.3. Retningslinjerne har til formål at fremme konvergerende praksis på tværs af medlemsstaterne samt hjælpe selskaber med på en hensigtsmæssig måde at identificere og beregne de kvantiteter, der indgår i beregningen af kapitalkravet for sygeforsikringskatastrofer i forskellige scenarier og situationer.
- 1.4. Beregningerne til vurdering af kapitalkravene for delmodulet for sygeforsikringskatastroferisici bør stemme overens med udformningen og kalibreringen af de underliggende scenarier.
- 1.5. Forsikrings- og genforsikrings-selskaber kan befinde sig i forskellige situationer, som afhænger af deres produkters karakteristika og af national lovgivning.
- 1.6. I forbindelse med disse retningslinjer er der udarbejdet følgende definitioner:
 - "enkeltstående krav": et krav, som fremsættes over for en identificeret forsikringstager efter en bestemt begivenheds indtræffen.
- 1.7. Såfremt begreberne ikke er defineret i disse retningslinjer, har de den betydning, der er defineret i de i indledningen omtalte retsakter.
- 1.8. Retningslinjerne finder anvendelse fra den 1. april 2015.

Retningslinje 1 - Generelle bestemmelser om beregningen af kapitalkrav for sygeforsikringskatastrofer

- 1.9. I det omfang det for at kunne beregne kapitalkravet for delmodulet for sygeforsikringskatastroferisici er nødvendigt med en vurdering af årsagen til et katastrofescenarie, og der kan være forskellige årsager til de konsekvenser, der er beskrevet i scenarierne, bør selskaberne i deres beregning anvende den årsag, der resulterer i det højeste tab i basiskapitalgrundlaget. Selskaberne bør navnlig ikke udelade et scenarie, hvor visse potentielle årsager til

¹ EUT L 331 af 15.12.2010, s. 48-83.

² EUT L 335 af 17.12.2009, s. 1-155.

³ EUT L 12 af 17.01.2015, s. 1-797.

katastrofescenariet ikke er omfattet af betingelserne og vilkårene i en police (f.eks. terrorisme).

Retningslinje 2 - Beregning af forsikringssummen for ydelser i forbindelse med død som følge af ulykke

- 1.10. Hvis en forsikringsaftale giver ret til ydelser i tilfælde af dødsfald, uanset årsagen dertil, samt til supplerende ydelser i tilfælde af død som følge af en ulykke, bør selskaberne ved beregning af værdien af de i artikel 161, stk. 3, litra b, og artikel 162, stk. 4, litra c, i Forordning (EU) 2015/35 omtalte ydelser kun tage højde for de supplerende ydelser, hvis følgende betingelser er opfyldt:
- a) Ydelserne er blevet opdelt.
 - b) Der er i modulet for livsforsikringsrisici taget passende højde for risiciene i relation til ydelserne i tilfælde af dødsfald, uanset årsagen dertil.
- 1.11. Såfremt der betales supplerende tilbagevendende ydelser i tilfælde af dødsfald som følge af en ulykke, bør selskaberne beregne værdien af de garanterede ydelser efter bedste skøn (dødelighedstabel og diskonteringsrentekurve) under hensyntagen til relevante demografiske karakteristika. Varigheden af den kontraktmæssige forpligtelse vedrørende tilbagevendende ydelser bør ligeledes afspejles i selskabernes beregning.
- 1.12. Såfremt demografiske data ikke er tilgængelige eller tilstrækkelige, bør selskaberne ved beregningen af værdien af ydelserne anvende realistiske antagelser om de demografiske parametre på grundlag af offentlige eller interne statistikker. Selskaberne bør kunne begrunde sådanne antagelser til tilsynsmyndighedernes tilfredshed.
- 1.13. Selskaberne bør i beregningen af værdien af ydelserne tage højde for forventede stigninger i beløbet for tilbagevendende ydelser samt skadebehandlingsomkostninger.

Retningslinje 3 - Beregning af forsikringssummen for ydelser i forbindelse med permanent invaliditet

- 1.14. Såfremt ydelser for invaliditet kan udbetales som enten en engangsbetaling eller som en tilbagevendende betaling, bør selskaberne følge en tretrinstilgang for at fastslå værdien af de i artikel 161, stk. 3, litra b, og artikel 162, stk. 4, litra c, i Forordning (EU) 2015/35 omtalte ydelser:
- a) Trin 1: fastsættelse af den forventede andel af ydelser i form af en engangsbetaling
 - b) Trin 2: fastsættelse af ydelserne for hver forsikringstager i tilfælde af engangsbetaling samt bedste skøn for tilbagevendende udbetalinger
 - c) Trin 3: beregning af gennemsnittet af de to værdier, der er fastsat i trin 2, vægtet efter den i trin 1 beregnede andel.

- 1.15. Uanset afsnit 1.14 i disse retningslinjer bør selskabet anvende den højeste af de to værdier frem for et vægtet gennemsnit, såfremt valget mellem en engangsbetaling og tilbagevendende betalinger sker efter ydelsesmodtagerens skøn.
- 1.16. Selskaberne bør begrunde de antagelser, der ligger til grund for beregningen af de i afsnit 1.14 omtalte andele. Såfremt selskaberne ikke kan begrunde beregningen af andelene til tilsynsmyndighedens tilfredshed, bør de beregne værdien af ydelserne ud fra den højeste værdi mellem engangsbetalingen og det bedste skøn for tilbagevendende udbetalinger.
- 1.17. Såfremt invaliditetsydelsens beløbsmæssige størrelse afhænger af tilskadekomne personers invaliditetsgrad, bør selskaberne beregne værdien af ydelserne for alle personer på følgende måde:
- a) udlede en fordeling af invaliditetsgraden blandt de tilskadekomne personer
 - b) beregne de skadesomkostninger, der er forbundet med hver invaliditetsgrad
 - c) anvende fordelingen af invaliditetsgrader til de dermed forbundne skadesomkostninger.
- 1.18. Selskaberne bør begrunde de antagelser, der ligger til grund for beregningen af den i afsnit 1.17 anførte fordeling af invaliditetsgrader. Såfremt selskaberne ikke kan begrunde beregningen af andelene til tilsynsmyndighedens tilfredshed, bør de for alle forsikrede personer anvende den højeste skadesomkostning for alle invaliditetsgrader.
- 1.19. Ved beregningen af bedste skøn for tilbagevendende udbetalinger ved begivenheder kategoriseret som "Permanent invaliditet som følge af en ulykke" bør selskaberne antage, at udbetalinger foretages i hele den ydelsesperiode, der er angivet i policens vilkår og betingelser, som dog bortfalder i tilfælde af død.
- 1.20. I beregningen bør selskabernes antagelser om dødeligheden for personer med permanent invaliditet være realistiske og baseret på offentlige eller interne statistikker. Selskaberne bør kunne begrunde sådanne antagelser.
- 1.21. Selskaberne bør i beregningen af værdien af ydelser tage højde for forventede stigninger i beløbet for tilbagevendende ydelser samt skadebehandlingsomkostninger

Retningslinje 4 - Beregning af forsikringssummen for ydelser i forbindelse med invaliditet i op til henholdsvis ti år og tolv måneder

- 1.22. Såfremt den begunstigede kan modtage enten engangsbetaling eller tilbagevendende ydelser, idet begivenheden kategoriseres som "Invaliditet, der varer 10 år, som følge af en ulykke" eller "Invaliditet, der varer 12 måneder, som følge af en ulykke", bør selskaberne anvende samme metode som anført under retningslinje 3.

- 1.23. Såfremt invaliditetsydelsens beløbsmæssige størrelse afhænger af tilskadekomne personers invaliditetsgrad, bør selskaberne anvende samme metode som anført i afsnit 1.17 og 1.18 under retningslinje 3.
- 1.24. Ved beregning af bedste skøn for de tilbagevendende ydelser i forbindelse med begivenheder, som kan kategoriseres som "Invaliditet, der varer 10 år, som følge af en ulykke" eller "Invaliditet, der varer 12 måneder, som følge af en ulykke", bør selskaberne udelukke enhver udtrædelsesårsag og tage højde for alle fremtidige betalinger mellem:
- udgangen af en opsat periode
 - udgangen af perioden på henholdsvis 10 år eller 12 måneder eller, hvis denne falder på en tidligere dato, udgangen af dækningsperioden.
- 1.25. I beregningen bør selskaberne tage højde for forventede stigninger i beløbet for tilbagevendende ydelser samt skadebehandlingsomkostninger.

Retningslinje 5 - Beregning af forsikringssummen for medicinsk behandling som følge af tilskadekomst

- 1.26. Selskaberne bør beregne gennemsnitsbeløbene for begivenheder, der kan kategoriseres som "Medicinsk behandling som følge af tilskadekomst", på samme måde som ydelserne for medicinsk behandling som følge af tilskadekomst observeret i tidligere år, herunder relaterede udgifter, divideret med antallet af enkeltstående krav svarende til disse ydelser.
- 1.27. Selskaberne bør sikre, at observationsperioden er lang nok til, at statistiske fejl kan minimeres.
- 1.28. Ved beregningen af gennemsnitsbeløb bør selskaberne justere tidligere data i forhold til inflationsraten for medicinske betalinger.
- 1.29. Hvis en medicinsk behandling forventes at vare mere end ét år, bør selskaberne tage højde for den forventede inflationsrate for medicinske betalinger.
- 1.30. Selskaberne bør foretage en passende skelnen mellem ydelser betalt for medicinsk behandling som følge af tilskadekomst og andre ydelser baseret på tidligere observationer. Selskaberne bør supplere denne analyse med en ekspertvurdering, såfremt dette er nødvendigt. Selskaberne bør basere samtlige skøn på offentlige eller interne statistikker. Selskaberne bør kunne begrunde sådanne antagelser til tilsynsmyndighedernes tilfredshed.

Retningslinje 6 - Beregning af forsikringssummen i delmodulet for ulykkeskoncentrationsrisici

- 1.31. Ved beregningen af værdien af de i artikel 162, stk. 4, litra c, i Forordning (EU) 2015/35 omtalte ydelser bør selskaberne anvende de i retningslinje 2 til 4 anførte principper.
- 1.32. Såfremt en forsikringstager er dækket af to eller flere aftaler med ydelser ved begivenheder, der kan kategoriseres som type e, og som ikke gensidigt udelukker hinanden, bør selskaberne lægge ydelserne for de forskellige aftaler

sammen for at fastsætte SI (e,i), jf. Forordning (EU) 2015/35 artikel 162, stk. 4, litra c.

Retningslinje 7 - Beregning af indtægtsbeskyttelsen i tilfælde af eksponering for pandemi

1.33. Såfremt aftalen giver ret til tilbagevendende ydelser, bør selskaberne beregne bedste skøn for ydelserne i tilfælde af permanent uarbejdsdygtighed som følge af en infektionssygdom, jf. Forordning (EU) 2015/35 artikel 163, stk. 2, litra b, på samme måde som anført i retningslinje 3, for at opnå bedste skøn for ydelser i tilfælde af en begivenhed, der kan kategoriseres som "Permanent invaliditet som følge af en ulykke".

Retningslinje 8 - Beregning af bedste skøn for lægeudgifter

1.34. Selskaberne bør beregne bedste skøn for beløb, der skal betales i forbindelse med anvendelse af sundhedsydelser h , jf. Forordning (EU) 2015/35 artikel 163, som produktet af:

- a) det forventede antal sundhedsbehandlinger h pr. forsikringstager
- b) den forventede gennemsnitlige skadesomkostning pr. sundhedsbehandling h

hvor det forventede antal sundhedsbehandlinger som minimum har en værdi på 1.

1.35. Baseret på egne erfaringer bør selskaberne foretage et nøjagtigt skøn over:

- a) det forventede antal anvendte sundhedsbehandlinger h
- b) den gennemsnitlige skadesomkostning for hver enkelt sundhedsbehandling h

1.36. Såfremt selskaberne kan begrunde, at tidligere erfaringer ikke giver mulighed for et nøjagtigt skøn, bør de for det forventede antal sundhedsbehandlinger for anvendelse af sundhedsydelsen, der kan kategoriseres som "Hospitalsindlæggelse" og "Ingen lægebehandling modtaget", anvende en værdi på 1 og for anvendelse af sundhedsydelsen, der kan kategoriseres som "Konsultationer med praktiserende læge", anvende en værdi på 2.

1.37. Selskaberne bør justere skønnet for den gennemsnitlige skadesomkostning i forhold til inflationsraten for medicinske behandlinger og eventuelt supplere med en ekspertvurdering. Observationsperioden bør være lang nok til, at statistiske fejl kan undgås.

Overholdelse og indberetningsregler

1.38. Dette dokument indeholder retningslinjer udstedt i henhold til artikel 16 i EIOPA-forordningen. I overensstemmelse med EIOPA-forordningens artikel 16, stk. 3, skal de nationale kompetente myndigheder bestræbe sig på bedst muligt at efterleve retningslinjer og henstillinger.

- 1.39. Kompetente myndigheder, der efterlever eller agter at efterleve disse retningslinjer, bør på passende vis indarbejde dem i deres lov- eller tilsynsrammer.
- 1.40. Kompetente myndigheder underretter EIOPA om, hvorvidt de efterlever eller agter at efterleve disse retningslinjer, og angiver deres begrundelse for eventuelt manglende efterlevelse senest to måneder efter udstedelsen af de oversatte versioner.
- 1.41. Hvis de kompetente myndigheder ikke har svaret inden denne dato, anses de for ikke at efterleve indberetningen og indberettes i overensstemmelse hermed.

Afsluttende bestemmelse om revision

- 1.42. Disse retningslinjer revideres af EIOPA.