

Directrices sobre el submódulo de riesgo de catástrofe del seguro de enfermedad

Introducción

- 1.1. De conformidad con el artículo 16 del Reglamento (UE) nº 1094/2010 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 24 de noviembre de 2010, por el que se crea una Autoridad Europea de Supervisión («Reglamento de la AESPJ»)¹La AESPJ procede a emitir unas directrices sobre el submódulo de riesgo de catástrofe del seguro de enfermedad. Las presentes Directrices hacen referencia al artículo 105, apartado 4, de la Directiva 2009/138/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 25 de noviembre de 2009, sobre el acceso a la actividad de seguro y de reaseguro y su ejercicio (en lo sucesivo, «Solvencia II»)², así como a los artículos 160 a 163 y el anexo VI de las Medidas de ejecución³.
- 1.2. Las presentes Directrices están dirigidas a las autoridades de supervisión incluidas en Solvencia II.
- 1.3. Con estas Directrices se pretende facilitar prácticas convergentes en todos los Estados miembros y ayudar a las empresas a identificar y calcular adecuadamente las cantidades implicadas en el cálculo del capital obligatorio de riesgo de catástrofe del seguro de enfermedad en los distintos casos y situaciones posibles.
- 1.4. Los cálculos para determinar el capital obligatorio para el submódulo de riesgo de catástrofe del seguro de enfermedad deben ser conformes con la definición y configuración de los escenarios subyacentes.
- 1.5. Las empresas de seguros y de reaseguros pueden afrontar distintas situaciones en función de las características de sus productos y de las legislaciones nacionales.
- 1.6. A los efectos de las presentes Directrices, se utiliza la siguiente definición:
 - Por «reclamación única» se entiende la reclamación que se realiza cuando un asegurado concreto sufre un determinado suceso.
- 1.7. Si no se definen en las presentes Directrices, los términos tendrán el significado definido en los actos jurídicos mencionados en la introducción.
- 1.8. Las Directrices entrarán en vigor el 1 de abril de 2015.

Directriz 1 - Disposiciones generales relativas al cálculo de las exigencias de capital para el riesgo de catástrofe del seguro de enfermedad

- 1.9. Cuando sea necesario determinar la causa de un escenario de catástrofe a la hora de calcular los requisitos de capital para el submódulo del riesgo de catástrofe del seguro de enfermedad y los efectos descritos en los escenarios puedan tener diversas causas, para realizar el cálculo las empresas deberían utilizar la causa que conlleve la mayor pérdida de fondos propios básicos. Más

¹ DO L 331 de 15.12.2010, pp. 48-83

² DO L 335 de 17.12.2009, pp. 1-155

³ DO L 12 de 17.01.2015, pp. 1-797

concretamente, las empresas no deberían excluir el escenario donde algunas posibles causas del escenario de catástrofe quedan excluidas por las condiciones de la póliza (por ejemplo, el terrorismo).

Directriz 2 - Cálculo de la suma asegurada correspondiente a la prestación por muerte accidental

- 1.10. Cuando un contrato de seguros establezca prestaciones en caso de fallecimiento, independientemente de cuál sea la causa, así como prestaciones adicionales en caso de que la muerte esté causada por un accidente, las empresas únicamente deberían tener en cuenta las prestaciones adicionales a la hora de calcular el valor de las prestaciones a que se refiere el artículo 161, apartado 3, letra b), y el artículo 162, apartado 4, letra c), de las Medidas de ejecución, siempre que se cumplan las siguientes condiciones:
- a) las prestaciones han sido desagregadas;
 - b) los riesgos relativos a las prestaciones en caso de muerte, independientemente de cuál sea la causa, se tendrán debidamente en cuenta en el módulo del riesgo de suscripción del seguro de vida.
- 1.11. Cuando se prevean pagos de prestaciones recurrentes adicionales en caso de muerte por accidente, las empresas deberían basar el cálculo del valor de las prestaciones que se deben pagar en parámetros de las mejores estimaciones (tabla de mortalidad y curva de tasas de descuento), teniendo en cuenta las características demográficas pertinentes. Las empresas también deberían reflejar en el cálculo la duración contractual de los pagos de prestaciones recurrentes.
- 1.12. Cuando los datos demográficos no se encuentren disponibles o sean insuficientes, para calcular el valor de las prestaciones las empresas deberían utilizar hipótesis realistas en relación con los parámetros demográficos basadas en estadísticas públicas o internas. Las empresas deberían ser capaces de justificar estas hipótesis a satisfacción de la autoridad de supervisión.
- 1.13. A la hora de calcular el valor de las prestaciones, las empresas deberían tener en cuenta los aumentos previstos en el importe correspondiente a los pagos de prestaciones recurrentes y a los gastos de gestión de siniestros.

Directriz 3 - Cálculo de la suma asegurada correspondiente a las prestaciones por incapacidad permanente

- 1.14. Cuando las prestaciones por incapacidad puedan pagarse tanto en un pago único como en pagos recurrentes, las empresas deberían adoptar un enfoque compuesto de tres pasos para determinar el valor de las prestaciones a que se refiere el artículo 161, apartado 3, letra b), y el artículo 162, apartado 4, letra c), de las Medidas de ejecución:
- a) Paso 1: determinación de la proporción prevista de los pagos de las prestaciones en forma de pago único.

- b) Paso 2: determinación, para cada asegurado, de las prestaciones en caso de pago único y de la mejor estimación de las prestaciones recurrentes.
 - c) Paso 3: cálculo de la media entre los dos valores determinados en el paso 2, ponderados de acuerdo con la proporción calculada en el paso 1.
- 1.15. No obstante lo dispuesto en el apartado 1 de estas Directrices, cuando sea el beneficiario quien elige entre el pago único y los pagos recurrentes, la empresa debería utilizar el máximo de los dos valores en lugar de una media ponderada.
- 1.16. Las empresas deberían justificar las hipótesis sobre las que se basa el cálculo de las proporciones a que se refiere el apartado 1. Cuando las empresas no puedan justificar el cálculo de las proporciones a satisfacción de la autoridad de supervisión, deberían calcular el valor de las prestaciones en función del valor máximo que resulte entre el pago único y la mejor estimación de las prestaciones recurrentes.
- 1.17. Cuando el importe correspondiente a los pagos de la prestación por incapacidad dependa del grado de discapacidad de los perjudicados, las empresas deberían calcular el valor de las prestaciones de todas las personas del siguiente modo:
- a) determinación de una distribución de los grados de discapacidad entre los perjudicados;
 - b) cálculo de los costes del siniestro asociados a cada grado de discapacidad;
 - c) aplicación de la distribución de los grados a los costes del siniestro asociados según proceda.
- 1.18. Las empresas deberían justificar las hipótesis sobre las que se basa el cálculo de la distribución de los grados referida en el apartado 4. Cuando las empresas no puedan justificar el cálculo de las proporciones a satisfacción de la autoridad de supervisión, deberían utilizar para todos los asegurados el coste máximo del siniestro en todos los grados de discapacidad.
- 1.19. Para calcular la mejor estimación de los pagos de prestaciones recurrentes para el tipo de suceso «Incapacidad permanente causada por un accidente», las empresas deberían asumir que los pagos se efectúan con respecto a todo el periodo de la prestación especificado en las condiciones de la póliza, pero que se pueden producir bajas por fallecimiento.
- 1.20. Para realizar el cálculo, las empresas deberían realizar hipótesis realistas sobre las tasas de mortalidad correspondientes a las personas con incapacidad permanente basadas en estadísticas públicas o internas. Las empresas deberían ser capaces de justificar estas hipótesis.
- 1.21. A la hora de calcular el valor de las prestaciones, las empresas deberían tener en cuenta los aumentos previstos en el importe correspondiente a los pagos de prestaciones recurrentes y a los gastos de gestión de siniestros.

Directriz 4 - Cálculo de la suma asegurada correspondiente a las prestaciones por incapacidad de diez años y de doce meses

- 1.22. Cuando el beneficiario pueda recibir un pago único o pagos de prestaciones recurrentes para los tipos de suceso «Incapacidad por una duración de 10 años causada por un accidente» o «Incapacidad por una duración de 12 meses causada por un accidente», las empresas deberían aplicar el mismo enfoque que el establecido en la Directriz 3.
- 1.23. Cuando el importe correspondiente a los pagos de la prestación por incapacidad dependa del grado de discapacidad de los perjudicados, las empresas deberían aplicar el mismo enfoque que el establecido en los apartados 4 y 5 de la Directriz 3.
- 1.24. A la hora de calcular la mejor estimación de los pagos de prestaciones recurrentes para el tipo de suceso «Incapacidad por una duración de 10 años causada por un accidente» o «Invalidez por una duración de 12 meses causada por un accidente», las empresas deberían excluir toda causa de baja y tener en cuenta todos los pagos futuros comprendidos entre:
 - a) el final de cualquier periodo diferido;
 - b) el final del periodo de 10 años o 12 meses o bien, si sucede antes, el final del periodo de cobertura.
- 1.25. A la hora de realizar el cálculo, las empresas deberían tener en cuenta los aumentos previstos en el importe correspondiente a los pagos de prestaciones recurrentes y a los gastos de gestión de siniestros.

Directriz 5 - Cálculo de la suma asegurada correspondiente a un tratamiento médico causado por un accidente

- 1.26. Las empresas deberían calcular el promedio de los importes para el tipo de suceso «Tratamiento médico causado por un accidente», como las prestaciones correspondientes al tratamiento médico causado por un accidente que se hayan observado en años anteriores, incluidos los gastos conexos, divididos por el número de reclamaciones únicas relativas a estas prestaciones.
- 1.27. Las empresas deberían garantizar que el periodo de observación sea lo suficientemente prolongado como para minimizar los errores estadísticos.
- 1.28. Para calcular el promedio de los importes, las empresas deberían ajustar los datos obtenidos en el pasado a la tasa de inflación de los pagos médicos.
- 1.29. Cuando se prevea que la duración de un tratamiento va a ser superior a un año, las empresas deberían tener en cuenta la tasa de inflación prevista de los pagos médicos.
- 1.30. Las empresas deberían diferenciar adecuadamente entre las prestaciones que se pagan por un tratamiento médico causado por un accidente y otras prestaciones basadas en observaciones obtenidas en el pasado. Si fuese necesario, las empresas deberían complementar este análisis con la opinión de expertos. Las empresas deberían basar todas las estimaciones en estadísticas

públicas o internas y ser capaces de justificar estas hipótesis a satisfacción de la autoridad de supervisión.

Directriz 6 - Cálculo de la suma asegurada en el submódulo de riesgo de concentración de accidentes

- 1.31. Para calcular el valor de las prestaciones a que se refiere el artículo 162, apartado 4, letra c) de las Medidas de ejecución, las empresas deberían aplicar los mismos principios que los establecidos en las Directrices 2 a 4.
- 1.32. Cuando un asegurado esté cubierto por dos o varios contratos con pagos de prestaciones para el tipo de suceso «e» que no sean mutuamente excluyentes, las empresas deberían sumar los pagos de prestaciones de los distintos contratos para determinar $SI(e,i)$ de conformidad con el artículo 162, apartado 4, letra c) de las Medidas de ejecución.

Directriz 7 - Cálculo de la exposición pandémica del seguro de protección de ingresos

- 1.33. Cuando el contrato prevea pagos de prestaciones recurrentes, las empresas deberían calcular la mejor estimación de los pagos de prestaciones en caso de incapacidad laboral permanente causada por una enfermedad infecciosa conforme a lo dispuesto en el artículo 163, apartado 2, letra b) de las Medidas de ejecución, del mismo modo que se establece en la Directriz 3 para la mejor estimación de los pagos de prestaciones para el tipo de suceso «Incapacidad permanente causada por un accidente».

Directriz 8 - Cálculo de la mejor estimación de los importes correspondientes a los gastos médicos

- 1.34. Las empresas deberían calcular la mejor estimación de los importes que se deben pagar por la utilización de asistencia sanitaria «h» a que se refiere el artículo 163 de las Medidas de ejecución como el producto de:
 - a) el número previsto de tratamientos sanitarios h para un asegurado;
 - b) el coste medio previsto del siniestro para un único tratamiento sanitario h
cuando el número previsto de tratamientos sanitarios tenga al menos el valor de 1.
- 1.35. Las empresas deberían hacer una estimación precisa basada en su propia experiencia en relación con:
 - a) el número previsto de usos de cada tratamiento sanitario h ;
 - b) el coste medio del siniestro para un único uso de cada tratamiento sanitario h .
- 1.36. Cuando las empresas puedan justificar que la experiencia pasada no permite realizar una estimación precisa, deberían utilizar como número previsto para los tratamientos sanitarios de los tipos de uso sanitario «Hospitalización» y «No se

ha buscado atención médica convencional» el valor 1, y para el tipo de uso sanitario «Consulta a un profesional sanitario» el valor 2.

- 1.37. Las empresas deberían ajustar la estimación del coste medio del siniestro a la tasa de inflación de los pagos médicos, y complementarla si fuese necesario con la opinión de expertos. El periodo de observación debe ser lo suficientemente prolongado como para evitar los errores estadísticos.

Cumplimiento y normas de notificación

- 1.38. Este documento contiene las Directrices elaboradas de conformidad con el artículo 16 del Reglamento AESPJ. De conformidad con el apartado 3 del artículo 16 del Reglamento AESPJ, las autoridades competentes y entidades financieras harán todo lo posible para atenerse a estas Directrices y recomendaciones.
- 1.39. Las autoridades competentes que cumplan o tengan intención de cumplir estas Directrices deberían incorporarlas a su legislación de forma adecuada.
- 1.40. Las autoridades competentes deberán confirmar a la AESPJ si cumplen o tienen intención de cumplir estas Directrices, indicando las razones en caso de incumplimiento, en un plazo de 2 meses a partir de su publicación.
- 1.41. En ausencia de respuesta dentro de este plazo, se considerará que las autoridades competentes han incumplido el requisito de notificación.

Disposición final sobre las revisiones

- 1.42. Las presentes Directrices serán objeto de revisión por parte de la AESPJ.