

Richtsnoeren voor de ondermodule rampenrisico in de ziektekostenverzekeringsbranche

Inleiding

- 1.1. In overeenstemming met artikel 16 van Verordening (EU) nr. 1094/2010 van het Europees Parlement en de Raad van 24 november 2010 tot vaststelling van een Europese toezichthoudende autoriteit (hierna "de Eiopa-verordening" genoemd)¹ formuleert Eiopa richtsnoeren voor de ondermodule rampenrisico in de ziektekostenverzekeringsbranche. Deze richtsnoeren hebben betrekking op artikel 105, lid 4, van Richtlijn 2009/138/EG van het Europees Parlement en de Raad van 25 november 2009 betreffende de toegang tot en uitoefening van het verzekerings- en het herverzekeringsbedrijf (Solvabiliteit II)², evenals op de artikelen 160 tot en met 163 en bijlage VI van de uitvoeringsmaatregelen³.
- 1.2. Deze richtsnoeren zijn gericht tot de toezichthoudende autoriteiten uit hoofde van Solvabiliteit II.
- 1.3. Deze richtsnoeren beogen de convergentie van praktijken tussen de lidstaten te faciliteren en ondernemingen te ondersteunen bij het op passende wijze vaststellen en berekenen van het kapitaalvereiste voor rampenrisico's in de ziektekostenverzekeringsbranche in verschillende mogelijke gevallen en situaties.
- 1.4. De berekeningen voor de bepaling van het kapitaalvereiste voor de ondermodule rampenrisico in de ziektekostenverzekeringsbranche dienen aan te sluiten bij de opzet en kalibratie van de onderliggende hypothesen.
- 1.5. Verzekerings- en herverzekeringsondernemingen kunnen afhankelijk van de kenmerken van hun producten en de nationale wetgeving met verschillende situaties worden geconfronteerd.
- 1.6. Voor deze richtsnoeren is de volgende definitie ontwikkeld:
 - Onder "individuele vordering" wordt verstaan een vordering na het optreden van één bepaalde gebeurtenis bij één geïdentificeerde verzekerde persoon.
- 1.7. Indien begrippen niet in deze richtsnoeren worden gedefinieerd, hebben zij de betekenis zoals omschreven in de rechtshandelingen waarnaar in de inleiding wordt verwezen.
- 1.8. De richtsnoeren zijn van toepassing vanaf 1 april 2015.

¹ PB L 331 van 15.12.2010, blz. 48-83.

² PB L 335 van 17.12.2009, blz. 1-155.

³ PB L 12 van 17.01.2015, blz. 1-797.

Richtsnoer 1 — Algemene bepalingen voor de berekening van kapitaalopslagen voor rampenrisico's in de ziektekostenverzekeringsbranche.

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

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

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

(a) de uitkeringen zijn gesplitst;

(b) in de module levensverzekeringstechnisch risico wordt naar behoren rekening gehouden met de risico's van de uitkeringen bij overlijden, ongeacht de oorzaak.

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

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

1.13. Bij de berekening van de waarde van de uitkeringen moeten ondernemingen verwachte toenames van het bedrag aan periodieke betalingen van de uitkering en schaderegelingskosten kunnen verantwoorden.

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

- 1.14. Wanneer de invaliditeitsuitkeringen als een eenmalige betaling of als periodieke betalingen worden uitgekeerd, volgen ondernemingen een methode bestaande uit drie stappen teneinde de waarde van de uitkeringen als bedoeld in artikel 161, lid 3, onder b), en artikel 162, lid 4, onder c), van de uitvoeringsmaatregelen te bepalen:
- (a) Stap 1: bepaling van het verwachte aandeel van de uitkering in de vorm van een eenmalige betaling.
 - (b) Stap 2: bepaling, voor elke verzekerde persoon, van de uitkeringen in geval van een eenmalige betaling en de best mogelijke schatting van de periodieke uitkeringen.
 - (c) Stap 3: berekening van het gemiddelde tussen beide waarden die zijn vastgesteld in stap 2, gewogen naar het percentage berekend in stap 1.
- 1.15. Onverminderd paragraaf 1 van dit richtsnoer dient, wanneer de keuze tussen een eenmalige betaling of periodieke betalingen wordt bepaald door de begunstigde, de onderneming de maximale waarde van beide waardes te hanteren in plaats van het gewogen gemiddelde.
- 1.16. Ondernemingen moeten de juistheid aantonen van de aannames die ten grondslag liggen aan de berekening van de percentages bedoeld in paragraaf 1. Wanneer zij dit niet naar tevredenheid van de toezichhoudende autoriteit kunnen aantonen, moeten zij de waarde van de uitkeringen berekenen als het maximum tussen de eenmalige betaling en de best mogelijke schatting van de periodieke uitkeringen.
- 1.17. Wanneer het bedrag van de betalingen van de invaliditeitsuitkeringen afhankelijk is van de mate van invaliditeit van de betrokken personen, berekenen ondernemingen de waarde van de uitkeringen voor alle personen op de volgende wijze:
- (a) hanteer een verdeling van de mate van invaliditeit tussen de betrokken personen;
 - (b) bereken de kosten van de vordering voor elke mate van invaliditeit;
 - (c) pas verdeling van de mate van invaliditeit dienovereenkomstig toe op de kosten van de bijbehorende vordering.
- 1.18. Ondernemingen moeten de juistheid aantonen van de aannames die ten grondslag liggen aan de berekening van de verdeling van mate van invaliditeit zoals bedoeld in paragraaf 4. Wanneer zij dit niet naar tevredenheid van de toezichhoudende autoriteit kunnen aantonen, moeten zij voor alle verzekerde personen de maximale kosten van de vordering voor elke mate van invaliditeit hanteren.
- 1.19. Bij de berekening van de best mogelijke schatting van de periodieke betalingen van vergoedingen voor het gebeurtenistype "permanente invaliditeit ten gevolge een ongeval", gaan ondernemingen ervan uit dat betalingen worden

gedaan over de volledige uitkeringsperiode zoals omschreven in de polisvoorwaarden, maar dat een stopzetting ten gevolge van overlijden kan optreden.

- 1.20. Voor de berekening maken ondernemingen realistische aannames van het overlijdensrisico van mensen met een blijvende invaliditeit op basis van openbare of interne statistieken. Ondernemingen moeten de juistheid van deze aannames kunnen aantonen.
- 1.21. Bij de berekening van de waarde van de uitkeringen moeten ondernemingen verwachte toenames van het bedrag van periodieke betalingen van de uitkering en schaderegelingskosten kunnen verantwoorden.

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

- 1.22. Wanneer de begunstigde een eenmalige betaling of de betaling van periodieke uitkeringen kan ontvangen in geval van het type gebeurtenissen "invaliditeit van 10 jaar ten gevolge van een ongeval" of "invaliditeit van 12 maanden ten gevolge van een ongeval", hanteren ondernemingen dezelfde methode als die in richtsnoer 3.
- 1.23. Wanneer het bedrag van de betalingen van invaliditeitsuitkeringen afhankelijk is van de mate van invaliditeit van de benadeelde personen, hanteren ondernemingen dezelfde aanpak als omschreven in richtsnoer 3, paragrafen 4 en 5.
- 1.24. Bij de berekening van de best mogelijke schatting van de betaling van periodieke uitkeringen voor een gebeurtenis van het type "invaliditeit van 10 jaar ten gevolge van een ongeval" of "invaliditeit van 12 maanden ten gevolge van een ongeval", moeten ondernemingen alle exitoorzaken uitsluiten en rekening houden met alle toekomstige betalingen tussen:
 - (a) het einde van elke wachttijd;
 - (b) het einde van de periode van 10 jaar of 12 maanden of, indien dit eerder is, het einde van de dekkingsperiode.
- 1.25. Bij de berekening moeten ondernemingen de verwachte toenames van het bedrag van de periodieke betaling van de uitkering en schaderegelingskosten kunnen verantwoorden.

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

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

- 1.27. Ondernemingen zorgen ervoor dat de observatieperiode lang genoeg is om statistische fouten zoveel mogelijk te beperken.
- 1.28. Voor de berekening van de gemiddelde bedragen passen ondernemingen eerdere gegevens voor het inflatiepercentage van medische betalingen aan.
- 1.29. Wanneer een medische behandeling naar verwachting langer dan één jaar zal duren, houden ondernemingen rekening met het verwachte inflatiepercentage van medische betalingen.
- 1.30. Ondernemingen dienen op passende wijze een onderscheid maken tussen uitkeringen voor een medische behandeling als gevolg van een ongeval en andere uitkeringen op grond van eerdere observaties. Indien nodig vullen ondernemingen deze analyse aan met het advies van deskundigen. Ondernemingen baseren alle schattingen op openbare of interne statistieken. Zij moeten de juistheid van deze aannames naar tevredenheid van de toezichthoudende autoriteit kunnen aantonen.

Richtsnoer 6 – Berekening van het verzekerde bedrag in de ondermodule risico van ongevalconcentratie

- 1.31. Voor de berekening van de waarde van de uitkeringen als bedoeld in artikel 162, lid 4, onder c), van de uitvoeringsmaatregelen hanteren ondernemingen dezelfde beginselen als die welke in richtsnoeren 2 tot en met 4 zijn uiteengezet.
- 1.32. Wanneer een verzekerde door twee of meer overeenkomsten met betaling van uitkeringen is gedekt in het geval van het gebeurtenistype e en de overeenkomsten elkaar niet uitsluiten, tellen ondernemingen de betalingen van de uitkering voor de verschillende overeenkomsten bij elkaar op om $SI(e, i)$ te bepalen, als bedoeld in artikel 162, lid 4, onder c), van de uitvoeringsmaatregelen.

Richtsnoer 7 – Berekening van de blootstelling aan inkomensbescherming bij pandemie

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

Richtsnoer 8 – Berekening van de best mogelijke schatting van de bedragen van de medische kosten.

- 1.34. Ondernemingen berekenen de best mogelijke schatting van de uit te keren bedragen voor zorggebruik h als bedoeld in artikel 163 van de uitvoeringsmaatregelen als het product van:

- (a) het verwachte aantal medische behandelingen h voor een verzekerde persoon;
 - (b) de verwachte gemiddelde vorderingskosten voor een eenmalige medische behandeling h ,
waarbij het verwachte aantal medische behandelingen ten minste een waarde 1 heeft.
- 1.35. Ondernemingen maken op basis van hun eigen ervaringen een nauwkeurige schatting van:
- (a) het verwachte aantal keren dat op elke medische behandeling h een beroep wordt gedaan;
 - (b) de gemiddelde vorderingskosten voor een eenmalig gebruik van elke medische behandeling h .
- 1.36. Wanneer ondernemingen kunnen aantonen dat met eerdere ervaringen een precieze schatting niet mogelijk is, moeten zij een waarde 1 hanteren voor het verwachte aantal medische behandelingen voor het zorggebruik van het type "duur ziekenhuisopname" en het type "geen formele medische zorg gezocht" en een waarde 2 voor het zorggebruik van het type "overleg met een arts".
- 1.37. Ondernemingen dienen de schatting van de gemiddelde vorderingskosten voor het inflatiepercentage van de medische betalingen aan te passen en deze waar nodig aan te vullen met een deskundige beoordeling. De observatieperiode dient lang genoeg te zijn om statistische fouten te vermijden.

Nalevings- en rapportageregels

- 1.38. Dit document bevat richtsnoeren die zijn uitgebracht uit hoofde van artikel 16 van de Eiopa-verordening. Ingevolge artikel 16, lid 3, van de Eiopa-verordening moeten bevoegde autoriteiten en financiële instellingen zich tot het uiterste inspannen om de richtsnoeren en aanbevelingen na te leven.
- 1.39. Bevoegde autoriteiten die voldoen of van plan zijn te voldoen aan deze richtsnoeren, dienen deze op een passende manier op te nemen in hun wetgevende of toezichthoudende kader.
- 1.40. Bevoegde autoriteiten bevestigen Eiopa binnen twee maanden na publicatie van de vertaalde versies of zij aan deze richtsnoeren voldoen of voornemens zijn hieraan te voldoen, of geven anders redenen voor niet-naleving op.
- 1.41. Indien op deze uiterste datum geen antwoord is ontvangen, zullen de bevoegde autoriteiten worden beschouwd als autoriteiten die niet voldoen aan de rapportageverplichtingen, en als zodanig worden geregistreerd.

Slotbepaling inzake herzieningen

- 1.42. Deze richtsnoeren kunnen door Eiopa worden herzien.