

Rundschreiben 2010/3

Krankenversicherung nach VVG

Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung und Spezialfragen der privaten Krankenversicherung

Referenz:	FINMA-RS 10/3 „Krankenversicherung nach VVG“
Erlass:	18. März 2010
Inkraftsetzung:	1. Mai 2010
Letzte Änderung:	6. Mai 2021 [Änderungen sind mit * gekennzeichnet und am Schluss des Dokuments aufgeführt]
Rechtliche Grundlagen:	FINMAG Art. 7 Abs. 1 Bst. b VAG Art. 4 Abs. 2 Bst. d und r, 5 Abs. 1, 11 Abs. 1, 16, 38, 46 AVO Art. 3 Abs. 1, 54, 69, 117, 123, 155, 157 AVO-FINMA Art. 3
Anhang:	Glossar

Adressaten						
BankG	VAG	FINIG	FinfraG	KAG	GwG	Andere
Banken						
Finanzgruppen und -kongl.						
Andere Intermediäre						
X Versicherer						
Vers.-Gruppen und -Kongl.						
Vermittler						
Vermögensverwalter						
Trustees						
Verwalter von Koll.vermögen						
Fondsleitungen						
Kontoführende Wertpapierhäuser						
Nicht kontoführ. Wertpapierhäuser						
Verwalter von Vorsorgevermögen						
Handelsplätze						
Zentrale Gegenparteien						
Zentralverwalter						
Transaktionsregister						
Zahlungssysteme						
Teilnehmer						
SICAV						
KmG für KKA						
SICAF						
Depobanken						
Vertreter ausl. KKA						
Andere Intermediäre						
SRO						
SRO-Beaufichtigte						
Prüfgesellschaften						
Ratingagenturen						

I. Zweck	Rz	1
II. Geltungsbereich	Rz	2–4
III. Vorlagepflicht	Rz	5–7
IV. Versicherungstechnik	Rz	8–57
A. Bandbreite eines gesetzlich zulässigen technischen Ergebnisses eines Produkts	Rz	8-9
B. Erfassung aller wesentlichen Risiken	Rz	10–13
a) Anforderungen an den Tarif	Rz	10–11
b) Beschränkungen bei der Zulassung der Finanzierungsverfahren	Rz	12–13
C. Versicherungstechnische Rückstellungen	Rz	14–29
a) Bildung und Bewertung	Rz	14–20
b) Zuordnung	Rz	21–22
c) Auflösung	Rz	23
d) Nicht mehr benötigte versicherungstechnische Rückstellungen	Rz	24
e) Mitgabe von Alterungsrückstellungen	Rz	25–29
D. Gestaltung der Tarifstruktur	Rz	30–34
E. Technisch begründete und unbegründete Abschläge	Rz	35–37.5
F. Anpassung bestehender Tarife	Rz	38–39.3
G. <i>Aufgehoben</i>	Rz	40–44
H. <i>Aufgehoben</i>	Rz	45–56
I./J. Werbung für noch nicht genehmigte Produkte	Rz	57

V. Kollektiv-Krankentaggeldversicherung: Erfahrungstarifizierung und Einteilung in Tarifklassen (Art. 157 i.V.m. Art. 123 AVO)	Rz	58–62
A. Information des Versicherungsnehmers	Rz	58–59
B. Tarifgestaltung	Rz	60–62
VI. <i>Aufgehoben</i>	Rz	63–73
VII. Inkraftsetzung und Übergangsbestimmungen	Rz	74–76

Die *kursiv* gedruckten Begriffe sind im Glossar (Anhang) erläutert.

I. Zweck

Das vorliegende Rundschreiben richtet sich an die beaufsichtigten Versicherer, welche den Versicherungszweig B2 „Krankheit“ bzw. A5 „Krankenversicherung“ betreiben. Im Rundschreiben werden in grundsätzlicher Weise versicherungstechnische Fragen zur Tarifierung und zu den Rückstellungen behandelt. Es handelt sich dabei um Vorgaben, die der geltenden Praxis der Aufsichtsbehörde weitgehend entsprechen. 1

II. Geltungsbereich

Das vorliegende Rundschreiben gilt für alle privaten Versicherungsunternehmen und Krankenkassen, welche Krankenversicherungen nach dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG; SR 221.229.1) gemäss den Versicherungszweigen A5 und B2 (vgl. Anhang 1 der Aufsichtsverordnung [AVO; SR 961.011]) betreiben. 2

Die Verträge nach VVG für die Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung und Einzel-Krankentaggeldversicherungen der Branchen B2 und A5 unterliegen den Rz 2 bis 57 und 63 bis 75 dieses Rundschreibens. Die Tarife und Allgemeinen Versicherungsbedingungen der vorgenannten Versicherungen, welche in der Schweiz verwendet werden, bilden einen Bestandteil des Geschäftsplans und sind vorab durch die Eidgenössische Finanzmarktaufsicht (FINMA) zu genehmigen (Art. 4 Abs. 2 Bst. r des Versicherungsaufsichtsgesetzes [VAG; SR 961.01] i.V.m. Art. 5 Abs. 1 VAG). 3

Die Kollektiv-Krankentaggeldversicherungen gelten nicht als Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung. Dementsprechend unterliegen sie nicht der präventiven Kontrolle.¹ Im Rundschreiben sind für die Kollektiv-Krankentaggeldversicherungen ausschliesslich Rz 58 bis 62 und 74 anwendbar, welche insbesondere die Einteilung in die *Tarifklassen* (Art. 157 i.V.m. Art. 123 AVO) sowie die Führung des Geschäftsplans regeln. 4

III. Vorlagepflicht

Der Vorlagepflicht unterliegen *Produkte*, welche vertragliche Verpflichtungen von Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung oder von Einzel-Krankentaggeldversicherungen nach VVG enthalten. Bestehen verschiedene zugelassene Produkte mit vergleichbarer Risikodeckung, die ein privates Versicherungsunternehmen oder eine Krankenkasse zu einem Produkt zusammenfassen möchte, so kann dies mit einer entsprechenden Erklärung im Geschäftsplan erfolgen, sofern die Bestimmungen dieses Rundschreibens eingehalten werden. 5

Versicherungsvertragliche Verpflichtungen, die auf die Risikoverringerung und -vermeidung keinen bezifferbaren Einfluss nehmen, dürfen nicht aus laufenden Prämieinnahmen finanziert werden. Dies trifft namentlich auf Leistungen zu, die das Verhalten von Versicherten hinsichtlich der Gesundheitsförderung und Prävention nicht zu steuern vermögen. 6

¹ Vgl. Bundesverwaltungsgericht: Urteil vom 25.5.2007 betreffend Vorlagepflicht von Tarifen und Allgemeinen Vertragsbedingungen in der kollektiven Krankentaggeldversicherung nach Versicherungsvertragsgesetz (abrufbar unter www.bundesverwaltungsgericht.ch > Entscheide).

Wenn die erwartete Schadenlast für Krankheitsrisiken geringer ist als die Summe der erwarteten Schadenlasten für die übrigen in den *Produkten* enthaltenen Risiken, dann sind die Tarife und Allgemeinen Versicherungsbedingungen zur Deckung solcher akzessorischer Krankheitsrisiken nicht vorlagepflichtig. 7

IV. Versicherungstechnik

A. Bandbreite eines gesetzlich zulässigen technischen Ergebnisses eines Produkts

Das erwartete *technische Ergebnis* resultiert aus der Tarifikalkulation. Es überschreitet weder bei neuen Verträgen noch beim Bestand einen Anteil von 10 % der Prämieinnahmen auf Basis der Vertragsprämie. Bei Tarifen, welche ausschliesslich bei neuen Verträgen angewendet werden, ist das erwartete technische Ergebnis grundsätzlich mindestens null. 8*

Liegt das technische Ergebnis im Schnitt über die letzten drei Jahre bei einem Anteil von mindestens 15 % der Prämieinnahmen auf Basis der Vertragsprämie, so ist der Tarif zu senken. Das Versicherungsunternehmen ist verpflichtet, auf den vertraglich nächstmöglichen Termin ein Tarifanpassungsgesuch zu unterbreiten, damit mittelfristig ein technisches Ergebnis nach Rz 8 erreicht wird. Materialitätsgrenzen können von der FINMA berücksichtigt werden. 9*

B. Erfassung aller wesentlichen Risiken

a) Anforderungen an den Tarif

Zur Begründung des Tarifs für ein neues *Produkt* oder einer Revision des Tarifs für ein bestehendes Produkt evaluiert das private Versicherungsunternehmen oder die Krankenkasse die aktuell vorhersehbaren versicherungstechnischen Risiken. Davon ausgenommen ist die nicht im Voraus kalkulierbare *exogene Teuerung*. Es sind geeignete technische Grundlagen für eine adäquate Evaluation und Quantifizierung der massgeblichen Risiken zu erarbeiten. Es ist darzulegen, wie die finanzielle Deckung erfolgen soll. 10

Aus den vertraglichen Verpflichtungen ist aktuariell der erwartete nominelle Aufwand für die während eines Geschäftsjahres gedeckten Schadenfälle unter Berücksichtigung der statistischen Abweichungen zu ermitteln. 11

b) Beschränkungen bei der Zulassung der Finanzierungsverfahren

a. Das *Ausgaben-Umlageverfahren* darf für Krankenversicherungen nach VVG nicht verwendet werden, da es einer Veränderung der Bestandesstruktur nicht risikogerecht begegnet. 12

b. Ein Ausgleich des Alterungsrisikos darf nicht ohne die Bildung einer geeigneten *Alterungsrückstellung* erfolgen. 13

C. Versicherungstechnische Rückstellungen

a) Bildung und Bewertung

Art. 16 VAG und Art. 54 Abs. 1 AVO verlangen zur Deckung der Verpflichtungen die Bildung ausreichender versicherungstechnischer Rückstellungen. Die Bewertung der versicherungstechnischen Risiken basiert sowohl auf deren Umfang als auch auf dem zu Grunde liegenden *Finanzierungsverfahren*. Die Unsicherheiten der Annahmen und Methoden des gewählten Modells sind zu berücksichtigen. Auf dieser Grundlage werden die entsprechenden Prämienanteile bei der Festsetzung des Tarifs kalkuliert. Die Bedingungen für die Bildung versicherungstechnischer Rückstellungen sind im Geschäftsplan festzulegen und deren Bewertung ist zu dokumentieren. Es bestehen grundsätzlich folgende Kategorien versicherungstechnischer Rückstellungen:

a. *Schadenrückstellungen*: Es sind Schadenrückstellungen nach dem Verfahren der Schaden- und Zahlungsabwicklung zu bilden. Dabei ist der vertragsgemässen Definition des Schadenfalls im Krankenzusatzversicherungsgeschäft besondere Beachtung zu schenken. 15

b. *Alterungsrückstellungen*: Sofern für das *Alterungsrisiko* eine Umverteilung beabsichtigt wird (vgl. Rz 13), ist dieses unter Berücksichtigung der Dynamik in den Versichertenbeständen und des Tarifprofils technisch zu bewerten. Die Alterungsrückstellungen sind so zu dotieren, dass die langfristige Umverteilung sichergestellt ist. 16

c. *Sicherheits- und Schwankungsrückstellungen*: Hier handelt es sich um eine Rückstellung, welche zwei unterschiedliche Risiken abdeckt: 17

- *Rückstellung für Schwankungsrisiken bei Produkten* 18
Rückstellungen für Schwankungsrisiken bei Produkten werden wegen der Unsicherheiten bei der Bestimmung der Schaden- und Alterungsrückstellungen (Sicherheits- und Parameterrisiko) wie auch wegen der im Schadengeschehen inhärenten Zufallsschwankungen (Schwankungsrisiko im engeren Sinn) benötigt. Sie dienen dazu, ungünstige Ergebnisse der Schadenabwicklung wie auch Schwankungen im Schadenaufwand ganz oder teilweise aufzufangen.

- *Rückstellungen für weitere Risiken des Versicherungsbetriebs* 19
Die privaten Versicherungsunternehmen können und die Krankenkassen müssen entsprechende Rückstellungen für die Risiken bilden, die nicht direkt den Produkten, sondern allgemein dem Versicherungsbetrieb zuzuordnen sind. Diese Rückstellung gilt nicht als versicherungstechnische Rückstellung und hat den Charakter von Risikokapital.

d. *Übrige technische Rückstellungen*: Diese sind genau zu bezeichnen und ihr Zweck ist zu umschreiben. Zu dieser Kategorie gehören insbesondere Rückstellungen für drohende Verluste, falls infolge Antiselektion oder aus anderen Gründen mit zukünftigen Verlusten gerechnet werden muss. 20*

b) Zuordnung

Die versicherungstechnischen Rückstellungen sind nach Art. 69 AVO zu kategorisieren. Diese Zuordnung erfolgt pro Geschäftsjahr gemäss den Erklärungen im Geschäftsplan, was in 21

der Rechnungslegung entsprechend abzubilden ist. Ausserdem sind die Rückstellungen nach Rz 15, 16, 18 und 20 sowie die Prämienüberträge im Sollbetrag des gebundenen Vermögens auszuweisen und mit zugelassenen Vermögenswerten zu decken.

Die privaten Versicherungsunternehmen und die Krankenkassen weisen die *Sicherheits- und Schwankungsrückstellungen* in der Berichterstattung an die FINMA getrennt nach Rückstellung für Schwankungsrisiken bei *Produkten* sowie Rückstellung für weitere Risiken des Versicherungsbetriebs aus. 22

c) Auflösung

Die Auflösung der versicherungstechnischen Rückstellungen gemäss Art. 54 Abs. 3 AVO ist im Geschäftsplan unter Angabe des Verwendungszwecks festzuhalten. Die Höhe der aufzulösenden Mittel ergibt sich aus der Tarifikalkulation und dem *Finanzierungsverfahren*. 23

d) Nicht mehr benötigte versicherungstechnische Rückstellungen

Für nicht mehr benötigte versicherungstechnische Rückstellungen (Art. 54 Abs. 2 AVO) unterbreitet das private Versicherungsunternehmen oder die Krankenkasse vor deren Auflösung einen Verwendungsplan, sofern die Verwendung nicht bereits im Geschäftsplan geregelt ist. In diesem Plan ist darzulegen, wie die Verteilung der nicht mehr benötigten versicherungstechnischen Rückstellungen an die Versicherten erfolgt, welche diese Rückstellungen finanziert haben. Ist eine Verteilung dieser Mittel nach diesem Grundsatz nicht möglich, sind sie zu Gunsten des Gesamtbestands zu verwenden. 24

e) Mitgabe von Alterungsrückstellungen

Für die Mitgabe von *Alterungsrückstellungen* nach Art. 155 AVO gilt Folgendes: 25

a. Bei individuell gebildeten Alterungsrückstellungen gilt als angemessener Teil der für den Versicherten bis zum Zeitpunkt der Vertragsauflösung angesammelte Betrag. Negative Beträge (z.B. als Folge des in bestimmten Altersbereichen sinkenden Risikos bei Frauen) sind dabei auf Null zu setzen. Der Ausschüttungsmechanismus ist im Geschäftsplan festzuhalten. 26

b. Bei pauschal gebildeten Alterungsrückstellungen basiert die Anteilsberechnung auf dem der Bildung und Auflösung zu Grunde liegenden mathematischen Modell. Der Ausschüttungsmechanismus ist im Geschäftsplan darzulegen. 27

c. Begründete Abzüge („Rückkaufkosten“), insbesondere für das Zinsrisiko, das Risiko nicht amortisierter Abschlusskosten sowie für das Risiko von Massenkündigungen, sind zugelassen. 28

d. Im Todesfall des Versicherten entfällt der Anspruch auf Ausschüttung. 29

D. Gestaltung der Tarifstruktur

Eine versicherungstechnisch nicht begründbare erhebliche Ungleichbehandlung gemäss Art. 117 Abs. 2 AVO liegt vor, wenn für ein vergleichbar hohes Risiko stark unterschiedliche Prämien verlangt oder wenn für die gleiche Prämie deutlich unterschiedliche Risiken gedeckt werden. Insbesondere ist zu vermeiden, dass ein Teil der Versicherten zu tiefe Prämien zu Lasten anderer Versicherter bezahlt. Dient eine Ungleichbehandlung nach Art. 117 Abs. 2 30*

AVO der Begünstigung von Kindern, jungen Erwachsenen und Familien, gelten Rz 30 sowie 37–37.5 nicht.

Der Tarif hat genügend *Tarifmerkmale* mit differenzierenden Ausprägungen (*Tarifklassen*) aufzuweisen, um insbesondere einem *Antiselektionsrisiko* vorzubeugen. Die Altersklassen und die Auswirkungen eines Altersklassenwechsels auf die Prämie sind in den AVB aufzuführen. 31*

Ergeben sich grössere *Umverteilungskomponenten*, so sind zur Beurteilung deren Umfangs die *Risikoprämien* nach den relevanten *Tarifklassen* in geeigneter Weise vorzulegen. Die Ermittlung dieser Prämien ist anhand aussagekräftiger Statistiken oder bei Produktentwicklungen anhand geeigneter und begründeter Berechnungsannahmen schlüssig darzustellen. Die Herleitung der Risikozuschläge ist ebenfalls zu erläutern. 32*

Umverteilungskomponenten zur Bildung von Solidaritäten (Alterungsrisiko ausgeschlossen, vgl. hierzu Rz 13) sind zulässig, sofern das *Antiselektionsrisiko* gebührend berücksichtigt ist. 33

Aufgehoben 34*

E. Technisch begründete und unbegründete Abschläge

Abschläge bilden Bestandteile der Tarife und sind vor deren Anwendung vorlage- und genehmigungspflichtig (Art. 4 Abs. 2 Bst. r i.V.m. Art. 5 Abs. 1 VAG). 35*

Abschläge, für die eine technische Begründung vorliegt, sind von solchen, die sich nicht technisch begründen lassen, zu unterscheiden. Eine technische Begründung liegt vor, soweit tiefere Abschluss-/Verwaltungskosten nach anerkannten versicherungsmathematischen oder betriebswirtschaftlichen Methoden oder ein tieferer Schadenerwartungswert nach anerkannten versicherungsmathematischen Methoden nachweisbar sind. 36*

Als erhebliche Ungleichbehandlung im Sinne von Art. 117 Abs. 2 AVO (i.V.m. Rz 30) gilt namentlich, wenn einzelne oder mehrere kumulierte, technisch unbegründete, *Abschläge*: 37*

- dazu führen, dass die Vertragsprämie die Referenzprämie abzüglich allfällig technisch begründeter *Abschläge* um mehr als 10 % unterschreitet; 37.1*

- über alle Versicherungsverträge des betroffenen Produkts sich nicht in einem geringen Rahmen bewegen; oder 37.2*

- dazu führen, dass ein negatives technisches Ergebnis auf dem Produkt oder auf dem begünstigten Teilbestand bei Kollektiv- und Rahmenverträgen entsteht. Die Voraussetzungen müssen initial erfüllt sein. Sind sie nachhaltig nicht mehr erfüllt, müssen die *Abschläge* korrigiert werden. 37.3*

Das Versicherungsunternehmen sorgt für die Erfüllung der in Rz 37 ff. erwähnten Voraussetzungen. 37.4*

Das Versicherungsunternehmen formuliert seine Versicherungsverträge derart, dass es die *Abschläge* spätestens auf die Fälligkeit der nächsten Jahresprämie hin streichen oder reduzieren kann, falls die Voraussetzungen nach Rz 37 ff. nicht mehr erfüllt sind. 37.5*

F. Anpassung bestehender Tarife

Ein bestehender Tarif darf im Rahmen einer Geschäftsplanänderung nach Art. 5 Abs. 1 VAG angepasst werden, sofern dies zivilrechtlich zulässig ist. 38*

Ein Tarif darf, vorbehältlich Rz 39.3, höchstens im Umfang der bislang noch nicht berücksichtigten exogenen Teuerung erhöht werden. Sind erhöhte Storni nicht auszuschliessen und ist die Solvenz hinreichend, kann die Erhöhung der betroffenen Tarife in Etappen angeordnet werden. Für geschlossene Produkte, bei denen durch das Übertrittsrecht in offene Bestände keinem Versicherten zum Zeitpunkt der Tarifierhöhung und über die gesamte Vertragslaufzeit, weder leistungs- noch tarifseitig, ein Nachteil erwächst, sind die teuerungsbedingten Erhöhungen nicht auf die exogene Teuerung beschränkt. Erhöhungen dürfen nur moderat ausfallen und müssen sich auf den ökonomischen Nachteil beschränken, der dem Versicherungsunternehmen durch den parallelen Betrieb des geschlossenen Produkts und des äquivalenten offenen Produkts entsteht. 39*

Überschreitet das technische Ergebnis des zuletzt abgeschlossenen Geschäftsjahres die obere Grenze nach Rz 8 oder führt die Erhöhung zu einer Überschreitung derselben, so darf der Tarif nicht erhöht werden. 39.1*

Die FINMA nimmt im Falle eines nicht konsistenten technischen Ergebnisses bei Bedarf Korrekturen vor. Dies betrifft insbesondere inadäquate Abschluss- und Verwaltungskosten oder inadäquate Veränderungen der technischen Rückstellungen. 39.2*

Eine über den Umfang der bislang noch nicht berücksichtigten exogenen Teuerung hinausgehende Tarifierhöhung ist ausnahmsweise zulässig, sofern Verluste –als negative technische Ergebnisse- für das Versicherungsunternehmen erwartet werden müssen, die zu einer Solvenzgefährdung führen würden. 39.3*

G. Aufgehoben

Aufgehoben 40*-44*

H. Aufgehoben

Aufgehoben 45*-56*

I./J. Werbung für noch nicht genehmigte Produkte

Werbemassnahmen für noch nicht genehmigte Allgemeine Versicherungsbedingungen und Tarife müssen mit einem für den Konsumenten eindeutigen und sichtbaren Vorbehalt der Genehmigung durch die FINMA versehen werden. 57

V. Kollektiv-Krankentaggeldversicherung: Erfahrungstarifizierung und Einteilung in Tarifklassen (Art. 157 i.V.m. Art. 123 AVO)

A. Information des Versicherungsnehmers

Vor Vertragsabschluss oder -änderung informiert das private Versicherungsunternehmen 58

oder die Krankenkasse den Versicherungsnehmer gegebenenfalls über die Anwendung von *Tarifklassen* und über Systeme der Gewinnbeteiligung oder der Erfahrungstarifizierung.

Ist es dem privaten Versicherungsunternehmen oder der Krankenkasse wegen der Komplexität des angewendeten Systems nicht oder nur begrenzt möglich, die Voraussetzungen der Herauf- und Herabstufung quantitativ anzugeben, so sind dem Versicherungsnehmer zumindest die Faktoren bekannt zu geben, welche für die Prämienbestimmung massgebend sind. 59

B. Tarifgestaltung

Für einen bestimmten Vertrag oder eine bestimmte *Tarifklasse* muss die Prämie die individuelle und die kollektive Schadenerfahrung angemessen berücksichtigen. Die Gewichtung zwischen der individuellen und der kollektiven Schadenerfahrung muss gemäss einem anerkannten versicherungsmathematischen Verfahren erfolgen. 60

Die Methode ist gegebenenfalls an die spezifische Situation anzupassen. 61

Begründete Ausnahmen hiervon können zugelassen werden, wenn keine individuelle Schadenerfahrung vorliegt oder wenn die kollektive Schadenerfahrung nicht relevant ist (Full Credibility, atypischer Risikobestand, Bonus/Malus-System). 62

VI. Aufgehoben

Aufgehoben 63*-73*

VII. Inkraftsetzung und Übergangsbestimmungen

Das vorliegende Rundschreiben tritt am 1. Mai 2010 in Kraft. 74

Die allgemeinen Versicherungsbedingungen von ab dem 1. Januar 2023 abgeschlossenen Verträgen beachten Rz 31. Die allgemeinen Versicherungsbedingungen der am 1. Juni 2021 laufenden Verträge sind bis 1. Januar 2023 so anzupassen, dass sie Rz 31 beachten, sofern dies zivilrechtlich möglich ist. 75*

Das Versicherungsunternehmen passt am 1. Juni 2021 bestehende Abschläge, welche von Rz 37.1–37.3 abweichen, an, sobald dies zivilrechtlich möglich ist. Diese Abschläge werden nicht über das zulässige Mass nach Rz 37–37.3 erhöht. 76*

Glossar

Abschläge	Abschläge sind Reduktionen, die auf den Referenzprämien gewährt werden. Darunter fällt jegliche Art von geldwerten Vergünstigungen wie z.B. Rabatte, ungeachtet dessen, ob sie zeitlich begrenzt oder unbegrenzt gewährt werden.
Alterskomponente	Die Alterskomponente ist der Prämienanteil, der das <i>Alterungsrisiko</i> mit einer <i>Alterungsrückstellung</i> deckt.
Alterungsrisiko	Das Alterungsrisiko besteht aus den finanziellen Folgen einer Änderung der Altersstruktur des <i>Versichertenbestandes</i> .
Alterungsrückstellungen	Die Alterungsrückstellungen finanzieren die langfristigen Umverteilungen des <i>Alterungsrisikos</i> im Voraus.
Antiselektionsrisiko	Unter Antiselektionsrisiko wird das Risiko verstanden, dass für ein <i>Produkt</i> die Zusammensetzung oder das Verhalten des Bestandes zu einer höheren Schadenerwartung führt als gemäss den Berechnungsgrundlagen anzunehmen ist.
Äquivalenzprinzip	Das Äquivalenzprinzip für die Tarifierung ist definiert als Gleichheit zwischen erwartetem Aufwand und erwartetem Ertrag. Es kann innerhalb der in diesem Rundschreiben vorgesehenen Schranken auf ein einzelnes Risiko (individuell) oder auf einen <i>Versichertenbestand</i> (kollektiv) angewendet werden.
Ausgaben-Umlageverfahren	Im reinen Ausgaben-Umlageverfahren halten sich Ausgaben und Einnahmen eines Jahres etwa die Waage. Äquivalenz besteht also zwischen Einnahmen und Ausgaben, nicht jedoch zwischen Aufwand und Ertrag eines Jahres. Die charakteristische Eigenschaft des Ausgaben-Umlageverfahrens besteht darin, dass weder Prämien- noch <i>Schadenrückstellungen</i> , und weder Deckungskapitalien noch <i>Alterungsrückstellungen</i> gebildet werden. Die Prämieinnahmen des laufenden Jahres werden für die fälligen Leistungen verbraucht.
Bedarfsdeckungsverfahren, individuelles	Das individuelle Bedarfsdeckungsverfahren ist ein <i>Finanzierungsverfahren</i> , bei dem der Ertrag eines Jahres und der erwartete Aufwand für die Deckung der Schadenfälle desselben Jahres für jedes einzelne Risiko in etwa ausgeglichen gehalten werden. Es erfolgt dabei grundsätzlich keine Umverteilung.
Bedarfsdeckungsverfahren, kollektives	Das kollektive Bedarfsdeckungsverfahren ist ein <i>Finanzierungsverfahren</i> , bei welchem Aufwand und Ertrag eines Jahres über einen <i>Versichertenbestand</i> in etwa ausgeglichen gehalten werden. In einem gewissen Ausmass erfolgen dabei Umverteilungen zwischen den verschiedenen Risikogruppen, beispielsweise zwischen

Glossar

	<p>Männern und Frauen des Bestandes. Hingegen ist keine Umverteilung zwischen jüngeren und älteren Versicherten vorgesehen.</p> <p>Dieses Verfahren entspricht dem Prämiendurchschnittsverfahren gemäss Walter Saxer (vgl. Versicherungsmathematik, Erster Teil, Springer Verlag, 1979, S. 205).</p>									
Exogene Teuerung	Die exogene Teuerung ist die Zunahme des Schadenaufwandes pro Versicherten abzüglich der finanziellen Auswirkungen eingetretener Bestandesveränderungen.									
Finanzierungsverfahren (Grundtypen)	<p>Finanzierungsverfahren in der Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung sind durch eine bestimmte Anwendung des <i>Äquivalenzprinzips</i> gekennzeichnet.</p> <p>Das Finanzierungsverfahren weist folgende Merkmale auf: Periode und Teilbestände, für die das Äquivalenzprinzip realisiert wird sowie Angaben zur Bildung und Verwendung der versicherungstechnischen Rückstellungen.</p> <p>Die fraglichen Teilbestände können die einzelnen Versicherten (<i>individuelles Bedarfsdeckungs- bzw. Kapitaldeckungsverfahren</i>), oder eine Gruppe von <i>Tarifklassen (kollektives Bedarfsdeckungs- bzw. Kapitaldeckungsverfahren)</i> umfassen.</p> <p>Es sind vier verschiedene Grundtypen von Finanzierungsverfahren, die sich einerseits danach unterscheiden, ob die Tarifierung risikogerecht ist, und andererseits danach, ob eine zeitliche Umverteilung erfolgt.</p> <table border="1" data-bbox="596 1489 1417 1906"> <thead> <tr> <th></th> <th>Ohne zeitliche Umverteilung</th> <th>Mit zeitlicher Umverteilung (Alterungsrückstellung notwendig)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Individuelle Tarifierung</td> <td><i>Individuelles Bedarfsdeckungsverfahren</i></td> <td><i>Individuelles Kapitaldeckungsverfahren</i></td> </tr> <tr> <td>Kollektive Tarifierung</td> <td><i>Kollektives Bedarfsdeckungsverfahren</i></td> <td><i>Kollektives Kapitaldeckungsverfahren</i></td> </tr> </tbody> </table>		Ohne zeitliche Umverteilung	Mit zeitlicher Umverteilung (Alterungsrückstellung notwendig)	Individuelle Tarifierung	<i>Individuelles Bedarfsdeckungsverfahren</i>	<i>Individuelles Kapitaldeckungsverfahren</i>	Kollektive Tarifierung	<i>Kollektives Bedarfsdeckungsverfahren</i>	<i>Kollektives Kapitaldeckungsverfahren</i>
	Ohne zeitliche Umverteilung	Mit zeitlicher Umverteilung (Alterungsrückstellung notwendig)								
Individuelle Tarifierung	<i>Individuelles Bedarfsdeckungsverfahren</i>	<i>Individuelles Kapitaldeckungsverfahren</i>								
Kollektive Tarifierung	<i>Kollektives Bedarfsdeckungsverfahren</i>	<i>Kollektives Kapitaldeckungsverfahren</i>								
Kapitaldeckungsverfahren, individuelles	Das individuelle Kapitaldeckungsverfahren ist ein <i>Finanzierungsverfahren</i> , bei welchem sich die erwarteten diskontierten Ausgaben und Einnahmen während der Gesamtlaufzeit eines Vertrages die Waage halten. Zwischenzeitlich können grössere Unterschiede									

Glossar

	<p>zwischen Prämien und Leistungen auftreten.</p> <p>Das individuelle Kapitaldeckungsverfahren ist aus der Lebensversicherung bekannt, wobei meistens die Höhe der Prämie im Voraus über die gesamte Vertragsdauer garantiert ist.</p>
Kapitaldeckungsverfahren, kollektives	<p>Das kollektive Kapitaldeckungsverfahren ist ein <i>Finanzierungsverfahren</i>, bei welchem die erwarteten diskontierten Ausgaben und Einnahmen eines Teilbestandes (aber nicht pro Individuum) ausgeglichen gehalten werden. Es ist nicht nur eine Umverteilung innerhalb eines Jahres, sondern auch über die Restlaufzeit des Teilbestandes vorgesehen.</p>
Produkt	<p>Ein Versicherungsprodukt wird durch die Versicherungsbedingungen und die dazugehörigen Tarife gebildet. Die Bestimmung von Rz 5 bleibt vorbehalten.</p>
Referenzprämie	<p>Die Prämie gemäss Tarifblatt gilt als Referenzprämie.</p>
Risikogerechter Tarif	<p>Ein Tarif gilt als risikogerecht, falls bei einer genügend differenzierten <i>Tarifstruktur</i> die Prämien, abzüglich der Gewinnmarge und der Komponente für die Verwaltungskosten, für jede <i>Tarifklasse</i> den jeweiligen <i>Risikoprämien</i> (bei <i>Kapitaldeckungsverfahren</i> zusätzlich der <i>Alterskomponente</i>) entsprechen.</p>
Risikomerkmal	<p>Risikomerkmale sind Merkmale der versicherten Personen, die einen Einfluss auf das Risiko haben, das heisst Kriterien, die den Eintritt und die Höhe eines Schadenfalls beeinflussen können.</p>
Risikoprämie	<p>Die Risikoprämie einer gegebenen <i>Tarifklasse</i> ist definiert als die kalkulierte Prämie, welche den erwarteten Schadenaufwand der betroffenen Tarifklasse während eines Geschäftsjahres abzudecken vermag. Die Risikoprämie enthält keine Kosten- oder Gewinnkomponenten.</p>
Schadenrückstellungen	<p>Die Schadenrückstellungen umfassen die Rückstellungen für die per Stichtag unerledigten Schadenfälle, die Rückstellungen für die noch nicht gemeldeten Schadenfälle sowie die Rückstellungen für eventuelle zukünftige Schadenaufwendungen der per Stichtag bereits erledigten Schadenfälle (Wiedereröffnungen).</p> <p>Gegebenenfalls umfassen sie auch die allozierbaren und nicht allozierbaren Schadenbearbeitungskosten.</p>
Sicherheits- und Schwankungsrückstellungen	<p>Die Sicherheits- und Schwankungsrückstellungen setzen sich aus zwei Teilen zusammen:</p>

Glossar

	<p>Erster Teil: Rückstellung für Schwankungsrisiken bei Produkten</p> <p>Die Schwankungsrückstellungen sind versicherungstechnische Rückstellungen, die ungünstige Ergebnisse der Schaden-abwicklung decken oder zum Ausgleich der Volatilität und damit zum zeitlichen Ausgleich der <i>technischen Ergebnisse</i> dienen. Sie werden grundsätzlich durch entsprechende Teile der Prämien finanziert.</p> <p>Die Volatilitätsmessung berücksichtigt Diversifikation, Grösse und Struktur. Bei der Allokation der globalen Sicherheits- und Schwankungsrückstellungen wird die tatsächliche Volatilität der jeweiligen <i>Produkte</i> mit einbezogen.</p> <p>Zweiter Teil: Rückstellung für weitere Risiken des Versicherungsbetriebs.</p> <p>Sie dienen dem Auffangen der Unternehmensrisiken und werden aus den realisierten technischen oder nicht technischen Einnahmen, die zur Gewinnbildung zur Verfügung stehen, alimentiert. In diesem Sinne stellen sie kein Element zur Bestimmung der Tarifhöhe dar.</p>
Szenario	Falls eine <i>zeitliche Umverteilung</i> der Schadenlasten vorgesehen ist, muss im Rahmen des Genehmigungsverfahrens eine Aufeinanderfolge hypothetischer risikobezogener Ereignisse vorgelegt werden. Diese hat neben den Prämieeinnahmen und den Schadenzahlungen die erwartete Entwicklung der Struktur des <i>Versichertenbestandes</i> , die Verwendung der <i>Umverteilungs-komponenten</i> sowie die Bildung und die Auflösung der verschiedenen Kategorien von technischen Rückstellungen aufzuzeigen.
Tarifklasse	Eine Tarifklasse ist eine bestimmte Ausprägung eines <i>Tarifmerkmals</i> . Im weiteren Sinne bezeichnet der Begriff Tarifklasse auch die Versichertengemeinschaft der betroffenen Klasse.
Tarifmerkmal	Tarifmerkmale sind diejenigen <i>Risikomerkmale</i> , die in der Tarifgestaltung berücksichtigt werden. Sie lassen sich dadurch charakterisieren, dass sie eine starke Wirkung auf die Schadenhäufigkeit und/oder -höhe haben, leicht erfassbar sind, sich während der Versicherungsdauer nicht willkürlich ändern und gut mess- und klassifizierbar sind.
Tarifstruktur	Die Tarifstruktur ist einerseits durch die Angabe der <i>Tarifmerkmale</i> und <i>-klassen</i> , andererseits durch die Beschreibung der <i>Umverteilungs-</i> und <i>Alterskomponenten</i> nach <i>Tarifklassen</i> definiert.
Technisches Ergebnis	Das technische Ergebnis eines <i>Produktes</i> in einem Geschäftsjahr ist die Differenz zwischen den Prämieeinnahmen einerseits und

Glossar

	der Summe der angefallenen Schadenzahlungen plus der Netto-Veränderungen der versicherungstechnischen Rückstellungen plus der zugeordneten Verwaltungskosten anderseits.
Umverteilungskomponente	Die Umverteilungskomponente ist der Anteil der Prämie, welcher dem laufenden Ausgleich zwischen den <i>Tarifklassen</i> dient. Sie kann positiv oder negativ ausfallen. Bei einem <i>risikogerechten Tarif</i> ist sie für alle Tarifklassen gleich null.
Versichertenbestand	Der Versichertenbestand ist die Gesamtheit der Versicherten pro <i>Produkt</i> .
Vertragsprämie	Die Vertragsprämie entspricht der <i>Referenzprämie</i> abzüglich der <i>Abschläge</i> .
Zeitliche Umverteilung	Wenn die Äquivalenz zwischen Aufwand und Ertrag nicht laufend, sondern nur über die gesamte Vertragsdauer gewahrt werden soll, wird von zeitlicher Umverteilung gesprochen. Zwischenzeitlich können grössere Unterschiede zwischen Ausgaben und Einnahmen auftreten.

Verzeichnis der Änderungen



Das Rundschreiben wird wie folgt geändert:

Diese Änderung wurde am 11. Dezember 2015 beschlossen und tritt am 1. Januar 2016 in Kraft

Geänderte Rz	20
--------------	----

Diese Änderungen wurden am 6. Mai 2021 beschlossen und treten am 1. Juni 2021 in Kraft

Neu eingefügte Rz	37.1–37.5, 39.1–39.3, 76
-------------------	--------------------------

Geänderte Rz	8, 9, 30, 31, 32, 35, 36, 37, 38, 39, 75
--------------	--

Aufgehoben	34, 40–56, 63–73
------------	------------------

Übrige Änderungen	Titel vor Rz 35, 38
-------------------	---------------------

Der Anhang des Rundschreibens wird wie folgt geändert:

Diese Änderungen wurden am 6. Mai 2021 beschlossen und treten am 1. Juni 2021 in Kraft

Geändert	Glossar (technisches Ergebnis)
----------	--------------------------------

Neu	Glossar (Abschläge, Referenzprämie, Vertragsprämie)
-----	---

Aufgehoben	Glossar (Rabatt)
------------	------------------