
RAPPORT SFCR 2017

1. INTRODUCTION	2
2. SFCR.....	4
2.1 <i>Activité et résultats</i>	4
2.1.1. – Activité	4
2.1.2. – Résultats de souscription	7
2.1.2. – Résultats des investissements	8
2.1.2. – Résultats des autres activités	8
2.1.2. – Autres informations	8
2.2 <i>Système de gouvernance</i>	9
2.2.1. – Informations générales sur le système de gouvernance	9
2.2.2. – Exigences de compétence et d'honorabilité	24
2.2.3. – Système de gestion des risques, y compris l'évaluation interne des risques et de la solvabilité	25
2.2.4 – Système de contrôle interne	29
2.2.5. – Fonction d'audit interne	32
2.2.6. – Fonction actuarielle	33
2.2.7. – Sous-traitance	34
2.2.8. – Autres informations	35
2.3 <i>Profil de Risque</i>	36
2.3.1. – Risque de souscription	36
2.3.2. – Risque de marché	36
2.3.3. – Risque de crédit	37
2.3.4. – Risque de liquidité	37
2.3.5. – Risque opérationnel	37
2.3.6. – Autres risques importants	38
2.3.7. – Autres informations	38
2.4 <i>Valorisation à des fins de solvabilité (A MAJ)</i>	38
2.4.1. – Actifs	38
2.4.2. – Provisions techniques	39
2.4.3. – Autres passifs	39
2.5 <i>Gestion du Capital</i>	40
2.5.1. – Fonds propres	41
2.5.2. – Capital de solvabilité requis et minimum de capital requis	41
2.5.3. – utilisation du sous module « Risque sur actions » fondé sur la durée dans le calcul du capital de solvabilité requis	42
2.5.4. – Différences entre la formule standard et tout modèle interne utilisé	42
2.5.5. – Non-respect du minimum de capital requis et non -respect du capital de solvabilité requis	42
2.5.6. – Autres informations	43
3. SFCR DE GROUPE	43

1. INTRODUCTION

PRESENTATION D'AVENIR SANTE MUTUELLE

AVENIR SANTE MUTUELLE, créée en 1943 par des artisans, est un organisme à but non lucratif, régi par le livre 2 du Code de la Mutualité et enregistrée sous le N°775 671 951, agréée pour pratiquer les opérations d'assurance relevant des branches :

- 1 - Accidents,
- 2 - Maladie,
- 20 - Vie-décès,
- 21 - Nuptialité – Natalité.

AVENIR SANTE MUTUELLE est une mutuelle régionale interprofessionnelle, implantée en Ile de France, qui bénéficie, de par son histoire, d'un ancrage fort auprès des professions indépendantes.

Elle gère depuis 1969 le 3^e régime d'assurance maladie (AMPI/RSI)

La croissance de la mutuelle s'est faite par croissance interne et par fusion-absorption de plusieurs mutuelles.

Les fusions se sont faites en conservant les gammes existantes chez les différentes mutuelles absorbées.

Il en résulte un nombre important de gamme et de formule dont beaucoup sont fermées à la souscription. Des travaux de simplification de l'offre ont été initiés en 2016 pour favoriser la mutualisation au sein des formules ouvertes à la souscription.

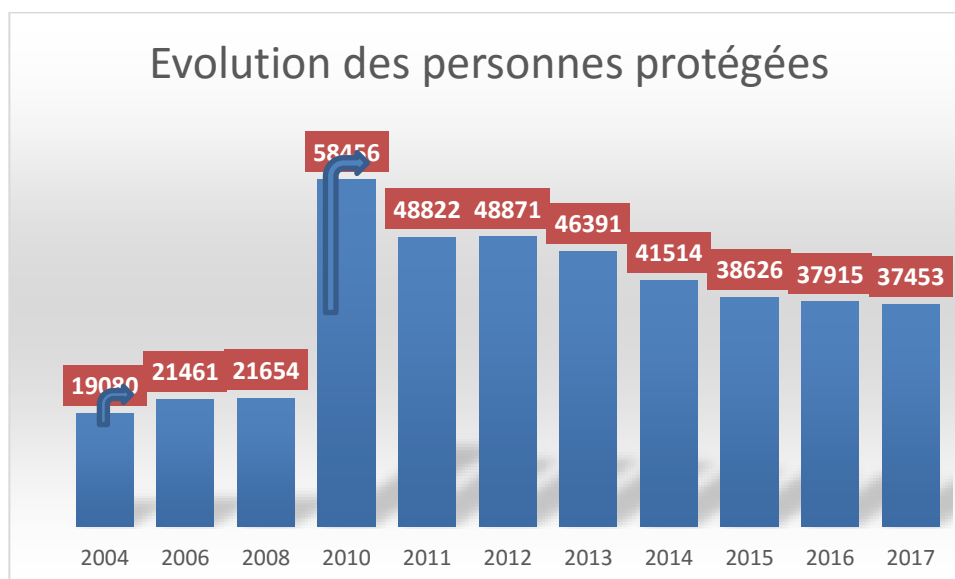
AVENIR SANTE MUTUELLE : plus de 70 ans au service des travailleurs indépendants et de leurs familles

Les dates clés :

- 1943 : Création de la Caisse Interdépartementale Mutualiste Artisanale Maladie, la CIMAM
- 1969 : Conventionnement avec le Régime Obligatoire des Artisans
- 1994 : Mise en place d'un produit loi Madelin
- 1997 : Fusion avec la Mutuelle de la Chaussure, l'ACAP
- 1998 : Conventionnement avec le Régime Obligatoire des Commerçants et Industriels d'Ile De France
- 2002 : Création d'une Union de Développement (Union LME)
- 2003 : Fusion avec la SME : Création CIMAN-SME
- 2009 : Fusion avec la Mutuelle du Mantois et la Mutuelle Roux Combaluzier Schindler
- 2010 : nouvelle dénomination : AVENIR SANTE MUTUELLE
- Ouvertures progressives d'agences au fur et à mesure du développement et des fusions
 - 1997 Versailles
 - 2000 Evry
 - 2002 Paris
 - 2003 Ris-Orangis
 - 2009 Mantes la Jolie

Les Points Forts pour ASM :

- Un ancrage fort sur la protection sociale des Indépendants avec le Régime Obligatoire, le régime Complémentaire et les contrats Loi Madelin
- Un développement progressif maîtrisé par croissance interne et externe (4 fusions) avec le développement de 4 pôles :
 - Les Indépendants
 - Le Secteur sanitaire et Social
 - Les Mairies et contrats de collectivités
 - Les contrats collectifs
- L'accent mis sur la proximité au travers des agences



Légende : De 2002 à 2004 Fusion SME
De 2008 à 2010 Fusion Mantois & RC

La gouvernance

La gouvernance de la mutuelle repose sur les trois types d'acteurs suivants :

- Le conseil d'administration et la direction opérationnelle salariée qui porte la responsabilité de la définition, de la quantification de la stratégie ainsi que de la validation des politiques écrites.
- Les dirigeants effectifs (président et dirigeant opérationnel) qui mettent en œuvre la stratégie définie précédemment et peuvent engager la mutuelle auprès de tiers.
- Les fonctions clés qui participent au pilotage et à la surveillance de l'activité, sur leurs champs spécifiques.

Cette gouvernance repose sur le respect de deux principes essentiels :

Le principe des quatre yeux, toute décision significative est vue par au moins deux personnes, en l'occurrence le président et le dirigeant opérationnel.

Le principe de la personne prudente, la mutuelle appréhende spécifiquement les risques liés aux investissements et ceux-ci sont réalisés dans le meilleur intérêt des adhérents.

2. SFCR

2.1 Activité et résultats

2.1.1. – Activité

AVENIR SANTE MUTUELLE, personne morale à but non lucratif, enregistrée sous le numéro SIREN 775 671 951, est issue du rapprochement par fusion-absorption de plusieurs mutuelles. Créée en 1943 par des artisans, la Mutuelle gère depuis 1969 le 3^{ème} régime d'Assurance Maladie (AMPI/RSI).

La mutuelle est un organisme à but non lucratif soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, ASM est agréée pour pratiquer des opérations d'assurance relevant des branches :

- 1 - Accidents,
- 2 - Maladie,
- 20 - Vie-décès,
- 21 - Nuptialité – Natalité.

AVENIR SANTE MUTUELLE assure principalement des produits ou contrats de complémentaires-santé, collectifs ou individuel, dont la commercialisation intervient sur le territoire français. AVENIR SANTE MUTUELLE réalise uniquement des opérations d'assurance directe (aucune affaire en substitution ni en réassurance).

AVENIR SANTE MUTUELLE est également conventionné pour la gestion du Régime Obligatoire (branche maladie) des Professions Indépendantes (RSI).

AVENIR SANTE MUTUELLE, en application de l'article L612-2 du code monétaire et financier, est soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, ACPR, située 61 rue Taitbout 75009 Paris.

Un mandat pour la certification de ses comptes annuels est donné à :

- Expert-Comptable : Cabinet PRIMAUDIT INTERNATIONAL, 6 Place Boulnois, 75017 PARIS, Sarl, RCS Paris 442 738 837, Siret N° 442 738 83700032
- Commissaire aux Comptes : Mikael CHEMLA, Société d'expertise comptable, Sarl, RCS Paris 445 030 604, Siret N° 445 030 60400042

□ 23 771 Adhérents en 2017 contre 24 041 en 2016 □ - 1%

□ 37 453 Personnes Protégées en 2017 contre 37 915 en 2016 □ - 1%

	2017	2016	Variation	%	2017	2016	Variation	%
Individuels	19 416	19 525	-109	-1%	29 314	29 374	-60	0%
Collectifs	4 355	4 516	-161	-4%	8 139	8 541	-402	-5%
Total général	23 771	24 041	-270	-1%	37 453	37 915	-462	-1%

Les Contrats Collectifs représentent :

18.32 % des « Adhérents » mutualistes fin 2017 contre 18.78 % en 2016.

21.73 % des « Personnes Protégées » mutualistes fin 2017 contre 22.53 % en 2016.

Elle réalise des opérations de gestion pour le compte de tiers (contrats de Prévoyance).

Le personnel de la Mutuelle (77 salariés) prend en charge l'ensemble des opérations de gestion :

- . Développement commercial,
- . Gestion de la relation avec les adhérents (information, conseil, gestion des adhésions),
- . Gestion des cotisations et des prestations,
- . Direction de la structure,
- . Gestion des Ressources Humaines,
- . Gestion administrative,
- . Contrôle interne,
- . Système d'information (Informatique et Logistique),
- . Comptabilité.

Pour recevoir ses adhérents et les assurés sociaux qui lui sont confiés par délégation du RSI, AVENIR SANTE MUTUELLE dispose de bureaux ouverts au public à Versailles, Ris-Orangis, Mantes la Jolie, Evry et Paris 11^e.

Les adhérents de la mutuelle résident, pour la plupart, en région parisienne.

AVENIR SANTE MUTUELLE dispose d'un outil informatique pour la gestion-métier, dont la solution est délocalisée chez l'éditeur mutualiste CIMUT à Quimper.

CHIFFRES-CLES DE LA MUTUELLE

● Effectif (Collaborateurs et Portefeuilles) au 31 décembre 2017 :

ACTIVITES	Salariés	Adhérents Assurés	Personnes Protégées
<i>Mutuelle</i>	51	23 771	37 453
<i>R.O.</i>	20	32 232	42 898
TOTAL	71	56 003	80 351

● Cotisations – Prestations au 31 décembre 2017 :

→ Pour son activité *Mutuelle* :

<u>Montants par branche</u>	Branche NON-VIE	Branche VIE
Cotisations	24 492 958 €	118 724 €
Prestations	18 223 087 €	220 285 €
Frais de gestion sinistre	1 755 163 €	8 465 €
Variation des provisions pour prestations à payer	-81 652 €	15 720 €

Les prestations VIE, allocations naissance, obsèques et indemnités journalières (individuelles ou collectives), ont un caractère temporaire annuel et révisable. Leurs maintiens et leurs montants doivent être validés, chaque année, par l'Assemblée Générale. Par défaut, en l'absence de validation, ces allocations ne sont pas reconduites.

A ce jour, l'Assemblée Générale a toujours voté la reconduction de ces prestations.

Par ailleurs, AVENIR SANTE MUTUELLE est affiliée à :

- La FNMF, Fédération Nationale de la Mutualité Française
- L'UGM-ACS, Union de Groupe Mutualiste, immatriculée au répertoire SIREN sous le numéro 804 872 802.

L'organisme de contrôle de UGM-ACS est l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) installée 61 rue Taitbout à Paris 9eme (75436 Paris Cedex 09).

L'union de groupe mutualiste (UGM), créée par l'ordonnance du 19 avril 2001, a pour objet de faciliter et développer, en les coordonnant, les activités de ses membres, qui demeurent, chacun, directement responsables de la garantie de leurs engagements. Les pouvoirs publics ont décidé, fin 2014, de réformer le dispositif de l'Aide à la Complémentaire Santé. Une gamme de couvertures complémentaires santé sélectionnée à la suite d'un appel d'offres est créée.

AVENIR SANTE MUTUELLE et 47 Mutuelles de proximité avons décidé d'unir nos forces, en nous regroupant sous UGM-ACS, pour construire un produit reposant sur le réseau ainsi forgé. Les mutuelles de l'UGM-ACS ont tissé un partenariat avec l'UNMI (Union nationale mutualiste interprofessionnelle), qui assure la gamme proposée. L'UNMI est une Union de mutuelles Immatriculée au Registre National des Mutuelles sous le numéro 784 718 207.

- L'Union LES mutuelles ENSEMBLE

● Résultat 2017 :

Les comptes 2017 qui seront présentés pour approbation à l'Assemblée Générale du 19 juin 2018, font ressortir un résultat excédentaire de 39 132 €.

Au 31/12/2017, le montant des fonds mutualistes et des réserves s'élève à 14 585 024 €.

2.1.2. – Résultats de souscription

En annexe QRT S .05.01.02 qui précise par ligne d'activité les cotisations prestations charges de provisions et dépenses techniques engagées.

Résultat de souscription = Résultat avant impôt – Résultat des investissements – Résultat des autres activités

COMPLEMENTAIRE SANTE	Résultat de souscription	
	2017	2016
Adhésions à titre individuel	19 818 003	19 851 804
Adhésions ACS - Proxime		
Adhésions à titre Collectif	4 793 679	4 776 197

2.1.2. – Résultats des investissements

Au titre de son activité d'investissement, AVENIR SANTE MUTUELLE dispose d'un portefeuille de placements s'élevant à 15 616 893 €

2.1.2. – Résultats des autres activités

- GESTION DU RISQUE OBLIGATOIRE

AVENIR SANTE MUTUELLE est délégataire pour la gestion du Régime Obligatoire des Professions Indépendantes (artisans et commerçants), mission confiée par la Caisse Nationale du Régime Social des Indépendants (CNRSI) pour les 3 caisses RSI en Ile de France :

- Ile de France Centre
- Ile de France Est
- Ile de France Ouest

AVENIR SANTE MUTUELLE assure la gestion des prestations (nature et espèce), des cartes Vitale et des Cartes Européennes, du Contrôle médical administratif, ainsi que l'accueil de 1^{er} niveau des assurés, pour :

- 32 232 Assurés sociaux en 2017 contre 31 689 en 2016 □ + 1.71 %
- 42 898 Personnes Protégées en 2017 contre 43 018 en 2016 □ - 0.28 %

Cela représente pour AVENIR SANTE MUTUELLE des prestations payées pour le compte de la sécurité sociale de l'ordre de 40 392 254 € sur une année.

L'organisme perçoit des dotations de gestion, calculées sur l'effectif « personnes protégées, au titre des missions qui lui sont déléguées. Les remises de gestion perçues ou à percevoir pour cette gestion déléguée en 2017 s'élève à 1 736 734 €

- ACTIVITE DE LOCATION IMMOBILIERE

AVENIR SANTE MUTUELLE est propriétaire de 2 appartements destinés à la location saisonnière (LA CLUSAZ et SAINTE MAXIME).

AVENIR SANTE MUTUELLE détient 99 % des parts de la SCI AVENIR ENSEMBLE, propriétaire des locaux pour son activité à MANTES LA JOLIE.

2.1.2. – Autres informations

Elle réalise des opérations de gestion pour le compte de tiers (contrats de Prévoyance).

2.2 Système de gouvernance

2.2.1. – Informations générales sur le système de gouvernance

L'organisation générale de la gouvernance est décrite dans les statuts de la mutuelle approuvée par l'Assemblée Générale. Par ailleurs, le Conseil d'Administration contribue annuellement à la revue des politiques écrites de la mutuelle.

La Gouvernance en place fonctionne et participe activement aux différentes rencontres programmées dans l'intérêt de ses adhérents :

- Assemblée Générale,
- Bureaux,
- Conseils d'Administration,
- Commissions

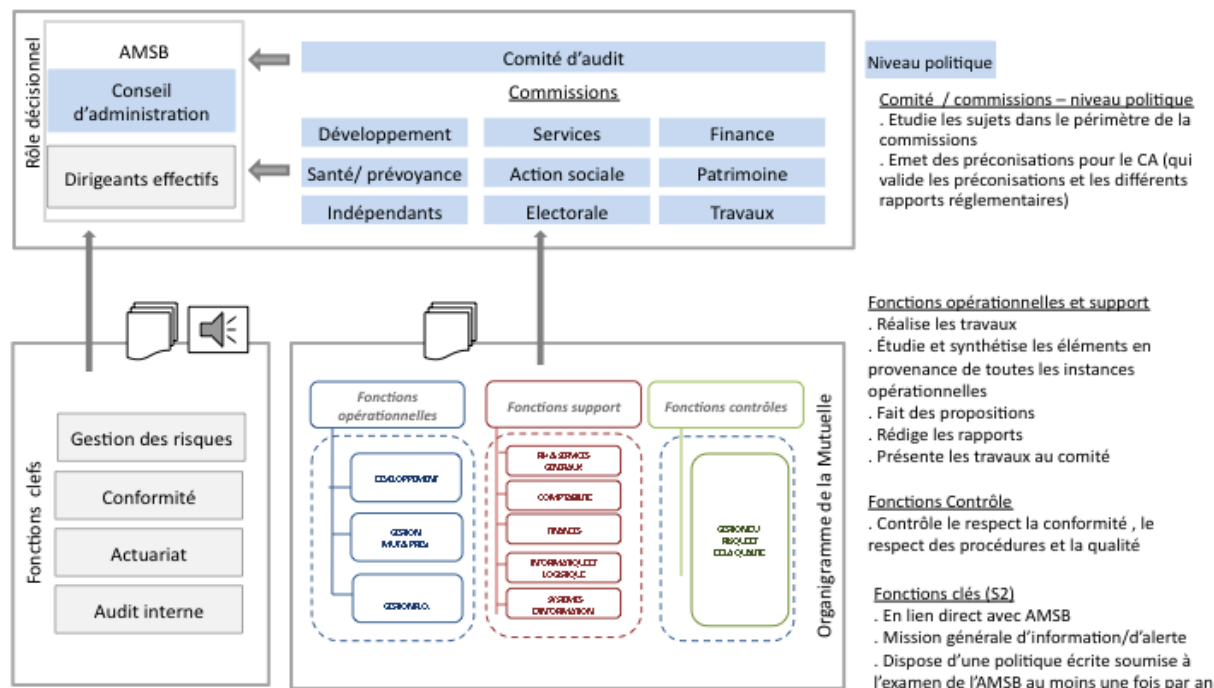
Le choix du système de gouvernance de la mutuelle a été opéré en conformité avec les articles 41 à 49 de la directive, transposés aux articles L114-21, L 211-12 à 14 du Code de la Mutualité et détaillés dans les articles 258 à 260 et 266 à 275 des actes délégués.

Structure de gouvernance :

Le schéma ci-après présente la structure de la gouvernance organisée autour de :

- **L'AMSB**, (Administration Management and Supervisory Body) élément central de la gouvernance, comprend le Conseil d'Administration et les dirigeants effectifs ; c'est le responsable final du respect de la réglementation ;
- **Un Comité d'Audit** chargé d'examiner les travaux afin d'émettre un avis et des préconisations avant validation du CA ;
- **Des commissions**, constituées d'Administrateurs, fonctionnent au sein de la Mutuelle :
 - La Commission ACTION SOCIALE,
 - La Commission DEVELOPPEMENT & MARKETING,
 - La Commission ELECTORALE,
 - La Commission FINANCES,
 - La Commission GARANTIES DE SANTE & PREVOYANCE,
 - La Commission GESTION DU PATRIMOINE & DES BIENS LOCATIFS,
 - La Commission INDEPENDANTS,
 - La Commission SERVICES AUX ADHERENTS,
 - La Commission TRAVAUX
- Les « **fonctions clés** » (conformité, actuariat, gestion des risques et audit interne), en lien direct avec l'AMSB, ont une mission générale d'information et d'alerte éventuelle.

Structure de gouvernance AVENIR SANTE MUTUELLE



L'organe de direction : Conseil d'Administration et les dirigeants effectifs composent L'AMSB (Administration Management and Supervisory Body)

L'AMSB est le responsable final du respect de la réglementation. Il doit au minimum se saisir des problématiques essentielles à la définition de la stratégie et à la bonne maîtrise des risques, et notamment :

- Validation de la stratégie et des plans d'actions ;
- Définition claire des responsabilités ;
- Approbation de toutes les politiques écrites ;
- Approbation et suivi de l'ORSA (le processus interne d'évaluation des risques et de la solvabilité) ;
- Approbation des rapports destinés à l'autorité de contrôle et notamment :
 - o Le rapport sur la solvabilité et la situation financière (article L. 355-5) ;
 - o Le rapport régulier au contrôleur ;
 - o Les états quantitatifs annuels et trimestriels ;
 - o Le rapport à l'autorité de contrôle sur l'évaluation interne des risques et de la solvabilité mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 354-2.
- Information sur les recommandations des audits internes et leur suivi ;
- Maîtrise des activités sous-traitées.

LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

Composition du conseil

Le Conseil d'Administration, selon l'article 32 des Statuts de la Mutuelle, est composé de 15 Administrateurs, élus parmi les membres participants et honoraires remplissant les conditions prévues par le Code de la Mutualité, et du Conseiller du Président qui accompagne et conseille le Président dans sa fonction.

La durée du mandat des Administrateurs est de 6 ans, renouvelée par tiers tous les 2 ans.

Le tiers des membres du Conseil d'Administration ne doit pas être âgé de plus de 70 ans. Le dépassement de la part maximale que peuvent représenter les Administrateurs ayant dépassé la limite d'âge entraîne la démission d'office de l'Administrateur le plus âgé.

Les Membres du Conseil sont élus par l'Assemblée Générale.
Le Bureau est élu par les membres du Conseil d'Administration.

Fonctionnement du Bureau

Le Bureau est composé de la façon suivante :

- Un Président,
- Un premier Vice-Président Délégué,
- Un deuxième Vice-Président,
- Un Secrétaire Général,
- Un Secrétaire Général adjoint,
- Un Trésorier Général,
- Un Trésorier Général adjoint.

Le Bureau se réunit obligatoirement pour la préparation de chaque réunion du Conseil d'Administration et sur convocation du Président, selon les besoins, pour la bonne administration de la mutuelle.

Pour l'année 2017, le Bureau s'est réuni à 6 reprises (02/02/2017 – 03/04/2017 – 09/05/2017 - 12/09/2017 – 19/10/2017 - 11/12/2017) et le Conseil d'Administration, à 4 reprises (02/02/2017 - 09/05/2017 – 19/10/2017 – 11/12/2017).

Selon les Statuts et en application de l'article L114-1 du Code de la Mutualité, le Conseil d'Administration détermine les orientations de la Mutuelle et veille à leur application.
Le Président assume la mise en œuvre des décisions du Conseil d'Administration et délègue.

Les commissions

Différentes commissions se réunissent régulièrement pour préparer et documenter les travaux à présenter au CA. Les points qui concernent les comptes et la gestion du risque sont présentés au préalable au Comité Spécialisé avant approbation par le CA.

	Composition	Périodicité	Objet
Commission ACTION SOCIALE	4	3 Minimum	Etudie les dossiers de demandes d'aides
Commission DEVELOPPEMENT ET MARKETING	4	2	Orientation à mettre en place dans le cadre du Plan d'Actions Commerciales pour développer et fidéliser
Commission ELECTORALE	4	4	Les années d'élection des Délégués aux AG
Commission FINANCES	4	2	Une rencontre avec les établissements financiers est organisée au moins une fois par an pour l'orientation des placements
Commission GARANTIES DE SANTE ET DE PREVOYANCE	4	2	Définit les orientations à envisager en matière d'amélioration des garanties
Commission GESTION DU PATRIMOINE ET DES BIENS LOCATIFS	4	2 Minimum	La périodicité est fonction des chantiers à mettre en œuvre pour maintenir le niveau du Patrimoine
Commission INDEPENDANTS,	4	1	Vision de l'activité Régime Obligatoire de l'année écoulée et perspectives de l'année en cours
Commission SERVICES AUX ADHERENTS	4	2	Orientations à envisager en matière de Services et nouveautés
Commission TRAVAUX	4	2 Minimum	La périodicité est fonction des travaux engagés sur le Patrimoine

Rôle du Conseil d'Administration

Orientations stratégiques

Selon les Statuts et en application de l'article L114-17 du Code de la Mutualité, le Conseil d'Administration détermine les orientations de la Mutuelle et veille à leur application.

Le développement de la Mutuelle est assuré, tant au niveau du marché des Particuliers qu'au niveau du marché du Collectif par son département Développement.

Un journal trimestriel « MA SANTE », adressé à l'ensemble des adhérents se fait l'écho des différentes actions menées.

Orientations juridiques et réglementaires

Le Conseil d'Administration est informé des évolutions réglementaires par la FNMF, et l'URMF pour l'activité mutualiste, mais également par l'UNMPI et AROCMUT dans le cadre de la gestion du Régime Obligatoire.

Il estime leurs impacts sur l'activité de la Mutuelle et en décline le plan d'actions afin de s'adapter à ces nouvelles exigences.

Examen des états financiers

Le Conseil d'Administration examine chaque année, les comptes annuels, établis en collaboration avec un cabinet d'expertise comptable extérieur, accompagnés des différentes annexes et rapports qui permettent d'effectuer l'arrêté des comptes de l'exercice.

Les comptes sont certifiés par le Commissaire aux Comptes qui émet des rapports que le Président soumet à l'approbation de l'Assemblée Générale.

Les comptes sont également contrôlés par la Commission de Contrôle.

Le Rapport de Gestion et le SFCR sont établis, chaque année, et permettent de suivre l'évolution et la capacité financière de la Mutuelle à honorer ses engagements auprès de ses adhérents.

D'autre part, la Mutuelle dispose de tableaux de bord mis à jour au fur et à mesure des informations sur :

- L'évolution des charges de fonctionnement,
- L'évolution des placements financiers,
- La prévision et la réalisation, mois par mois, des prestations et des cotisations,
- Un suivi des effectifs tous les mois,
- Un suivi de l'évolution du portefeuille par tranche d'âge.

Elle dispose également de nombreux tableaux et reporting qui permettent de connaître et d'analyser ses évolutions.

Approbation du budget

Chaque année, le Bureau propose le budget prévisionnel pour l'année suivante. Pour cela, il examine tous les éléments connus constitutifs de ce budget, à l'aide d'un tableau de bord, et des informations des prévisions réalisées par le département Comptabilité et le Cabinet Comptable extérieur.

Tenue des réunions du Conseil d'Administration

Le Conseil d'Administration tient en moyenne quatre à cinq réunions par an.

Trente et une réunions ont été programmées en 2017 dans le cadre de la gouvernance : Bureau (6), Conseil d'Administration (4), Commissions « Action Sociale » (3), « Travaux » (2), « Contrôle » (1), « Comité d'Audit » (4), « Professions Indépendantes » (1), « Finances » (2), « Gestion du Patrimoine et Biens Locatifs » (2), « Services aux Adhérents » (2), « Garanties de Santé et de Prévoyance » (2), « Développement et Marketing » (2), « Electorales » (0).

Informations transmises en amont des réunions

Les convocations aux réunions du Conseil d'Administration sont adressées, au plus tard, une quinzaine de jours avant la réunion par courrier et message électronique.

Elles sont accompagnées du projet de Procès-Verbal de la réunion précédente et de certains documents concernant les questions portées à l'ordre du jour.

Dans un but de transparence, le Conseil d'Administration reçoit, lors des réunions, tous les documents nécessaires à la compréhension des différents points inscrits à l'ordre du jour, pour analyser et décider des orientations dans l'intérêt du bon fonctionnement de la Mutuelle.

De même, de manière régulière, le Conseil d'Administration reçoit les documentations relatives à la vie mutualiste au niveau national, régional et départemental.

Thèmes principaux abordés lors des réunions

- Présentation des comptes,
- Approbation du Rapport de Gestion et de son annexe sur les placements financiers,
- Préparation de l'ordre du jour de l'Assemblée Générale,
- Proposition des modifications des Statuts et des Règlements Mutualistes,
- Préparation des changements et évolutions des garanties servies par la mutuelle,
- Suivi des Prestations /Cotisations,
- Proposition du budget de l'année suivante,
- Décision à prendre, pour adapter la Mutuelle aux nouvelles réglementations,
- Information sur l'évolution des placements financiers.

Représentation des salariés au Conseil d'Administration

Deux représentants des salariés de la Mutuelle (1 du Collège « Employés » et 1 du Collège « Cadres – Agents d'Encadrement – Techniciens ») assistent, avec voix consultatives, aux réunions du Conseil d'Administration.

Participation d'experts techniques aux réunions

Si nécessaire, des experts techniques peuvent être invités en fonction des thèmes abordés (juridique, comptable, financier, gestion, etc...).

La Mutuelle fait alors appel à des compétences externes issues des partenariats mis en place.

L'ASSEMBLEE GENERALE

- Election des Délégués

L'élection des Délégués du Collège des Particuliers à l'Assemblée Générale, organisée tous les 6 ans, fait l'objet d'un appel à candidature explicite envoyé individuellement à chaque adhérent avec l'établissement d'un protocole électoral détaillé.

Les Délégués élus sont informés, par courrier, de leur nomination en qualité de Titulaire ou de Suppléant.

Le résultat des élections est présenté dans la revue d'information trimestrielle de la Mutuelle envoyée à l'ensemble des adhérents.

Les Délégués du Collège des Collectivités sont désignés au sein de chaque entreprise adhérente. Leur nombre, pour chaque Collectivité, est fonction du nombre d'adhérents et défini par les Statuts en vigueur.

- Information des Délégués

Avant l'Assemblée Générale, les Membres Honoraires, les Délégués du Collège des Particuliers et ceux du Collège des Collectivités reçoivent leur convocation et l'ordre du jour arrêté par le Conseil d'Administration.

La confirmation de leur présence déclenche l'envoi du « dossier du Délégué » qui contient, en fonction des années et de l'actualité :

- Le Procès-Verbal de la précédente Assemblée Générale,
- Le Rapport de Gestion,
- Les comptes annuels,
- Le rapport de la Commission de Contrôle,
- Les rapports du Commissaire aux Comptes,

- La ratification des décisions du Conseil d'Administration,
- Les modifications des Statuts et des Règlements Mutualistes,
- Les montants des cotisations,
- Le renouvellement du tiers sortant des membres du C.A. et/ou de la Commission de Contrôle,
- Les différentes résolutions.

- Moyens d'expression des Délégués

Les Délégués s'expriment librement lors de l'Assemblée Générale.

Ils peuvent, par écrit avant l'Assemblée Générale, poser toutes les questions nécessaires qui seront abordées dans le cadre des questions diverses, ou bien, s'exprimer oralement pendant l'Assemblée Générale, après chaque point de l'ordre du jour.

- Pouvoirs réservés à l'Assemblée Générale

L'Assemblée Générale procède à l'élection des membres du Conseil d'Administration et, le cas échéant, à leur révocation.

Elle doit statuer sur :

- Les modifications des Statuts,
- Les activités exercées,
- L'existence, le maintien ou non et le montant des droits d'adhésion,
- Le montant du fonds d'établissement,
- Les montants ou taux de cotisations,
- Les prestations offertes et leurs éventuelles évolutions,
- Le contenu des Règlements Mutualistes définis par l'article L.114-1 du Code de la Mutualité,
- L'adhésion ou le retrait à une Union ou une Fédération, la conclusion d'une convention de substitution, la fusion avec une autre mutuelle, la scission ou la dissolution de la Mutuelle, ainsi que la création d'une autre Mutuelle ou d'une Union,
- Les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations de cession en réassurance et les délégations de gestion visées à l'article L.116-3 du Code de la Mutualité,
- La délégation à accorder au Conseil d'Administration pour négocier, signer et mettre en place les traités de réassurance avec les organismes mutualistes ou non,
- L'émission des titres participatifs, des titres subordonnés et d'obligations dans les conditions fixées aux articles L.114-44 et L.114-45 du Code de la Mutualité,

- Le transfert de tout ou partie du portefeuille de garanties, que l'organisme soit cédant ou cessionnaire,
- Le Rapport de Gestion des comptes annuels présenté par le Conseil d'Administration et les documents, états et tableaux qui s'y rattachent,
- Les comptes combinés ou consolidés de l'exercice ainsi que sur le Rapport de Gestion du groupe,
- Le rapport spécial du Commissaire aux Comptes sur les conventions réglementées mentionné à l'article L.114-34 du Code de la Mutualité,
- Le rapport du Conseil d'Administration relatif aux transferts financiers entre mutuelles régies par les livres II et III, auquel est joint le rapport du Commissaire aux Comptes, prévu à l'article L.114-39 du Code de la Mutualité,
- Le rapport présenté par la Commission de Contrôle statutaire prévue à l'article 69 des Statuts,
- Le rapport du Conseil d'Administration aux opérations d'intermédiation et de délégation de gestion visées aux articles L.116-1 à L.116-3 du Code de la Mutualité.

Elle décide :

- La nomination des Commissaires aux Comptes (1 Titulaire et 1 Suppléant) pour 6 ans,
- La dévolution de l'excédent de l'actif net sur le passif en cas de dissolution de la Mutuelle prononcée conformément aux dispositions statutaires,
- Les délégations de pouvoir prévues à l'article 31 des présents Statuts,
- Les apports faits aux Mutuelles et aux Unions en vertu des articles L.111-3 et L.111-4 du Code de la Mutualité.

Les comptes 2017 seront présentés pour approbation lors de l'Assemblée générale du 19 juin 2018.

Une Commission de Contrôle

La Commission de Contrôle, élue pour 6 ans par l'Assemblée Générale, a pour mission la vérification, après rapprochement par sondage, des livres comptables avec les pièces justificatives, et le contrôle des documents soumis à l'approbation des comptes, en concordance avec les livres comptables.

Elle prend connaissance, avant chaque Assemblée Générale des comptes et rapports arrêtés par le Conseil d'Administration.

Le résultat de ses travaux est consigné dans un rapport écrit, communiqué au Président du Conseil d'Administration avant l'Assemblée Générale et présenté à l'Assemblée Générale par le rapporteur de la Commission de Contrôle.

LES DIRIGEANTS EFFECTIFS

La nomination ou le renouvellement des dirigeants effectif est soumis à l'approbation du Conseil d'Administration de la Mutuelle.

Le Conseil d'Administration du 16/03/2016 a validé la proposition de nommer comme dirigeants effectifs :

- Le Président : Monsieur Stéphane LEVEQUE
- Le Directeur Général de la Mutuelle : Madame Claire-Marie CALMARD

AVENIR SANTE MUTUELLE a notifié les nominations des dirigeants effectifs, à l'ACPR qui les a acceptées.

Rôle et responsabilités respectives du Conseil d'Administration et du Directeur Général

Rôle du Conseil d'Administration	Rôle du Directeur général
Détermine les orientations de l'activité de la Mutuelle et veille à leurs mises en œuvre	Dirige effectivement la Mutuelle - Le Directeur Général, dirige la Mutuelle, sous le contrôle du Conseil d'Administration et dans le cadre des orientations arrêtées par celui-ci - le Directeur Général est investi des pouvoirs les plus étendus pour agir en toute circonstance au nom de la Mutuelle, il exerce ces pouvoirs dans la limite de l'objet social et sous réserve des pouvoirs expressément attribués par la loi, au Conseil d'Administration ou à l'Assemblée Générale
Détermine les orientations de la politique d'action sociale de la Mutuelle	
Arrête le budget, les comptes ainsi que le rapport de gestion.	
Se saisit de toute question intéressant la bonne marche de la Mutuelle et règle par ses délibérations les affaires qui la concernent (dans la limite des pouvoirs expressément attribués par les lois et règlements à l'Assemblée Générale) et dans la limite de l'objet social	
Procède aux contrôles et vérifications qu'il juge opportuns	Pilote la mise en œuvre des orientations définies par le Conseil d'Administration et rend compte au Conseil d'Administration
Autorise les cautions, avals et garanties donnés par des institutions dans les conditions de l'article R. 225-28 du Code de commerce	Représente la Mutuelle dans ses rapports avec les tiers
Approuve les différents rapports réglementaires destinés à l'Autorité de Contrôle Prudentiel	Engage les dépenses, signent les différentes pièces contractuelles en respectant les pouvoirs de signature approuvés par le Conseil d'Administration
Approuve les politiques écrites de la Mutuelle	
Nomme et révoque le Directeur Général, Détermine sa rémunération et fixe les modalités de son contrat de travail	Recrute et gère les salariés et sous-traitants

Pouvoirs de signature et pouvoirs d'engagement

Pouvoirs de signature		Président	DG	Autre
Pièces contractuelles (assurance, réassurance, gestion, gestion financière) <i>contrats - avenant - lettre de résiliation</i>	Traités de réassurance	X		
	Convention financière	X		
	Convention de délégation de gestion	X		
	Contrats d'assurance	X	X	
	Convention de courtage	X		
Contrat de travail	CDI, CDD		X	
	Stagiaire, temporaire		X	
Autres contrats	Bail	X		
	Contrats de sous-traitance	X	X	
	Achats - prestations de services	X	X	
Courriers	Document d'information	X	X	
	Document de gestion	X	X	X Responsables Gestion
	Réponse à lettre de réclamation		X	X Responsables Gestion
Pouvoir d'engagement de dépenses		X	X	X 1 ^{er} Vice-Président Trésorier
Gestion d'actif (Validation des ordres d'achat / cessions)		X	X	X Trésorier

Planning des sujets à étudier et points de validation annuels par le Conseil d'Administration

Le Conseil d'Administration de la mutuelle (CA) se réunit, au minimum, 4 fois par an.

Le tableau ci-dessous reprend les principaux points soumis à l'approbation du Conseil d'Administration de la mutuelle. Les points qui concernent les comptes et la gestion du risque sont étudiés au préalable par le Comité Spécialisé (CS).

	Janv	Fév	Mars	Avril	Mai	Juin	Juil	Aout	Sept	Oct.	Nov.	Déc.
Approbation des comptes annuels					x							
Approbation du rapport de solvabilité					x							
Approbation du rapport de contrôle interne					x							
Approbation du rapport actuariel			x									
Approbation du rapport régulier au régulateur (le RSR) – rapport narratif					X							
Préparation de l'AG					x							
Approbation du budget et plan d'action de la mutuelle										x		
Approbation des politiques écrites - hors politiques de gestion des risques (<i>Politique d'audit, Politique de contrôle interne, Politique de délégation de gestion, Politique de sous-traitance, plan de continuité d'activité, Politique sur les règles d'honorabilité et compétence...</i>)			x									
Approbation du rapport ORSA										x		
Approbation du rapport sur la solvabilité et la situation financière (SFCR) - 1ère version "à blanc" - (rapport au public)					x							
Approbation de la politique ORSA et des politiques écrites liées à la gestion des risques (<i>Politique de souscription, Politique actif-passif, Politique de placements ; Politique sur le risque de liquidité et de concentration, Politique risque opérationnel, Politique de réassurance</i>)										x		

FONCTIONS CLES

Synthèse des rôles et responsabilité des fonctions clés

Le tableau ci-dessous présente une synthèse des missions principales de chaque fonction clé (un détail est fourni à la suite), son lien avec l'AMSB, son niveau d'indépendance ainsi que les politiques dont elles sont responsables ou auxquelles elles contribuent.

		FONCTIONS CLES			
Intitulé		Vérification de la conformité	Gestion des risques	Fonction actuarielle	Audit interne
Missions principales		<i>article 46</i> * Mettre en œuvre une veille normative à spectre large sur les activités d'assurance. * Identifier et évaluer le risque de non-conformité (cartographie). * Animer la filière conformité (plan conformité, suivi des actions et incidents).	<i>article 44</i> * Identifier les risques les plus importants et spécifiques. * Contrôler la mise en œuvre de la politique de gestion des risques.	<i>article 48</i> * Superviser le calcul des provisions techniques. * Émettre un avis sur la politique de souscription et es contrats de réassurance. * Contribuer à la gestion des risques.	<i>article 47</i> * Établir le plan d'audit interne * Effectuer des audits non prévus.
Lien direct avec l'AMSB		Rôle de conseil.	Mission générale d'information.	Mission générale d'information.	Communiquer le plan d'audit annuel Conclusions et recommandations
Niveaux d'indépendance	Fonctions clés	La Mutuelle, en application du principe de proportionnalité, se laisse l'éventualité de confier plus d'une fonction à une seule personne ou à un comité, comme la directive Solvabilité 2 en prévoit la possibilité, dans les entreprises plus petites et moins complexes.			Non-cumul.
	Fonctions opérationnelles	Non-cumul.	Non-cumul.	Non-cumul.	Non-cumul.
Politiques écrites		Disposer d'une politique écrite soumise à l'examen de l'AMSB, au moins une fois par an			

Processus de nomination des fonctions clés

La nomination ou le renouvellement des responsables de chacune des quatre fonctions clés est soumis à l'approbation du Conseil d'Administration sur proposition du Directeur Général.

Les fonctions clés s'appuient sur les compétences et l'organisation en place au sein de la Mutuelle.

- La fonction clé **AUDIT INTERNE** est assurée par Madame Karima BENLAZAR, Administrateur.
- La fonction clé **GESTION DES RISQUES** est assurée par Madame Isabelle NOEL, Responsable du département GESTION DU RISQUE ET QUALITE
- La fonction clé **CONFORMITE** est assurée par Madame Isabelle NOEL, Responsable du département GESTION DU RISQUE ET QUALITE
- La responsabilité de la fonction clé **ACTUARIAT** est assurée par Madame Nathalie MICHEL-FLUTÔT, Responsable du département FINANCES-COMPTABILITE, avec une sous-traitance de l'exécution de la fonction clé ACTUARIAT auprès du cabinet CAPS Actuariat.

LA Mutuelle notifie ensuite à l'ACPR la nomination ou le renouvellement des responsables de chacune des quatre fonctions clés réglementaires dans un délai de 15 jours suivant leur nomination ou leur renouvellement.

La nomination des premiers responsables des fonctions clé a été approuvée par le Conseil d'Administration du 16/03/2016. Le dossier de nomination a été transmis à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (Le dossier de candidature est présenté par l'instruction n° 2015-I-03).

Détail des missions de chaque fonction clé

Fonction : Audit Interne

Missions principales

- Etablir et mettre en œuvre un plan d'audit interne (plan pluriannuel avec détail annuel)
- Communiquer le plan d'audit à l'AMSB et présenter un rapport écrit annuel avec les constats et recommandations
- Réaliser les audits ponctuels non prévus sur demande de l'AMSB

Fonction : Gestion des Risques

La fonction de gestion des risques a pour objet d'aider l'organe d'administration et les autres fonctions à mettre efficacement en œuvre le système de gestion des risques. Pour ce faire, la fonction de gestion des risques assure notamment les missions suivantes :

- Mettre à jour le référentiel des risques et des process
- Gérer la cartographie des risques
 - Identifier les risques existants et émergents, internes ou externes ;
 - Indiquer l'exposition au risque (fréquence / gravité) pour permettre de hiérarchiser les risques ;
 - Identifier les « preneurs de risque » et ceux qui les contrôlent, en veillant à ce qu'ils soient distincts ;
- Diffuser l'information (référentiel de risque, référentiel des process, cartographie des risques)
- Coordonner les politiques de gestion des risques

Fonction : Conformité

L'article 46 de la directive Solvabilité 2 inscrit la conformité dans le sous-ensemble du système de contrôle interne, avec pour tâche de conseiller l' «organe d'administration, de gestion ou de contrôle de l'entreprise d'assurance » (AMSB) sur le respect de toutes les normes nécessaires à l'activité de l'assureur.

Missions principales

- Apporter un conseil éclairé, par l'analyse des risques de non-conformité, aux organes de direction de l'entreprise (AMSB).
- Recenser les normes applicables et veiller à leur application par la mutuelle
- La réglementation relative à l'exercice de l'activité d'assurance : agrément, contrôle prudentiel, gouvernance ;
- La protection de la clientèle ;
- La conformité contrat/produit ;
- La lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme ;
- Les pratiques commerciales, respect du droit de la concurrence ;
- La protection des données à caractère personnel et médical ;
- L'éthique et la déontologie ;
- Fraude (fiscal, social ...) ;
- S'assurer du respect des obligations d'information et de conseil ;
- Evaluer l'adéquation des mesures adoptées par la Mutuelle pour prévenir le risque de non-conformité.

Fonction : Actuarielle

Missions principales

- Coordonner le calcul des provisions techniques et notamment :
 - Evaluer la suffisance des provisions et l'incertitude liée aux estimations ;
 - Veiller à ce que les limites inhérentes aux données soient bien identifiées et faire des préconisations pour améliorer la qualité, notamment en cas de gestion déléguée ;
 - Veiller à l'adéquation des méthodes utilisées pour chaque ligne d'activité ;
 - Suivre l'évolution des provisions et justifie les évolutions importantes
- Emettre un avis sur la politique de souscription et les contrats de réassurance.
 - Se prononcer sur la suffisance des primes au regard des risques assurés ;
 - Suivre l'impact de l'inflation ou de l'évolution du risque ;
 - Surveiller le phénomène d'anti-sélection ;
 - Analyser le caractère adéquat de la politique de réassurance (profil de risque et qualité des réassureurs, type de réassurance ...)
- Contribuer à la gestion des risques ;
- Soumettre un rapport écrit annuel à l'AMSB qui met notamment en évidence les éventuelles défaillances et émet des recommandations sur la manière d'y remédier.

Politique de Rémunération

- Conformément aux dispositions du Code de la Mutualité, les fonctions d'Administrateurs sont gratuites.
- Les Administrateurs, autres que le Président, le 1^{er} Vice-Président Délégué, le Trésorier et le 2^{ème} Vice-Président, perçoivent une indemnité forfaitaire de déplacement pour la participation aux différentes réunions dans le cadre de leur mandat

- Les Administrateurs, autres que le Président, perçoivent une indemnité kilométrique pour la participation aux différentes réunions dans le cadre de leur mandat

(Les remboursements des Administrateurs, pour 2017, s'élèvent à 15 882 €)
- Le Président et le 1^{er} Vice-Président Délégué perçoivent une indemnité de fonction, en application de la décision prise en Assemblée Générale conformément à l'article L114-26 du Code de la Mutualité, fixée à 80% de la valeur du Plafond Annuel de la Sécurité Sociale. Le Président dispose de l'usage d'un véhicule loué, en crédit-bail, par la Mutuelle.
- Le Trésorier et le 2^{ème} Vice-Président perçoivent une indemnité de fonction, en application de la décision prise en Assemblée Générale conformément à l'article L114-26 du Code de la Mutualité, fixée à 40% de la valeur du Plafond Annuel de la Sécurité Sociale.

2.2.2. – Exigences de compétence et d'honorabilité

Compétence et honorabilité des Administrateurs

L'honorabilité des Administrateurs a été vérifiée (casiers judiciaires) avant la nomination ou le renouvellement de tout Administrateur

Des formations sont organisées chaque année à l'initiative de la mutuelle (en interne ou en externe) pour permettre à chaque Administrateur de compléter ses connaissances et se tenir au courant des évolutions techniques et réglementaires.

Les Administrateurs ont accès aux formations organisées par la FNMF ou en interne. Chaque Administrateur s'engage à effectuer au moins une formation par an.

Il est à noter que la plupart des Administrateurs sont élus depuis plus de 12 ans et connaissent bien les rôles qui leur sont confiés, l'environnement mutualiste et le fonctionnement de la Mutuelle. Toutes les informations liées à la réglementation sont transmises aux Administrateurs pour leur permettre d'avoir un niveau de connaissances élevé et sont relayées lors des réunions statutaires.

Pour 2017, les priorités identifiées en termes de formation sont les suivantes :

- Solvabilité II et ses exigences pour une mutuelle du livre II. Un séminaire solvabilité 2 s'est tenu les 3 et 4 mai 2017.

Toutes les informations liées à la réglementation sont transmises aux Administrateurs pour leur permettre d'avoir un niveau de connaissances élevé et sont relayées lors des réunions statutaires.

- Le Contrôle Interne dans une mutuelle

Les Administrateurs représentent la Mutuelle au sein d'autres instances telles que :

- ✓ L'Union Nationale des Mutuelles Interprofessionnelles (UNMI),
- ✓ L'Union Nationale des Mutuelles de Travailleurs Indépendants (UNMPI),
- ✓ L'Association Représentative des Organismes Conventionnés MUTualistes (AROCMUT),
- ✓ Le Centre Informatique MUTualiste (CIMUT),
- ✓ L'Union des Groupements des Employeurs Mutualistes (UGEM).

Compétence et honorabilité des Dirigeants et Responsables de fonctions clés

AVENIR SANTE MUTUELLE a défini une politique de compétences et d'honorabilité validés par le Conseil d'Administration, qui prévoit :

- la constitution d'un dossier individuel de compétences et d'honorabilité pour les dirigeants effectifs et les responsables de fonction clé
- les modalités de formation

Les exigences d'honorabilité pour les dirigeants effectifs et les responsables de fonction clé sont assurés par la présentation d'un extrait de casier judiciaire vierge. Ces exigences d'honorabilité sont renouvelées tous les 2 ans. Le contrôle des exigences d'honorabilité est assuré par le Conseil d'Administration.

La compétence des dirigeants effectifs et des responsables de fonction clé, s'apprécie de manière individuelle au regard de leurs prérogatives spécifiques avec les éléments suivants :

- Formation et diplôme
- Expérience professionnelle

Parallèlement à ces éléments, les dirigeants effectifs et des responsables de fonction clé suivent des formations, conférences et séminaires, leur permettant d'assurer un maintien de leurs compétences.

Le contrôle des exigences de compétences pour les dirigeants effectifs et des responsables de fonction clé est assuré par le Conseil d'Administration.

2.2.3. – Système de gestion des risques, y compris l'évaluation interne des risques et de la solvabilité

Organisation du système de gestion des risques

En application de l'article 44 de la directive et de l'article 259 des actes délégués, la mutuelle a mis en place un système de gestion ayant pour vocation d'identifier et de mesurer les risques auxquels elle est exposée dans le cadre de ses activités.

AVENIR SANTE MUTUELLE a construit son référentiel de gestion et de maîtrise des risques.

AVENIR SANTE MUTUELLE a mis en place un dispositif de gestion des risques dont l'organisation est définie dans la politique de gestion des risques et validée par le Conseil d'Administration. L'organisation du système de gestion des risques est la suivante :

Mise en place d'un département Gestion du Risque et Qualité au 1^{er} janvier 2014 ;

Le département DGRQ est chargé d'élaborer les plans de mise en œuvre des contrôles à réaliser au cours d'un exercice dans le double objectif de prévenir la survenance d'un risque et de mettre en place des moyens de maîtrise. La démarche de construction du référentiel « Gestion et Maîtrise du risque » passe par les différentes étapes d'analyse des risques comme :

- Identification (phase de réflexions)
- Evaluation (phase de mesure)
- Gestion (phase de définition du traitement)

Le département DGRQ est chargé d'appliquer :

- la révision des référentiels de procédures et modes opératoires à la suite des activités du contrôle interne.
- les modalités de mise à jour du dispositif de gestion prennent en compte les évolutions réglementaires ou organisationnelles impactant la Mutuelle.
- de réaliser le compte-rendu du suivi des risques pour le Comité d'Audit.

Système de gouvernance et gestion des risques

Un compte-rendu du suivi des risques est réalisé pour le Comité d'Audit qui se réunit 4 fois dans l'année.

Une fois par an, la Commission étudie et analyse ces éléments pour donner son avis sur le Rapport de Gouvernance et de Contrôle Interne, qui est, ensuite, proposé, pour validation, au Conseil d'Administration.

Outils de la gestion des risques

L'identification et la gestion des risques s'appuient sur des outils communs à l'ensemble des services de la mutuelle :

- Référentiel des risques ;
- Cartographie des risques ;
- Référentiel des process ;

Ce référentiel des risques, le référentiel des process et la cartographie des risques sont revus chaque année. Ils s'appuient sur les référentiels établis au niveau d'AVENIR SANTE MUTUELLE et déclinés pour prendre en compte les spécificités de la mutuelle.

Le département GESTION DU RISQUE & DE LA QUALITE a la responsabilité d'organiser leur mise à jour en collaboration avec l'ensemble des services impliqués.

Ils sont soumis à l'approbation de la commission des risques et de la conformité après avis des fonctions clés.

Référentiel de risques

Ce référentiel des risques vise à identifier et classer l'ensemble des risques de la Mutuelle selon un référentiel commun à tous les départements de la Mutuelle.

Le référentiel est mis à jour régulièrement afin de l'adapter aux évolutions des activités d'AVENIR SANTE MUTUELLE. Il sert de base de référence à l'ensemble des Collaborateurs de la mutuelle.

Il est à noter que le profil de risque de la mutuelle est convenablement appréhendé par le modèle standard. Les risques majeurs de la mutuelle sont présentés dans le tableau ci-dessous :

Famille de risques	Libellé des risques
Financiers	Risques de Taux
	Risques liés aux Actions
	Risques liés aux Emetteurs
	Risques liés à l'Immobilier
	Risques de Spread
Contreparties	Risques de défaut des contreparties
Santé	Risques d'accidents de masse
	Risques de cumul de pandémie
	Risques relatifs à la dérive des prestations
Opérationnels	Risques liés à un dysfonctionnement de l'organisme

Le risque opérationnel de la mutuelle comporte une dimension qui n'est pas intégrée dans le modèle standard.

Cartographie des risques

Les risques identifiés sont classés selon un tableau à double entrée permettant de :

- Déterminer la probabilité d'apparition du risque
- Déterminer l'impact du risque pour la mutuelle

La combinaison des deux facteurs permet de déterminer le niveau d'exposition au risque et de caractériser le type de risque.

Référentiel des process

Le référentiel Process d'AVENIR SANTE MUTUELLE consiste en un découpage « macro » des activités. 3 niveaux ont été définis :

- **Le Macro-processus,**
- **Le Processus,**
- **Les procédures**

Ce référentiel est mis à jour régulièrement afin de l'adapter aux évolutions des activités d'AVENIR SANTE MUTUELLE. Il sert de base de référence à l'ensemble des Collaborateurs de la mutuelle.

Tolérance au risque

Seuils d'alerte

Compte tenu de la taille et de la nature des risques de la mutuelle, le seuil d'alerte suivant a été retenu et approuvé par le Conseil d'Administration :

- Taux de couverture du besoin en capitaux propres sous S2 (SCR) < 200 %

Avec un niveau de développement plus conséquent, des seuils d'alerte sur la sinistralité et sur le SCR de souscription pourront être définis.

Budgets de risques

Dans le cadre du développement, enjeu principal de la mutuelle à court-terme, un budget de risque peut être demandé par le département Développement auprès de la Direction Générale.

Limites opérationnelles de risques

Objectif

- Santé collective
- Santé individuelle

Evaluation interne des risques et de la solvabilité

Le dispositif d'évaluation interne des risques et de la solvabilité (ORSA) est intégré au fonctionnement de l'entreprise et s'inscrit dans le cadre du dispositif de gestion des risques. Une politique ORSA validée par le Conseil d'Administration précise l'organisation du processus ORSA.

La politique ORSA prévoit :

Une réalisation annuelle de l'ORSA, ou plus si changement significatif du profil de risques ;

Une validation du rapport ORSA par le Conseil d'administration, qui peut exiger de corriger les paramètres concernant l'environnement externe (concurrence, juridique, économie, fiscalité,) ou interne (adaptation de la stratégie, de l'organisation,)

L'ORSA est considéré comme un outil de pilotage de la mutuelle qui permet de :

- Fixer l'indexation des cotisations de l'exercice suivant
- Valider ou amender la politique d'investissement
- Valider ou informer le développement de nouveaux produits

Dans le cadre de cet exercice, la mutuelle analyse, évalue, et s'assure de la couverture de l'ensemble des risques auxquels elle est soumise et détermine ses besoins de solvabilité.

2.2.4 – Système de contrôle interne

AVENIR SANTE MUTUELLE dispose d'un dispositif de contrôle interne. En vue de se conformer à l'article 41-3 de la directive et de l'article 258-2 des actes délégués, AVENIR SANTE MUTUELLE a défini une politique de contrôle interne décrivant les objectifs, responsabilités, processus et procédures de contrôle interne.

Le contrôle interne est destiné à fournir une assurance raisonnable quant à la réalisation des objectifs suivants :

- La réalisation et l'optimisation des opérations
- La fiabilité des informations financières
- La conformité aux lois et aux règlements en vigueur

Il repose sur :

- Un plan de contrôle interne organisé par département et par processus et revu annuellement, recensant les contrôles en place en couverture des risques identifiés dans la cartographie des risques.

Le dispositif est porté par Le Responsable du Département Gestion Risque et Qualité.

Les contrôles sont qualifiés de premier niveau lorsqu'ils sont réalisés par les managers opérationnels ou de deuxième niveau lorsqu'ils sont réalisés par des gestionnaires du département Gestion du Risque et Qualité indépendant des opérations contrôlées.

Un plan de conformité renouvelé annuellement visant à piloter l'activité de conformité et porté par la fonction de vérification de la conformité.

Un département « Gestion du Risque et Qualité », en charge du Contrôle Interne technique, est en place au sein de la Mutuelle.

Des procédures de contrôle ont été mises en place ainsi que le suivi des solutions correctives.

Principe de maîtrise

Les contrôles effectués permettent d'améliorer la qualité des processus métiers par la proposition d'actions correctives et/ou évolutives. Ces actions, impactant les procédures métiers, sont déployées, par la suite, au travers d'une communication et/ou de formations internes. Un contrôle ultérieur sur les processus métiers, permet de suivre et de vérifier la maîtrise et la bonne application des procédures déployées.

Les tableaux d'analyse sont transmis à la Direction Générale et aux Responsables des départements Gestion (RO & RC) qui, en fonction des constats, s'assurent de la mise en place d'actions de correction ou de formation.

● Missions :

Le Contrôle Interne doit permettre de vérifier, entre autres :

☞ La prévention et la maîtrise des risques (erreurs et/ou fraudes, en particulier dans le domaine

Comptable et financier) liés à l'activité de la Mutuelle,

☞ La conformité avec les textes de lois, les règlements et circulaires des différentes Tutelles,

☞ La mise en œuvre des orientations fixées par l'Assemblée Générale et le Conseil d'Administration,

☞ Le respect des processus internes,

☞ La fiabilité des éléments comptables et financiers.

● Buts :

Le Contrôle Interne d'AVENIR SANTE MUTUELLE a pour but, essentiellement :

☞ D'examiner l'ensemble des informations (comptables, financières et de gestion) communiquées à l'Assemblée Générale et au Conseil d'Administration pour être en adéquation avec la situation réelle de la Mutuelle,

☞ De s'assurer de la conformité des actes de gestion et du respect du personnel avec les orientations données par l'Assemblée Générale et le Conseil d'Administration,

☞ De s'assurer de la conformité des actes de gestion en regard des exigences comme : les textes de loi, les codes, les statuts et les règlements en vigueur, les valeurs, les normes, les procédures et les règles internes à la structure.

Le dispositif de Contrôle Interne d'AVENIR SANTE MUTUELLE est toutefois adapté à la taille de la Mutuelle.

Rôle spécifique de la Fonction conformité

La fonction de vérification de la conformité mentionnée à l'article L 354-1 du code de la mutualité est en charge de participer à la veille réglementaire et d'évaluer l'impact de tout changement de l'environnement juridique sur l'activité de la mutuelle. En cela elle s'assure tout particulièrement de la couverture des risques de non-conformité.

L'information est ensuite partagée tant au niveau opérationnel afin d'alimenter la mise à jour du dispositif de contrôle qu'au niveau de la direction et du conseil d'administration afin d'alerter sur les risques de non-conformité susceptibles d'impacter la stratégie, le cadre de tolérance aux risques et les systèmes de gestion des risques et de contrôle interne.

La fonction de vérification de la conformité est également consultée pour avis, sur toute question réglementaire ou de conformité liée aux activités d'assurance, dont les aspects de fraude, lutte anti blanchiment, lutte contre le terrorisme, et la protection de la clientèle. La politique de conformité décrit en détail ses responsabilités, les contours de sa mission et les modalités de reporting.

La Mutuelle suit les évolutions législatives, réglementaires, économiques ou sociales qui affectent l'activité de la Mutuelle.

2.2.5. – Fonction d’audit interne

LE COMITE D’AUDIT

Conformément aux dispositions de l’article 47 de la directive, précisées à l’article 271 du règlement délégué, la mutuelle dispose d’une fonction audit interne. Cette disposition est en cohérence avec les exigences préalables de l’ordonnance N°2008-1278 du 8/12/2008.

A cet effet la mutuelle a mis en place un comité d’audit en charge de la supervision des activités d’audit et un dispositif d’audit interne. Un Comité d’Audit et de Pilotage du Contrôle Interne a été créé, au sein du Conseil d’Administration, par la nouvelle gouvernance en 2012.

	Comité d’Audit
Membres	4 Administrateurs possibilité de 2 experts maximum <i>Un membre au moins du comité doit présenter des compétences particulières en matière financière ou comptable et être indépendant au regard de critères précisés et rendus publics par le Conseil d’Administration</i>
Non membres (pouvant être invités aux réunions du Comité)	En fonction des sujets abordés : - Audit interne - Contrôle interne - Comptabilité - CAC - Actuariat - Finances
Mission	. Assure le suivi des questions relatives à l’élaboration et au contrôle des informations comptables et financières. . Rend compte régulièrement à l’organe collégial chargé de l’administration ou à l’organe de surveillance de l’exercice de ses missions et l’informe sans délai de toute difficulté rencontrée.
Volet comptable	. Suivi du processus d’élaboration de l’information financière ; . Suivi du contrôle légal des comptes annuels et des comptes consolidés par les CAC; . Recommandation sur les propositions de nomination des commissaires aux comptes et de remplacement ainsi que sur le contrôle de leur indépendance . Examen des honoraires facturés par les CAC . Suivi des règles comptable applicables
Volet audit	. Suivi de l’efficacité des systèmes de contrôle interne et de gestion des risques ; . Proposition du plan d’audit interne . Destinataire d’une synthèse des rapports d’audit . Destinataire des rapports d’audit extérieurs et des CAC
Volet ORSA	. Evaluation et recommandation sur le rapport ORSA . Avis / recommandations sur l’adéquation de la stratégie et du capital disponible . Examen des rapports de solvabilité, de la politique de gestion des risques, des différents rapports réglementaires à remettre à l’ACPR, des politiques écrites . Appréciation du profil de risque . Veille à l’efficience du système globale de gestion des risques
Périodicité	4 fois par an

La fonction d’audit interne, pour assurer son objectivité dispose également de la possibilité de conduire des audits non prévus initialement dans le plan d’audit. A cet effet, toute détection ou évènement majeur portant atteinte à la maîtrise des risques est susceptible de donner lieu à une mission d’audit non planifiée initialement.

2.2.6. – Fonction actuarielle

Conformément aux dispositions de l'article 48 de la directive, précisées à l'article 272 du règlement délégué, la mutuelle dispose d'une fonction actuarielle sous-traitée auprès de CAPS ACTUARIAT, Noëlle BOGUREAU, 132 Avenue du Général Leclerc, 75014 PARIS.

<p align="center">Mission de la Fonction Actuarielle</p> <p align="center">Article 48 de la Directive</p>	<p align="center">Périmètre des missions de la Fonction Actuarielle à Avenir Santé Mutuelle</p>
<p><u>Provisions techniques</u></p> <p>a) coordonner le calcul des provisions techniques ;</p> <p>b) garantir le caractère approprié des méthodologies, des modèles sous-jacents et des hypothèses utilisés pour le calcul des provisions techniques ;</p> <p>c) apprécier la suffisance et la qualité des données utilisées dans le calcul des provisions techniques ;</p> <p>d) comparer les meilleures estimations aux observations empiriques ;</p> <p>e) informer l'organe d'administration, de gestion ou de contrôle de la fiabilité et du caractère adéquat du calcul des provisions techniques ;</p> <p>f) superviser le calcul des provisions techniques dans les cas visés à l'article 82;</p> <p><i>L'article 82 concerne la qualité des données et l'application d'approximations, y compris par approches au cas par cas, pour les provisions techniques</i></p>	<p>La Fonction Actuarielle ASM revoit les provisions techniques S1 (hors provisions financières).</p> <p>La Fonction Actuarielle sera impliquée dans le calcul des provisions S2 au 31/12/2016.</p>
<p><u>Souscription</u></p> <p>g) émettre un avis sur la politique globale de souscription ;</p>	<p>La Fonction Actuarielle ASM émet bien un avis sur la politique globale de souscription</p>
<p><u>Réassurance</u></p> <p>h) émettre un avis sur l'adéquation des dispositions prises en matière de réassurance ;</p>	<p>La Fonction Actuarielle ASM émet bien un avis sur l'adéquation des dispositions prises en matière de réassurance</p>
<p><u>Gestion des risques</u></p> <p>i) contribuer à la mise en œuvre effective du système de gestion des risques visé à l'article 44, en particulier pour ce qui concerne la modélisation des risques sous-tendant le calcul des exigences de capital prévu au chapitre VI, sections 4 et 5, et pour ce qui concerne l'évaluation visée à l'article 45.</p> <p><i>Cela concerne notamment le calcul du SCR, du MCR et l'ORSA.</i></p>	<p>La Fonction Actuarielle ASM contribuera à la mise en œuvre effective du système de gestion des risques visé à l'article 44 de la directive S2 pour les comptes au 31/12/2016.</p>

La fonction actuarielle rend compte annuellement à la Direction et au Conseil d'Administration de la fiabilité et du caractère adéquate du calcul des provisions techniques et rédige pour cela un rapport actuariel.

Celui met en exergue les écarts constatés, les limites des méthodes et de la qualité des données, évalue des degrés de certitude et de fiabilité des calculs. Le rapport vise aussi à présenter les défaillances et les recommandations associées à mettre en œuvre pour y remédier.

La fonction actuarielle contribue également au système de la gestion des risques de la mutuelle. La fonction actuarielle :

- Elabore des modèles de risque techniques. Elle alimente le calcul des exigences de fonds propres ainsi que les évaluations prospectives du rapport ORSA.
- Emet un avis sur la politique globale de souscription

2.2.7. – Sous-traitance

Dans le cadre de son activité, la mutuelle a recours à de la sous-traitance sur les domaines suivants :

- infogérance de l'outil informatique st@rweb

CIMUT
Identifiant SIREN 415 188 903, Siret N° 415 188 903 00025
Siège Social : 9 rue Félix Le Dantec 29000 Quimper

- Gestion du tiers-payant :

VIAMEDIS
SA, RCS Créteil 432 788 974, SIRET N° 432 788 974 00041
Siège Social : 107/109 Avenue Gabriel Péri, 94170 Le Perreux sur Marne

- Gestion de la paie :

Cabinet CADERAS MARTIN
SA, RCS Paris 312 665 318, SIRET N° 312 665 318 00027
Siège social : 43 rue de Liège 75008 PARIS

- Fonction actuarielle :

Cabinet CAPS ACTUARIAT
SAS, RCS Paris 491 571 139, SIRET 491 571 139 00014
Siège social : 132 Avenue du Général Leclerc, 75014 PARIS

- Société d'expertise comptable :

Cabinet PRIMAUDIT INTERNATIONAL
Sarl, RCS Paris 442 738 837, SIRET 442 738 837 00032
Siège Social : 6 Place Boulnois 75017 PARIS

Ces sous-traitances sont formalisées dans la politique de sous- traitant. Cette politique comprend :

- Les critères à vérifier pour accorder ou maintenir la sous-traitance à un tiers,
- La liste des activités et risques qui peuvent ou ne peuvent pas être délégués et les conditions de sous-traitance pour chaque activité/risque
- Le reporting à fournir par le sous-traitant
- Les modalités de contrôle des délégataires
- La trame du protocole à signer par chaque sous-traitant
- Les ratios clés permettant de juger de la situation financière du sous-traitant et de sa dépendance économique éventuelle avec la mutuelle.
- La liste des sous-traitants avec un tableau de bord de suivi indiquant le volume des activités déléguées par risque et des critères d'appréciation de la qualité de gestion et de la situation financière du sous-traitant.

En outre, le Conseil d'Administration revoit annuellement la liste des prestataires externes.

2.2.8. –Autres informations

Aucune autre information importante ou qualifiée comme telle par la mutuelle susceptible d'impacter le système de gouvernance n'est à mentionner

2.3 Profil de Risque

2.3.1. – Risque de souscription

Présentation des activités de souscription de AVENIR SANTE MUTUELLE

– Adhésions individuelles

Les adhésions individuelles sont souscrites dans le cadre des formules, dont les grilles de garanties et les tarifs sont indiquées en Annexe du **règlement mutualiste**, approuvé chaque année par l'Assemblée Générale de la Mutuelle.

Les cotisations et les grilles de garanties font l'objet d'une analyse annuelle pour vérifier l'équilibre technique et définir les évolutions qui sont validées par le Conseil d'Administration et approuvées par l'Assemblée Générale.

La Fonction Actuarielle est étroitement associée à ces évolutions. Elle réalise les études d'équilibre technique des différentes formules et propose les évolutions.

Aucune dérogation concernant les prestations ou les cotisations n'est autorisée par rapport aux cotisations / prestations du Règlement Mutualiste, sauf actions commerciales validées par le Conseil d'Administration, pour favoriser les campagnes de souscription.

– Contrats collectifs

Les contrats collectifs sont **étudiés en fonction de la demande spécifique de chaque entreprise**. La Fonction Actuarielle valide les barèmes de tarification, pris en compte dans l'outil de tarification des contrats dit « standards », tarifés directement avec l'outil, sans dérogation possible.

Les demandes de tarification des contrats « non standards » sont toutes transmises à la Fonction Actuarielle. Les tarifs sont établis sur la base des résultats transmis et/ou des statistiques propres de la Mutuelle lorsqu'il n'y a pas de résultat.

Le contrôle du respect des tarifications / grilles de prestation proposées est fait par les équipes de gestion et par le département Gestion du Risque & Qualité.

2.3.2. – Risque de marché

Compte tenu du caractère incertain du coût final des prestations Complémentaires Santé, lié à l'activité d'assurance et compte tenu de la réglementation en matière de couverture des engagements règlementés (engagements définis à l'art. R 212-21 du Code de la Mutualité pour lesquels la mutuelle doit pouvoir à tout moment justifier leur évaluation afin qu'ils soient toujours représentés par des actifs équivalents), les objectifs poursuivis par la Mutuelle en matière de placements respectent les dispositions des articles R212-32 et R212-33 du Code de la Mutualité relativement aux règles de limitation et de dispersion des actifs.

La Commission des Finances rencontre, au moins, une fois par an l'ensemble des partenaires financiers pour analyser le portefeuille existant et prendre les mesures d'arbitrage nécessaires à la bonne gestion. Elle reçoit régulièrement les informations de ces partenaires.

Ainsi, la Mutuelle veille, dans sa politique des placements, à préserver les fonds par une gestion de son portefeuille garantissant :

- ⊗ Un volume suffisant pour honorer le paiement de nos engagements,
- ⊗ Une protection de la valeur des actifs et la limitation des risques éventuels de perte en capital,
- ⊗ Des liquidités disponibles permettant de régler les prestations à échéance prévue,
- ⊗ Des placements qui procurent des intérêts à minimum de risque, et respectent les règles exigées de diversification et de dispersion.

La politique des placements est sous la responsabilité du Président du Conseil d'Administration.

La structure du portefeuille se compose en majorité d'Obligations, de Sicav Obligataires/Monétaires et d'une faible part d'Actions. Le suivi des produits financiers et le contrôle de la qualité des actifs sont réalisés par la Commission « Finances » et présentés au Conseil d'Administration.

2.3.3. – Risque de crédit

2.3.4. – Risque de liquidité

2.3.5. – Risque opérationnel

Appréciation du risque opérationnel au sein de la mutuelle

Le risque opérationnel de la mutuelle correspond aux pertes potentielles qui pourraient résulter d'une défaillance au sein de l'organisme, défaillance qui pourrait être imputée à un défaut de contrôle interne, ce risque peut avoir les causes suivantes :

- Risques de non-conformité (sanctions financières liées à la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme ou protection de la clientèle)
- Risques juridiques (frais juridiques engagés et amendes faisant suite à litige)

Risque de fraude interne et externe

Risque d'exécution des opérations (défaillance humaine, de contrôle, d'organisation,)

Risque de défaillance des systèmes d'information (indisponibilité ou latence des outils affectant la capacité de travail)

Risques liés à la qualité des prestations sous traitées (qualité et délais de gestion, ...)

Risques relevant de la sécurité des biens et des personnes (incendie, Affectant la disponibilité des collaborateurs et des locaux)

Risques de réputation (dégradation de l'image de la mutuelle suite à une mauvaise qualité de gestion ou un défaut de conseil lors de la commercialisation, à la qualité des produits)

Risques liés à l'évolution de l'environnement légal (nouvelle réglementation affectant directement ou indirectement la capacité à maintenir une activité)

Mesure du risque opérationnel et risques majeurs

Le risque opérationnel est suivi au travers de la collecte des incidents et des pertes opérationnelles, matérialisées au sein d'une cartographie des risques. Les incidents présentant un impact financier, réglementaire ou de réputation important sont remontés en conseil d'administration.

Au sein de la cartographie des risques, l'identification des risques opérationnels majeurs fait l'objet d'une analyse et donne lieu à des plans d'actions visant à restreindre ou éliminer les causes sous-jacentes ; à cet effet, le risque majeur « PANDEMIE » a été identifié par la mutuelle

2.3.6. – Autres risques importants

2.3.7. – Autres informations

Aucune autre information importante ou qualifiée comme telle par les mutuelles susceptibles d'impacter le profil de risque n'est à mentionner

2.4 Valorisation à des fins de solvabilité (A MAJ)

2.4.1. – Actifs

Les actifs ont été évalués en valeur de réalisation en date du 31 décembre 2017. Le tableau ci-dessous renseigne sur les principales familles d'actif (en K euros)

ACTIFS	Mode de Valorisation	Valeur "S. 2"
Actifs Incorporels	Valorisation à 0	0
Immobilier	Expertise immobilière	6 260
Actions	Valeur de marché	136
SICAV et FCP	Valeur de marché	3 063
Produits structurés	Valeur de marché	0
Obligations	Valeur de marché	3 734
Prêts	Valeur nette comptable	75
Dépôts et autres placements	Valeur nette comptable	6 185
Autres actifs	Valeur nette comptable	8 702
Total		28 155

2.4.2. – Provisions techniques

Provision techniques	Mode de Valorisation	Valeur "S. 2"
Provisions techniques non-vie santé	Meilleure estimation (Best estimate)	2 770
Provision pour participation excédents	Réglementaire	146
Provision pour primes	Meilleure estimation (Best estimate)	- 76
Marge de risque non-vie Santé	Simplification	359
Total		3 199

Les meilleures estimations concernant les provisions pour prestations à payer Santé Non-Vie et Vie ont été calculées selon la méthode des triangles de paiements et application de la méthode Chain Ladder classique.

- Le « Best estimate de prestations » retenu par la mutuelle est calculé à partir du triangle de prestations sur lequel est appliqué la méthode « Chain Ladder » classique. Les flux obtenus sont ensuite actualisés.
- Le « Best estimate de cotisations » retenu est la marge relative aux cotisations émises au 31/12/2017 et sur lesquelles la mutuelle est engagée au 01/01/2018.

Cette marge retenue intègre les prestations et les charges nettes rattachées à ces cotisations.

- Une « marge de risque » est ajoutée à ces provisions techniques. Son calcul est effectué à partir de la méthode simplifiée dite « approche par duration » proposée par EIOPA.

2.4.3. – Autres passifs

(En K euros)

Autres Passifs	Mode de Valorisation	Valeur "S. 2"
Dettes d'assurances	Valeur nette comptable	671
Impôts différés	Estimation Extra-comptable	71
Autres provisions non techniques	Valeur nette comptable	691
Autres passifs	Valeur nette comptable	9 422
Total		10 855

Les impôts différés sont calculés sur les écarts de valeur entre le bilan Solvabilité II et le bilan fiscal, en accord avec la réglementation. Par mesure de prudence et de simplification, il n'a pas été pris en compte d'éventuels déficits reportables au 31 décembre 2017, pour le calcul des impôts différés.

Les simplifications suivantes ont été faites pour le calcul de l'impôt différé :

- Un montant net est directement calculé (pas de séparation entre IDP et IDA). Il a été supposé que la nature et le timing des flux d'impôts correspondent et permettent de justifier d'avoir une position nette. Il convient d'insister sur le fait que cela n'a pas d'impact sur le calcul du ratio de solvabilité mais diffère uniquement sur l'affichage du bilan Solvabilité II.
- Si le montant net résulte en un Impôt Différé Actif, il a été considéré comme recouvrable et par conséquent inscrit au bilan.

2.5 Gestion du Capital

2.5.1. – Fonds propres

Les fonds propres d’Avenir Santé Mutuelle sont constitués :

- Du fonds d’établissement,
- Des résultats générés au cours des exercices,
- De la réserve de réconciliation.

Les fonds propres de la Mutuelle sont classés en fonds propres de niveau 1 et peuvent couvrir en conséquence le capital de solvabilité requis tout comme le minimum de solvabilité requis.

Etat de passage des fonds propres « S1 » aux fonds propres « S2 »

Fonds propres "S1"	13 842
Fonds propres A.S.M.	14 585
Fonds propres S.C.I.	- 733
Retraitement des parts de la S.C.I.	- 10
Retraitement "S1" vers "S2"	323
Annulation de la P.R.E.	723
Provision pour primes	- 75
Réévaluation des Placements	361
Impôts Différés nets	- 71
Marge de Risque	- 321
Amortissement surcotes	19
Réévaluation des Actifs	- 299
Réévaluation immo corporelles	- 14
Fonds propres "S2"	14 165

2.5.2. – Capital de solvabilité requis et minimum de capital requis

Le Capital de Solvabilité Requis est calculé en application des spécifications techniques définies dans la réglementation européenne.

	31/12/2017	31/12/2016	Variation
M.C.R. Linéaire	1 290	1 285	5
S.C.R.	6 875	6 298	577
Plafond de M.C.R.	3 094	2 834	260
Plancher de M.C.R.	1 719	1 575	144
M.C.R. Combiné	1 719	1 575	144
Plancher absolu du M.C.R.	3 700	3 700	-
M.C.R	3 700	3 700	-

	31/12/2017	31/12/2016	Variation
S.C.R. Marché	3 040	2 455	585
S.C.R. Défaut des contreparties	1 168	1 063	105
S.C.R. Souscription santé	4 169	3 951	218
S.C.R. Actifs incorporels	0	0	-
Diversification	-2 170	-1 899	- 271
B.S.C.R	6 207	5 570	637
S.C.R. Opérationnel	738	739	- 1
Ajustements	-71	-11	- 60
S.C.R. Global	6 874	6 298	576
Eléments éligibles au S.C.R	14 166	15 310	- 1 144
Ratio de solvabilité	206%	243%	

2.5.3. – utilisation du sous module « Risque sur actions » fondé sur la durée dans le calcul du capital de solvabilité requis

La mutuelle n'utilise pas le sous-module « risque sur actions » fondé sur la durée prévu à l'article 304 de la directive.

Ainsi aucune autre information relative à ce point n'est à reporter dans ce présent rapport.

2.5.4. – Différences entre la formule standard et tout modèle interne utilisé

La mutuelle utilise uniquement la formule standard pour ses besoins de calcul du capital de solvabilité requis (SCR). Aucun calcul du capital de solvabilité requis (SCR) n'est réalisé via un modèle interne, même partiellement. Ainsi, aucune différence ou écart méthodologique ou autre n'est à reporter dans le présent rapport.

2.5.5. – Non-respect du minimum de capital requis et non -respect du capital de solvabilité requis

Aucun manquement en capital relatif au capital minimum requis (MCR) ou au capital de solvabilité requis (SCR) n'a été identifié sur la période de référence et n'est à reporter dans le présent rapport. La mutuelle respecte le minimum de capital et le capital de solvabilité requis.

2.5.6. – Autres informations

Aucune autre information importante ou qualifiée comme telle par la mutuelle susceptible d'impacter la structure ou les modalités de gestion des fonds propres n'est à mentionner.

3. SFCR DE GROUPE

AVENIR SANTE MUTUELLE n'est pas concerné