

SANTÉ

PRÉVOYANCE

RETRAITE

ÉPARGNE



Rapport sur la Solvabilité et la Situation Financière

Exercice 2025

Solimut
 **utuelle**
de France

GÉNÉRATIONS **SOLIDAIRES**

SOMMAIRE

PREAMBULE.....	4
SYNTHESE.....	5
A. ACTIVITE ET RESULTATS	10
A.1 Activité	10
A.2 Résultats de souscription	20
A.3 Résultats des investissements.....	21
A.4 Résultats des autres activités.....	22
A.5 Autres informations	23
B. SYSTEME DE GOUVERNANCE	24
B.1 Informations générales sur le système de gouvernance	24
B.2 Exigences de compétence et d'honorabilité	31
B.3 Système de gestion des risques, y compris l'évaluation interne des risques et de la solvabilité	33
B.4 Système de contrôle interne	41
B.5 Fonction d'audit interne	43
B.6 Fonction actuarielle	45
B.7 Sous-traitance.....	46
B.8 Autres informations.....	48
C. PROFIL DE RISQUE.....	49
C.1 Risque de souscription	49
C.2 Risque de marché	54
C.3 Risque de crédit.....	58
C.4 Risque de liquidité	61
C.5 Risque opérationnel	62
C.6 Autres risques importants	66
C.7 Autres informations.....	67
D. VALORISATION A DES FINS DE SOLVABILITE	68
D.1 Actifs.....	69
D.2 Provisions techniques	74
D.3 Autres passifs	77
D.4 Méthodes de valorisation alternatives	79
D.5 Autres informations	79

<i>E. GESTION DU CAPITAL</i>	80
E.1 Fonds propres	80
E.2 Capital de solvabilité requis et minimum de capital requis	84
E.3 Utilisation du sous-module « risque sur actions » fondé sur la durée dans le calcul du capital de solvabilité requis	85
E.4 Différences entre la formule standard et tout modèle interne utilisé.....	85
E.5 Non-respect du minimum de capital requis et non-respect du capital de solvabilité requis	85
E.6 Autres informations.....	85
<i>ANNEXES – ETATS DE REPORTING QUANTITATIFS PUBLICS</i>	86

PREAMBULE

Les principaux enjeux portés par la Directive européenne Solvabilité 2 sont de garantir les engagements d'assurance vis-à-vis des assurés et la survie des entreprises d'assurances dans les périodes difficiles.

La Directive Solvabilité 2 est entrée en application le 1^{er} janvier 2016. Elle impose aux assureurs assujettis de disposer d'un niveau de fonds propres suffisant pour faire face à tout risque lié à leurs activités et de mettre en place une gouvernance des risques efficace. Elle exige également des assureurs qu'ils soient transparents auprès du public sur leur solvabilité et leur situation financière.

C'est l'objet de ce rapport, communément appelé SFCR¹, élaboré en application des articles 51 à 56 de la Directive cadre 2009/138/CE et des articles 290 à 303 du Règlement Délégué 2015/35 consolidé complétant la Directive cadre.

Le rapport SFCR présente des informations descriptives tant qualitatives que quantitatives sur Solimut Mutuelle de France, dénommée « la Mutuelle » dans la suite du rapport, et sa solvabilité pour la période de référence du 1^{er} janvier 2025 au 31 décembre 2025.

Le rapport est structuré conformément à l'annexe 20 du Règlement Délégué :

- A. Activités et résultats
- B. Système de gouvernance
- C. Profil de risque
- D. Valorisation à des fins de solvabilité
- E. Gestion du capital.

Les QRT² annuels publics sont présentés dans le document en annexe.

Ce rapport a été présenté au comité des risques du 25 mars 2026 et à l'approbation du conseil d'administration de la Mutuelle du 2 avril 2026.

Il est par ailleurs publié sur le site internet de la Mutuelle et communiqué à l'ACPR³.

¹ *Solvency and Financial Conditions Report* (rapport sur la solvabilité et la situation financière en français)

² *Quantitative Reporting Templates* (états de reporting quantitatif en français)

³ Autorité de contrôle prudentiel et de résolution

A. Activité et résultats

Activité

Solimut Mutuelle de France est un organisme à but non lucratif soumis aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité et agréé pour pratiquer des opérations d'assurance relevant des branches 1, 2, 20 et 21.

La Mutuelle diffuse une offre globale incluant des garanties complémentaires santé, des produits de prévoyance, d'épargne et de retraite. Elle assure la protection sociale complémentaire santé et prévoyance de toutes les populations quels que soient leur âge et leurs situations personnelles ou professionnelles. Elle a pour objectif d'accompagner ses adhérents tout au long de leur vie et de proposer une offre santé globale accessible à tous, basée sur l'entraide et la solidarité.

Solimut Mutuelle de France s'attache à promouvoir une protection sociale de haut niveau pour tous avec l'accès à la santé qui est une des conditions de la dignité humaine. Elle revendique une réelle démocratie sanitaire et sociale et se mobilise aux côtés des autres acteurs du mouvement social pour promouvoir un système de santé et de protection sociale solidaire. Elle s'implique dans des actions en lien avec le monde associatif.

Elle investit ses éventuels excédents financiers au bénéfice de ses adhérents en développant de nouvelles garanties, en remboursant de nouveaux traitements, en finançant des services et des prestations supplémentaires et en consolidant ses fonds propres et sa marge de solvabilité. Ces deux derniers points garantissent la pérennité du modèle proposé par la Mutuelle.

La Mutuelle puise ses origines dans les Caisses de secours mutuels du 19^{ème} siècle. Elle adhère aujourd'hui aux Fédérations des Mutuelles de France et de la Mutualité Française. Solimut Mutuelle de France est un acteur mutualiste de référence présent sur l'ensemble du territoire national. Elle s'attache à préserver un fort lien de proximité avec ses adhérents grâce à son réseau de mutualisation, qui représente près de la moitié de l'effectif salarié.

Faits marquants de l'année 2025

Au niveau de la Direction du développement et relation adhérent, le développement des effectifs mutualistes accuse une légère baisse nécessitant une attention particulière mais l'année 2025 présente des résultats très encourageants, qui traduisent la mobilisation et les effets de la structuration de cette direction. La stratégie de développement, validée par le Conseil d'administration, est en cours de déploiement auprès de tous les acteurs de l'entreprise et des projets sont initiés pour de nouveaux partenariats.

Les années 2024 et 2025 ont été marquées par un contexte de politique national instable, impactant directement le pilotage stratégique de notre Mutuelle. Nous avons franchi des étapes importantes dans la mise en œuvre de nos orientations stratégiques, notamment en matière d'innovation sociale. La transformation de notre organisation RH et notre engagement envers l'expérience collaborateur démontrent notre volonté de bâtir une mutuelle plus agile et plus performante.

Ces efforts s'accompagnent d'un résultat net positif, confirmant la trajectoire engagée pour assurer la pérennité de notre modèle mutualiste. L'enjeu central reste le développement des effectifs de la Mutuelle.

Résultats

Chiffre d'affaires

La Mutuelle a réalisé un chiffre d'affaires brut 2025 de 290 076 K€. Son chiffre d'affaires est en baisse de 3 % par rapport à 2024, sous l'effet de :

- La politique de renouvellement de son portefeuille assurantiel ;
- Contrebalancée par une perte des effectifs principalement due à la perte de certains contrats collectifs et aux résiliations en santé individuelle.

La Mutuelle couvre aujourd'hui 348 341 personnes protégées en Santé et 184 224 en Prévoyance.

Résultat de souscription

La Mutuelle affiche un résultat technique net positif de 7 882 K€ au titre de l'exercice 2025, en progression par rapport à 2024. Cette dernière est la conséquence de la poursuite du plan de développement de la Mutuelle sur le pilier des marges techniques, ainsi que de la sortie du portefeuille au 31/12/2024 de plusieurs contrats collectifs déficitaires en prévoyance.

Résultat financier

Le résultat financier 2025 est déficitaire à hauteur de 1 978 K€ contre un résultat positif de 3 396 K€ en 2024.

Malgré l'augmentation des produits financiers courants et des plus-values réalisées sur des opérations de cessions immobilières et d'OPC côtés, les charges sont en très nette hausse du fait de la constatation de provisions pour dépréciations de placements stratégiques.

Résultat net

Dans la continuité de son plan de redressement, la Mutuelle confirme son redressement par la constatation d'un résultat excédentaire pour la troisième année consécutive pour un montant de 3 670 K€.

La combinaison des éléments présentés ci-avant confirme le redressement de la Mutuelle, il convient de conserver cette rigueur dans le maintien du niveau de marges et des frais de fonctionnement et garantir un développement commercial à la hauteur de nos ambitions pour maintenir les résultats à un niveau excédentaire.

B. Système de gouvernance

Organisation générale

Solimut Mutuelle de France dispose d'un système de gouvernance dont l'objectif est de garantir une gestion saine, prudente et sécurisée de ses activités.

Le système de gouvernance de la Mutuelle repose sur la complémentarité entre le conseil d'administration, les deux dirigeants effectifs, une comitologie adaptée, un collège de responsables de fonctions clés et un système de contrôle interne approprié. L'identification et la définition claire des rôles et responsabilités des acteurs permettent de s'assurer d'une correcte séparation des tâches entre les fonctions d'administration, de gestion et de contrôle.

Le système de gouvernance comprend un système de gestion des risques et de contrôle interne, organisé autour de quatre responsables de fonctions clés : gestion des risques, actuarielle, audit interne et vérification de la conformité. Les quatre fonctions accompagnent le conseil d'administration et les dirigeants effectifs de la

Mutuelle dans sa mission d'orientation et de contrôle et disposent d'un libre accès aux instances de gouvernance.

En matière de dispositif de gestion des risques, le système de gouvernance de Solimut Mutuelle de France s'appuie principalement sur le comité des risques de la Mutuelle et qui a un rôle de liaison et d'information entre le conseil d'administration, les fonctions clés, le comité de direction et les opérationnels de la Mutuelle en charge de couvrir l'ensemble des risques. Il s'inscrit dans le cadre fixé par les politiques écrites.

La présidente du conseil d'administration, le directeur général, les responsables des fonctions clés et l'ensemble des administrateurs répondent aux exigences de compétence et d'honorabilité fixées par la réglementation.

La Mutuelle considère que son système de gouvernance est en adéquation avec sa stratégie, la nature et l'ampleur des risques inhérents à son activité.

Changements importants survenus

Sur le plan de la gouvernance, l'année 2025 a été marquée par l'élection d'une nouvelle présidente à la tête de la Mutuelle. Le Conseil d'Administration a également élu une nouvelle secrétaire générale. La nouvelle présidente a été nommée dirigeant effectif.

Au niveau des fonctions clés, une nouvelle fonction clé « Actuariat » a également été désignée début 2025.

Les autres fonctions clés sont inchangées. Le Comité de Direction a été renforcé courant 2025.

La Mutuelle se concentre sur l'amélioration de sa performance commerciale en conquête et multi-équipement, la satisfaction des adhérents, la simplification du parcours adhérent, et la maîtrise des résiliations.

La création de la Direction de l'Expérience Adhérent en 2025 s'inscrit dans une démarche stratégique visant à garantir une expérience adhérent cohérente et optimisée à chaque étape de sa relation avec la Mutuelle. Cette direction supervise les services de l'offre, des prestations, de la gestion des cotisations, de la voix de l'adhérent, de la qualité et projets adhérents. Son objectif est de fédérer ces expertises pour renforcer la transversalité, clarifier les synergies et coordonner les actions améliorant l'expérience adhérent au sein de la Mutuelle.

Appétence aux risques et adéquation du système de gestion des risques

La Mutuelle a poursuivi ses travaux en adéquation avec son dispositif de gestion des risques. Notons par exemple en 2025, l'actualisation de la cartographie des risques assurantiels avec l'intégration des risques de durabilité, ainsi que la proposition au Conseil d'Administration du plan de poursuite de mise en conformité sur cette thématique.

Ce dispositif de gestion des risques est en adéquation avec la stratégie, la nature et l'ampleur des risques inhérents à l'activité de la Mutuelle.

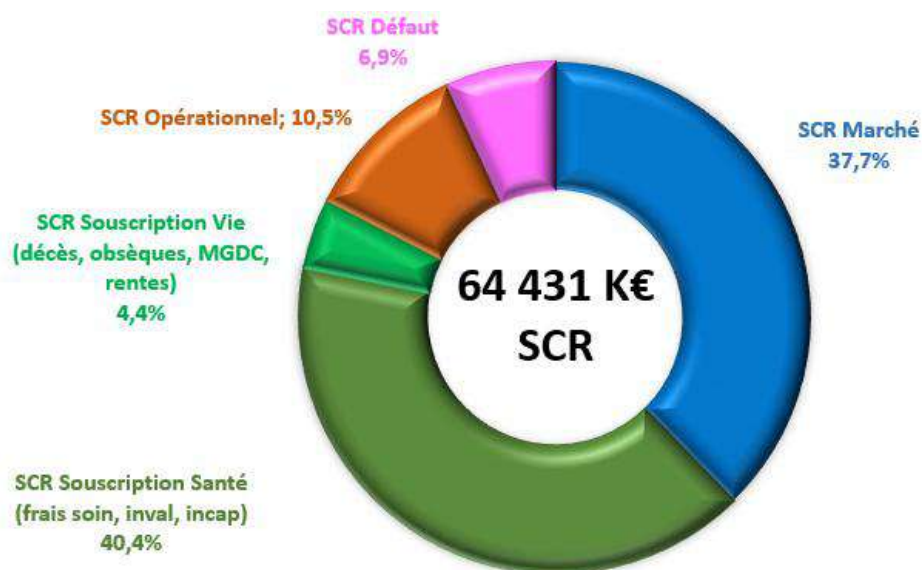
Au-delà de la fluidification du processus, l'exercice ORSA a été marqué en 2025 par une poursuite des travaux relatifs à l'appétence : le Conseil d'Administration a validé un maintien de son seuil d'appétence à 150 % et d'une cible à 170 % (permettant à la Mutuelle d'absorber un stress important tout en conservant son appétence à 150 %). Le ratio cible à 170 % est défini selon le profil de risque de la Mutuelle, de même pour les différents seuils d'alerte en cas de ratio inférieur à 150 %. Ces travaux se sont accompagnés d'une déclinaison par budgets de risques de l'appétence (selon le ratio, les Fonds Propres..., avec des leviers à activer dès le franchissement de chacun des seuils). Il a été réalisé en connexion avec la cartographie des risques assurantiels de la Mutuelle et tous les responsables / experts risques.

La Gestion des risques a de plus renforcé l'action de son Conseil d'Administration, sur des thématiques cruciales telles que le Plan d'urgence et de poursuite d'activité (PUPA). L'année 2025 a permis de jouer, avec une équipe composée de cadres et des directeurs de la Mutuelle, dans des conditions accélérées, les conséquences d'un incendie dans notre bâtiment principal à Marseille, avec des impacts en cascade et un contexte de comité de direction réduit.

C. Profil de risque

Le profil de risque regroupe l'ensemble des risques auxquels est exposée la Mutuelle, la quantification de ces expositions et les mesures de protection face à ces risques.

Le capital de solvabilité requis (SCR) est le niveau de capital permettant à la Mutuelle de faire face à des pertes imprévues :



* Répartition (en %) des différents SCR au sein du SCR global avant effet de diversification

Les risques de souscription en santé et de marché constituent les principaux risques de la Mutuelle :

- Le risque de souscription en santé est caractéristique de l'activité de la Mutuelle, axée sur la couverture des risques en santé (84,5 % des cotisations acquises) et en prévoyance (15,5 % des cotisations acquises) ;
- Le risque de marché représente le risque porté sur les investissements à travers les placements réalisés en représentation des engagements vis-à-vis des assurés et des fonds propres de la Mutuelle.

Compte tenu de la typologie de ses placements et des risques qu'elle assure, la Mutuelle considère que le calibrage de la formule standard est adapté à la mesure de son profil de risque.

D. Valorisation à des fins de solvabilité

L'établissement du bilan en normes Solvabilité 2 requiert de déterminer la valeur économique de l'ensemble des actifs et passifs.

Les principales différences entre le bilan en normes comptables françaises et le bilan en normes prudentielles concernent :

- La réévaluation des actifs à leur valeur de marché, conduisant à inclure des plus ou moins-values latentes à l'actif du bilan prudentiel ;
- Le remplacement d'une estimation suffisante des engagements envers les adhérents (provisions techniques dans le bilan en normes comptables françaises) par la meilleure estimation (ou « *best estimate* ») des flux futurs actualisés des règlements auxquels s'ajoute une marge de risque (dans le bilan en normes Solvabilité 2) permettant de garantir que la valeur des provisions techniques est équivalente au montant dont un assureur doit disposer pour reprendre et honorer ces engagements ;

- La comptabilisation au bilan prudentiel d'impôts différés qui correspondent à des suppléments ou des déductions futurs d'impôts liés aux évolutions précédentes.

Le bilan prudentiel au 31 décembre 2025 s'élève à 369 689 K€ et se présente sous un format simplifié comme suit :

Actif		Passif	
Actifs incorporels	0	Provisions techniques	160 554 K€
Impôts différés Actifs (IDA)	0	Meilleure estimation (BE)	154 435 K€
Immobilisations corporelles pour usage propre	5 250 K€	Marge de risque	6 120 K€
Placements	275 605 K€	Autres passifs	96 680 K€
Prêts et prêts hypothécaires	383 K€	Impôts différés Passifs (IDP)	0 K€
Provisions techniques cédées	52 971 K€	Dettes subordonnées	41 128 K€
Autres actifs	35 480 K€		
TOTAL ACTIF	369 689 K€	TOTAL PASSIF	298 362 K€
Excédent d'actif sur passif			71 327 K€

E. Gestion du capital

La Mutuelle doit s'assurer du respect permanent de la couverture des exigences réglementaires (SCR⁴ et MCR⁵) par des fonds propres en quantité suffisante qui remplissent les critères de qualité attendus pour être éligibles.

La Mutuelle détermine les exigences de capital et les fonds propres économiques à l'aide de la formule standard et sans recours à des paramètres propres.

Ses ratios de couverture au 31 décembre 2025 sont présentés dans le tableau ci-dessous :

Indicateurs prudentiels	2024	2025
Fonds propres éligibles S2 - formule standard	106 045 K€	110 399 K€
Fonds propres éligibles MCR - formule standard	80 686 K€	89 810 K€
SCR - formule standard	64 122 K€	64 431 K€
MCR - formule standard	16 031 K€	16 108 K€
Ratio de couverture du SCR - formule standard	165,4%	171,3%
Ratio de couverture du MCR - formule standard	503,3%	557,6%

Au 31 décembre 2025, le ratio de couverture du SCR, appelé ratio de solvabilité, s'établit à 171,3 %, avec 110 399 K€ de fonds propres éligibles – dont 78,4 % sont classés en Tier 1, gage de solidité financière – pour une exigence en capital de 64 431 K€.

Les fonds propres éligibles à la couverture du MCR⁶ s'élèvent à 89 810 K€ pour une exigence en capital de 16 108 K€, soit un ratio de couverture de 557,6 %.

La Mutuelle a recours à la mesure transitoire dite de « Grand-père » qui lui permet de conserver 4 201 K€ de dettes subordonnées dans ses fonds propres disponibles pendant une période de 10 ans s'achevant le 1^{er} janvier 2026.

⁴ Capital de Solvabilité Requis.

⁵ Minimum de Capital Requis.

⁶ Minimum de capital requis

A. ACTIVITE ET RESULTATS

A.1 Activité

A.1.1 Informations générales

Solimut Mutuelle de France est un organisme à but non lucratif soumis aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité.

Elle est inscrite au répertoire SIRENE sous le numéro 383 143 617 et enregistrée sous le code LEI 96950067QHZSW2UL7764.

Son siège social est situé au Castel Office, 7 quai de la Joliette, 13002 Marseille.

Elle est placée sous la supervision de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située au 4 Place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09.

Les commissaires aux comptes de la Mutuelle sont :

- Le cabinet FICOREC, représenté par Matthieu CAPUONO, dont les bureaux sont situés au 327 Boulevard Michelet, 13009 Marseille ;
- Le Cabinet KPMG, représenté par Matthieu PINERO, dont les bureaux sont situés au 36 Rue Eugene Jacquet, 59705 Marcq-en-Barœul.

A.1.2 Présentation de la Mutuelle

La Mutuelle est agréée pour pratiquer des opérations d'assurance relevant des branches accidents [1], maladie [2], vie-décès [20], et nuptialité-natalité [21].

Solimut Mutuelle de France diffuse – soit en direct soit par l'intermédiaire de partenaires – l'ensemble des garanties formant le panel de la protection sociale complémentaire destiné aux particuliers, aux entreprises et à la fonction publique :

- Remboursements de frais de santé
- Décès toutes causes
- Obsèques
- Invalidité Absolue et Définitive toutes causes
- Incapacité de travail
- Invalidité Permanente
- Hospitalisation
- Accident
- Rente d'éducation, de conjoint

En santé comme en prévoyance, la Mutuelle distribue des produits à la fois individuels et collectifs, à destination de différents secteurs d'activité liés à son implantation territoriale historique : IEG (Industries Electriques et Gazières), travailleurs indépendants, entreprises privées, fonctions publiques territoriale et hospitalière, ou encore Mutuelles dites « communales » ou associatives.

La distribution de Solimut Mutuelle de France s'inscrit dans un cadre multi canal, avec à la fois :

- de la distribution dans son réseau d'agences de proximité : la Mutuelle compte 65 lieux d'accueil (dont 47 agences) à travers la France, avec une présence importante dans le sud-est de la France, la région Aura et l'Île de France ;

- de la distribution par des réseaux de partenaires ;
- de la vente à distance, avec de la distribution par télémarketing et de la souscription par Internet.

Elle est la 1^{ère} Mutuelle de la Fédération des Mutuelles de France et fait partie du groupement de la Mutualité Française leader sur la région PACA.

La Mutuelle intervient en substitution de 4 mutuelles au 31/12/2025 : Mutuelle 525ème, Mutuelle des personnels maritimes (MPM), Mutuelle Varoise des travailleurs de l'Etat (MVTE), Solimut Mutuelle des personnels des organismes sociaux (SOMUPOS).

En 2025, la Mutuelle recense 458 salariés en effectif moyen.

A.1.3 Activité / Chiffres clés

Au 31 décembre 2025, le portefeuille de la Mutuelle est constitué de 348 341 personnes protégées en Santé et 184 224 en Prévoyance.

Elle a réalisé un chiffre d'affaires prévoyance et santé 2025 brut de réassurance de 290 076 K€ (131 936 K€ nets de cessions en réassurance), en baisse de 7 M€ par rapport à 2024 :

- La politique de renouvellement déterminée par la Mutuelle qui vise à maintenir les niveaux de marge de son portefeuille à la suite des impacts des différentes réformes qui ont engendré une hausse de prestations ;
- Contrebalancée par la résiliation au 31/12/2024 de plusieurs grands comptes collectifs en prévoyance et santé.

Le chiffre d'affaires se répartit comme suit :

- 94 % en garanties Non-Vie (Santé, Indemnités journalières, Incapacité, Invalidité, Hospitalisation, Accident) ;
- 6 % en sur la branche Vie (Décès, Obsèques, Rentes).

L'activité Santé représente 84,5 % du chiffre d'affaires.

A fin 2025, le chiffre d'affaires du portefeuille santé de la Mutuelle est réparti à 42,6 % en individuel et 57,4 % en collectif, tandis que le chiffre d'affaires du portefeuille prévoyance est constitué à 84,5 % en collectif et 15,5 % en individuel. Les contrats collectifs couvrent à la fois des salariés du privé et/ou des agents de la fonction publique (territoriale, hospitalière).

Avec la segmentation Solvabilité 2, au regard des garanties qu'elle propose, la Mutuelle exerce les lignes d'activités (LoB) suivantes :

- Parmi les engagements en non-vie : l'assurance des frais médicaux [LoB 1], l'assurance de protection des revenus [LoB 2], les engagements de réassurance proportionnelle des frais médicaux [LoB 13] et les engagements de réassurance proportionnelle de protection des revenus [LoB 14] ;
- Parmi les engagements en vie :
 - Pour les lignes d'activité Santé SLT : les rentes découlant des contrats d'assurance non-vie et liées aux engagements d'assurance santé [LoB 33] et les engagements de réassurance maladie [LoB 35] ;
 - Pour les lignes d'activité Vie : l'assurance avec participation aux bénéficiaires [LoB 30], les autres assurances vie [LoB 32] et les engagements de réassurance vie [LoB 36].

La commercialisation de ces garanties intervient principalement sur le territoire français.

A.1.4 Faits marquants de l'année 2025

Dans la continuité de son plan mené avec succès, la Mutuelle confirme son redressement par la constatation d'un résultat excédentaire, pour la troisième année consécutive, d'un montant de 3 670 K€.

La Mutuelle a réalisé un chiffre d'affaires brut 2025 de 290 076 K€. Ce chiffre d'affaires est en baisse de 3 % par rapport à 2024, sous l'effet de :

- La politique de renouvellement déterminée par la Mutuelle qui vise à maintenir les niveaux de marge de son portefeuille. Les impacts des différentes réformes engendrent une hausse de prestations estimée à 5,4 % pour 2025 ;
- contrebalancée par une perte des effectifs principalement due à la perte de certains contrats collectifs obligatoires significatifs et aux résiliations en santé individuelle.

L'amélioration de la marge prévoyance s'explique par la constatation de boni sur les exercices antérieurs et par la baisse de la sinistralité sur la survenance 2025.

Le résultat financier est lui déficitaire en raison de la dépréciation de placements stratégiques malgré un pilotage resserré de la gestion des actifs qui a eu un effet favorable sur les produits dégagés.

La maîtrise des frais de fonctionnement reste au cœur de l'effort budgétaire à réaliser pour garantir l'existence de résultats positifs qui contribuent durablement à la consolidation de nos fonds propres. Il est la conséquence évidente de l'adaptation de nos moyens à nos ressources.

En 2025, la mutuelle substituée Montperrin a fusionné avec Solimut Mutuelle de France, ce qui a été intégré dans la clôture.

Parmi les 17 orientations stratégiques votées lors de l'Assemblée Générale du 15 mai 2025, un certain nombre d'entre elles ont déjà vu leurs concrétisations ou sont en cours de réalisation (80 ans de la Sécurité sociale, partenaire du grand événement solidaire et populaire organisé par la Fédération des Mutuelles de France au bénéfice du sauvetage en mer, travail et priorisation des chantiers au croisement de la santé des femmes et du vieillissement de la population, initiatives visant à lutter contre la démutualisation et à renforcer la fidélisation des effectifs, lien élu/salariés renforcé par des temps d'échanges et de partage de la stratégie de la Mutuelle qui ont été organisés tout au long de l'année, structuration de son organisation opérationnelle au service des adhérents IEG, passage de nouveaux caps dans la satisfaction adhérents quant à la qualité de service).

Une année marquée par une forte instabilité politique et des choix mutualistes cohérents

Cette année encore, les différents gouvernements ont choisi de faire supporter le redressement des comptes publics et sociaux aux adhérents mutualistes et aux plus précaires.

Notre organisation solidaire a été impactée par l'instabilité politique, à travers plusieurs éléments :

- Remaniements gouvernementaux entraînant un manque de visibilité et d'anticipation sur le contenu du PLFSS 2026 ;
- Méconnaissance de l'activité mutualiste utilisée comme variable d'ajustement budgétaire sans que nos organisations représentatives ne soient consultées ou entendues ;
- Fragilité des équilibres politiques entre exécutif et parlement tout au long de l'examen du PLFSS 26 qui pénalise finalement les plus malades et impacte le pilotage de notre activité ;
- Taxation supplémentaire, exigence de maintien des cotisations 2026 au niveau de 2025 inscrite dans la loi).

Enfin, il existe un flou juridique quant à la constitutionnalité d'une telle mesure qui contrevient manifestement à la liberté d'entreprendre et à la démocratie mutualiste et entraîne un risque contentieux pour les mutuelles.

Au sein de la Mutuelle, des évolutions tarifaires ont été votées en octobre, s'inscrivant dans un principe mutualiste, celui du prix juste durable et solidaire. L'application cohérente de ce principe mutualiste a conduit le

Conseil d'administration à faire le choix de la redistribution pour certains contrats et à ne pas en augmenter les cotisations sans lien avec le PLFSS 26.

Un développement essentiel des effectifs mutualistes

L'année 2025 a été marquée par une accélération significative de l'activité commerciale. Le réseau individuel a réalisé plus de propositions commerciales (plus du double de 2024), avec une progression de près de 30 % des ventes santé et plus de 50 % en prévoyance. La dynamique a été particulièrement forte sur les segments communautaires, confirmant la pertinence du positionnement affinitaire. Le digital a poursuivi sa montée en puissance avec un quasi doublement des leads générés et une hausse notable des ventes issues du web.

Le réseau d'agences et les plateformes téléphoniques ont joué un rôle structurant. Grâce aux actions de professionnalisation et à la réorganisation engagée, la qualité de service téléphonique s'est fortement renforcée avec une meilleure maîtrise des flux et une progression continue du devoir de conseil.

L'année 2025 a également vu une montée en puissance des contrats collectifs facultatifs, notamment auprès des associations et des communes. Ces segments enregistrent une hausse très nette des opportunités et des ventes, confirmant la pertinence de l'ancrage territorial et de l'engagement mutualiste dans les collectivités locales. Cette dynamique complète la croissance observée sur les contrats obligatoires en TPE-PME, consolidant un positionnement plus large sur le marché collectif.

Plusieurs leviers d'attractivité produits ou marketing ont été conçus ou transformés, pour renforcer cette dynamique.

L'exercice 2025 se conclut sur une progression commerciale solide, une amélioration très nette de la qualité de service et un renforcement des segments collectifs. Ces évolutions posent les bases d'un exercice 2026 orienté vers la qualité, la discipline commerciale et l'excellence opérationnelle au service des adhérents.

L'expérience collaborateur : l'année de la preuve

L'année 2025 est marquée par la poursuite du déploiement de la vision RH dans toutes les instances de la Mutuelle. Les projets en construction ont été déployés pour rendre la vision RH concrète et rendre tangible la notion d'expérience salarié.

3 projets majeurs ont marqué les réalisations RH en 2025 : le lancement des nouvelles pages carrières, le lancement et déploiement du projet GEPP et le lancement de la première étude d'engagement pour la Mutuelle avec une note d'engagement de 8/10.

Parmi les faits marquants qui concernent les réalisations RH, nous soulignons notamment :

1. Le développement de notre attractivité en matière de recrutement avec le lancement de nos nouvelles pages carrières : Une entreprise singulière | Solimut.
2. La professionnalisation de notre approche du recrutement par un nouveau processus, la mise en place d'indicateurs hebdomadaires, un test de personnalité embarquant de l'intelligence artificielle nous permet de remplir un organigramme à 99% sur l'année 2025.
3. En matière de fidélisation et d'engagement, la démarche de « GEPP » (Gestion des emplois et parcours professionnels) en lien avec les trajectoires professionnelles a été déployée sur 50% de nos collaborateurs auprès de toutes les fonctions commerciales et les fonctions de gestionnaires prestations santé et prévoyance.
4. Toujours en matière de fidélisation et de trajectoires professionnelles, l'entreprise a défini une nouvelle approche autour de l'identification des talents dans l'organisation.
5. L'entreprise continue à investir massivement en matière de formation, formation commerciale, accompagnement des managers dans une approche de coaching commercial. Nous développons l'expérience managers par de l'accompagnement sur-mesure (rituels, coaching, outils).

6. Lancement de la première étude d'engagement : une démarche d'écoute et d'amélioration continue de la Mutuelle au service de l'engagement des collaborateurs.
7. En matière d'innovation sociale, 2025 marque l'année de la mise en place du congé menstruel.

La mise en œuvre de la vision RH passe par une organisation RH repensée et structurée. Cette vision RH, centrée sur la notion d'expérience, fixe un cap et un cadre d'action afin de coordonner l'ensemble des initiatives en lien avec nos salariés. De l'expérience candidat, à l'expérience salarié, en passant par l'expérience manager jusqu'à l'expérience de départ, la vision RH fonde les principes relationnels inspirés des valeurs de Solimut afin d'assurer une continuité et une cohérence sur l'ensemble des points de collaboration, tout au long du parcours dans l'entreprise.

L'expérience salariée est ainsi adressée sous la forme d'un parcours unifié, composé de points de contact. Pour chacun de ces points de contact, une équipe est dédiée pour assurer une fluidité d'expérience et une continuité.

Des partenariats historiques et renouvelés pour nous différencier à travers nos valeurs

Tout au long de l'année, notre Mutuelle s'investit dans des événements porteurs de sens, aux côtés de partenaires engagés, témoignant de notre engagement en faveur d'une société plus juste et plus solidaire : Tour de l'Ain, Delta Festival, Mondial à Pétanque La Marseillaise, Campagne des Pères Noël Vert et Secours populaire français.

Pour la troisième édition du concert solidaire pour le sauvetage en mer le 25 octobre à Marseille, la Mutuelle s'est particulièrement impliquée sur la tenue de cet événement solidaire aux côtés d'une trentaine d'acteurs publics et privés. L'événement a réuni 8500 personnes, 24 artistes et a permis de récolter 110 000 euros pour financer le sauvetage en mer et l'accueil digne des naufragés.

Le Mondial à Pétanque La Marseillaise a rassemblé militants, partenaires (électriciens, gaziers, deux CMCAS Marseille et Toulon, LSR Loisirs Solidarité des Retraités, les dockers retraités de Marseille, les SCOP-TI, les mutuelles partenaires, la SOMUPOS, Léo Lagrange Vacances) ainsi que les salariés de Solimut.

Structuration de l'expérience adhérent : une dynamique au service de la satisfaction

En mai 2025, la création d'une direction dédiée à l'expérience adhérent a marqué une étape clé dans notre volonté de placer l'adhérent au cœur de notre organisation. Tout au long de l'année, cette direction s'est structurée pour regrouper l'ensemble des leviers d'action : gestion des prestations, gestion des cotisations, offre, satisfaction adhérents, projets transverses, réclamations, etc.

Cette organisation permet non seulement de concrétiser nos promesses aux adhérents en matière de gestion, mais aussi de centraliser et d'analyser l'ensemble des retours adhérents au sein d'un même service, notamment par la création du service « voix de l'adhérent ». Grâce à cette approche intégrée, les besoins identifiés seront désormais systématiquement injectés dans nos démarches et projets d'entreprise, et viseront à renforcer notre réactivité et notre capacité à innover.

Parallèlement, des avancées concrètes ont été réalisées, notamment avec une amélioration sensible des délais de remboursement en fin d'année 2025, un engagement fort qui devra être consolidé dans l'avenir. Côté Offre, l'année 2025 a été marquée par un travail approfondi sur l'accès aux soins pour tous, aboutissant à l'élaboration d'une offre non responsable, dont le lancement est prévu en avril 2026. Ce projet, construit en étroite collaboration avec les élus tout au long de l'année, illustre notre engagement à proposer des solutions adaptées et inclusives.

Enfin, la satisfaction des adhérents fait l'objet d'une attention constante, avec des progrès mesurables tout au long de l'année, confirmant la pertinence de notre approche globale.

Un changement de gouvernance

Le Conseil d'administration de Solimut Mutuelle de France a élu le 15 mai 2025, Lisa Ribeaud à sa présidence. Cette élection marque une nouvelle étape dans la vie de la Mutuelle et s'inscrit dans la continuité d'un engagement clair : faire rayonner l'ADN mutualiste, solidaire et militant de Solimut Mutuelle de France. A la suite de cette élection, le Conseil d'Administration a également élu Hélène Gaufichon en qualité de Secrétaire générale.

Création de la Direction Programmes & Transformation – Structuration 2025

En 2025, la nouvelle Direction Programmes & Transformation s'est structurée autour de trois axes prioritaires. À la suite d'un état des lieux transversal des pratiques, outils et modes de gouvernance, elle a posé les fondations nécessaires à un pilotage robuste et pérenne des portefeuilles projets, au service de la transformation continue de l'entreprise.

- Pilotage des projets transversaux stratégiques
- Coordination transverse et appui au CODIR
- Approche centralisée et culture projet partagée

En synthèse, la direction ne se limite pas à piloter des projets : elle structure un système de gouvernance et d'exécution permettant d'augmenter la maturité collective en matière de pilotage de programmes et de transformation.

Un cadre de maîtrise des risques

L'ensemble du dispositif ORSA (Own Risk and Solvency Assesment - processus interne d'évaluation des risques et de la solvabilité) a été mené sur l'exercice 2025, avec l'attention nécessaire du Comité de Direction, du Comité des Risques et du Conseil d'Administration.

Sur le dispositif de maîtrise des risques, le rapport ORSA a pu être anticipé de 2 mois avec une très forte implication de l'ensemble des contributeurs et du comité des risques (avec la création d'un atelier à la constitution d'un scénario choc). L'appétence aux risques est maintenue et maîtrisée. Le ratio cible est à 170 %, permettant de supporter un scénario choc sans tomber en dessous du seuil d'appétence (150 %). L'appétence est toujours en cours de déclinaison, il s'agit d'un chantier important et crucial. L'exercice 2025 a été central sur l'actualisation de la cartographie des risques assurantiels. Le risque réglementaire déshérence a pu être valorisé, ainsi que les risques sur actifs stratégiques avec recensement des volumes concernés (défaut, crédit, provisionnement, gouvernance, réputation, image... ainsi que les éléments de maîtrise en place). Enfin, la cartographie a été mise en conformité avec l'ajout des risques de durabilité.

Sur le contrôle interne et la maîtrise des risques opérationnels, le corpus de procédures écrites s'étoffe. Le contrôle interne a piloté en 2024 la constitution de la base de dysfonctionnements. En 2025, l'enjeu a été la résolution de ces dysfonctionnements, avec des solutions pérennes. Pour cela, il est nécessaire de réaliser un travail collectif et d'optimiser l'organisation. Sur le plan de contrôles, un important travail de communication et création d'indicateurs a été mené. Chaque direction doit s'approprier ces éléments pour challenger le plan puis construire des contrôles de 2nd niveau.

Les remises réglementaires, instances et comités ont été réalisées en 2025. La fonction clé gestion des risques a été mobilisée sur de nombreux dossiers spécifiques à la Mutuelle (remboursement de titres, substitution, appels d'offre, réassurance...). La direction des risques est également très impliquée sur la constitution de scénarios chocs et la recherche de souscripteurs à la dette émise.

Sur le volet des instances, le Comité Budget & Modèle s'est réuni 2 fois (validation des hypothèses et modèle de la production du ratio de solvabilité et pour la production de l'ORSA). Le Comité des risques (interne et élus) s'est rassemblé au cours de 6 instances, démontrant son bon fonctionnement.

Le PUPA a été maintenu à jour, avec une connexion sur la réglementation DORA. Les travaux de communication et de sensibilisation ont été menés.

En synthèse, le 2nd rapport de fonction clé risques reprend l'ensemble des messages clés sur les missions de l'exercice 2025 et de la visibilité sur les enjeux 2026. Il a pu être présenté au Conseil d'Administration du 12/12/2025.

Les enjeux pour 2026 sont :

- Poursuite des travaux réglementaires : cartographies des risques avec suivi spécifiques sur les risques stratégiques, déclinaison d'appétence... ;
- Mutualisation des calendriers, outils et serveurs entre les métiers techniques ;
- Organiser un atelier CODIR 2026 et CA pour formation/appropriation Durabilité ;
- Optimisation du dispositif global de contrôle interne.

Sur le plan risques et solvabilité, il est primordial de maintenir une sécurisation de notre profil de risques, en particulier sur cette année charnière dans le pilotage / consolidation de nos fonds propres éligibles / Titres subordonnés et la concrétisation du développement commercial.

Conclusion

Malgré un contexte instable et exigeant, la Mutuelle a su maintenir son cap, réaffirmant son modèle mutualiste par une politique du prix juste, durable et solidaire. En plaçant l'adhérent au cœur de ses priorités, elle a transformé l'écoute de ses besoins en amélioration continue de la qualité de service et l'expérience relationnelle.

Cette stratégie commence à porter ses fruits, la dynamique de développement est au rendez-vous, portée par la conquête des segments communautaires et affinitaires, l'essor des ventes en ligne et une meilleure réponse téléphonique, même si une exigence doit être portée sur l'atteinte des objectifs commerciaux.

Les évolutions de l'offre constituent également de réels leviers d'attractivité et d'opportunités.

Enfin, la Mutuelle confirme pour la troisième année consécutive des excédents économiques. Toutefois, la poursuite des efforts budgétaires et la **maîtrise de ses frais de fonctionnement** resteront ses priorités pour garantir, la pérennité de nos engagements envers nos adhérents.

Autres informations d'actualité et de veille réglementaire

Rapport relatif à l'article 29 de la Loi Energie et Climat

La Mutuelle a maintenu la réalisation annuelle de son rapport relatif à l'article 29 de la Loi Energie et Climat, qui reprend les engagements en matière de durabilité de la Mutuelle.

DORA

La nouvelle réglementation Européenne sur la résilience opérationnelle numérique des entités financières (DORA, ou *Digital Operational Resilience Act*) s'applique depuis le 17 janvier 2025.

Ce règlement définit des exigences renforcées afin de veiller à la capacité des entités financières à développer, garantir et réévaluer leur intégrité et leur fiabilité opérationnelles en assurant directement ou indirectement par le recours aux services fournis par des prestataires tiers de services TIC (Technologies d'Information et de Communication), l'intégralité des capacités liées aux TIC nécessaires pour garantir la sécurité des réseaux et des systèmes d'information qu'elles utilisent, et qui sous-tendent la fourniture continue de services financiers et leur qualité, y compris en cas de perturbations.

Pour ce faire, DORA s'articule autour de 5 piliers :

- La gestion des risques TIC (Technologies d'Information et de Communication)

- La gestion des incidents et leur signalement aux autorités de contrôle
- La réalisation de tests de résilience opérationnelle
- La gestion des prestataires et des tiers relatifs aux TIC
- La contribution au partage des informations en matière de Cyber-Attaques

La Mutuelle, consciente des enjeux, avait déjà réalisé des travaux pour améliorer sa capacité à réagir et à poursuivre ses activités opérationnelles, en cas de crise, en enrichissant les scénarios et en travaillant sur la maîtrise de son Plan d'Urgence et de Poursuite d'activité (PUPA) et de son Plan de Secours Informatique (PSI).

Après un premier atelier de sensibilisation auprès de la Direction et de la Gouvernance, nous avons fait appel à l'aide d'un expert conseil dans le but de mener une analyse d'écart sur ces 5 piliers, et identifier les travaux devant être menés pour satisfaire les nouvelles exigences liées à cette réglementation.

Des points forts déjà en place ont pu ainsi être appréciés et mis en valeur pour répondre aux exigences, que ce soit dans le domaine des systèmes d'information, intégrant nativement des stratégies fortes de résilience, testées régulièrement ; la capacité de notre entité à organiser la gestion des crises, de la continuité de ses activités et d'assurer la communication requise, ainsi que notre culture d'entreprise où nous avons conscience de la valeur des données et des responsabilités qui y sont associées. Ces éléments intégrés fortement dans la vie de notre structure doivent être poursuivis et améliorés lorsque cela est possible.

Les nouvelles exigences exprimées dans DORA ont été prises en compte. Ainsi, la remise du premier registre d'informations (ROI) relatif au recensement et à l'appréciation des contrats avec les fournisseurs de services TIC a été effectuée dans les temps, et servira de socle à son évolution annuelle. De la même manière, une évaluation réelle de la sécurité du système d'information sera conduite lors d'une prestation de tests d'intrusion (PENTEST), contribuant également au respect d'un autre des travaux annuels demandés aux entités soumises à ce règlement.

Les points techniques et organisationnels nécessitant d'afficher une maturité plus poussée sont identifiés et intégrés dans notre plan d'action, comme l'uniformisation et la formalisation du suivi des risques liés aux prestataires essentiels en matière de TIC, qui constitue un point important dans ces tâches en réponse aux attentes exprimées dans la réglementation.

Des investissements complémentaires sont également à l'étude afin de permettre à la Mutuelle de suivre encore mieux les menaces et y faire face encore plus efficacement.

CSRD

La Mutuelle a anticipé les enjeux liés à la directive CSRD (*Corporate Sustainability Reporting Directive / Directive sur les rapports de développement durable des entreprises*) et aux exigences de publication en 2025. L'enjeu est de réaliser l'analyse d'écart entre les éléments existants dans le cadre de la stratégie ESG et les éléments exigés par la Directive.

Pour cela, elle a entre autres, intégré une mission dans le cadre du plan d'audit interne 2025/2027 sur la CSRD et autres enjeux de durabilité.

Initialement, la Mutuelle devait entrer dans le champ d'application de la directive à partir de l'exercice 2025 (1^{re} publication du rapport en 2026). Néanmoins, le Parlement européen a voté, le 3 avril dernier, un report de l'entrée en vigueur de ces nouvelles obligations pour certaines catégories d'entreprises, dont Solimut Mutuelle de France. Ces nouvelles règles ont fait l'objet d'une transposition en droit français via la loi « DDADUE » entrée en vigueur le 3 mai.

La Mutuelle ne devra donc publier son Rapport de durabilité, au sein du rapport de gestion inclus dans le rapport financier annuel, qu'à compter de l'exercice 2027 (1^{re} publication en 2028).

Malgré tout, et en concertation avec nos CAC actuels, Solimut Mutuelle de France a fait le choix de maintenir la désignation d'un CAC « vert » dès 2025, afin d'anticiper au maximum ces nouvelles obligations déclaratives complexes.

- Nomination du CAC VERT au comité d'audit de mars

- Validation au CA d'avril
- Validation à l'AG de mai

La Mutuelle a produit son rapport relatif à l'article 29 de la Loi Energie et Climat, qui reprend les engagements en matière de durabilité de la Mutuelle.

Le bilan carbone réalisé par la Mutuelle a permis de calculer les émissions de gaz à effet de serre directement produit par la Mutuelle (scope 1), aux émissions indirectes liées à l'énergie et produites en dehors du périmètre de l'entreprise (scope2) et les émissions indirectes n'étant pas sous contrôle de l'entreprise. Cette démarche a abouti à la réalisation d'un plan de décarbonation des activités visant à réduire l'empreinte carbone de la Mutuelle et ainsi d'engager une dynamique vertueuse en faveur de l'environnement. L'ensemble du bilan carbone ainsi que le plan d'action qui s'y réfère ont été publiés sur le site de l'Agence De l'Environnement et de la Maîtrise de l'Energie (ADEME).

Cette démarche complète les éléments de reporting extra financier en s'inscrivant dans le cadre de la politique de Responsabilité Sociétale des Entreprises mise en œuvre par la Mutuelle. Le rapport relatif à l'amélioration continue des bonnes pratiques de l'ESS qui relate et explique chaque année l'évolution des indicateurs dans le domaine de la RSE a été adapté à l'évolution de la réglementation pour prendre en compte certaines des exigences issues de la directive CSRD (Corporate Sustainability Reporting Directive / Directive sur les rapports de développement durable des entreprises), de manière volontaire et malgré le report des échéances en la matière. Ainsi les enjeux propres aux thématiques d'Environnement, du Social et de la Gouvernance (ESG) ont été explicitées au regard des notions de durabilité et de double matérialité (matérialité financière et matérialité d'impact) afin de mettre en avant la volonté de la Mutuelle d'anticiper ses futures obligations en matière de reporting.

Abrogation de la signature électronique

Dans une démarche de simplification des modalités techniques de remise des états réglementaires par les établissements et organismes des secteurs bancaire et assurantiel, l'ACPR a abrogé, à compter du 1er juillet 2025, l'obligation de signature électronique des états télétransmis via le portail OneGate. En conséquence, il n'est plus nécessaire de se doter d'un certificat électronique, logiciel de signature et droits à signer, pour remettre ses états à l'ACPR.

L'abrogation de l'obligation de signature électronique concerne l'ensemble des états nationaux et européens à destination de l'ACPR (Prudentiel Banque et Assurance, LCBFT, Résolution).

A.1.5 Perspectives / Plan stratégique

L'année 2025 présente une 3^{ème} année consécutive excédentaire, ce qui vient renforcer le ratio de couverture du SCR, conformément à la volonté de la Mutuelle de renforcer ses fonds propres économique.

Des trois piliers définis dans ce cadre, celui relatif au développement présente toujours une mobilisation forte, avec une réelle dynamique constatée ces derniers trimestres.

Dans cette dynamique, la Mutuelle a affiché son meilleur ratio depuis l'entrée en vigueur de la Directive Solvabilité II. Elle poursuit son objectif de reconstituer ses Fonds Propres, et de maintenir un ratio cible de couverture à 170 %.

Pour cela, elle réalise un suivi rigoureux de la tarification, la souscription et le pilotage financier de l'entreprise. En effet, les « risques » techniques et réglementaires restent multiples : transfert de charges de la sécurité sociale vers les complémentaires santé, inflation des coûts - aussi bien du côté des professionnels de santé que du côté des dépenses propres de la Mutuelle, pression fiscale et réglementaire, évolutions des taux en lien avec le contexte de marché, vieillissement de la population active, transition énergétique, dérèglement climatique, cybersécurité, etc.

Pour accélérer son développement, la Mutuelle se concentre sur la poursuite de l'évolution de son offre, afin d'offrir une expérience adhérent de qualité et répondant aux attentes du marché, en cohérence avec son cadre d'appétence et de maîtrise des risques. Pour cela, elle s'appuie sur les orientations stratégiques définies en Conseil d'Administration, et sur ces ressources humaines, en mettant sur le 1er plan son engagement envers l'expérience collaborateur.

A.1.6 Liste des entreprises liées significatives

Solimut Mutuelle de France détient des participations dans les entreprises liées significatives suivantes :

Nom	Forme juridique	QP de la participation détenue ¹
MUTUELLES DE PROVENCE	Société Civile Immobilière	99,0%
LA FEUILLERAIE	Société Civile Immobilière	99,7%
MUTIMMO	Société Civile Immobilière	57,1%
IMMOMUT	Société Civile Immobilière	99,7%
SANDRINE FAVEYROLLES	Société Civile Immobilière	92,7%
525E SANTE PLUS	Société Civile Immobilière	87,8%
SANDRINE ²	Société Civile Immobilière	88,1%
CHATEAU DE FAVEYROLLES ²	Société Civile Immobilière	91,6%

¹La quote-part des droits de vote détenus par Solimut Mutuelle de France est identique à la quote-part de participation détenue.

²Participation indirecte par l'intermédiaire de la SCI SANDRINE FAVEYROLLES

NB : l'ensemble des entreprises liées significatives est domiciliée en France.

Les données publiées dans le tableau ci-dessus restent inchangées par rapport à celles établies au titre de 2024.

Ces participations correspondent à des investissements stratégiques de la Mutuelle qui couvre les activités suivantes :

- La participation dans des SCI détenant des biens immobiliers :
 - Soit pour le réseau de distribution et les bureaux administratifs de la Mutuelle ;
 - Soit pour les réseaux de distribution des locataires, structures partenaires de la Mutuelle, en cohérence avec la stratégie du groupe Solimut dont l'un des axes principaux consiste à faire perdurer le lien entre les organismes du livre 2 et du livre 3 du Code de la mutualité et de travailler à faciliter l'accès aux soins pour tous.

Les entreprises liées significatives détenues par la Mutuelle présentent toutes les caractéristiques mentionnées à l'article 171 du règlement délégué pour être considérées comme de nature stratégique et bénéficier ainsi d'un taux de choc action minoré de 22 % :

- La Mutuelle assure la gérance (et désigne l'un de ses administrateurs en tant que représentant permanent), les gestions comptables, financières et juridiques des SCI majoritaires. Elle assure également le suivi du patrimoine immobilier des SCI détenues majoritairement ;
- La Mutuelle a prouvé sa capacité à conserver dans la durée ses participations dans les SCI majoritaires ;
- L'ensemble des participations stratégiques fait l'objet d'un suivi par la gouvernance, les services généraux et le comité d'investissement de la Mutuelle.

A.2 Résultats de souscription

L'activité principale de la Mutuelle est la couverture complémentaire santé. En complément, des garanties de prévoyance sont proposées et portées par la Mutuelle, avec des garanties s'adressant aussi bien à l'individuel qu'au collectif.

Au titre des activités de santé et prévoyance, la Mutuelle a perçu 290 076 K€ de cotisations brutes en 2025. Il est à noter que les cotisations non-vie représentent 93 % de l'ensemble des cotisations perçues. Les cotisations nettes acquises s'élèvent à 131 936 K€.

Les résultats de souscription, nets de réassurance, par ligne d'activités sur l'exercice 2025 sont présentés dans les tableaux ci-dessous qui prennent en compte les informations portant sur les cotisations d'une part, la charge de sinistralité et dépenses (sinistres, frais de sinistres, frais d'administration et d'acquisition et autres provisions techniques) et d'autre part, les autres éléments (autres produits et autres charges techniques) :

2025 - Solimut Mutuelle de France			
Non-Vie	Santé	Protection des revenus	Total
Cotisations acquises brutes de réassurance	245 095 K€	27 833 K€	272 927 K€
Charge de sinistralité et dépenses brutes de réassurance	226 209 K€	31 525 K€	257 733 K€
Cotisations acquises nettes de réassurance (1)	98 206 K€	20 894 K€	119 101 K€
Charge de sinistralité et dépenses nettes de réassurance (2)	81 882 K€	24 380 K€	106 263 K€
Autres éléments (-autres produits & +charges techniques) (3)	3 374 K€	6 537 K€	9 911 K€
Résultat de souscription : (1) - (2) - (3)	12 950 K€	-10 022 K€	2 927 K€
D2 Produit Placements Alloués			-814 K€
Résultat technique net			2 113 K€

2025 - Solimut Mutuelle de France				
Vie	Assurance vie avec participation aux bénéfices	Autre Assurance Vie	Autres	Total
Cotisations acquises brutes de réassurance	13 095 K€	4 013 K€	87 K€	17 195 K€
Charge de sinistralité et dépenses brutes de réassurance	6 036 K€	5 684 K€	20 K€	11 739 K€
Cotisations acquises nettes de réassurance (1)	11 579 K€	1 170 K€	87 K€	12 835 K€
Charge de sinistralité et dépenses nettes de réassurance (2)	4 389 K€	2 581 K€	20 K€	6 989 K€
Autres éléments (-autres produits & +charges techniques) (3)	-952 K€	877 K€	-36 K€	-111 K€
Résultat de souscription : (1) - (2) - (3)	8 142 K€	-2 287 K€	102 K€	5 957 K€
Produits & Charges des Placements				-188 K€
Résultat technique net				5 769 K€

Résultat de souscription NV & V	8 885 K€
Résultat technique Net NV & V	7 882 K€

2024 - Solimut Mutuelle de France			
Non-Vie	Santé	Protection des revenus	Total
Cotisations acquises brutes de réassurance	247 197 K€	30 631 K€	277 828 K€
Charge de sinistralité et dépenses brutes de réassurance	238 773 K€	27 755 K€	266 528 K€
Cotisations acquises nettes de réassurance (1)	102 439 K€	21 756 K€	124 196 K€
Charge de sinistralité et dépenses nettes de réassurance (2)	92 820 K€	18 013 K€	110 833 K€
Autres éléments (-autres produits & +charges techniques) (3)	11 161 K€	1 383 K€	12 544 K€
Résultat de souscription : (1) - (2) - (3)	-1 542 K€	2 340 K€	819 K€
D2 Produit Placements Alloués			2 067 K€
Résultat technique net			2 885 K€

2024 - Solimut Mutuelle de France				
Vie	Assurance vie avec participation aux bénéfices	Autre Assurance Vie	Autres	Total
Cotisations acquises brutes de réassurance	14 939 K€	4 021 K€	443 K€	19 403 K€
Charge de sinistralité et dépenses brutes de réassurance	14 171 K€	3 998 K€	277 K€	18 447 K€
Cotisations acquises nettes de réassurance (1)	12 920 K€	1 115 K€	443 K€	14 478 K€
Charge de sinistralité et dépenses nettes de réassurance (2)	13 189 K€	1 054 K€	275 K€	14 518 K€
Autres éléments (-autres produits & +charges techniques) (3)	-1 309 K€	1 696 K€	-11 K€	375 K€
Résultat de souscription : (1) - (2) - (3)	1 040 K€	-1 634 K€	179 K€	-416 K€
Produits & Charges des Placements				538 K€
Résultat technique net				123 K€

Résultat de souscription NV & V	403 K€
Résultat technique Net NV & V	3 008 K€

Analyse de la performance

En 2025, la Mutuelle affiche un résultat de souscription de 8 885 K€.

Pour faire le lien avec le résultat technique net, il est à noter que l'ensemble des produits et charges de placements n'est pas intégré dans le résultat de souscription. Il est disponible dans les tableaux ci-dessus,

permettant de retrouver un résultat technique net Non-vie et Vie de 7 882 K€, tel que présenté dans le compte de résultat de la Mutuelle.

Au global, les cotisations acquises nettes s'élèvent à 131 936 K€, dont 98 206 K€ provenant de l'activité Lob 1 – Santé. La baisse sur ce poste par rapport à l'exercice 2024 s'explique en grande partie par la résiliation du contrat RTM au 31/12/2024 (6 000 K€ de CA réassuré à 50 %).

Sur les Lob 2 – Protection des revenus et l'ensemble des autres LoB Vie (33 730 K€ en 2025 vs 36 234 K€ en 2024), les cotisations acquises (nettes de réassurance) sont en baisse faisant suite à la résiliation de plusieurs contrats collectifs à fin 2024 pour environ 3 500 K€ de CA (réassurés à 70 %).

Le résultat technique net est en progression continue depuis 2019 (-18 715 K€ en 2019, 3 008 K€ en 2024, 7 882 K€ en 2025). Cette progression est le fruit du plan de redressement de la Mutuelle (pilier de la reconstitution des marges techniques).

A.3 Résultats des investissements

Au 31 décembre 2025, le portefeuille de placements⁷ de la Mutuelle s'élève à 283 803 K€ en valeur nette comptable et à 292 151 K€ en valeur de marché, en position de plus-values latentes nettes à hauteur de 8 349 K€.

Par principe de prudence, les actifs sont investis de façon adaptée à la nature et à la durée des risques inhérents aux activités exercées par la Mutuelle : à court terme pour la santé, à moyen et long terme pour la prévoyance.

En conséquence, la Mutuelle :

- Détient une part importante de ses actifs dans des placements assurant des flux récurrents à moyen et long terme, principalement des obligations valorisées sur les marchés financiers ;
- Conserve un montant significatif de trésorerie et d'actifs disponibles à court terme en couverture de son activité santé et pour se prémunir de tout risque de liquidité.

La Mutuelle conserve une stratégie d'allocation stable en 2025, centrée sur l'obligataire :

- La poche de taux représente 58% du portefeuille d'actifs ;
- Le poids de la réserve de liquidités reste élevé à 19 %.

Les résultats des investissements sont basés sur les valeurs retenues dans les états financiers établis en normes comptables françaises, avec cependant une présentation différente (par catégories CIC⁸) pour répondre aux exigences de forme du présent rapport.

Ils correspondent à la différence entre les produits et les charges de placements, avant la réallocation d'une quote-part de ces produits et charges dans le compte de résultat technique vie selon des clés de répartition :

- Les produits sont constitués des revenus perçus (coupons, dividendes, intérêts des loyers), d'autres produits de placements (décote, reprise sur provisions pour dépréciation) et des plus-values réalisées lors de la vente d'actifs ;
- Les charges proviennent des amortissements et provisions, surcotes, abandons de créances, dépréciations et des moins-values réalisées lors de la cession d'actifs.

Les autres produits et frais liés indirectement au portefeuille de placements ne sont pas ventilés par catégorie d'actifs mais classés dans la rubrique *Autres revenus et dépenses*. Ils sont constitués majoritairement des charges d'intérêts de la dette subordonnée émise par la Mutuelle, de la rétrocession de produits financiers dans le cadre de contrats de réassurance et des frais de gestion financière interne et externe depuis 2025.

⁷ A l'exclusion des actifs incorporels et des coupons courus

⁸ *Complementary Identification Code* : table de codes complémentaires d'identification des placements créée pour les besoins de Solvabilité 2.

Les revenus et les dépenses générés par les activités d'investissement se décomposent de la manière suivante :

Catégorie	Revenus		Dépenses		Résultat Financier		Evolution N-1 / N
	2025	2024	2025	2024	2025	2024	
Obligations État / Entreprise	+ 5 459	+ 4 864	+ 7 498	+ 678	- 2 038	+ 4 186	- 6 224
Actions	+ 779	+ 114	+ 385	+ 114	+ 394	+ 1	+ 393
Organismes de Placements Collectifs (OPC)	+ 1 500	+ 667	+ 402	+ 167	+ 1 098	+ 500	+ 598
Trésorerie et dépôts	+ 1 539	+ 1 974	+ 37		+ 1 502	+ 1 974	- 472
Prêts et prêts hypothécaires		+ 52		+ 287	+ 0	- 235	+ 235
Immobilisations corporelles	+ 813	+ 231	+ 137	+ 51	+ 676	+ 180	+ 496
Total placements	+ 10 090	+ 7 901	+ 8 458	+ 1 296	+ 1 632	+ 6 606	- 4 974
Autres revenus et dépenses	- 571	- 441	+ 3 039	+ 2 769	- 3 610	- 3 210	- 400
Total net	+ 9 520	+ 7 460	+ 11 497	+ 4 065	- 1 978	+ 3 396	- 5 373

Montant en milliers d'euros

Le résultat financier 2025 est déficitaire à hauteur de 1 978 K€ contre un résultat excédentaire de 3 396 K€ en 2024.

Les produits de placements évoluent très favorablement (10 090 K€ vs 7 901 K€ en 2024).

Les revenus obligataires récurrents augmentent mécaniquement en lien avec la remontée des taux et rapidement sous l'effet d'un programme d'arbitrages initié depuis deux ans permettant d'accélérer le renouvellement de la poche obligataire à des taux de rendement actuariels nettement plus favorables.

Des plus-values significatives sont également observées dans le cadre de cessions Immobilières et de ventes d'OPC cotés dans un contexte de surperformance des marchés actions.

Les revenus tirés de la poche de monétaire et trésorerie diminuent en lien avec la baisse des taux d'intérêt à court terme induite par la normalisation de la courbe des taux

Les dépenses de placements sont en très nette hausse (8 458 K€ vs 1 296 K€ en 2024) du fait de la constatation de provisions nettes de reprises pour dépréciations de placements obligataires stratégiques.

Information sur les titrisations

La titrisation est une technique financière qui vise à transférer à des investisseurs des actifs financiers en les transformant en titres financiers émis sur le marché des capitaux, le tout via une société ad hoc.

La Mutuelle n'a pas recours à des véhicules de titrisation.

Informations sur les profits et les pertes comptabilisés directement en fonds propres

Aucun profit ou perte n'a été comptabilisé directement en fonds propres.

A.4 Résultats des autres activités

La Mutuelle n'exerce aucune autre activité que celles présentées précédemment.

Néanmoins, son résultat net est également impacté par d'autres produits et charges non techniques, le résultat exceptionnel et les impôts sur les bénéficiaires. La Mutuelle ne détient aucun contrat de location significatif.

A.5 Autres informations

Aucune autre information importante ou qualifiée comme telle par la Mutuelle susceptible d'impacter ses activités ou son résultat n'est à mentionner.

B. SYSTEME DE GOUVERNANCE

B.1 Informations générales sur le système de gouvernance

B.1.1 Changements importants survenus au cours de l'exercice

Le Comité de Direction a connu des changements dans l'année 2025, à savoir la nomination d'un nouveau Directeur de la Relation Adhérent, une Directrice juridique et Conformité, une Directrice de la Gestion des Risques ainsi que la nomination d'un Directeur de programmes et transformation.

La Fonction clé Actuariat, dont le mandat s'est achevé lors du Conseil d'Administration du 12 décembre 2024, a été renouvelée lors du Conseil d'Administration du 27 février 2025.

Sur le plan de la gouvernance, l'année 2025 a été marquée par l'élection d'une nouvelle présidente à la tête de la Mutuelle. Le Conseil d'Administration a également élu une nouvelle secrétaire générale. La nouvelle présidente a été nommée dirigeant effectif.

B.1.2 Présentation du système de gouvernance

Organisation générale

Solimut Mutuelle de France dispose d'un système de gouvernance dont l'objectif est de garantir une gestion saine, prudente et sécurisée de ses activités.

La gouvernance de la Mutuelle repose sur le respect de deux principes structurants essentiels de la directive Solvabilité 2 :

- le principe des quatre yeux : toute décision significative est au moins vue par deux personnes ;
- le principe de la personne prudente : la Mutuelle veille à ce que les risques pris le soient dans le respect des intérêts des adhérents.

La gouvernance de la Mutuelle est démocratique, fondée sur le principe « une personne / une voix » et sur la double qualité « un adhérent peut devenir un délégué mutualiste ».

Elle repose sur la participation des adhérents aux finalités de la Mutuelle, telles que définies et organisées dans ses statuts. Elle est composée d'une structure organisationnelle qui détermine de façon transparente les responsabilités et fonctions de chacun et les règles de prises de décision, de reporting interne, de communication, de coopération, de rémunération et de supervision.

Le système de gouvernance de la Mutuelle repose ainsi sur la complémentarité entre le conseil d'administration, les deux dirigeants effectifs, une comitologie adaptée, un collège de responsables de fonctions clés et un système de contrôle interne approprié. L'identification et la définition claire des rôles et responsabilités des acteurs permettent de s'assurer d'une correcte séparation des tâches entre les fonctions d'administration, de gestion et de contrôle.

Le système de gouvernance de Solimut Mutuelle de France est placé sous la responsabilité du conseil d'administration et de la direction effective.

En matière de dispositif de gestion des risques, le système de gouvernance de Solimut Mutuelle de France s'appuie principalement sur le comité des risques de la Mutuelle dont les missions ont été élargies début 2020 et qui joue un rôle de liaison et d'information entre le conseil d'administration, les fonctions clés que Solimut Mutuelle de France assure en solo depuis la disparition du groupe, le comité de direction et les opérationnels de la Mutuelle en charge de couvrir l'ensemble des risques.

La Mutuelle considère que son système de gouvernance est en adéquation avec sa stratégie, la nature et l'ampleur des risques inhérents à son activité.

B.1.3 Assemblée générale

Solimut Mutuelle de France est fondée sur un principe démocratique essentiel : un adhérent = une voix.

Il s'agit d'un fondement de l'économie sociale et solidaire, aux côtés de la non-lucrativité, de l'utilité sociale, de la solidarité et de la proximité.

Chaque adhérent peut candidater pour être élu en tant que délégué à l'assemblée générale ou peut voter pour des candidats à l'assemblée générale. L'assemblée générale est constituée des membres participants et des membres honoraires de la Mutuelle. De ce fait, elle est l'instance représentative de l'ensemble des adhérents.

Ce sont les délégués élus à l'assemblée générale qui ensuite désignent les membres du conseil d'administration.

Les membres de la Mutuelle peuvent ainsi participer directement à la vie de leur Mutuelle et les décisions des instances mutualistes sont donc prises par et pour les adhérents.

Le rôle de l'assemblée générale est prépondérant au sein de la Mutuelle et est encadré dans ses statuts ainsi que par le Code de la mutualité.

L'assemblée générale a notamment pour rôle de :

- Statuer sur la modification des statuts de la Mutuelle ;
- Définir les activités exercées ;
- Définir les règles générales auxquelles doivent obéir, les opérations individuelles et collectives d'assurance ;
- Procéder à l'élection des administrateurs au conseil d'administration ;
- Approuver les comptes annuels présentés par le conseil d'administration.

B.1.4 Conseil d'administration

Composition et organisation

Conformément aux statuts de Solimut Mutuelle de France, l'administration de la Mutuelle est assurée par un conseil composé au maximum de 30 membres élus pour une durée de six ans parmi les membres participants et les membres honoraires. Les mandats sont renouvelables par moitié tous les trois ans.

Conformément à l'article L.114-16 du Code de la Mutualité, dernier alinéa, deux représentants des salariés de la Mutuelle assistent avec voix consultative aux réunions du conseil d'administration.

Le conseil se réunit sur convocation de sa présidente chaque fois que la situation l'exige, et au moins quatre fois par an.

Assistent au conseil le dirigeant opérationnel, les représentants du personnel et, suivant les sujets traités, des représentants des directions métiers. Les commissaires aux comptes sont convoqués obligatoirement à la réunion du Conseil d'administration statuant sur les comptes annuels.

La présidente peut inviter des personnes extérieures à assister aux réunions du conseil d'administration.

Le 15 mai 2025, l'assemblée générale a décidé de fixer la composition du conseil d'administration de Solimut Mutuelle de France à 23 membres.

Le conseil d'administration élit le président et désigne les responsables de fonctions clés. Il constitue le bureau, composé du président, d'un ou plusieurs vice-présidents, d'un trésorier, d'un trésorier adjoint, d'un secrétaire général et d'un secrétaire général adjoint.

Missions et responsabilités

Le conseil d'administration débat, vote et veille à l'application des orientations politiques et stratégiques de la Mutuelle en matière de développement, d'équilibre budgétaire, de cotisation et de prestations, d'actions de solidarité et de prévention, de placements et de réassurance, dans l'intérêt de ses adhérents

Il arrête toutes mesures permettant à la Mutuelle d'être constamment en capacité de garantir les engagements qu'elle prend vis-à-vis des membres participants et de leurs ayants-droit.

Les administrateurs défendent les positions mutualistes auprès des décideurs publics. Ils nouent des partenariats locaux, réalisent des actions de prévention et de solidarité, représentent la Mutuelle dans d'autres instances de la mutualité et initient des rencontres avec les adhérents pour informer et expliquer leurs décisions.

Le conseil d'administration veille également à accomplir toutes les missions qui lui sont spécialement confiées par les réglementations nationale et européenne. En particulier, il arrête les comptes annuels et s'assure de la mise en place d'un système de gouvernance efficace, garantissant une gestion saine et prudente de l'activité. Il s'assure, également, de la mise en place d'un système de gestion des risques incluant des dispositifs de contrôle interne et de conformité efficaces.

Le conseil d'administration entend les responsables de fonctions clés, directement et de sa propre initiative, au moins une fois par an et chaque fois qu'il l'estime nécessaire. Il vote toutes les politiques écrites et les rapports demandés par la réglementation.

Dans ce contexte, le conseil d'administration a notamment approuvé au cours de l'exercice 2025 :

27 février 2025

- Conduite du développement 2025 ;
- Désignation de la Fonction Clé Actuariat ;
- Approbation des politiques écrites ;
- Approbation de conventions réglementées.

03 avril 2025

- Approbation des axes du rapport moral ;
- Arrêté des comptes et approbation du rapport de gestion de l'exercice clos au 31/12/2024 ;
- Nomination d'un Commissaire aux comptes « Vert » ;
- Approbation du rapport d'intermédiation ;
- Approbation des modifications statutaires ;
- Approbation des faits marquants du fonds de secours ;
- Approbation du règlement du fonds de secours ;
- Approbation du rapport annuel des bonnes pratiques des structures de l'ESS ;
- Approbation du rapport SFCR, notamment le ratio de solvabilité au 31/12/2024 ;
- Approbation du Rapport sur les procédures d'élaboration et la vérification de l'information financière et comptable ;
- Approbation du dispositif de Lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme ;
- Désignation de délégations.

24 avril 2025

- Approbation de l'ordre du jour et Convocation de l'Assemblée générale ;
- Arrêté des comptes combinés et approbation du rapport de gestion des comptes combinés de l'exercice clos au 31/12/2024 ;
- Désignation des délégations.

15 mai 2025

- Election de la Présidence et du Bureau ;
- Désignation des personnes habilitées à mouvementer les comptes.

17 septembre 2025

- Tendances des consommations de soins sur le 1^{er} semestre 2025 ;
- Activité et développement de la Mutuelle ;
- Procédure de remboursement des TSDI ;
- Evolution des Règlements mutualistes ;
- Approbation des conventions réglementées ;
- Approbation des politiques écrites ;
- Approbation de la délégation au Dirigeant Opérationnel pour fixer les montants ou taux de cotisations et des prestations des opérations collectives.

24 octobre 2025

- Estimation des résultats 2025 ;
- Cadre d'évolution des cotisations 2026 ;
- Approbation du budget primaire 2026 ;
- Adoption du rapport ORSA⁹ ;
- Validation par la garante des autorisations budgétaires aux Mutuelles substituées ;
- Approbation de conventions réglementées ;
- Désignation de délégation.

12 décembre 2025

- Approbation des rapports des fonctions clés : gestion des risques, conformité, audit interne, actuariat ;
- Evolution de l'offre ;
- Approbation du projet de fusion par absorption avec transfert de portefeuille de la Mutuelle Varoise des Travailleurs de l'État par Solimut Mutuelle de France ;
- Approbation de conventions réglementées.

⁹ *Own Risk and Solvency Assessment (Evaluation des risques et de la solvabilité en français)*

Comités spécialisés issus du conseil d'administration

Pour éclairer ses prises de décisions, le conseil d'administration de la Mutuelle s'appuie sur des comités spécialisés, chargés de lui apporter assistance et conseil en amont de ses prises de décisions sur des domaines relevant exclusivement de la compétence du conseil : audit et risques.

Ces comités, composés principalement d'administrateurs, ont pour objet de s'assurer du respect par la Mutuelle du cadre réglementaire national, de la directive Solvabilité 2 et des bonnes pratiques de gouvernance.

Le conseil d'administration de la Mutuelle a choisi de mettre en œuvre deux comités spécialisés : le comité d'audit et le comité des risques. Leurs rôles et missions sont présentés dans la partie B.3 dédiée à la description du système de gestion des risques de la Mutuelle.

Comités opérationnels

La Mutuelle a mis en place des comités opérationnels qui participent au dispositif de gestion des risques techniques et financiers. Leurs rôles et missions sont détaillés dans la partie B.3 dédiée au système de gestion des risques.

B.1.5 Dirigeants Effectifs

Principes

La Direction effective de la Mutuelle est assurée par au moins deux personnes qui doivent satisfaire aux conditions prévues à l'article L. 114-21 du Code de la mutualité.

Conformément à l'article R. 211-15 du Code de la mutualité, ces deux personnes sont le président du conseil d'administration et le dirigeant opérationnel (aussi appelé Directeur Général).

Les dirigeants effectifs doivent assurer de manière permanente la continuité et la régularité des activités de la Mutuelle, dans les conditions définies par le conseil d'administration.

Ils disposent d'un domaine de compétences et de pouvoirs larges sur les activités et les risques de la Mutuelle. Ils sont impliqués dans les décisions ayant un impact important sur la Mutuelle, notamment en matière de stratégie, de budget, ou de questions financières.

Le conseil d'administration peut confier des attributions et déléguer partie de ses pouvoirs, sous son contrôle et sa responsabilité, à la Présidente du conseil d'administration et au dirigeant opérationnel.

Présidente du conseil d'administration

Depuis le 15 mai 2025, Madame Lisa Ribeaud est la présidente du conseil d'administration de la Mutuelle.

Elle organise et dirige les travaux du conseil dont elle rend compte à l'assemblée générale. Elle veille au bon fonctionnement des organes de la Mutuelle et s'assure en particulier que les administrateurs sont en mesure de remplir les attributions qui leur sont confiées.

La Présidente du conseil d'administration convoque le conseil d'administration et en établit l'ordre du jour.

Directeur Général / Dirigeant Opérationnel

Monsieur Yannick Porrachia est le directeur général et dirigeant opérationnel de la Mutuelle depuis sa nomination au conseil d'administration du 14 octobre 2021. Il assiste de droit aux réunions du conseil d'administration.

Le conseil d'administration fixe les conditions dans lesquelles il lui délègue les pouvoirs nécessaires à la direction effective de la Mutuelle. Le directeur général exerce ses fonctions sous le contrôle du conseil d'administration, dans le cadre des orientations arrêtées par celui-ci et dans la limite de la délégation qui lui est consentie.

En qualité de dirigeant effectif, il apporte la dimension exécutive au double regard exigé par le régime Solvabilité 2, avec le principe des « quatre yeux ».

Il dirige la gestion de la Mutuelle. Il applique les décisions politiques et stratégiques prises par le conseil d'administration et l'assemblée générale et leur rend compte régulièrement afin qu'ils puissent exercer leur contrôle.

Par délibération du conseil d'administration du 14 octobre 2021, le dirigeant opérationnel :

- Assure la gestion financière de la Mutuelle et veille à la bonne tenue de la comptabilité ainsi qu'au respect des obligations fiscales ;
- Assure la représentation extérieure de la Mutuelle ;
- Veille au respect des différentes obligations sociales et assure le traitement de toutes questions afférentes aux problématiques de gestion des ressources humaines et inhérentes au dialogue social ;
- Assure la conformité de la Mutuelle avec les dispositions légales et réglementaires relatives à la directive Solvabilité 2 ;
- Assure la mise en œuvre d'un contrôle permanent permettant une gestion saine et prudente de l'activité ;

Le dirigeant opérationnel peut subdéléguer, dans le périmètre de sa fonction, des délégations de pouvoirs dans les domaines réglementaires dont la responsabilité de la mise en œuvre lui a été confiée à titre principal.

B.1.6 Gouvernance opérationnelle

Directions

En 2025, la direction générale est organisée autour des sept directions - direction du développement et de la relation adhérent, direction juridique et de la conformité, direction de la gestion des risques, direction des opérations, direction des ressources humaines, direction de l'expérience adhérent, direction des programmes et transformation - ainsi que de fonctions clés et prudentielles qui sont directement rattachées au directeur général.

Comité de direction (CODIR)

La gouvernance opérationnelle s'organise notamment autour d'instances participant au pilotage de la Mutuelle et permettant de garantir le respect de la stratégie d'entreprise. Il s'agit du comité de direction (CODIR) et d'instances spécialisées qui traitent les dossiers relatifs à la Mutuelle.

Dans ce cadre, le CODIR est l'organe de pilotage de la Mutuelle qui met en œuvre les orientations stratégiques définies par le conseil d'administration. Le CODIR est composé du dirigeant opérationnel et des sept directeurs, en 2025.

Le CODIR est convoqué bimensuellement par le dirigeant opérationnel de la Mutuelle, et autant de fois qu'il le juge nécessaire.

B.1.7 Fonctions clés

Conformément aux articles L. 211-12 et L. 211-13 du Code de la mutualité ainsi qu'aux statuts, le système de gouvernance de la Mutuelle s'appuie sur quatre responsables de fonctions clés, définies dans le cadre de Solvabilité 2. Ils sont libres d'influences pouvant entraver leur objectivité, impartialité et indépendance.

Les responsables de fonctions clés ont la charge de rendre compte à la Direction générale et au conseil d'administration lors duquel ils présentent notamment les activités exercées, le bilan de l'année écoulée,

définissent le plan de missions, mettent en évidence les éventuelles déficiences et émettent des recommandations pour y remédier.

Les personnes titulaires des fonctions clés ont un lien direct et permanent avec les organes dirigeants, disposent d'un niveau hiérarchique adéquat dans la Mutuelle et des moyens nécessaires à leur fonction.

Des politiques écrites, approuvées par le conseil d'administration, ont été mises au point pour s'assurer que les responsables des fonctions clés disposent de l'autorité, des ressources et de l'indépendance opérationnelle nécessaires afin de mener leurs tâches à bien, et ce conformément aux instructions de l'ACPR.

Ce faisant, la Mutuelle s'assure de l'absence de conflit d'intérêt, de la disponibilité de chaque responsable et de la possibilité pour chacun d'entre eux d'accéder directement aux organes de gouvernance.

En outre, les services ont été organisés afin de garantir les objectifs assignés à chaque responsable. Ces derniers sont en relation directe avec la gouvernance de la Mutuelle, qui, inversement, les audite au moins une fois par an.

Les principales missions des responsables de fonctions clés sont les suivantes :

- La fonction clé de gestion des risques vise à déceler, mesurer, contrôler, gérer et déclarer en permanence les risques auxquels est soumise la Mutuelle au travers du système de gestion des risques que la fonction anime. Elle rend compte des expositions aux risques de manière détaillée, à tout moment, au Conseil d'Administration ;
- La fonction d'audit interne a pour mission d'évaluer l'adéquation et l'efficacité de l'ensemble du système de contrôle interne ;
- La fonction actuarielle doit coordonner le calcul des provisions techniques (en conformité avec les exigences réglementaires Solvabilité II), apprécie la suffisance et la qualité des données, garantit le caractère approprié des méthodologies et modèles sous-jacents, exprime un avis sur la politique de souscription et les dispositions en matière de réassurance, et enfin participe activement au dispositif de gestion des risques ;
- La fonction de vérification de la conformité a pour mission principale de veiller au respect par la Mutuelle de la réglementation relative aux activités d'assurance.

Les rôles, missions et l'organisation des fonctions clés sont détaillées aux paragraphes *B.3* pour la fonction gestion des risques, *B.4* pour la fonction de vérification de la conformité, *B.5* pour la fonction d'audit interne et *B.6* pour la fonction actuarielle.

B.1.8 Politique et pratiques de rémunération

Rémunération des membres du conseil d'administration

Conformément à l'article L114-26 du Code de la mutualité, les fonctions d'administrateurs sont gratuites. Pour autant, l'Assemblée générale peut décider d'allouer, une indemnité au président et aux administrateurs de la Mutuelle auxquels des attributions permanentes, individuelles, régulières et spécifiques ont été confiées.

De même, seule l'assemblée générale est compétente pour procéder à l'octroi d'une indemnité. A cet effet, toute indemnité ou remboursement de salaire est approuvé par l'assemblée générale avant la mise en place effective de ces dispositions.

De même, il appartient au président de rendre compte, annuellement devant son Assemblée générale, des sommes versées à l'organe d'administration, de gestion, ou de contrôle.

La Mutuelle peut rembourser à l'employeur de l'administrateur les rémunérations perçues, pour permettre aux administrateurs salariés d'exercer leurs fonctions pendant le temps de travail, ainsi que les avantages et les charges y afférents.

Une convention conclue entre la Mutuelle, d'une part, et l'employeur, d'autre part, fixe les conditions de ce remboursement. Dans le cas où l'employeur ne maintient pas la rémunération, il est possible de verser au président et à l'administrateur ayant des attributions permanentes une somme d'un montant égal au montant brut du dernier salaire perçu.

Les administrateurs ayant la qualité de travailleurs indépendants ont droit à des indemnités correspondant à la perte de leurs gains, dans des limites fixées par arrêté du ministre chargé de la mutualité.

La Mutuelle rembourse également aux administrateurs les frais de garde d'enfants, de déplacement et de séjour, dans des limites fixées par arrêté du ministre chargé de la mutualité.

Le montant des indemnités doit être corrélé au niveau de responsabilités et du temps consacré à l'exercice de la fonction (dans la limite d'un plafond de rémunération).

L'assemblée générale de la Mutuelle a décidé le versement d'indemnités à la présidente du conseil d'administration et aux autres administrateurs auxquels des attributions permanentes ont été confiées. Le dispositif indemnitaire est exprimé sur la référence du plafond annuel de la Sécurité sociale.

Rémunération du dirigeant opérationnel

Les éléments du contrat de travail du dirigeant opérationnel restent à la libre appréciation du conseil d'administration dans le respect de la stabilité financière et de la maîtrise des risques de la Mutuelle.

Le conseil d'administration doit garantir un niveau minimum de rémunération conforme à la classification prévue par la Convention collective nationale de la mutualité d'une part, et s'assure d'aligner la rémunération du dirigeant opérationnel avec les intérêts de la Mutuelle et des adhérents, d'autre part.

Afin de pallier tout dysfonctionnement et se conformer à la stratégie fixée par les conseils d'administration, les dirigeants opérationnels s'engagent, conformément au règlement délégué, à ne recourir à aucune stratégie individuelle de couverture ou d'assurance pouvant compromettre leur alignement sur le niveau de risque toléré par la gouvernance élue. Toute déviance ou contournement de ces règles pourra entraîner une révocation du dirigeant opérationnel concerné par son Conseil d'administration.

Politiques et pratiques de rémunération des salariés

Solimut Mutuelle de France applique une politique de rémunération basée sur le principe d'égalité de traitement et de non-discrimination. Elle promeut une gestion saine et efficace des risques et n'encourage pas la prise de risques au-delà des limites de tolérance au risque de l'organisme.

Le niveau de rémunération des salariés obéit aux règles de Convention collective nationale de la mutualité, qui fournit les grilles de salaires et les minimaux conventionnels. Ces règles sont, le cas échéant, complétées par des éléments propres à chaque contrat de travail.

B.1.9 informations sur les transactions importantes

Conformément aux dispositions des articles L. 114-32 et suivants du Code de la mutualité, la Mutuelle est amenée à soumettre à l'approbation du conseil d'administration et de l'assemblée générale les conventions réglementées, passées directement ou indirectement, entre elle et les entités avec lesquelles certains de ses administrateurs sont en commun.

B.2 Exigences de compétence et d'honorabilité

Politique de compétences et d'honorabilité

La politique écrite de compétences et d'honorabilité est validée par le Conseil d'administration de Solimut Mutuelle de France. Elle est réexaminée au moins une fois par an et est adaptée à tout changement affectant le

système ou le domaine concerné (événement de la réglementation, non-conformité, changements dans l'activité). Elle prévoit les modalités de contrôle de la correcte mise en œuvre de ses dispositions, notamment à travers :

- Le renseignement d'un registre de suivi de l'honorabilité et des compétences selon une fréquence annuelle depuis 2020 ;
- Le contrôle a posteriori de la complétude et l'exactitude des informations y figurant dans le cadre des vérifications de conformité réalisées tous les ans par la Fonction Clé Vérification de la Conformité.

Personnes visées

Les personnes concernées par les exigences de compétences et d'honorabilité sont :

- Les dirigeants effectifs de Solimut Mutuelle de France : présidente, directeur général/dirigeant opérationnel ;
- Les quatre responsables des fonctions clés : la fonction de gestion des risques, la fonction de vérification de la conformité, la fonction actuarielle, la fonction d'audit interne ;
- Les administrateurs, membres du conseil d'administration de Solimut Mutuelle de France.

Exigences de compétences et d'honorabilité

Exigences

Chaque année, les personnes concernées doivent :

- Attester qu'elles n'ont pas fait l'objet d'une condamnation pour les infractions dont la liste est fixée à l'article L.114-21 du Code de la mutualité (crime, blanchiment, corruption, trafic de stupéfiants, etc.), en produisant un extrait du bulletin n°3 du casier judiciaire datant de moins de 3 mois ;
- Ne pas appartenir à plus de cinq conseils d'administration de Mutuelles, unions ou fédérations, et déclarer à Solimut Mutuelle de France l'ensemble des mandats détenus en cours ;
- Disposer de compétences et bénéficier de formations dans au moins l'un des domaines suivants : les marchés de l'assurance et les marchés financiers, la stratégie de l'entreprise et le modèle économique, le système de gouvernance, l'analyse financière et actuarielle et le cadre réglementaire. Les personnes concernées doivent déclarer chaque année à Solimut Mutuelle de France les formations réalisées.

Par ailleurs, la nomination du dirigeant effectif et des responsables des fonctions clés est soumise à validation par l'ACPR sur la base du Curriculum Vitae, des formations suivies et diplômes, ainsi que du détail du parcours professionnel en termes de responsabilités.

Solimut Mutuelle de France s'appuie sur les compétences individuelles et leur répartition entre les membres des conseils d'administration, afin de démontrer que ceux-ci disposent collectivement des connaissances et expériences nécessaires, dans les domaines prévus à l'article R114-9 du Code de la Mutualité. Afin d'exercer leur mandat dans les meilleures conditions, les membres des conseils d'administration sont tenus de suivre régulièrement des sessions de formations à partir d'un plan de formation annuel, adopté par le Conseil d'administration.

Le correct suivi du plan de formation, ainsi que la vérification de l'honorabilité des personnes concernées à fréquence définie sont notamment consignés dans des outils de suivi de l'honorabilité et compétences, et via un registre unique depuis 2020.

Suivi

Chaque année, les personnes concernées doivent mettre à jour leur attestation sur l'honneur et y joindre l'ensemble des justificatifs exigés (liste des formations réalisées, liste des mandats détenus, notamment).

L'attestation doit être communiquée au Cabinet de la gouvernance de Solimut Mutuelle de France dans un délai d'un mois suivant la clôture de l'exercice écoulé.

En tout état de cause, la présidente du conseil d'administration, garante du respect de la politique en matière de compétence et d'honorabilité, veille en permanence à l'adéquation des comportements personnels et de la conduite professionnelle de toutes les personnes visées avec les exigences d'honnêteté, d'honorabilité et de moralité requises par la Mutuelle.

B.3 Système de gestion des risques, y compris l'évaluation interne des risques et de la solvabilité

Les articles 44 et 45 de la directive cadre imposent à la Mutuelle de démontrer la mise en place un système adéquat et efficace de gestion des risques, comprenant une stratégie des risques acceptés, une procédure d'enregistrement des risques, de gouvernance de ces derniers et enfin une documentation suffisante des résultats de cette gestion.

B.3.1 Description du système de gestion des risques

Principes

La gestion des risques est un processus continu et permanent permettant de définir le niveau de risque que la Mutuelle est prête à accepter en regard de ses orientations stratégiques et, ainsi, de fixer des objectifs de risques et les limites associées dans la conduite de ses opérations.

La gestion des risques relève de la responsabilité de tous et s'articule dans un dispositif global piloté par la fonction clé gestion des risques et organisé autour de trois lignes de défense.

Les rôles et responsabilités confiés aux acteurs de ces trois lignes de défense sont définis à partir de la directive Solvabilité 2 :

La 1^{ère} ligne de défense

La 1^{ère} ligne de défense est constituée des responsables métiers qui assurent la mise en place de systèmes de mesure, de surveillance et de gestion des risques relevant de leur domaine de compétence. Leurs connaissances les placent dans un rôle incontournable dans l'identification des risques inhérents à leur activité, l'actualisation de la cartographie des risques et le déploiement des contrôles-clés destinés à maîtriser les opérations.

Ils ont la responsabilité de mettre en place une surveillance permanente des opérations qu'ils effectuent au titre de leurs activités, en menant, notamment, des autocontrôles ou des contrôles croisés.

La 2^{ème} ligne de défense

Elle est organisée et mise en œuvre principalement par les responsables de fonctions clés en charge de la gestion des risques, de la conformité, de l'actuariat et du service de contrôle interne. Ils sont indépendants des fonctions opérationnelles et chargés d'organiser et d'animer le système de contrôle interne.

La 3^{ème} ligne de défense

La fonction clé audit interne anime la 3^{ème} ligne de défense du dispositif de gestion des risques de la Mutuelle. Elle est en charge du contrôle périodique en tant qu'acteur indépendant, objectif et autonome. Elle évalue l'efficacité des deux premières lignes de défense.

Politiques écrites et profil de risque

La Mutuelle a mis en place un dispositif de gestion des risques dont l'organisation est définie dans la politique de gestion des risques validée annuellement par le conseil d'administration.

La politique a pour objectif d'établir un cadre structurant du système de gestion des risques qui garantit une gestion saine et prudente de son activité, une maîtrise des risques efficace, en conformité avec la réglementation en vigueur.

À cette fin, la politique édicte les principes organisationnels, les limites et les règles liés à l'identification, l'évaluation, la maîtrise des risques et la diffusion de l'information aux différentes parties prenantes.

La politique traite des domaines de risques suivants inhérents à l'activité de la Mutuelle :

▪ Souscription et Provisionnement :

L'environnement concurrentiel, une tarification mal adaptée aux risques réellement encourus, la survenance de phénomènes exceptionnels (en intensité ou en fréquence) ou une dérive des provisions peuvent impliquer des résultats techniques dégradés. De ce fait, les problématiques de souscription et de provisionnement deviennent des questions particulièrement importantes pour la Mutuelle.

Il est à noter que des politiques écrites de gouvernance des produits, de souscription et de provisionnement sont rédigées en complément de la politique globale de gestion des risques.

▪ Réassurance :

La Mutuelle devant faire face à des risques parfois très lourds pouvant impacter de façon importante son résultat ou son ratio de solvabilité, des traités de réassurance peuvent être mis en place afin d'en atténuer leurs effets. Cela engendre donc certains risques non négligeables notamment du fait que les réassureurs puissent faire défaut ou en cas d'inadéquation du programme de réassurance avec les risques encourus.

Une politique écrite de réassurance est rédigée en complément.

▪ Gestion actif-passif et Liquidité :

La Mutuelle détient un volume important d'actifs mis en représentation de ses engagements. Il s'avère indispensable que ses placements puissent être cessibles et/ou sources de flux financiers entrants lui permettant de disposer d'une trésorerie nécessaire pour honorer tous ses engagements et ainsi payer à temps ses prestations. Par ailleurs, les exigences de Solvabilité 2 mettent l'accent sur l'attention à porter à la qualité des actifs disponibles.

La Gestion actif-passif et la Liquidité sont des risques traités dans la politique écrite d'investissement.

▪ Investissements :

De par ses investissements, la Mutuelle s'expose à de nombreux risques notamment le risque de crédit (risque que l'émetteur ne puisse pas honorer en totalité sa dette à temps) ou le risque de perte de valeur des actifs placés.

Une politique écrite d'investissement est rédigée afin de maîtriser ces risques. De plus, la politique d'investissement socialement responsable décrit les modalités de prise en compte des critères ESG et des risques en matière de durabilité dans la stratégie d'investissement de la Mutuelle.

▪ Concentration :

Une concentration trop importante à un marché, émetteur (placements financiers) ou partenaire (réassureur, apporteur d'affaires) est source de risques importants. En effet, un défaut de l'entité considérée peut engendrer de lourdes pertes pour l'organisme assurance et menacer sa solvabilité. De même, une dépendance à un marché bien précis peut s'avérer problématique en particulier en cas de sinistralité extrême ou de concurrence féroce.

Le risque de concentration est traité dans plusieurs politiques écrites, dont celles relatives aux investissements et à la réassurance.

- **Opérationnels :**

Ce sont les risques de perte résultant de procédures internes inadaptées ou défailtantes, du personnel ou des systèmes, ou d'évènements extérieurs (ex : fraude, pertes financières, non-conformité, condamnation, panne informatique...). Ils incluent le risque juridique. La mise en place d'un plan d'urgence et de poursuite d'activité vient par ailleurs palier certains risques liés à des évènements d'importance, le plus souvent exogènes (pandémie, inondation, incendie...).

Les risques opérationnels sont traités dans plusieurs politiques écrites (contrôle interne, continuité d'activité, externalisation) et dans le rapport ORSA.

- **Qualité des données :**

Les principes en matière de qualité des données sont posés principalement par la Directive Européenne Solvabilité 2. La qualité des données est appréciée au sein de la Mutuelle selon les critères d'exhaustivité, d'exactitude et de caractère approprié. La politique de qualité des données englobe le dispositif complet, avec l'organisation effective et l'architecture des données.

- **Communication ACPR et Public :**

Enfin, la politique de Communication ACPR et au Public centralise l'ensemble des restitutions et communication réalisées par la Mutuelle. Elle a pour objectif de donner une assurance raisonnable de la qualité des données utilisées pour informer de façon permanente les intéressés dans les délais réglementaires.

Au total, 21 politiques écrites, dont la politique de gestion des risques sont pilotées et maintenues à jour afin de garantir le bon fonctionnement, la transparence et la maîtrise des risques de la Mutuelle.

Intégration du système de gestion des risques dans l'organisation de la Mutuelle

Le conseil d'administration et les dirigeants effectifs assument la responsabilité finale du respect des dispositions réglementaires en matière de gestion des risques. Ils interviennent notamment dans l'ensemble des décisions significatives de la Mutuelle et prennent part à la gouvernance des risques.

Les rôles et responsabilités dans la définition et la mise en œuvre du système de gestion des risques sont établis conformément au principe de proportionnalité.

Tout en appliquant le principe de proportionnalité, la Mutuelle respecte par ailleurs les principes suivants :

- Indépendance des responsables de fonctions clés ;
- Séparation entre les missions des fonctions clés et les tâches opérationnelles ;
- Séparation des contrôles de premier, deuxième et troisième niveau ;
- Contrôle des « quatre yeux », qui spécifie que la Mutuelle doit disposer d'au moins deux dirigeants effectifs afin d'assurer un second regard concernant la prise des décisions significatives.

La Mutuelle accorde une importance particulière à une organisation efficace de la maîtrise des risques auxquels elle est exposée. Le système de gestion des risques s'appuie sur la forte implication de l'ensemble des intervenants dans le processus de gestion des risques et la promotion de la culture risque, auprès du conseil d'administration jusqu'aux équipes opérationnelles. Il est placé sous la responsabilité du conseil d'administration et du directeur opérationnel de la Mutuelle.

Le conseil d'administration de la Mutuelle

L'approche exhaustive et transversale de l'identification et de l'évaluation des risques représente un élément clé du système de gouvernance. À ce titre, le conseil d'administration de la Mutuelle détermine les orientations stratégiques et crée l'environnement favorable à une gestion des risques efficace.

Il exerce ses fonctions d'administration et de contrôle en définissant la stratégie et la politique des risques.

Dans le cadre de la gestion des risques, il délibère et approuve annuellement :

- Le rapport annuel du responsable de fonction clé audit interne ;
- Le rapport annuel de la responsable de fonction clé gestion des risques ;
- Le rapport actuariel ;
- Le plan de conformité ;
- Les rapports réglementaires RSR, SFCR, ORSA ;
- Les politiques écrites.

La direction générale

La Direction générale supervise les activités entrant dans le périmètre de la Mutuelle. Dans ce contexte, elle pilote la gestion des risques par le biais des contributions suivantes :

- Elle veille à la prise en compte dans l'organisation des principes de maîtrise des risques définis dans les politiques écrites ;
- Elle supervise la réalisation d'un Plan d'Urgence et de Poursuite d'Activité (PUPA) ;
- Elle assiste les instances pour le contrôle des décisions impactant la solvabilité ;
- Elle vérifie régulièrement le respect d'obligation d'information et d'autorisation préalable.

A travers l'animation du comité de direction et sa participation aux différents comités spécialisés, elle vérifie régulièrement le respect du dispositif de gestion des risques de la Mutuelle.

Le comité d'audit

Conformément à l'article L.821-67 du Code de commerce, le comité d'audit, agissant sous la responsabilité du conseil d'administration, assure notamment le suivi du processus d'élaboration de l'information financière et, le cas échéant, de l'information en matière de durabilité, de l'efficacité des systèmes de contrôle interne et de gestion des risques, ainsi que du contrôle légal des comptes.

Ses principales missions consistent à s'assurer :

- De la fiabilité du processus d'élaboration de l'information comptable et financière ;
- Du contrôle légal des comptes annuels ;
- De la revue du budget de la Mutuelle.
- De la sélection et de l'indépendance des commissaires aux comptes ;
- De l'efficacité des systèmes de contrôle interne, d'audit interne et de gestion des risques ;
- De l'état d'avancement du plan de contrôle interne, des missions d'audit interne et de ses recommandations ;
- De la détermination et de la validation du plan triennal d'audit interne.

Le comité d'audit est composé de 5 membres dont son président.

Le comité d'audit se réunit à minima 3 fois par an, et autant de fois que nécessaire sur proposition de son président, pour suivre les dates importantes du cycle de reporting financier et prudentiel et de réalisation des missions de l'audit interne.

Les réunions du comité d'audit font l'objet de procès-verbaux, validés par ses membres et communiqués au conseil d'administration. Ses membres disposent d'un accès privilégié auprès de cette instance, permettant l'exercice d'un droit d'alerte si les circonstances l'exigent.

En outre, le comité d'audit établit un dialogue avec les responsables de fonctions clés et notamment avec la fonction clé audit interne, indispensable à la bonne réalisation de ses missions.

Le comité des risques

Le comité des risques a un rôle de liaison et d'information, notamment entre le conseil d'administration et le comité de direction, dans le dispositif de gestion des risques de la Mutuelle.

Il a vocation à émettre des recommandations pour le conseil d'administration, notamment lorsque celui-ci est amené à se prononcer sur l'efficacité du système de gestion des risques.

Le rôle du comité des risques va donc couvrir les points suivants :

- Il évalue l'efficacité du système de gestion des risques, au travers de la revue régulière de ces risques avec les responsables opérationnels de la Mutuelle ;
- Il prépare les orientations en matière de gouvernance / politiques / moyens relatifs à la gestion des risques, et émet des recommandations pour le conseil d'administration lorsque celui-ci est amené à se prononcer sur ces sujets ;
- Il prépare les orientations en matière d'appétence au risque, et émet des recommandations sur ces sujets pour le conseil d'administration ;
- Il évalue le rapport ORSA annuel et émet une recommandation pour la validation des éléments par le conseil d'administration. Il peut également demander la réalisation d'un ORSA exceptionnel lorsque les éléments de risque ont évolué, conformément aux obligations réglementaires de la Mutuelle ;
- Il évalue les rapports annuels des fonctions clés de la Mutuelle (actuariat, gestion des risques, conformité, audit interne) ;
- Il a un devoir d'alerte vis-à-vis du conseil d'administration et du comité de Direction, lorsque l'efficacité du système de gestion des risques lui semble insuffisante au regard des obligations réglementaires de la Mutuelle.

La revue faite par le comité des risques a vocation à couvrir l'ensemble des risques de la Mutuelle, sans que cette liste soit exhaustive.

Il n'est pas une instance de décision de la Mutuelle, puisque in fine les décisions sur le système de gestion des risques relèvent de la responsabilité du conseil d'administration et des dirigeants d'un point de vue réglementaire.

Les responsables de fonctions clés

La responsable de fonction clé gestion des risques est en charge de l'animation du système de gestion des risques de la Mutuelle.

A ce titre, elle :

- Aide le conseil d'administration, la direction générale et les autres directions à mettre efficacement en œuvre le système de gestion des risques ;
- Assure le suivi du système de gestion des risques ;

- Assure le suivi du profil de risque général de la Mutuelle, de l'exercice et de la mise en œuvre du processus ORSA ;
- Rend compte du profil de risque auprès du conseil d'administration et des dirigeants effectifs ;
- Coopère étroitement avec les responsables de fonctions clés et le service de contrôle interne ;
- Elabore les rapports réglementaires relatifs à la gestion des risques (ORSA, SFCR, RSR).

La responsable de fonction clé gestion des risques dispose de la faculté de s'adresser directement au directeur général ou au conseil d'administration de la Mutuelle.

Les fonctions clés audit interne, vérification de la conformité et actuarielle jouent également un rôle majeur dans le dispositif de gestion des risques.

Leurs missions et l'organisation de leurs fonctions sont détaillées aux paragraphes B.4 pour la fonction de vérification de la conformité, B.5 pour la fonction d'audit interne et B.6 pour la fonction actuarielle.

La fonction de contrôle du cadre de gestion des risques TIC (Technologies d'information et de communication) a été confiée au Responsable RSSI/DPO de la Mutuelle, en lien étroit avec les travaux de la fonction clé gestion des risques. En rubrique A.1 Activité « Autres informations d'actualité et veille réglementaire », une section est dédiée à cette thématique et sa prise en charge en interne.

Le dispositif de contrôle interne

La gestion des risques opérationnels est prise en compte au travers du dispositif de contrôle interne. Ce dispositif comprend l'ensemble des moyens, comportements, procédures et actions qui contribue à la maîtrise des activités de la Mutuelle.

Le service de contrôle interne collabore avec les responsables métiers de la Mutuelle pour mettre à jour les éléments composant le dispositif de contrôle permanent, qui permet de déterminer et de suivre l'exposition de la Mutuelle au risque opérationnel :

- La cartographie des processus découpe l'exhaustivité de l'activité de la Mutuelle en processus de type gouvernance, réalisation ou support ;
- Les procédures décrivent l'ensemble de ces processus et permettent d'identifier les risques opérationnels induits par les actions décrites dans ces procédures, ainsi que les actions de maîtrise opérationnelles associées ;
- La cartographie des risques permet d'évaluer et de hiérarchiser ces risques au regard de leurs probabilités de réalisation, de leurs impacts en cas de réalisation, et de l'ensemble des éléments de maîtrise mis en place ;
- Les contrôles formalisés sont, conformément à la profession, organisés autour des 2 premières lignes de défense.

Les missions et l'organisation du service de contrôle interne sont détaillées au paragraphe B.4.

Comitologie opérationnelle

Des comités internes ont également été tenus, en préparation des comités spécialisés : comité Budget à 5 ans, comité Hypothèses & Modèle, comité Investissements, comité Qualité des données, comité souscription et comité produits.

L'appétence aux risques

L'appétence aux risques se définit comme le niveau de risque global qu'un organisme accepte de prendre pour atteindre ses objectifs commerciaux et stratégiques, ou bien comme la cible de risque souhaitée. Cette notion

est appréhendée à partir de différents indicateurs comme le résultat comptable ou le ratio de couverture du SCR. Il s'agit de la limite acceptable en cas de situations défavorables.

L'appétence fixée prend en compte les résultats futurs calculés à l'aide du scénario central construit à partir des hypothèses stratégiques de la Mutuelle et des paramètres de marché, afin d'établir une appétence au risque réaliste par rapport à la situation de la Mutuelle.

Le Conseil d'Administration du 24 octobre 2025 a maintenu le niveau d'appétence aux risques à 150 % et un ratio cible à 170 % (permettant à la Mutuelle d'absorber un stress important tout en conservant son appétence à 150 %). Le ratio cible à 170 % est défini selon le profil de risque de la Mutuelle, de même pour les différents seuils d'alerte en cas de ratio inférieur à 150 %. Ces travaux se sont accompagnés d'une déclinaison par budgets de risques de l'appétence (selon le ratio, les Fonds Propres..., avec des leviers à activer dès le franchissement de chacun des seuils). Il a été réalisé en connexion avec la cartographie des risques assurantiels de la Mutuelle et tous les responsables / experts risques. La cartographie des risques assurantiels a été actualisée, avec pour évolution majeure, l'intégration des risques de durabilité.

Les éléments de maîtrise (ou leviers) ont été travaillés pour chaque seuil d'appétence, afin d'avoir une vision éclairée des meilleurs éléments de maîtrise à activer selon la situation, en cas de franchissement d'un seuil. L'objectif est d'avoir une réaction rapide et en totale maîtrise des impacts à communiquer au Conseil d'Administration en cas d'activation d'un levier. La Mutuelle a donc poursuivi le renforcement de sa maîtrise de l'appétence, et assure un suivi rigoureux, via des indicateurs de suivi, du respect de son plan de reconstitution des Fonds Propres et de sa solvabilité.

Adéquation du système de gestion des risques

Le système de gestion des risques de la Mutuelle s'inscrit dans un dispositif global mobilisant différents acteurs et instances, conformément aux exigences de la directive Solvabilité 2.

Les comités opérationnels traitent régulièrement des risques dont ils portent la responsabilité.

Le comité des risques dispose d'une vision transverse et bénéficie d'une présentation régulière de l'ensemble des familles de risques portés par la Mutuelle.

Le conseil d'administration de la Mutuelle dispose d'une vision d'ensemble des risques et veille à ce que le dispositif global de gestion des risques soit mis en œuvre.

La fonction clé gestion des risques assure un rôle de coordination globale du dispositif de gestion des risques, en lien étroit avec les autres fonctions clés.

Les politiques de gestion des risques, soumises à l'approbation du conseil d'administration, ont pour objectif de définir un dispositif de gestion des risques efficient en définissant un cadre proportionné de suivi du risque a priori et a posteriori.

La Mutuelle a un système de gouvernance et un dispositif de gestion des risques déployé en adéquation avec sa stratégie, la nature et l'ampleur des risques inhérents à son activité. Elle maintient un lien permanent avec son Conseil d'Administration, sur des thématiques cruciales de gestion des risques, telles que le Plan d'urgence et de poursuite d'activité, la Cartographie des Risques Assurantiels et l'Appétence aux risques. En 2025, elle a également réalisé une formation dédiée au CA sur les risques de continuité d'activité, cyber et réglementation DORA.

B.3.2 Evaluation interne des risques et de la solvabilité (ORSA)

Description du processus ORSA

Le dispositif ORSA permet au Conseil d'administration d'avoir conscience de tous les risques importants auxquels la Mutuelle est confrontée, que ces risques soient ou non pris en compte dans le calcul du capital de solvabilité requis et qu'ils soient ou non quantifiables.

L'évaluation interne des risques et de la solvabilité est un élément essentiel du dispositif de gestion des risques de la Mutuelle, centralisant les différentes analyses de risque conduites et permettant la bonne prise en compte des risques dans le pilotage.

La Mutuelle utilise l'ORSA comme un outil de pilotage intégré aux réflexions sur sa stratégie, notamment au travers de la composante d'évaluation du besoin global de solvabilité.

L'ORSA est encadré par une politique écrite dédiée approuvée par le conseil d'administration et mise à jour annuellement. Il se définit comme un ensemble de processus fondés sur les étapes suivantes :

- L'évaluation du besoin global en solvabilité (BGS) lié au profil de risque propre de la Mutuelle ;
- Le respect permanent des exigences réglementaires par la projection de l'activité de la Mutuelle à l'horizon du plan stratégique (5 ans) dans des conditions normales et l'établissement d'un scénario central ;
- L'appréciation de la résistance de la solvabilité de la Mutuelle à des scénarios stressés et la définition d'actions correctrices adéquates ;
- L'établissement d'un cadre d'appétence en fonction des résultats futurs calculés à l'aide du scénario central. Cet aspect-là permet d'actualiser la cartographie des risques assurantiels, la formalisation d'une grille d'appétence et des leviers associés aux seuils.

Intégration de l'ORSA à la structure organisationnelle de la Mutuelle

La politique ORSA décrit le rôle et les responsabilités des différents acteurs du processus d'évaluation interne des risques et de la solvabilité et la manière dont celle-ci est intégrée à la structure organisationnelle et aux procédures de prise de décision de l'entreprise.

Le Directeur Général intervient dans le processus par l'intermédiaire des services et responsables de fonctions clés. Il s'assure que le processus ORSA est mené en cohérence avec les enjeux stratégiques de la Mutuelle, répond aux exigences réglementaires et implique suffisamment les administrateurs à sa réalisation.

Par la suite, il met en œuvre les décisions du conseil d'administration émanant de l'adoption du rapport ORSA et des plans de résolution associés.

Le comité des risques a pour missions de rendre un avis sur la production du rapport ORSA. Une présentation détaillée des différents éléments du rapport lui est faite afin de pouvoir soutenir son avis auprès du conseil d'administration qui approuve le rapport.

Le responsable de fonction clé Gestion des risques est responsable de la politique écrite ORSA et de sa mise en œuvre dans le cadre de la production du rapport ORSA.

Le comité Budget à 5 ans et le comité Hypothèses & Modèle regroupent les principaux contributeurs à la production de l'ORSA : responsables modélisation, gestion d'actifs, finance, actuariat, pilotage de la marge, gestion prévisionnelle, etc... Il s'agit de comités opérationnels qui ont vocation à coordonner le travail de ces différents acteurs, organiser un planning commun de production de l'ORSA, valider les données et hypothèses retenues, partager une vision alignée du scénario central et des risques auxquels la Mutuelle s'expose, et assurer l'amélioration continue du processus de production de l'ORSA.

Fréquence de l'ORSA

Un ORSA est réalisé au moins une fois par an. En complément, un ORSA ad hoc peut être déclenché lors de la survenance d'événements qui entraînent une évolution significative du profil de risque.

Besoin Global de Solvabilité

Evaluation

La Mutuelle définit le Besoin Global de Solvabilité (BGS) comme étant le besoin en capital, dit capital ORSA, nécessaire pour faire face à une modification de son profil de risque.

La démarche d'évaluation du BGS consiste à :

- Identifier et décrire le profil de risque propre à la Mutuelle ;
- Evaluer les écarts du profil de risque par rapport à la formule standard et adapter si besoin les risques standards pour le calcul des SCR et l'établissement du bilan prudentiel ;
- Déterminer le BGS.

Lors de la dernière évaluation du BGS, la Mutuelle a adapté les risques standards de défaut, financiers et techniques. Elle a estimé que le capital à mobiliser en couverture des risques opérationnels calculé par la formule standard était suffisant.

Interaction entre la gestion du capital et le profil de risque

La Mutuelle a identifié ses principaux risques. Elle immobilise des capitaux pour couvrir les pertes potentielles qui pourraient subvenir.

A ce jour, le profil de risque de la Mutuelle est en adéquation avec les hypothèses sous-jacentes du SCR. Par conséquent, la Mutuelle évalue ses risques « quantifiables » par la formule standard prévue par la réglementation.

Le processus ORSA permet également d'apprécier le profil de risque propre à la Mutuelle et d'appréhender des risques opérationnels non pris en compte dans la formule standard. Il a intégré un dispositif de recensement des risques majeurs non standards et inhérents à l'activité et au développement de l'entité.

B.4 Système de contrôle interne

B.4.1 Présentation du dispositif de contrôle interne

Le service de contrôle interne, constitué de quatre personnes (dont la responsable) est placé sous la responsabilité de la Directrice et fonction clé gestion des risques.

Le service pilote le dispositif de contrôle interne et porte à ce titre une triple responsabilité :

- Vis-à-vis de l'ensemble des collaborateurs de la Mutuelle : développer la culture de la gestion des risques opérationnels en son sein ;
- Vis-à-vis des responsables de processus / procédures : fournir aux directions ou services des méthodes et des techniques de gestion des risques opérationnels à appliquer sur les processus / procédures dont ils ont la responsabilité, et les accompagner dans leur déploiement ;
- Vis-à-vis de la gouvernance : Assurer l'unicité et l'efficacité du dispositif de contrôle interne au niveau de la Mutuelle.

Le dispositif de contrôle interne de la Mutuelle s'appuie sur quatre piliers :

❖ **La cartographie des processus et les procédures associées**

La fonction de contrôle interne est en charge de maintenir la cartographie des processus de la Mutuelle et d'en assurer son exhaustivité de périmètre. Les services opérationnels sont quant à

eux responsables de l'identification, la production et le maintien des procédures formalisant ces processus. La fonction de contrôle interne pilote ces travaux. Elle se charge également de la publication et de l'archivage des documents.

❖ **Le plan de contrôle**

La fonction de contrôle interne est en charge de la production, du maintien et du déploiement du plan de contrôle recensant les contrôles de 1^{er} niveau réalisés par les services opérationnels. Le dispositif de contrôle de 2nd niveau visant à vérifier l'effectivité et l'efficacité des contrôles de 1^{er} niveau s'effectue par le suivi complet des contrôles de 1^{er} niveau. Celui-ci est renforcé par les analyses et l'expertise de la fonction de contrôle interne, pouvant donner lieu à des propositions d'axes d'amélioration.

❖ **La cartographie des risques opérationnels**

La fonction de contrôle interne établit une cartographie des risques opérationnels, en lien avec les services opérationnels. Cette cartographie s'appuie sur les 3 piliers suivants :

1. Les risques identifiés a priori dans les procédures par les services opérationnels ;
2. Les risques déduits par les résultats identifiés lors des contrôles de 1^{er}, 2^{eme} et 3eme niveau ;
3. Les risques identifiés lors des incidents opérationnels passés.

La cartographie des risques évalue les risques bruts, c'est-à-dire le niveau de risque potentiel en dehors de tout dispositif de contrôle et de toutes les mesures d'atténuation du risque prises par la Mutuelle, et le risque net qui est celui après application du dispositif de contrôle et d'atténuation des risques. Cette analyse peut donner lieu à l'identification de plans d'action correctif / préventifs.

❖ **Le suivi des incidents opérationnels**

La fonction de contrôle interne définit la procédure de suivi des incidents opérationnels et anime ce dispositif. Elle est en charge de collecter auprès des services opérationnels, via les référents contrôle interne, les incidents survenus, et d'animer les plans d'action curatives, correctives et préventives identifiés à la suite de ces incidents.

Une surveillance permanente du dispositif est indispensable au maintien d'un dispositif performant et pérenne. Cette surveillance doit être menée par la fonction de contrôle interne, en lien avec les responsables de processus et de sous-processus afin de :

- Vérifier le respect des procédures et du plan de contrôle interne ;
- Evaluer l'efficacité du dispositif de contrôle interne ;
- Identifier les changements d'organisation, de système d'information et sur l'environnement de la Mutuelle, impactant le dispositif de contrôle interne.

Cette surveillance s'appuie sur :

- L'analyse des résultats des contrôles de 1^{er} niveau ;
- Les campagnes de contrôles de 2nd niveau ;
- L'analyse des dysfonctionnements majeurs relevés en dehors des anomalies de contrôle par les opérationnels eux-mêmes ;
- Les actions correctives identifiées dans le cadre des contrôles, des incidents et de la cartographie des risques, mais également des recommandations d'audit ;
- La connaissance des sujets transverses impactant le/les processus.

Elle donne lieu à la définition d'actions d'amélioration qui constituent un plan d'action piloté par le service du contrôle interne et les responsables de processus.

B.4.2 Rôle de la fonction de vérification de la conformité

Objectifs et missions de la fonction clé vérification de la conformité

La fonction clé vérification de la conformité a pour missions :

- De conseiller les instances de gouvernance de la Mutuelle et des substituées sur le respect des dispositions législatives, réglementaires et administratives relatives aux activités d'assurance et de réassurance ;
- D'évaluer l'impact possible de tout changement d'environnement juridique sur les opérations de la Mutuelle et de ses substituées ;
- D'identifier et évaluer le risque de non-conformité ;
- De s'assurer du respect des dispositions législatives, réglementaires et administratives relatives aux activités d'assurance et de réassurance au travers de vérifications de conformité ;
- De rendre compte de ses activités au conseil d'administration de la Mutuelle chaque année.

Ces missions s'inscrivent dans un objectif commun de sécurisation des risques de non-conformité de la Mutuelle.

Dispositif de vérification de la conformité

Chaque année, la fonction clé vérification de la conformité établit un plan de conformité qu'elle présente en comité de direction et en conseil d'administration. Un rapport est établi en fin d'année établissant les recommandations de la fonction clé vérification de la conformité sur chaque thématique vérifiée. Les conclusions de ce rapport font l'objet d'une restitution en conseil d'administration.

Également, elle met en place une cartographie des risques de non-conformité et assure un rôle de conseil et d'accompagnement auprès de la direction générale et de la gouvernance de la Mutuelle au quotidien.

La fonction clé vérification de la conformité est l'interlocuteur référent de l'ACPR en ce qui concerne la conformité.

B.5 Fonction d'audit interne

B.5.1 Rôle de l'audit interne dans l'organisation

L'audit interne est une activité indépendante et objective qui apporte au conseil d'administration et à la direction de Solimut Mutuelle de France une assurance raisonnable sur la qualité et l'efficacité de son dispositif de management des risques, de son dispositif de contrôle interne ainsi que sur les systèmes de gouvernance.

Solimut Mutuelle de France dispose d'une fonction clé audit interne qui exerce ce rôle et cette responsabilité. La fonction clé audit interne est directement rattachée au directeur général ce qui lui confère un accès à l'information facilité et une indépendance dans la réalisation des missions d'audit.

La fonction clé audit interne procède à l'évaluation périodique des processus tels qu'ils existent au sein de Solimut Mutuelle de France. Par ses propositions, elle contribue à réduire les risques et à optimiser les performances globales de l'organisation.

Les missions de l'audit interne permettent notamment :

- D'évaluer les systèmes de contrôle interne et de gestion des risques ;
- D'évaluer la pertinence, l'efficacité et la conformité des processus de la Mutuelle ;

- De vérifier l'intégrité, la fiabilité, l'exhaustivité et la traçabilité des informations produites (comptables, financières, de gestion...);
- De proposer des axes d'amélioration ou de progrès pour l'organisation.

B.5.2 Planification des missions d'audit interne

Le périmètre d'intervention de la fonction clé audit interne est défini via le plan d'audit, qui précise l'ensemble des thématiques qui devront être contrôlées selon une logique triennale. Le plan d'audit peut ensuite être ajusté chaque année dans un souci d'agilité et d'adaptation, suite à l'identification éventuelle de nouveaux risques ou de risques prioritaires.

Le plan d'audit peut couvrir tous les domaines ou processus de Solimut Mutuelle de France.

Le plan d'audit triennal et ses éventuelles adaptations doivent être systématiquement validés par le comité d'audit et par le conseil d'administration de Solimut Mutuelle de France.

B.5.3 Réalisation des missions d'audit interne

Préparation

La préparation d'un audit nécessite une importante phase de recueil et d'analyse. La fonction clé audit interne est amenée à préparer un programme de travail, ce qui passe par l'identification des obligations inhérentes à la thématique auditée, des bonnes pratiques et des zones de risques.

Réalisation

Les missions sont réalisées sur la base d'entretiens, de procédures et modes opératoires, de documents de travail et de tests permettant d'appuyer l'opinion de la fonction clé audit interne sur des éléments objectifs.

Rédaction du rapport

À l'issue de chaque mission d'audit, un rapport est rédigé présentant le contexte, le périmètre d'intervention, les objectifs de l'audit, l'approche d'audit, les résultats et conclusions des travaux réalisés, et le cas échéant, les recommandations visant à améliorer l'activité ou le processus étudié.

Restitution

Le projet de rapport est restitué aux directions concernées et au dirigeant opérationnel de Solimut Mutuelle de France. L'échange s'articule notamment autour de la validation des constats et des recommandations, de la désignation de porteurs et d'échéances concernant les recommandations émises, et de la détermination d'un plan d'action.

Suivi des recommandations

La fonction clé audit interne réalise un suivi de l'ensemble des recommandations jusqu'à leur clôture finale. Le comité d'audit doit rendre compte du suivi des recommandations au conseil d'administration de Solimut Mutuelle de France. En effet, la mise en œuvre des recommandations relève de la responsabilité du conseil d'administration de Solimut Mutuelle de France.

B.5.4 Reporting annuel

Chaque année, la fonction clé audit interne rend compte de ses travaux au comité d'audit et au conseil d'administration de la Mutuelle. Elle est à minima tenu de présenter :

- La liste des audits réalisés sur l'entité ;

- Les principaux constats réalisés et les recommandations approuvées ;
- Le suivi de la mise en place des recommandations des audits passés ;
- Les audits à venir.

B.6 Fonction actuarielle

B.6.1 Cadre et organisation de la fonction actuarielle

La fonction actuarielle est mise en œuvre conformément aux dispositions de la directive Solvabilité 2 et aux exigences réglementaires applicables.

Elle est responsable :

- de la coordination du calcul des provisions techniques,
- de l'évaluation de la pertinence des méthodes, modèles et hypothèses utilisés,
- de l'émission d'une opinion indépendante sur l'adéquation des provisions techniques,
- de la formulation d'un avis sur la politique de souscription et les dispositifs de réassurance.

Elle s'appuie pour cela sur des travaux qui permettent d'en démontrer le caractère approprié.

La fonction actuarielle est interne et rattachée à la Direction Générale, garantissant son indépendance opérationnelle. Elle dispose de ressources quantitatives et qualitatives adaptées à la nature, à l'ampleur et à la complexité des risques portés par l'organisme.

Les travaux de la fonction actuarielle sont décrits au sein d'un rapport annuel, qui dans le cadre de la gouvernance de la Mutuelle est présenté en comité des risques, puis en conseil d'administration. Les grands axes d'étude qu'elle mène, conformément à la directive cadre, se concentre

B.6.2 Travaux liés à la fonction actuarielle et rapport annuel

La fonction actuarielle décrit au sein du rapport actuariel qu'elle produit annuellement les grands axes d'étude qu'elle mène, conformément à la directive cadre, à savoir le provisionnement, la qualité des données, la souscription et la réassurance.

Ces analyses doivent permettre d'assurer au Conseil d'Administration que les tarifications comme les réserves sont suffisantes et prudentes, et permettent un pilotage adéquat du risque de souscription et de la réassurance.

Conformément au règlement, le rapport de la fonction actuarielle couvre les thématiques suivantes :

- La politique de provisionnement,

Cette section porte notamment sur le caractère approprié des méthodologies utilisées, l'adéquation et la suffisance des provisions techniques, ainsi que la qualité des données utilisées pour leurs évaluations.
- La politique de souscription

Cette partie comprend l'analyse du niveau des cotisations au regard du profil de risque, le contrôle des modèles de tarification y compris celui relatif au renouvellement, ainsi que la validation du processus de tarification. Elle intègre en particulier l'examen de la pertinence des bases utilisées, de leurs modalités de construction et de leur adéquation avec les risques couverts. Elle couvre également l'analyse des modèles de frais ainsi que le suivi et l'encadrement des dérogations.
- La politique de réassurance

Cette section vise à apprécier le caractère adéquat du programme de réassurance et des couvertures associées, notamment au regard d'analyses d'efficacité réalisées en scénario central et en situation de scénarios extrêmes. Elle inclut également l'évaluation de la qualité de crédit des réassureurs.

- La qualité des données

Cette partie a pour objet de définir les critères de qualité des données, de décrire les processus de collecte, de contrôles et de transformations des données, ainsi que d'évaluer leur adéquation aux besoins des travaux actuariels.

- La contribution au dispositif global de maîtrise des risques

La fonction actuarielle contribue au dispositif global de gestion des risques, en particulier à l'identification, à l'évaluation et au suivi des risques assurantiels.

B.7 Sous-traitance

La Mutuelle, en respect des textes en vigueur, définit la sous-traitance, appelée « externalisation », comme « un accord, quelle que soit sa forme, conclu entre une entreprise et un prestataire de services, soumis ou non à un contrôle, en vertu duquel ce prestataire de services exécute, soit directement, soit en recourant lui-même à l'externalisation, une procédure, un service ou une activité, qui serait autrement exécuté par l'entreprise elle-même ».

Les activités d'externalisation sont encadrées par la directive cadre, avec pour principal concept que l'assureur conserve l'entière responsabilité des activités qu'il sous-traite, et donc qu'il doit rester vigilant quant à leurs conditions de réalisation.

La Mutuelle a rédigé une politique écrite relative à la gestion de l'externalisation qui reprend l'ensemble des dispositifs organisationnels et règles mis en place pour éviter de :

- Compromettre gravement la qualité du système de gouvernance de l'entité concernée ;
- Accroître indûment le risque opérationnel ;
- Compromettre la capacité des autorités de contrôle à vérifier que l'entité concernée se conforme bien à ses obligations ;
- Nuire à la qualité et assurer un service optimal.

La Mutuelle est responsable des activités externalisées, tant vis-à-vis de ses adhérents que de l'autorité de contrôle. Ainsi, le périmètre du système de contrôle interne est également constitué des activités déléguées et externalisées, et une procédure décrivant le processus de mise en place d'une sous-traitance, depuis le projet jusqu'au suivi, complète la politique écrite. Les activités externalisées qui sont susceptibles de rentrer dans le champ d'application de la directive sont celles ayant trait aux activités d'assurance ou de réassurance.

Les prestataires doivent collaborer avec les personnes en charge du contrôle de l'activité externalisée (responsable du prestataire au sein de l'entité, mais également les commissaires aux comptes, le service contrôle interne et l'audit interne). Le prestataire doit aussi s'engager à répondre aux questions de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) le cas échéant.

B.7.1 Activités externalisées

Solimut Mutuelle de France a recours à la sous-traitance afin de répondre au mieux à la diversification de ses activités et des prestations offertes, cela lui permettant de se diversifier et de se solidifier tout en se focalisant sur son cœur de métier mutualiste.

Les modalités de sélection des prestataires de services, qui sont présentées dans la politique écrite d'externalisation et qui ont fait l'objet d'une révision pour l'année 2020, permettent de répondre aux exigences et obligations qui incombent à la Mutuelle en termes de gestion des risques et de contrôle interne.

B.7.2 Mise en œuvre et suivi des activités sous-traitées

La politique écrite prévoit la désignation d'un responsable pour chaque prestataire. Pilotage des activités. Ses compétences doivent s'appuyer sur des connaissances :

- Techniques sur le métier externalisé,
- Sur le fonctionnement de l'entité,
- Sur l'organisation du prestataire.

Ses missions consistent à :

- Assurer l'interface entre le prestataire et l'entité,
- Suivre au quotidien l'activité externalisée,
- Répondre à toutes éventuelles questions en interne sur la gestion de la prestation,
- Mettre à jour le reporting de suivi d'activité,
- S'assurer de la qualité de la prestation attendue,
- Effectuer les contrôles permanents de la prestation externalisée,
- Coordonner le contrôle périodique du prestataire en accompagnant l'auditeur/contrôleur dans ses missions **en lien avec le responsable du pilotage des activités externalisées.**

Les modalités de reporting ainsi qu'un plan de contrôle et d'audit doivent être déterminés lors de la mise en place de la prestation auprès du prestataire.

Le reporting du prestataire peut par exemple comporter le suivi des indicateurs suivants :

- Le délai de traitement de réponse aux demandes,
- Le délai de la gestion des activités externalisées,
- Le taux d'erreur dans la gestion de l'activité externalisée (contrôle interne du prestataire et contrôle interne de la Mutuelle),
- Les données statistiques de consommation moyenne par famille et/ou par acte,
- Les données statistiques par montant des prestations, par code acte et/ou par un professionnel de santé.

Il est également prévu de mettre en place un suivi des flux financiers en respectant les contraintes réglementaires notamment en ce qui concerne la clôture des comptes.

L'archivage des données physiques et informatiques doit faire l'objet d'un contrôle régulier.

Par ailleurs, il est prévu de suivre l'évolution du volume traité par le prestataire et de valider tous les ans la bonne adéquation entre le volume géré et l'acceptation de dépendance de l'entité vis-à-vis de son prestataire.

Le responsable du pilotage des activités externalisation met à jour les tableaux de suivi pour vérifier la conformité, la criticité éventuelle et s'assurer de l'exhaustivité des prestations externalisées au sein de la Mutuelle et ce en lien avec les responsables opérationnel.

Le Responsable du pilotage des activités externalisées établit annuellement un plan de contrôle.

B.7.3 Les accords écrits avec les sous-traitants

L'accord écrit régissant la relation avec le sous-traitant doit énoncer clairement les devoirs et responsabilités de chacun et prévoir notamment l'engagement du sous-traitant à se conformer à toutes les dispositions législatives, exigences réglementaires et lignes directrices applicables, ainsi qu'aux politiques approuvées par la Mutuelle.

B.8 Autres informations

Aucune autre information importante ou qualifiée comme telle par la Mutuelle susceptible d'impacter le système de gouvernance présenté plus haut n'est à mentionner.

C. PROFIL DE RISQUE

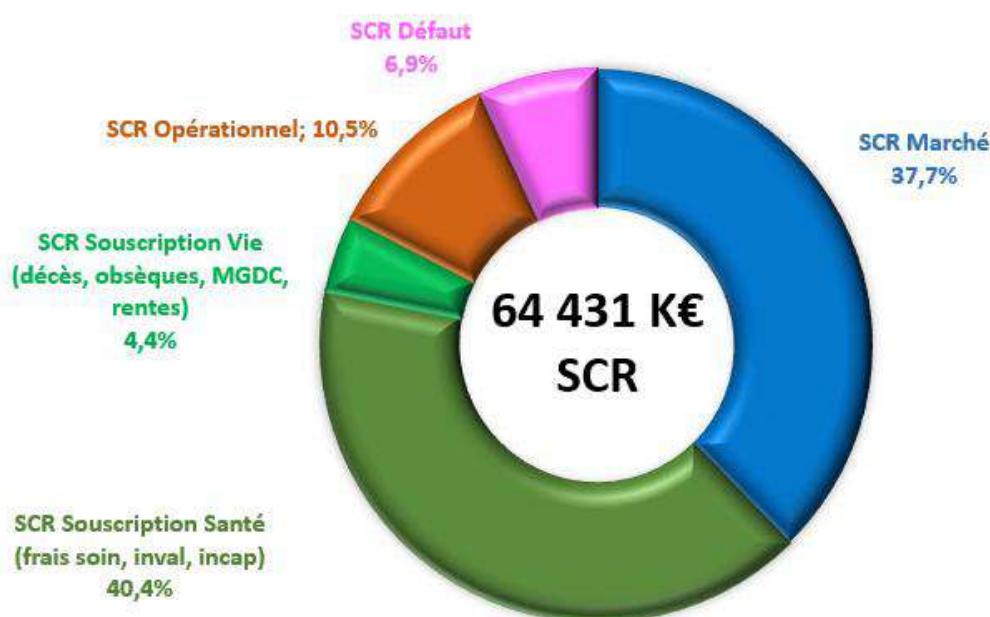
Le profil de risque correspond à l'ensemble des risques auxquels la Mutuelle est exposée, la quantification de ces expositions et les mesures de protection pour faire face à ces risques.

Les principaux risques auxquels la Mutuelle est exposée résultent de son activité sur les risques de santé, de prévoyance et de son activité sur les marchés financiers.

Le capital de solvabilité requis (SCR) représente le niveau de fonds propres nécessaire pour faire face à des pertes imprévues dont la probabilité d'occurrence est d'une fois tous les 200 ans à un horizon d'un an (*Value at Risk* à 99,5 %).

La Mutuelle évalue son profil de risque conformément à la formule standard d'évaluation du SCR.

Au 31/12/2025, le SCR de Solimut Mutuelle de France est de 64 431 K€, comme illustré sur le graphique suivant :



* Répartition (en %) des différents SCR au sein du SCR global avant effet de diversification

Les risques les plus contributeurs au SCR global sont ceux qui résultent de son activité assurantielle, principalement sur les risques de souscription des garanties santé (40,4 %) et les risques de marché (37,7 %).

C.1 Risque de souscription

Le risque de souscription correspond au risque de perte financière découlant d'une tarification ou d'un provisionnement inadapté à la garantie sous-jacente (les cotisations ne permettent pas de couvrir les prestations et frais de l'organisme, ou les provisions ne permettent pas de couvrir les prestations afférentes).

La Mutuelle est présente sur les activités Santé (Similaires à la vie et non similaires à la vie) et Vie.

L'exposition aux risques de souscription représente à fin 2025, 44,9 % de l'exposition totale, avant bénéfice de diversification, soit 37 818 K€. La majeure partie du risque de souscription concerne le risque de souscription Santé.

C.1.1 Exposition au risque de souscription

Le risque de souscription porté par la Mutuelle se décompose de la manière suivante :

- Parmi les engagements en non-vie : l'assurance des frais médicaux [LoB¹⁰ 1], l'assurance de protection des revenus [LoB 2], les engagements de réassurance proportionnelle des frais médicaux [LoB 13] et les engagements de réassurance proportionnelle de protection des revenus [LoB 14] ;
- Parmi les engagements en vie :
 - Pour les lignes d'activité Santé SLT : les rentes découlant des contrats d'assurance non-vie et liées aux engagements d'assurance santé [LoB 33], les engagements de réassurance maladie [LoB 35] ;
 - Pour les lignes d'activité Vie : l'assurance avec participation aux bénéfices [LoB 30], les autres assurances vie [LoB 32] et les engagements de réassurance vie [LoB 36].

Risque de souscription Santé

Il se décompose en trois sous-modules : les risques de souscription Santé NSLT (non similaire au risque Vie), Santé SLT (similaire au risque Vie) et Catastrophe. Les risques santé de la Mutuelle sont principalement portés par les risques de souscription Santé NSLT (non similaire au risque Vie) et catastrophe.

Le risque de souscription Santé NSLT est le premier risque porté par la Mutuelle. Il représente 79,7 % de l'exposition au sein du SCR Santé, avant bénéfice de diversification, soit un capital règlementaire de 31 180 K€. Il concerne les frais de soin, ainsi que l'incapacité de travail, la dépendance pour les autonomes cotisants.

Il est composé du risque de prime (risque que le coût des sinistres futurs soit supérieur aux primes perçues) et du risque de réserve (risque lié à la nature aléatoire de l'évaluation des sinistres et à leur mauvaise estimation).

Le risque de souscription Santé SLT (similaire au risque Vie) concerne l'invalidité et la dépendance. Il ne s'agit pas d'un risque principal pour la Mutuelle : il représente 1,4 % de l'exposition au sein du SCR Santé à fin 2025 avant bénéfice de diversification, soit un capital règlementaire de 546 K€.

Le risque catastrophe correspond aux risques d'accident de masse, de concentration géographique et de pandémie. Il représente 18,9 % de l'exposition au sein du SCR Santé à fin 2025 avant bénéfice de diversification, soit un capital règlementaire de 7 371 K€.

Au global, le risque de souscription santé (SLT et NSLT) représente 40,4 % de l'exposition aux risques à fin 2025, avant diversification, soit un capital règlementaire de 34 071 K€. Solimut Mutuelle de France est principalement exposée aux risques de fréquence (augmentation du nombre de sinistres), aux risques exceptionnels (survenance de sinistres individuels d'un montant élevé) ainsi qu'aux risques biométriques (pour l'incapacité et l'invalidité).

2025		
Décomposition du risque de souscription des garanties santé	Capital requis (SCR)	En % *
Risque SLT	546 K€	1,4%
Risque non SLT	31 180 K€	79,7%
Risque CAT	7 371 K€	18,9%
<i>Bénéfice de diversification</i>	-5 027 K€	
SCR Santé	34 071 K€	
<i>* Répartition (en %) des sous-modules de risques au sein du SCR Santé avant diversification</i>		

¹⁰ Line of business ou lignes d'activités

Risque de souscription Vie

Le risque de souscription Vie concerne les garanties décès (décès, maintien garantie décès, Obsèques, rente de conjoint, rente d'orphelin, etc.) de l'ensemble des segments de prévoyance.

Le risque de souscription Vie représente 4,4 % de l'exposition totale aux risques à fin 2025, avant bénéfice de diversification, soit un capital règlementaire de 3 748 K€. Au travers de son activité, la Mutuelle est principalement exposée au risque de mortalité (44,4 % du risque de souscription Vie avant diversification), suivi du risque frais et du risque de morbidité. Pour information, le risque de mortalité correspond au risque d'augmentation des provisions techniques dû à une hausse du taux de mortalité et donc à un allongement de la durée de versement des rentes.

2025		
Décomposition du risque de souscription des garanties vie	Capital requis (SCR)	En % *
SCR_Life_Mortalite	2 402 K€	44,4%
SCR_Life_Longevite	252 K€	4,7%
SCR_Life_Morbidite	1 206 K€	22,3%
SCR_Life_Rachat	0 K€	0,0%
SCR_Life_Rachat_Down	0 K€	0,0%
SCR_Life_Rachat_Mass	0 K€	0,0%
SCR_Life_Rachat_Up	0 K€	0,0%
SCR_Life_Frais	1 307 K€	24,2%
SCR_Life_Revision	37 K€	0,7%
SCR_Life_CAT	203 K€	3,8%
Bénéfice de diversification	-1 659 K€	
SCR Vie	3 748 K€	
* Répartition (en %) des sous-modules de risques au sein du SCR Santé avant diversification		

Risque de souscription Non-Vie

La Mutuelle n'est pas concernée par le risque de souscription Non-Vie (IARD).

Risque de souscription - bilan

La Mutuelle peut décomposer son activité selon les lignes d'activités (LoB) suivantes définies :

Line of Business (LoB)	Cotisations acquises (nettes)	Poids
1 Frais de soins	97 746 K€	74%
2 Perte de revenus	20 519 K€	16%
13 Réassurance - Frais de soins	230 K€	0%
14 Réassurance de protection de revenu	375 K€	0%
29 Assurance Santé - SLT	0 K€	0%
30 Assurance avec participation aux bénéfices	11 579 K€	9%
32 Autre Assurance vie	1 170 K€	1%
36 Réassurance vie	87 K€	0%
Total général	131 706 K€	100%

Les cotisations présentées dans ce tableau sont nettes de réassurance.

C.1.2 Concentration associée au risque de souscription

Le profil de risque de la Mutuelle évalué selon la formule standard montre une forte concentration du risque de souscription sur la Santé, qui correspond à 40,4 % de la somme des SCR avant diversification, contre 4,4 % pour la Vie. Le risque santé est lui-même porté majoritairement par le risque NSLT (qui correspond à 79,7 % du SCR Santé avant diversification).

Le profil de risque de souscription de la Mutuelle reflète naturellement son activité principale, liée aux frais de soins.

C.1.3 Maîtrise et techniques d'atténuation du risque de souscription

La Mutuelle pilote son risque de souscription et de provisionnement au travers de plusieurs indicateurs suivis régulièrement et présentés à la direction et au Conseil d'administration.

Les principaux indicateurs sont :

- l'évolution du portefeuille (nombre d'adhérents et montant de cotisations) ;
- le rapport P/C (Prestations + Frais / Cotisations acquises) ;
- les écarts entre les provisions estimées et les prestations constatées.

En particulier, le rapport P/C constitue l'indicateur essentiel de suivi du risque et est comparé au ratio cible construit sur un scénario de sinistralité standard. Le suivi actuel de la sinistralité de Solimut Mutuelle de France ne montre pas de signal d'alerte.

La gestion de l'antisélection et de la sous-tarification passe par :

- l'implémentation d'une politique de tarification ;
- une politique de souscription ;
- une politique de gestion des sinistres.

Plus précisément, le processus de tarification de nouveaux produits prévoit :

- d'établir la tarification des risques à couvrir avec des méthodes prudentes, d'hypothèses réalistes, de calculs explicites et justifiés, voire des prévisions d'équilibre technique ;
- de s'assurer de la fiabilité des données utilisées pour les tarifications ;
- de s'assurer de la fiabilité des circuits opérationnels de souscription, notamment :
 - la prise de décision du niveau de tarification à appliquer : tarif technique validé par le service opérationnel actuariat, règles de délégation et d'arbitrage, relations avec les courtiers, etc.
 - la bonne correspondance entre les tarifs appliqués et le risque à couvrir ;
 - la bonne correspondance entre d'une part le périmètre des risques et la définition des garanties tarifées, et d'autre part les termes contractuels.

Le processus de renouvellement tarifaire prévoit une révision annuelle des contrats en portefeuille en analysant sur plusieurs exercices les ratios P/C (Prestations sur Cotisations), détaillés par risque (décès, incapacité, invalidité) pour les contrats prévoyance.

Le processus de provisionnement inclut notamment une revue par la fonction actuarielle et une analyse du caractère suffisant des provisions constituées (analyse boni-mali).

Le risque catastrophe ou de sur-sinistralité est géré par la mise en œuvre de la politique de réassurance. Le recours à la réassurance vise à protéger la solvabilité de la Mutuelle. Cette protection est portée par plusieurs réassureurs, présentant une solidité financière satisfaisante.

Afin d'atténuer le risque lié à la réassurance, la Mutuelle peut être amenée à utiliser des instruments de couverture et détient à ce titre des actifs remis en nantissement et des dépôts en espèces par les réassureurs pour provisions techniques cédées.

C.1.4 Sensibilité au risque de souscription

Le principal risque porté par la Mutuelle est le risque de souscription. Sa sensibilité est testée de manière indirecte, notamment à partir de la publication mensuelle par l'EIOPA de la courbe des taux sans risques.

Chaque année, dans le cadre de l'ORSA, chaque Mutuelle établit plusieurs scénarios de stress afin de mesurer sa capacité de résistance à des chocs tant sur les activités d'assurance que sur les actifs.

Les résultats de ces scénarios ont permis de démontrer la résilience du ratio de couverture du capital de solvabilité requis de la Mutuelle dans des circonstances très défavorables.

C.2 Risque de marché

Le risque de marché est le risque de perte lié aux fluctuations des prix des instruments financiers qui composent le portefeuille d'actifs détenus par la Mutuelle en représentation des engagements vis-à-vis des assurés.

C.2.1 Exposition au risque de marché

L'exposition au risque de marché par classe d'actifs est induite par la constitution du portefeuille d'investissements de la Mutuelle.

L'allocation des placements est relativement stable : la part investie en produits obligataires reste majoritaire.

Par principe de prudence, la Mutuelle conserve un montant significatif de trésorerie et de dépôts disponibles à court terme pour se prémunir de tout risque de liquidité.

L'exposition en actions reste limitée car il s'agit d'une classe d'actifs risquée et coûteuse en capital à mobiliser.

C.2.2 Mesure du risque de marché et concentration associée

L'exposition au risque de marché est mesurée par le niveau du SCR Marché.

Solimut Mutuelle de France est exposée aux 6 sous-modules de risques de marchés suivants : taux, action, immobilier, spread, change, concentration.

Le SCR Marché s'élève à 31 789 K€, en hausse de 1 459 K€ par rapport à 2024, sous l'effet de l'augmentation des SCR Taux d'intérêt et Action, malgré la diminution du SCR Spread :

SCR Marché	2025		2024		Evolution 2024 / 2025
	SCR	%	SCR	%	
Risque de taux d'intérêt	5 511	13%	2 633	7%	+ 2 878
Risque action	15 829	36%	13 394	33%	+ 2 435
Risque immobilier	1 528	3%	1 322	3%	+ 206
Risque de spread	15 959	36%	17 304	43%	- 1 345
Risque de taux de change	796	2%	690	2%	+ 106
Risque de concentration	4 114	9%	4 786	12%	- 671
<i>Bénéfices diversification</i>	<i>11 948</i>	<i>-27%</i>	<i>9 799</i>	<i>-24%</i>	<i>- 2 150</i>
SCR Marché	31 789		30 331		+ 1 459

Montant en milliers d'euros

En raison de la prédominance des produits de taux dans le portefeuille d'actifs, les SCR taux et spread représentent à eux deux 49 % du SCR Marché avant diversification et constituent les principaux risques.

Risque de spread

Le risque de spread désigne le risque d'écart de taux d'une obligation émise par un organisme par rapport aux taux du marché. Il ne concerne pas les obligations d'Etat.

L'exigence de capital liée au risque de spread est calculée par ligne d'actif en fonction de la valeur de marché, de la durée d'échéance de l'investissement, de la santé financière (qualité de crédit) du titre qui se matérialise par sa notation (ou rating).

Le SCR Spread représente 36 % de la somme des composantes du SCR Marché 2025 de la Mutuelle.

Il diminue significativement par rapport à 2024 (-7 %), sous l'effet de l'évolution des caractéristiques du portefeuille obligataire (qualité de crédit, durée).

Risque de taux

Le risque de taux d'intérêt correspond principalement au risque relatif à l'évolution du niveau des taux, à la baisse ou à la hausse.

Ce risque peut provenir d'une inadéquation entre les caractéristiques des actifs et passifs dont la valeur est sensible aux déformations de la structure de la courbe de taux d'intérêt sans risque. Le chargement en capital au titre de ce risque est le résultat de deux scénarii prédéfinis (up et down) sur le niveau de la courbe de taux.

Le capital requis pour couvrir le risque de taux représente 13% du SCR de marché, contre 7 % en 2024. Il augmente significativement en 2025 sous l'effet principal de la fluctuation de la courbe des taux sans risque EIOPA entre les deux exercices.

Risque action

Le risque actions mesure la sensibilité de la valeur des actifs à un changement de valeur sur le marché des actions.

Il représente 36 % de la somme des composantes du SCR Marché, en progression de trois points par rapport à 2024, en lien avec la hausse de l'ajustement symétrique et de la valeur boursière de nos expositions cotées.

Risque immobilier

Le risque immobilier mesure la sensibilité de la valeur des actifs immobiliers à un changement de valeur sur le marché immobilier.

Ce risque concerne les investissements dans des fonds immobiliers non cotés et les immeubles détenus en direct, quel qu'en soit leur usage : exploitation ou placement.

Le SCR requis au titre du risque immobilier représente 3 % de la somme des composantes du SCR Marché 2025, stable par rapport à l'exercice précédent.

Risque de change

Le risque de change intégré à la formule standard est lié à l'incertitude du taux de change d'une monnaie par rapport à une autre, à court ou moyen terme.

Le capital requis au titre du risque de change représente 2 % du SCR Marché, inchangé par rapport à 2024.

La Mutuelle ne détient directement aucun placement indexé dans une devise étrangère, le risque de change est donc porté uniquement par des lignes d'actifs issus de la mise en transparence des fonds d'investissement.

Risque de concentration

Le risque de concentration vient de la survenance d'une perte liée au défaut d'une contrepartie importante du fait que le risque sur un portefeuille augmente avec sa concentration sur un même émetteur ou un groupe d'émetteurs.

Le capital requis au titre du risque de concentration représente 9 % du SCR Marché, contre 12 % en 2024.

La baisse de trois points constatée sur le dernier exercice est liée à la réduction des expositions significatives sur des contreparties stratégiques et à une meilleure répartition des placements à court terme auprès de nos partenaires bancaires.

Les principes de diversification du portefeuille, de liquidité des titres et de qualité des émetteurs, définies dans la politique d'investissement, contribuent également à la maîtrise de ce risque financier.

Autres risques

D'autres risques non modélisés dans la formule standard sont pris en compte par la Mutuelle dans le cadre du processus ORSA : les risques en matière de durabilité et le risque de liquidité dont les dispositifs de gestion sont présentés dans la suite du présent rapport.

Par ailleurs, dans le cadre de l'ORSA, la Mutuelle a jugé opportun :

- D'attribuer une charge en capital au titre du risque de spread sur les obligations souveraines car la formule standard n'en inclut pas ;
- De revoir la pénalité moyenne de 25 % calibrée dans la formule standard sur l'indice IPD UK à tous les actifs immobiliers en prenant en compte des données françaises puisque les biens immobiliers en portefeuille sont tous localisés en France.

C.2.3 Suivi, maîtrise et techniques d'atténuation du risque de marché

C.2.3.1 Principe de la personne prudente

Les investissements réalisés par la Mutuelle sont placés sous l'autorité des dirigeants effectifs dans le respect du principe de la « personne prudente » :

- La Mutuelle a mis en place un système de gouvernance et un dispositif de gestion des risques liés aux investissements adaptés à son profil de risque ;
- Les investissements sont réalisés de façon à garantir la sécurité, la qualité, la liquidité, la disponibilité et la rentabilité de l'ensemble du portefeuille ;
- Les actifs détenus aux fins de la couverture des provisions techniques sont investis d'une façon adaptée à la nature et à la durée des engagements envers ses adhérents tout en protégeant de manière continue la solvabilité de l'entité ;
- Les actifs font l'objet d'une diversification appropriée de façon à éviter toute dépendance excessive ;
- La Mutuelle tient compte progressivement de l'incidence des risques en matière de durabilité sur ses investissements.

C.2.3.2 Délégation de gestion

Compte tenu des volumes d'investissement en jeu, la Mutuelle a confié la gestion de son portefeuille d'actifs cotés à des sociétés de gestion spécialisées, à travers des mandats de gestion.

Les actifs cotés sont composés d'obligations détenues en direct (titres vifs) et de fonds d'investissement (OPC). Ils constituent plus de la moitié du portefeuille de placements de la Mutuelle et sont les principaux contributeurs aux risques de taux, spread, action et change.

La gestion déléguée a pour objectif de couvrir les risques à moyen et long terme liés aux activités vie et non-vie de la Mutuelle et d'obtenir un rendement supérieur à des placements à court terme.

C.2.3.3 Suivi

Dans le cadre du suivi, du pilotage et du contrôle de sa stratégie d'investissements, la Mutuelle a mis en place un ensemble d'indicateurs internes des risques :

- Des indicateurs clés présentés annuellement aux comités spécialisés ;
- Des indicateurs suivis mensuellement et communiqués aux membres du comité d'investissement interne.

La Mutuelle suit également de manière continue les risques financiers liés à la gestion de ses investissements sous mandats.

Les sujets opérationnels et quotidiens liés à la gestion des actifs sont abordés en comité d'investissement interne.

Lorsque cela s'avère nécessaire, ils font l'objet d'une présentation au comité des risques qui assure le pilotage global des investissements.

C.2.3.4 Maîtrise

Dans le cadre de la maîtrise de ses risques financiers, la Mutuelle a défini une politique de gestion des risques d'investissement, de liquidité, de concentration et de gestion actif-passif qui contribue au système de gestion des risques.

Gestion actif-passif

La Mutuelle exerçant principalement une activité de santé, les engagements pris sont majoritairement des engagements à court terme pour lesquels il n'est pas nécessaire de développer une gestion actif - passif tenant compte de contraintes liées aux investissements financiers.

S'agissant des contraintes de passif à moyen et à long terme, la Mutuelle doit s'assurer que les flux d'actifs (coupons et nominaux obligataires, loyers immobiliers, dividendes, plus-values réalisées, etc.) couvrent annuellement les flux de passifs projetés (bruts de réassurance).

La Mutuelle appréhende les éléments de gestion actif / passif à moyen et à long terme à l'aide des indicateurs suivants :

- Suivi annuel des durations et des montants de l'actif et du passif ;
- Suivi régulier des échéanciers à l'actif, en particulier l'échéancier du portefeuille sous mandats, afin d'éviter des impasses éventuelles.

Actifs sous mandat

Le portefeuille d'actifs gérés par les mandataires est encadré par des règles rigoureuses de limitation en matière de type d'instrument, de rating, de durée, d'exposition, etc.

Autres actifs

La Mutuelle dispose d'une poche de fonds non cotés gérée en direct qui est encadrée par des règles d'investissements.

Risque de défaut

Ce risque est pris en compte dans le risque de marché : plus la qualité de crédit de l'émetteur d'un titre est élevée, moins le montant de SCR Spread du titre sera important.

A cet effet, la Mutuelle adopte une stratégie prudente en matière d'investissements générant du capital à mobiliser en couverture du risque de spread.

Au niveau opérationnel, le risque crédit est suivi par l'intermédiaire d'un reporting trimestriel adressé aux membres du comité d'investissement interne.

C.2.3.5 Dispositif d'atténuation

Afin d'atténuer le risque d'investissement, la Mutuelle peut être amenée à utiliser des instruments de couverture (nantissement, sûreté, etc.).

Expositions hors bilan

La Mutuelle détient les expositions hors bilan suivantes, communiquées dans l'état S.03.01 :

- Dans le cadre de la gestion et de la réduction de ses risques financiers, un contrat de sûreté fourni par le débiteur sur une souscription obligataire.

Transfert de risques à des véhicules de titrisation

La titrisation est une technique financière qui vise à transférer à des investisseurs des actifs financiers en les transformant en titres financiers émis sur le marché des capitaux, le tout via une société ad hoc.

La Mutuelle n'a recours à aucun véhicule de titrisation.

Opérations de prêts ou d'emprunts de titres

La Mutuelle n'a conclu aucune opération de prêts ou d'emprunts de titres, ni accord de mise ou prise en pension au sens de l'article 4, paragraphe 1, point 82), du règlement (UE) n° 575/2013, y compris des swaps de liquidité.

C.2.4 Sensibilité au risque de marché

Le suivi de la résistance au risque de marché est effectué au travers d'analyses de sensibilités financières sur le dernier exercice clos et de stress tests sur l'horizon de projection du business plan, dont les résultats les plus significatifs sont susceptibles d'être présentés dans le rapport ORSA.

C.3 Risque de crédit

C.3.1 Exposition au risque de crédit ou de défaut

Le **risque de crédit ou de défaut** se définit comme le risque de perte de valeur d'un actif financier, résultant :

- De l'incapacité de la contrepartie à satisfaire ses engagements financiers (remboursement de la dette ou paiement des intérêts, etc.) ;
- D'une dégradation de la qualité de crédit de l'émetteur de valeurs mobilières, de contreparties ou de tout débiteur auquel la Mutuelle est exposée.

Ce risque de défaut peut provenir du :

- Défaut d'un réassureur ;
- Défaut des banques, au regard des liquidités et placements à court terme détenus ;
- Défaut de partenaires financiers, au regard des contrats de capitalisation souscrits ;
- Non-paiement des cotisations à recevoir par les adhérents ;
- Non-paiement des créances détenues auprès de tiers.

C.3.2 Mesure du risque de défaut et concentration associée

Le risque de défaut est évalué à partir de la formule standard :

- Dans le **SCR Marché** : le risque de défaut des émetteurs d'actifs financiers, et plus particulièrement sur le portefeuille obligataire, est pris en compte dans les sous-modules de risques de spread et concentration.
- Dans le **SCR défaut de contrepartie**, deux catégories de contrepartie sont considérées :
 - Les contreparties de type 1, contreparties notées telles que les réassureurs, les banques et autres contreparties monétaires. Le besoin en capital devant le risque de défaut de ces émetteurs est fonction de la notation des différentes contreparties.
 - Les contreparties de type 2, contreparties non notées, comme les cotisations à recevoir par les adhérents, les créances détenues auprès de tiers. Les créances sur intermédiaires datant de plus de trois mois sont pénalisées à 90 % ; l'ensemble des autres créances est pénalisé à 15%.

Les contreparties de la Mutuelle sont diversifiées : la perte en cas de défaut estimée pour chacune d'entre elle ne constitue pas, au regard des fonds propres de la Mutuelle un montant de nature à menacer sa solvabilité.

Le suivi des risques de marché étant décrit dans la partie précédente, la Mutuelle présentera ici uniquement le risque de défaut porté par les contreparties de types 1 et 2.

Le montant du SCR défaut des contreparties s'élève à 5 811 K€ au 31 décembre 2025 :

SCR Défaut de contrepartie	2025		2024		Evolution 2023 / 2024
	SCR	%	SCR	%	
Défaut de type 1	1 765	29%	2 755	37%	- 990
Défaut de type 2	4 369	71%	4 598	63%	- 229
<i>Bénéfices diversification</i>	323	-5%	444	-6%	+ 121
SCR Défaut	5 811		6 909		- 1 098

Montant en milliers d'euros

La Mutuelle est particulièrement exposée au risque de crédit pour les expositions de type 2 qui représente 71 % du SCR Défaut global.

Expositions de type 1 monétaire (cash et dépôts)

L'assiette d'actifs soumis au risque de défaut de contreparties monétaires est constituée des comptes en banque, des livrets bancaires, des contrats de capitalisation souscrits auprès de banques et d'assureurs.

Le montant net de Créances de type 1 monétaire est en nette diminution par rapport à 2024, sous l'effet de la réallocation des montants investis en livrets dans un OPC dédié à la gestion de trésorerie et soumis aux risques de marché.

Expositions de de type 1 réassurance

La Mutuelle se prémunit de certains risques en contractant des traités de réassurance auprès de réassureurs. Le défaut d'un réassureur pourrait engendrer d'une part la perte de couverture associée aux traités et d'autre part des pertes financières liées aux expositions à la date du défaut.

Les éléments pris en compte dans le calcul du risque des expositions de type 1 sont :

- Les contrats de réassurance ventilés par réassureur ;
- Les créances nées d'opération de réassurance ;

- Les *Best Estimate* cédées ;
- L'effet d'atténuation du risque (*Risk Margin Effect*) ;
- Les montants de dépôts espèces et en nantissements (collatéraux) ;
- Les créances pour dépôts espèces auprès des entreprises cédantes ventilées par cédante.

La Mutuelle est exposée au risque de défaut des réassureurs du fait des nombreux contrats de réassurance souscrits pour la couverture des différents engagements pris. En 2025, les principaux réassureurs sont ceux du contrat négocié par le courtier en réassurance Guy Carpenter.

Expositions de type 2

Le SCR Défaut T2 diminue (-229 K€), sous l'effet de la baisse significative (- 3 705 k€) de l'assiette de créances soumises à ce risque, notamment du fait :

- D'un travail de récupération des cotisations non réglées en prévoyance ;
- D'un travail de réduction des délais de paiement de l'abondement de la CCAS au contrat CSMR ;
- D'un travail de recouvrement des créances

C.3.3 Suivi, maîtrise et techniques d'atténuation du risque de défaut

Expositions monétaires

La Mutuelle pilote son risque de crédit à l'aide de plusieurs indicateurs : notation des banques et des assureurs partenaires, concentration du portefeuille par contrepartie monétaire.

Expositions de réassurance

Le choix des réassureurs intervenant sur les couvertures fait l'objet d'une attention particulière. Il est en effet essentiel de s'assurer de leur solidité financière et de leur capacité à faire face pour poursuivre leurs engagements.

Les décisions retenues sont les suivantes :

- La démarche de sélection des réassureurs s'inscrit dans une optique de diversification des intervenants et de maîtrise du risque de défaillance (risque de contrepartie) des réassureurs ;
- Outre les réunions et contacts avec les principaux réassureurs, une notation existante sur les marchés financiers ou un ratio de solvabilité sont retenus comme critère d'appréciation des réassureurs ;
- A cet égard, la Mutuelle choisit de ne travailler qu'avec des réassureurs de premier plan (solidité financière permettant de limiter le risque de contrepartie).

Afin de limiter les risques de souscription, la Mutuelle dispose de traités en quote-part, d'une réassurance par tête en prévoyance, et d'une réassurance catastrophe en prévoyance. Le dispositif de réassurance est complété par des traités plus « commerciaux », qui sont des traités de partage du risque avec des partenaires commerciaux de la Mutuelle.

C.3.4 Sensibilité au risque de défaut

Le suivi de la résistance au risque de défaut de contrepartie est effectué au travers d'analyses de sensibilités financières sur le dernier exercice clos et de stress tests sur l'horizon de projection du business plan, dont les résultats les plus significatifs sont susceptibles d'être présentés dans le rapport ORSA.

Parmi les risques potentiels suivis, on peut citer la dégradation de la notation des contreparties monétaires ou de réassurance, la hausse de la part des créances sur intermédiaires dont l'échéance est supérieure à 3 mois, etc.

C.4 Risque de liquidité

C.4.1 Exposition et mesure du risque de liquidité

Le risque de liquidité se définit comme étant l'incapacité d'une compagnie d'honorer ses obligations financières ou de vendre ses actifs financiers dans un délai raisonnable et sans frais significatifs.

La Mutuelle assure ou co-assure principalement des garanties santé. Les engagements pris par la Mutuelle sont donc majoritairement des engagements à court terme : le risque de liquidité portera sur la capacité de la Mutuelle à disposer en permanence d'une réserve de liquidités appropriée pour se prémunir d'un besoin de liquidités défini comme étant « *les obligations de paiement apparaissant sur un horizon d'un an ou moins¹¹* ».

C.4.2 Suivi et maîtrise du risque de liquidité

Le risque de liquidité est géré à partir de plusieurs indicateurs de liquidité qui permettent de :

- Détecter, surveiller et gérer les crises de liquidité potentielles ;
- Vérifier notre capacité à assurer la couverture des engagements à court terme.

La Mutuelle a choisi de disposer en permanence d'une réserve significative de liquidités et de placements disponibles dans un délai raisonnable et sans perte pour :

- Honorer ses engagements financiers, notamment à court terme ;
- Faire face à une potentielle impasse de trésorerie ;
- Rémunérer la trésorerie courante nécessaire à l'activité de la Mutuelle.

L'allocation stratégique d'actifs prévoit un plancher de trésorerie et monétaire élevé qui permet de maintenir une liquidité suffisante.

Le niveau de la réserve de liquidité fait l'objet d'une surveillance mensuelle.

La décision de maintenir un montant plancher élevé de liquidité est une mesure de prudence pour faire face à tout risque de liquidité.

La diversification des supports de liquidité utilisés et des contreparties bancaires et assurantielles permettent de réduire le risque de liquidité.

La Mutuelle s'est dotée d'une procédure de gestion de trésorerie qui décrit :

- Les étapes de la gestion quotidienne des entrées et des sorties de trésorerie des éléments d'actif et de passif ;
- Le suivi de la trésorerie et l'évaluation des besoins totaux de liquidité à court et moyen terme ;
- Les modalités de communication de la situation hebdomadaire de trésorerie et de la stratégie en matière de gestion de trésorerie et de placements à court terme à l'attention de la gouvernance et de la Direction.

La Mutuelle estime qu'elle n'encourt aucun risque de liquidité au regard :

¹¹ Définition de l'IAIS (*International Association of Insurance Supervisors*)

- De la part significative de trésorerie et monétaire à court terme dans son portefeuille de placements ;
- Du niveau de liquidité de son portefeuille d'actifs sous gestion.

C.4.3 Bénéfices attendus inclus dans les primes futures

Au 31 décembre 2025, le montant total du bénéfice attendu inclus dans les primes futures (EPIFP), calculé conformément à l'article 260 alinéa 2 du règlement délégué, s'élève à 16 900 K€.

C.4.4 Sensibilité au risque de liquidité

La Mutuelle ne réalise pas d'analyses de sensibilités ou de stress tests car elle estime qu'elle ne court aucun risque de liquidité au regard de son volant significatif de trésorerie et monétaire court terme et du niveau de liquidité potentiel de son portefeuille d'actifs sous gestion.

C.5 Risque opérationnel

C.5.1 Définition du risque opérationnel

Le risque opérationnel est le risque résultant d'une inadaptation ou d'une défaillance imputable à des procédures, personnels et systèmes internes, ou à des événements extérieurs, y compris les événements de faible probabilité d'occurrence, mais à risque de perte élevée. Ces derniers sont gérés notamment via la mise en place d'un plan d'urgence et de poursuite d'activité, ainsi que d'un dispositif de contrôle interne. Le risque opérationnel inclut le risque juridique / risque de non-conformité, mais exclut les risques stratégiques et d'image.

Les risques opérationnels sont identifiés et pesés par le service de contrôle interne selon une méthodologie précise et formalisée. Une fois pesés, des dispositifs de maîtrise des risques pouvant comporter des éléments liés à la documentation (existence d'une procédure à jour), à l'organisation (séparation des tâches satisfaisantes) ou à l'existence et la réalisation de contrôles de 1er ou de 2e niveau sont mis en place afin d'atténuer les impacts ou la fréquence d'exposition aux dits risques.

Les risques stratégiques, pour leur part, sont les risques qui émanent des décisions stratégiques. Ils peuvent par exemple découler de :

- L'environnement concurrentiel : une pression forte sur les prix s'est parfois traduite par des offres concurrentes anormalement basses, un désintérêt pour la qualité du service proposé,
- Une politique de souscription ne prenant pas en compte suffisamment la capacité en fonds propres de l'entité,
- L'environnement jurisprudentiel et insécurité juridique : une rupture du contexte juridique en assurance santé, en prévoyance... peut aboutir à une réévaluation des passifs,
- Une revue des exigences réglementaires (Solvabilité II),
- Des décisions d'investissement à moyen/long terme mal évaluées,
- L'instabilité et volatilité des marchés, en lien avec l'incertitude macro-économique : engendrant un impact sur la valorisation des actifs financiers et sur la solvabilité.

Risques de TIC (Technologies d'Informations et de Communication)

Les risques de TIC font référence aux menaces et aux vulnérabilités provenant de l'utilisation des technologies numériques, qu'il s'agisse d'infrastructures matérielles, de logiciels, de réseaux ou de données. Ces risques peuvent avoir un impact significatif sur les opérations, la confidentialité des informations, la sécurité des données et la conformité réglementaire. Une rubrique est dédiée à cette thématique en section A.1 Activité. Autres informations d'actualité et de veille réglementaire.

Des points forts déjà en place ont pu ainsi être appréciés et mis en valeur pour répondre aux exigences, que ce soit dans le domaine des systèmes d'information, intégrant nativement des stratégies fortes de résilience, testées régulièrement ; la capacité de notre entité à organiser la gestion des crises, de la continuité de ses activités et d'assurer la communication requise, ainsi que notre culture d'entreprise où nous avons conscience de la valeur des données et des responsabilités qui y sont associées. Ces éléments intégrés fortement dans la vie de notre structure doivent être poursuivis et améliorés lorsque cela est possible.

Les points nécessitant d'afficher une maturité plus poussée ont été identifiés lors de cette mission et intégrés dans notre plan d'action, comme l'uniformisation et la formalisation, selon les attentes exprimées dans la réglementation, du suivi des risques liés aux prestataires essentiels en matière de TIC, qui constitue un point important dans ces tâches. La présentation de la maîtrise de ces risques spécifiques avec nos différentes politiques et procédures, telles que la politique de gouvernance ou encore la stratégie de résilience opérationnelle numérique, sont donc en cours de consolidation.

C.5.2 Deux façons d'analyser les risques

Identifier et hiérarchiser les risques fins selon la méthode bottom-up

L'analyse historique suit la méthode dite bottom-up (c.à.d. qu'un recensement en vision micro des risques est mené, pour aboutir à une synthèse en vision macro des risques). Elle consiste à identifier dans chacune des procédures préalablement rédigées, les risques opérationnels qui y sont attachés et les contrôles (existants ou à développer) pour les maîtriser. Cet inventaire des risques au niveau le plus fin est complété par une évaluation de leur fréquence, de leur sévérité potentielle et des moyens de maîtrise existants, afin de dégager de cette cartographie les principaux risques auxquels est exposée la Mutuelle.

Cette évaluation, est encadrée par une méthode définie par le service du contrôle interne. Elle vise non seulement à constituer une cartographie des risques fins, mais également à dresser le plan de contrôle associé, suivant la logique des trois lignes de défense (contrôles de 1er, 2nd et 3ème niveau).

La Mutuelle a engagé les travaux de refonte de sa cartographie, selon cette méthode, dès 2022 afin de disposer d'une analyse des risques plus fines en lien avec les procédures écrites.

Identifier et hiérarchiser les risques macro selon la méthode top-down

Cette démarche consiste pour la Gouvernance à prendre appui sur tous les dispositifs en place afin d'établir une stratégie de maîtrise des principaux risques opérationnels. Il s'agit alors d'utiliser les évaluations du contrôle interne, mais aussi les constats de la collecte des incidents opérationnels, des indicateurs disponibles, des scénarios ORSA, des rapports de l'audit interne, le vécu des opérationnels, etc. pour :

- Sélectionner les risques les plus importants ;
- Définir les meilleurs moyens de les gérer.

L'objectif est de constituer une cartographie des risques macro et de dresser le plan de contrôle associé, suivant la logique des trois lignes de défense (contrôles de 1er, 2nd et 3ème niveau). Cette analyse, réalisée dans un délai plus court que celui nécessaire à la conduite de la méthode bottom-up vise à disposer rapidement d'une analyse de risques exploitable.

C.5.3 Traitement des risques opérationnels

Le dispositif en cours de refonte

Un des objectifs de la refonte est la simplification de la méthode d'évaluation des risques. Les risques sont ainsi hiérarchisés en fonction de leur niveau de risque net¹² qui correspond à un croisement du niveau de risque brut¹³ et de l'efficacité des éléments de maîtrise mis en œuvre par la Mutuelle pour couvrir ce risque.

- L'évaluation du risque brut = fréquence d'exposition au risque x gravité du risque

La fréquence est évaluée selon la méthode ci-dessous :

Fréquence d'exposition au risque ¹⁴	
Niveau de risque	Fréquence
4	Quotidien ou plus fréquent
3	Hebdomadaire
2	Mensuel
1	Annuel et au-delà

La gravité est évaluée selon une méthodologie plus fine qui retient 4 types d'impact en cas de survenance du risque :

- Image,
- Légal / réglementaire,
- Performance / qualité,
- Financier / rentabilité.

Le tableau suivant reprend le descriptif de chaque type d'impact, sur une échelle de 1 à 4 qui correspond également à l'échelle de cotation des risques. La méthodologie retenue consiste à retenir le niveau d'impact le plus élevé pour chaque risque comme niveau de gravité du risque :

Gravité					
Niveau d'impact	Gravité	Impacts			
		Image	Légal/Réglementaire	Performance/Qualité	Financier/Rentabilité
		<i>Evènement entraînant une dégradation de l'image et/ou perte d'attractivité commerciale</i>	<i>Evènement susceptible de mettre en jeu la responsabilité civile de la Mutuelle ou/ou pénale du dirigeant</i>	<i>Evènement provoquant une perte de productivité et/ou une dégradation du service et de sa qualité</i>	<i>Evènement provoquant une dégradation de la rentabilité</i>
	Critique	Autorités	Perte d'agrément	Arrêt d'activité >	> 100 k€

¹² Egalement appelé niveau de risque résiduel

¹³ Egalement appelé niveau de risque intrinsèque

¹⁴ Probabilité d'occurrence

4	<i>Risque remettant en cause la continuité ou affectant durablement l'activité de la Mutuelle</i>	règlementaires OU Impact sur l'ensemble du territoire de la Mutuelle sur les prospects	OU Condamnation civile ou pénale de la Mutuelle ou de ses dirigeants	48 h OU Demande de résiliation d'un adhérent	
	Elevée <i>Risque impactant fortement les activités ou les résultats de la Mutuelle</i>	Médias, associations de consommateurs OU Impact local sur les prospects	Sanctions tutelles ou autorités de surveillance (ACPR-CNIL-...)	Arrêt d'activité < 48 h OU Saisine du médiateur par un adhérent	De 25 k€ à 100 k€
2	Modérée <i>Risque impactant modérément les activités ou les résultats de la Mutuelle</i>	Médiateur Clients collectifs OU Renonciation d'adhésion par un prospect	Remarque tutelle OU Alerte CAC ou Audit externe	Dysfonctionnement impactant au moins un service OU Réclamation d'un adhérent	De 5 k€ à 25 k€
	Faible <i>Risque sans conséquence majeure</i>	Clients individuels OU Report d'adhésion par un prospect	Constat interne (FC conformité, audit interne, ...)	Dysfonctionnement de courte durée n'impactant pas l'ensemble de la Mutuelle OU Remarque d'un adhérent	< 5 k€

Pour certains risques dont la fréquence d'exposition est très faible mais la gravité en cas de survenance très importante¹⁵, il a été introduit une 3^{ème} pondération permettant d'augmenter la cotation de ces risques en particulier.

- L'évaluation du risque net = risque brut x coefficient de pondération selon le/les moyens de maîtrise

L'inventaire des différents moyens de maîtrise permet de passer du risque brut au risque net. Les éléments de maîtrise retenus sont aujourd'hui de trois types :

- Documentation ;
- Contrôle ;
- Organisation.

Notons ici qu'afin de disposer d'une cartographie des risques lisible, il a été décidé d'arrondir le résultat obtenu à l'entier supérieur.

¹⁵ Par exemple concernant certaines opérations ayant trait aux décisions de gouvernance (assemblée générale, conseil d'administration, etc.)

C.6 Autres risques importants

Mesure du risque porté par les instruments financiers

Les investissements de Solimut Mutuelle de France sont réalisés conformément à sa politique dédiée et dans le respect du principe de la « personne prudente ».

La Mutuelle investit majoritairement dans des placements simples à dominante obligataire qui permettent de générer des revenus réguliers, tout en limitant le risque de perte du capital investi. Le portefeuille d'actifs est constitué à près de 60% (avant mise en transparence des OPC) de produits de taux, essentiellement à taux fixe et avec une qualité de crédit élevée. Le risque crédit est suivi attentivement et fait l'objet d'une communication trimestrielle à l'attention du comité d'investissement.

L'ensemble des titres valorisés sur les marchés financiers sont logés dans des mandats de gestion. Le portefeuille coté est encadré par des règles rigoureuses de limitation en matière de type d'instrument, de rating, de durée, d'exposition, etc. qui permettent de maîtriser les risques de spread, de défaut, de change, de concentration et de liquidité. Les investissements en direct dans les instruments suivants sont interdits aux mandataires : action, immobilier, titres structurés et garantis, prêts, produits dérivés. Les investissements en direct dans des titres subordonnés sont limités. Le montant du portefeuille d'actifs cotés doit respecter un corridor compris entre 40 % et 60 % du total des placements de la Mutuelle.

Pour maîtriser un éventuel risque de manque de trésorerie, la Mutuelle s'assure de disposer en permanence d'une réserve importante de liquidités et de placements disponibles dans un délai raisonnable et sans perte significative. Elle est constituée d'avoirs et de livrets bancaires, de dépôts à terme, de contrats de capitalisation et d'OPC liquides. Elle ne peut être inférieure à un seuil plancher revu annuellement

Le risque immobilier porté par la Mutuelle est limité par un seuil plafond de 10 %.

La Mutuelle encadre le risque action, dont le coût en capital est le plus élevé, en limitant son exposition en actions cotées dans les mandats mais aussi son exposition en direct en actions non cotées et non stratégiques.

La Mutuelle dispose d'une poche de fonds d'investissement non cotés gérée en direct, encadrée par des règles strictes appliquées par catégorie d'actifs (*private equity*, dette privée, immobilier).

L'évolution de l'allocation d'actifs fait l'objet d'une communication mensuelle à l'attention des membres du comité d'investissement et toutes les opérations significatives sont présentées en comité.

Différence substantielle dans la gestion des investissements constatée au regard de l'exercice précédent

Solimut Mutuelle de France a conservé une allocation relativement stable en 2025. On peut noter les événements suivants :

- Accélération du renouvellement du portefeuille obligataire en procédant à des arbitrages dans le but de profiter de la pentification de la courbe des taux et de bénéficier de taux à moyen et à long terme attractifs ;
- Surpondération de l'allocation en dette souveraine de la zone Euro dans les mandats de gestion, dans un contexte de volatilité, de tensions géopolitiques et de relance budgétaire allemande ;
- Changement d'instrument de pilotage de la gestion de trésorerie pour faire face à la baisse des taux courts et améliorer la performance ;
- Diminution progressive du montant de trésorerie et monétaire court terme disponible et réduction du seuil plancher fixé.

Risques de durabilité

Le risque en matière de durabilité se définit comme *un événement ou un état de fait dans le domaine environnemental, social ou de la gouvernance qui, s'il survenait, pourrait avoir une incidence négative réelle ou potentielle sur la valeur de l'investissement ou de l'engagement.*

La Mutuelle prend en compte des critères ESG et des risques en matière de durabilité dans sa stratégie d'investissement car elle estime que cela offre de meilleures perspectives à moyen / long terme et une meilleure maîtrise des risques sur ses actifs sans réduire le rendement.

Pour cela, elle a défini des objectifs à atteindre et des contraintes à respecter dans le processus décisionnel en matière d'investissement qui sont présentées dans une politique dédiée à l'Investissement Socialement Responsable (ISR) :

- Suivi des engagements pris par nos partenaires financiers en matière d'ISR.
- Contribution au financement de structures qui répondent à des enjeux sociétaux ou environnementaux, en particulier celles engagées sur le volet santé / social ou en faveur de la transition énergétique ;
- Etablissement de politiques d'exclusions sectorielles, normatives et climat applicables aux mandats ;
- Suivi des risques extra-financiers et des controverses : prise en compte de l'implication des entreprises dans des controverses.

Depuis décembre 2025, l'ensemble des mandats de gestion d'actifs sont classés « Article 8 » au sens du Règlement SFDR, permettant à la Mutuelle de bénéficier de la publication annuelle des informations en matière de durabilité sur le portefeuille d'actifs sous gestion.

Utilisation de dérivés

La Mutuelle n'utilise pas de dérivés pour contribuer à réduire les risques ou à faciliter une gestion efficace du portefeuille.

C.7 Autres informations

Aucune autre information importante ou qualifiée comme telle par la Mutuelle susceptible d'impacter son profil de risque n'est à mentionner.

D. VALORISATION A DES FINS DE SOLVABILITE

Pour l'arrêté de ses comptes au 31 décembre 2025, la Mutuelle est soumise à deux réglementations :

- Les normes comptables françaises actuelles, telles qu'établies par l'Autorité des Normes Comptables (ANC), utilisées pour produire les états financiers ;
- Les normes prudentielles, définies par la directive Solvabilité 2, qui concourent à l'évaluation de la solvabilité de la Mutuelle.

Les principaux retraitements effectués lors du passage du bilan social établi en valeur historique au bilan économique qui s'apprécie en valeur de marché sont les suivants :

- L'annulation des actifs incorporels en normes prudentielles ;
- La réévaluation des actifs financiers et immobiliers à la juste valeur (valeur de marché), conduisant à inclure des plus ou moins-values latentes à l'actif du bilan économique, tandis que le bilan comptable retient essentiellement le coût historique (prix d'achat) ;
- La valorisation des provisions techniques d'après le calcul de la meilleure estimation (*best estimate*) des provisions de sinistres, de cotisations et de frais augmentée d'une marge de risque, contre une vision prudente et rétrospective dans les comptes sociaux ;
- La constatation d'impôts différés selon les normes Solvabilité 2, valorisés pour un même montant à l'actif et au passif du bilan économique, alors qu'ils ne sont pas reconnus dans les comptes sociaux.

L'évaluation des actifs et des passifs a été réalisée sur la base de l'hypothèse de la continuité de l'exploitation.

Le bilan prudentiel de Solimut Mutuelle au 31 décembre 2025 s'élève à 369 689 K€ et se présente sous un format simplifié comme suit :

Actif		Passif	
Actifs incorporels	0	Provisions techniques	160 554 K€
Impôts différés Actifs (IDA)	0	Meilleure estimation (BE)	154 435 K€
Immobilisations corporelles pour usage propre	5 250 K€	Marge de risque	6 120 K€
Placements	275 605 K€	Autres passifs	96 680 K€
Prêts et prêts hypothécaires	383 K€	Impôts différés Passifs (IDP)	0 K€
Provisions techniques cédées	52 971 K€	Dettes subordonnées	41 128 K€
Autres actifs	35 480 K€		
TOTAL ACTIF	369 689 K€	TOTAL PASSIF	298 362 K€
Excédent d'actif sur passif			71 327 K€

L'excédent d'actif sur passif (ou actif net) est constitué du fonds initial et de la réserve de réconciliation qui correspond à l'ensemble des réévaluations opérées sur les postes d'actif et de passif lors de la construction du bilan économique.

Les parties ci-après ont pour objectif de décrire les bases, méthodes et principales hypothèses utilisées pour les valorisations en normes comptables et économiques pour chaque poste important du bilan.

D.1 Actifs

L'actif du bilan 2025 synthétisé comme suit permet de comparer les valorisations économiques et comptables des principales catégories d'actifs :

ACTIF DU BILAN - SYNTHESE	Comptes sociaux	Ecart	Comptes S2
Actifs incorporels	1 728	- 1 728	0
Impôts différés Actifs (IDA)	0	+ 0	0
Immobilisations corporelles pour usage propre	4 549	+ 701	5 250
Placements	267 956	+ 7 648	275 605
Prêts et prêts hypothécaires	383	+ 0	383
Provisions techniques cédées	57 294	- 4 323	52 971
Dépôts auprès des cédantes	11 433	+ 0	11 433
Créances	15 673	+ 0	15 673
Trésorerie et équivalents de trésorerie	7 781	+ 0	7 781
Autres actifs	593	+ 0	593
TOTAL ACTIF	367 391	+ 2 298	369 689

Solimut Mutuelle de France dispose d'un montant total d'actifs en valeur de marché de 369 689 k€ contre une valeur nette comptable de 367 391 K€, soit un écart de valorisation de + 2 298 K€ qui s'explique principalement par + 7 648 K€ de plus-values latentes constatées sur les placements et - 4323 K€ sur les provisions cédées.

D.1.1 Actifs incorporels

Les actifs incorporels correspondent à des éléments non monétaires sans substance physique, tels que les logiciels informatiques créés ou acquis, les fonds de commerce et les droits au bail. Pour la Mutuelle, ce poste regroupe les droits au bail concernant des agences et des points d'accueil, ainsi que des logiciels acquis.

Conformément à l'article 12 (2) du règlement délégué, la valorisation des actifs incorporels est nulle dans le bilan économique, sauf s'ils peuvent être vendus séparément et si la Mutuelle peut démontrer qu'il existe une valeur de marché pour cet actif.

Ceci n'est pas le cas pour la Mutuelle qui leur a attribué une valeur nulle en normes Solvabilité 2.

D.1.2 Impôts différés actifs

Les impôts différés proviennent des différences temporaires entre les valeurs au bilan prudentiel et les valeurs fiscales des actifs et des passifs.

Pour chaque poste du bilan, les impôts différés sont déterminés en fonction de l'écart de valorisation entre la norme Solvabilité 2 et la norme fiscale. Selon le signe (positif ou négatif) de cet écart, un montant d'impôts différés (actif ou passif) est constitué, il est obtenu par application du taux d'imposition à l'écart de valorisation observé.

A l'actif du bilan, il y a constitution d'un impôt différé passif (IDP) si la valeur Solvabilité 2 est supérieure à la fiscale (profit futur) et constitution d'un impôt différé actif (IDA) dans le cas contraire (perte future).

La Mutuelle n'apparaît pas en mesure de répondre favorablement aux principes publiés dans le règlement délégué pour la prise en compte de la capacité d'absorption des impôts différés. La Mutuelle a donc limité le montant total des IDA inscrits à l'actif du bilan économique au montant total des IDP figurant au passif économique.

D.1.3 Immobilisations corporelles pour usage propre

Le poste immobilisations corporelles pour usage propre correspond aux immeubles d'exploitation : il s'agit des terrains et constructions des immeubles détenus pour l'usage propre de la Mutuelle, ainsi que les agencements et les matériels de bureau (classés en actifs corporels d'exploitation) s'y rapportant.

Pour les actifs corporels d'exploitation, la valorisation en normes comptables est considérée comme la meilleure approximation de la valeur de marché.

Les immeubles d'exploitation font l'objet d'une évaluation annuelle et d'une estimation quinquennale effectuée par un expert indépendant agréé par le superviseur. L'évaluation de leur juste valeur est déterminée sur la base de ces expertises.

D.1.4 Placements

Conformément à l'article 10 du règlement délégué, la valorisation à la valeur boursière observée sur le marché, est la méthode d'évaluation privilégiée pour les actifs.

Le portefeuille de placement de la Mutuelle est constitué pour moitié d'instruments financiers et de valeurs négociées sur un marché réglementé et évalués à leur prix de marché, intérêts courus inclus.

L'écart constaté entre la valeur de marché et la valeur comptable des actifs de placements correspond aux plus-values ou moins-values latentes constatées. La quasi-totalité des titres négociés sur un marché réglementé (obligations, OPC) est gérée par des mandataires.

Les valorisations boursières des placements cotés de la Mutuelle sont fournies mensuellement par Sequantis et par les mandataires de gestion.

La Mutuelle retient les valeurs économiques transmises par Sequantis pour ses travaux annuels prudentiels. Elle procède mensuellement à un contrôle de second niveau en rapprochant les valeurs boursières fournies par Sequantis et les gérants.

Le poste Placements regroupe :

- L'immobilier autre que détenu pour usage propre : terrains, constructions et aménagements des immeubles de placement dans lesquels la Mutuelle a investi ;
- Les participations stratégiques ;
- Les actions non cotées : actions de sociétés qui ne sont pas des entreprises liées et qui ne sont pas cotées sur un marché réglementé. La Mutuelle détient des parts minoritaires détenues dans des SCI, des parts sociales bancaires et des actions qui relèvent du secteur non financier ;
- Les obligations, composées d'obligations d'Etat, émises par des entreprises ou subordonnées ;
- Les organismes de placements collectifs (OPC) : parts ou actions de fonds acquises dans l'ensemble des organismes dont l'objectif est le placement collectif en valeurs mobilières et/ou dans d'autres actifs.
- Les dépôts autres que ceux assimilés à de la trésorerie, constitués de dépôts et cautionnements et de dépôts non transférables.

PLACEMENTS	Comptes sociaux	Ecart	Comptes S2
* Immobilier (autre que détenu pour usage propre)	310	+ 453	763
* Participations	12 562	+ 2 302	14 864
* Actions	2 000	+ 603	2 603
<i>Actions - cotées</i>	0	+ 0	0
<i>Actions - non cotées</i>	2 000	+ 603	2 603
* Obligations	165 938	- 1 118	164 820
<i>Obligations d'État</i>	22 643	- 307	22 336
<i>Obligations d'entreprise</i>	143 295	- 811	142 484
<i>Titres structurés</i>	0	+ 0	0
<i>Titres garantis</i>	0	+ 0	0
* Organismes de placement collectif	55 794	+ 5 447	61 241
* Produits dérivés	0	+ 0	0
* Dépôts autres que les équivalents de trésorerie	31 353	- 40	31 313
TOTAL PLACEMENTS	267 956	+ 7 648	275 605

Montant en milliers d'euros

Afin de faciliter les comparaisons, les soldes des surcotes et décotes et les intérêts courus non échus, inscrits normalement dans les comptes sociaux de régularisation de l'actif et du passif, ont été reclassés dans les rubriques des actifs concernés.

La Mutuelle ne détient en titres vifs ni produits dérivés, ni placements en représentation de contrats en UC ou indexés.

Les méthodes de valorisation des placements en normes comptables et Solvabilité 2 sont les suivantes :

Catégories d'actif	Valorisation en normes comptables	Valorisation en normes Solvabilité 2
Immeubles de placements	Coût d'acquisition (méthode des composants au prix d'achat, y compris les frais accessoires), corrigé des amortissements cumulés et d'éventuelles provisions pour dépréciation.	Ils font l'objet d'une évaluation annuelle et d'une estimation quinquennale effectuée par un expert indépendant agréé par le superviseur. L'évaluation de leur juste valeur est déterminée sur la base de ces expertises.
Participations stratégiques	Coût historique (valeur d'acquisition initiale des parts), diminué d'éventuelles provisions pour dépréciation.	* Parts de SCI : elles font l'objet d'une évaluation annuelle et d'une estimation quinquennale effectuée par un expert indépendant agréé par le superviseur. * Parts de SAS : valorisées à partir d'expertises centrales.
Actions	Coût historique (valeur d'acquisition initiale des parts), diminué d'éventuelles provisions pour dépréciation.	* Parts de SCI : elles font l'objet d'une évaluation annuelle et d'une estimation quinquennale effectuée par un expert indépendant agréé par le superviseur. * Autres (parts sociales bancaires, autres actions non cotées) : valorisation selon la méthode retenue en normes comptables.
Obligations	Coût d'acquisition, coupon couru inclu, ajusté des surcotes ou décotes amorties sur la durée résiduelle du titre, diminué d'éventuelles provisions pour dépréciation en cas de difficultés financières de l'émetteur.	* Valorisation à la valeur boursière. Elle correspond à la valeur négociée sur un marché réglementé, évaluée sur la base du cours de clôture, selon la moyenne des contributeurs les plus liquides - Prix Mid - à 17h. En l'absence de cours au jour de la valorisation, l'évaluation s'effectue sur la base du dernier cours connu. * Pour les titres de dettes subordonnées qui ne sont pas cotés sur un marché actif, une méthode de valorisation alternative est réalisée en se basant sur l'ensemble des données de marché pertinentes et en particulier les taux d'intérêts à la date de calcul, conformément à l'article 10 du règlement délégué. * Pour un nombre limité d'obligations ou autres titres de sociétés non cotées sur un marché actif, le prix de revient est conservé.
OPC	Coût historique, diminué d'éventuelles provisions pour dépréciation.	* Valorisation à la valeur liquidative à la date de clôture des OPC sur la base Geco de l'AMF, à partir des fournisseurs de données IHS Markit et Euronext360. * Pour les OPC non cotés, la dernière valeur liquidative transmise par la société de gestion est retenue comme valorisation Solvabilité 2. Cette dernière est ajustée des mouvements intervenus (appels de fonds, remboursements, dividendes...) entre la date de valorisation et la date d'arrêt.
Dépôts autres que les équivalents de trésorerie	Valeur nominale.	Valorisation selon la méthode retenue en normes comptables.

Compte tenu de la qualité de crédit du portefeuille de placements soumis à des risques de marché, la Mutuelle n'a pas identifié de source majeure d'incertitude liée à la valorisation économique des actifs.

D.1.5 Provisions techniques cédées

Les provisions techniques cédées correspondent à la part des réassureurs dans les engagements techniques de la cédante, cette part étant déterminée en application des traités de réassurance.

Ces provisions techniques cédées en norme sociale sont disponibles dans les comptes de réassurance. Les taux de cession en vigueur par année de survenance sont appliqués aux provisions brutes correspondantes.

La meilleure estimation (Best Estimate) des provisions techniques cédées découlant des traités de réassurance est déterminée par une approche actuarielle. Elle est basée sur un calcul probabiliste, intégrant les éventuelles pertes qui pourraient survenir en cas de défaut de la contrepartie (le réassureur). Pour cela, un ajustement est calculé en fonction de la probabilité de défaut de réassureur (liée à sa notation), de son taux de recouvrement et de la durée du *Best Estimate* brut sur lequel porte le traité.

PROVISIONS TECHNIQUES CEDEES	Solvabilité 1 (valeur comptable)	Réévaluation et reclassement	Solvabilité 2 (valeur économique)
Non vie et santé similaire à la non-vie	27 557 K€	-3 298 K€	24 259 K€
Non vie hors santé	0 K€	0	0 K€
Santé similaire à la non vie	27 557 K€	-3 298 K€	24 259 K€
Vie et santé similaire à la vie, hors UC ou indexés	29 736 K€	-1 025 K€	28 711 K€
Santé similaire à la vie	15 664 K€	1 972 K€	17 636 K€
Vie hors santé, UC ou indexés	14 072 K€	-2 997 K€	11 075 K€
UC ou indexés	0 K€	0	0 K€
TOTAL PROVISIONS TECHNIQUES CEDEES	57 294 K€	-4 323 K€	52 971 K€

Le dispositif de réassurance de la Mutuelle est composé de traités en quote-part (QP¹⁶ en santé et en prévoyance, QP « commerciales », présentés dans la politique de réassurance), de traités en excédent de tête et en excédent Catastrophe.

Pour chaque année de survenance et chacun des traités en quote-part et XS tête (traduit en QP), le *Best Estimate* cédé avant ajustement est obtenu par application du taux de cession sur l'assiette de *Best Estimate* brut correspondante (Taux de cession des prestations sur le *Best Estimate* de sinistres, taux de cession des cotisations sur le *Best Estimate* de cotisations). L'ajustement est ensuite appliqué, afin de prendre en compte le défaut moyen du réassureur.

Pour information, pour le traité XS Cat, la cession est déterminée selon une priorité, une portée, un coût et nombre de reconstitution de la couverture, renseignés pour chaque année de survenance. Elle s'applique au SCR net de réassurance après application des autres traités de réassurance.

D.1.6 Autres actifs

Les autres actifs, constitués de prêts, dépôts auprès des entreprises cédantes, créances, trésorerie et équivalents de trésorerie et d'autres éléments d'actifs non inclus dans les autres postes de l'actif du bilan sont valorisés économiquement selon la méthode retenue en norme sociale.

¹⁶ Quote-part

D.2 Provisions techniques

D.2.1 Valeur des provisions techniques

Le tableau ci-dessous permet de comparer les valorisations économiques et comptables des provisions techniques arrêtées au 31 décembre 2025 :

BILAN PROVISIONS TECHNIQUES	Solvabilité 1 (valeur comptable)	Réévaluation et reclassement	Solvabilité 2 (valeur économique)
Provisions techniques non-vie	74 678 K€	4 291 K€	78 969 K€
Provisions techniques non-vie (hors sante)	0 K€	0	0 K€
Provisions techniques sante (non-vie)	74 678 K€	4 291 K€	78 969 K€
Meilleure estimation (risque "Health Non SLT")	0 K€	74 962 K€	74 962 K€
Marge de risque (risque "Health Non SLT")	0 K€	4 007 K€	4 007 K€
Provisions techniques vie (hors UC ou indexes)	94 179 K€	-12 594 K€	81 585 K€
Provisions techniques sante (vie)	37 685 K€	1 531 K€	39 216 K€
Meilleure estimation (risque "Health SLT")	0 K€	38 949 K€	38 949 K€
Marge de risque (risque "Health SLT")	0 K€	267 K€	267 K€
Provisions techniques vie (hors sante,UC ou indexes)	56 494 K€	-14 126 K€	42 369 K€
Meilleure estimation (risque "Life")	0 K€	40 524 K€	40 524 K€
Marge de risque (risque "Life")	0 K€	1 845 K€	1 845 K€
Provisions techniques UC ou indexes	0 K€	0	0 K€
TOTAL Provisions techniques	168 858 K€	-8 303 K€	160 554 K€

Les principaux retraitements effectués entre le passif établi selon les normes sociales françaises et le passif économique sont les suivants :

- La valorisation des provisions techniques d'après le calcul de la meilleure estimation (*best estimate*) des provisions de sinistres, de primes et de frais, augmentées d'une marge de risque ;
- La constatation d'impôts différés selon les normes Solvabilité 2 alors qu'ils ne sont pas reconnus dans les comptes sociaux.

D.2.2 Méthodes de valorisation retenues

Best Estimate

Dans le cadre de la Directive Solvabilité 2, la Mutuelle doit évaluer ses provisions techniques selon le principe de la meilleure estimation de flux de trésorerie futurs actualisés conformément à l'article 17 du règlement délégué.

Le *Best Estimate* de ces provisions correspond à la meilleure estimation des engagements envers les adhérents ou les bénéficiaires. Elle est égale à la moyenne des flux futurs pondérés par leur probabilité, puis actualisés avec la courbe des taux sans risque à la date d'évaluation, afin d'obtenir la valeur actuelle.

Elle se compose du *Best Estimate* de primes, qui est calculé au titre des engagements futurs pris par la Mutuelle et du *Best Estimate* de sinistres, qui prend en compte les engagements relatifs à tous les sinistres qui se sont produits.

La Mutuelle applique l'approche suivante pour évaluer les provisions en meilleure estimation :

- **Pour les risques à court terme** : les risques à court terme sont modélisés via l'application d'une hypothèse de P/C (Prestation hors frais hors taxes / Cotisations chargées hors taxes) et de cadences de liquidation.

Il s'agit de risques liés aux complémentaires santé et aux garanties annuelles renouvelables en capital (Décès, Natalité, Nuptialité, Décès accidentel, Hospitalisation, Hospitalisation accident Aide-ménagère, Assistance, IJ, Perte de primes...).

La meilleure estimation est évaluée comme égale à la provision comptable. Elle est effectuée en fonction d'une estimation de la charge de sinistre future basée sur l'hypothèse de P/C. La charge de sinistres se détermine via l'application du coefficient P/C au montant de cotisation issu de la part engagée au 31/12/N. L'hypothèse sous-jacente à l'application de ce coefficient est que la répartition des caractéristiques individuelles de la nouvelle production est identique à celle de l'encours. L'actualisation des flux en vision économique suit le même modèle que l'actualisation des flux en vision comptable.

- **Pour les risques de long terme** : ces risques sont modélisés selon une approche détaillée (tête par tête) et concernent les garanties en rentes. Une projection actuarielle des engagements de prestations tête par tête est effectuée en tenant compte des probabilités de survie à partir des tables légales pour les garanties incapacité, invalidité et rente (conjoint et éducation). À noter qu'une table d'expérience est utilisée pour les personnes en Maladie Ordinaire sur les contrats des territoriaux.
 - **Pour les garanties en rente** : L'évaluation est effectuée tête par tête en effectuant la projection actuarielle des engagements de prestations probabilisée à partir de tables légales pour les engagements de rente de survie, d'incapacité ou d'invalidité et actualisées à la valeur maximum légale du taux technique non-vie ;
 - **Pour les garanties obsèques** : L'évaluation est effectuée à partir de la projection actuarielle pour les engagements de cotisations et de prestations, probabilisée à l'aide de la table de mortalité légale des engagements de cas de décès, et actualisées à l'aide de la courbe de taux sans risque.

Les différents calculs de valorisation présentés ci-dessus sont réalisés sur la base de groupes de risques homogènes par contrat / garantie au sein d'une même ligne d'activité. Ainsi, les évaluations sont réalisées à un niveau de détail suffisant et satisfaisant.

D.2.3 Marge de risque

La marge de risque représente le coût de transfert du portefeuille de la Mutuelle. Elle correspond au coût du capital immobilisé pour une tierce partie qui reprendrait les engagements de la Mutuelle.

La marge de risque est évaluée en actualisant le coût de l'immobilisation d'un capital équivalent au SCR de référence (correspondant à la somme des SCR après déduction des SCR Marché, contrepartie hors réassurance et des impôts différés) sur la durée de vie résiduelle des engagements. Le coût du capital est fixé à 6% par an, conformément à l'article 39 du règlement délégué :

$$Risk_Margin_Globale = CoC \times RM_Duration \times \frac{SCR_hors_Market}{1 + r_1}$$

- CoC : 6%, taux du coût du capital

- RM_Duration : calcul, duration modifiée

- SCR_hors_Market : calcul, SCR (hors SCR marché et ajustement impôts différés)

- r1: taux de maturité 1 an (courbe des taux sans risque)

Au 31 décembre 2025, le niveau de marge de risque pour le portefeuille global des engagements d'assurance et de réassurance de la Mutuelle est de 6 120 K€. Ce niveau de marge de risque représente 5,69 % du *Best Estimate* net et est ventilé de la manière suivante entre les différentes lignes d'activité de la Mutuelle :

LOB		RM / LOB	Poid
Frais médicaux	Lob - 1 & 13	1 718 K€	28%
Protection du revenu	Lob - 2 & 14	2 290 K€	37%
Assurance vie avec PB	Lob - 30	617 K€	10%
Autres contrats d'assurance vie	Lob - 32 & 36	1 229 K€	20%
Rente découlant des contrats Non-Vie liée aux engagemnt santé	Lob - 33 & 35	267 K€	4%
TOTAL		6 120 K€	100%

La Mutuelle a choisi d'utiliser une méthodologie simplifiée pour le calcul de la marge de risque afin d'une part de respecter les exigences réglementaires en termes de délai et d'autre part pour pouvoir utiliser cette méthodologie dans le cadre des calculs de projection du ratio de couverture.

La méthodologie simplifiée utilisée par la Mutuelle se fonde sur la simplification de niveau 3 mentionnée dans la notice ACPR correspondante publiée en 2015. Cette simplification permet d'approcher la somme des *SCR* futurs en fonction de la durée globale des engagements. Il s'agit d'une approximation de la somme actualisée des futurs SCR avec la durée pondérée par les SCR des segments.

Le choix de cette méthode de simplification a été réalisé suite à une comparaison documentée des différentes méthodologies prévues dans le règlement délégué, ainsi qu'une quantification des écarts avec la méthode exacte de calcul.

Cette méthodologie a donc été retenue pour les calculs du Pilier 1 de Solvabilité 2 au 31 décembre 2025 puisque, d'une part elle reste prudente par rapport au calcul exact de la marge de risque, et car elle reflète le profil de risque de la Mutuelle sur l'ensemble de la projection des engagements.

En effet, le fait de ramener le calcul de la marge de risque par segment permet d'assurer les critères d'homogénéité de projection des risques. Toutefois, il convient de vérifier chaque année que l'approximation sur le gain de diversification au sein de l'entité n'implique pas une sous-estimation de la marge de risque par rapport à la méthode exacte.

Les différents calculs de valorisation présentés ci-dessus sont réalisés sur la base de groupes de risques homogènes par contrat / garantie au sein d'une même ligne d'activité. La segmentation permet un niveau de détail suffisant et satisfaisant pour l'établissement des comptes, à la fois en norme française et en norme Solvabilité 2. Les groupes homogènes prennent en compte la durée des provisions et la nature des engagements. Ainsi, les évaluations sont réalisées à un niveau de détail suffisant et satisfaisant.

D.2.4 Autres informations sur les méthodes de valorisation

La Mutuelle n'utilise pas les mesures transitoires « taux » et « provisions » définies respectivement aux articles 308 quater¹⁷ et 308 quinquies¹⁸ de la directive cadre Solvabilité 2.

Elle n'applique ni la correction pour volatilité de la courbe des taux d'intérêt sans risque dans le calcul de la meilleure estimation des engagements visé à l'article l'article 77 quinquies¹⁹ de la directive cadre, ni l'ajustement égalisateur de la courbe des taux d'intérêt sans risque pertinents visé à l'article 77 ter²⁰.

Les flux futurs sont actualisés avec la courbe des taux sans risque publiée par l'EIOPA.

¹⁷ Transposé à l'article L.351-4 du Code des assurances.

¹⁸ Transposé à l'article L.351-5 du Code des assurances.

¹⁹ Transposé à l'article R.351-6 du Code des assurances.

²⁰ Transposé à l'article R.351-5 du Code des assurances.

D.3 Autres passifs

La Mutuelle a tenu compte du principe d'importance relative, énoncé au considérant 1 du règlement délégué, et du principe de proportionnalité énoncé à l'article 29, pour la valorisation économique des autres passifs.

La Mutuelle les a comptabilisés et valorisés en se fondant sur la méthode utilisée pour l'élaboration de ses comptes sociaux annuels. A l'exception des Impôts Différés passifs (IDP), la Mutuelle a estimé la valeur comptable comme étant la meilleure approximation de la valeur économique.

Par ailleurs, la Mutuelle ne procède qu'à une évaluation économique de sa dette subordonnée sans aucune autre modification des bases de comptabilisation et de valorisation des autres passifs. Elle n'a pas non plus identifié de source majeure d'incertitude liée à la valorisation des autres passifs.

Enfin, la Mutuelle ne détient aucun actif ou passif significatif de hors bilan non communiqué dans l'état S.03.01.

BILAN AUTRES PASSIFS	Solvabilité 1 (valeur comptable)	Réévaluation et reclassement	Solvabilité 2 (valeur économique)
Provisions autres que les provisions techniques	3 593 K€	0	3 593 K€
Provision pour retraite et autres avantages	685 K€	0	685 K€
Dettes pour dépôts espèces des réassureurs	55 800 K€	0	55 800 K€
Impôts différés passifs	0 K€	0	0 K€
Dettes	33 629 K€	0	33 629 K€
Dettes subordonnées	41 212 K€	-84 K€	41 128 K€
Autres dettes	2 972 K€	0	2 972 K€
TOTAL AUTRES PASSIFS	137 892 K€	-84 K€	137 808 K€

D.3.1 Autres passifs avec méthodes identiques de valorisation Solvabilité 2 et comptable

Provisions autres que les provisions techniques

Ce poste correspond principalement aux provisions pour risques et charges, provisions pour litiges et autres provisions pour risques. Il regroupe l'ensemble des obligations d'un organisme résultant d'événements passés, dès lors qu'une issue défavorable à l'organisme est probable et que le montant à régler pour éteindre l'obligation peut être estimé de manière fiable.

Provisions pour retraites et autres avantages

Ce poste est composé des provisions pour engagements sociaux de la Mutuelle vis-à-vis de ses salariés. Les engagements sociaux sont constitués par les avantages postérieurs à l'emploi :

Catégories de passif	Valorisation en normes comptables	Valorisation en normes Solvabilité 2
Provision au titre des Indemnités de Fin de Carrière (IFC)	Calcul selon la méthode préférentielle IAS 19 en intégrant l'ancienneté acquise à la date de départ, un coefficient de mortalité, un taux de rotation moyen du personnel, une revalorisation des salaires, une actualisation de la dette.	Valorisation selon la méthode retenue en normes comptables.

Dettes pour dépôts espèces auprès des réassureurs

Les dépôts espèces reçus des réassureurs correspondent à la dette représentative des montants reçus ou déduits par un réassureur conformément au traité de réassurance.

Dettes

Ce poste comprend :

- Les dettes nées d'opérations directes et de prise en substitution, incluant les cotisations perçues d'avance et les prestations à régler ;
- Les dettes nées d'opérations de réassurance et de cessions en substitution ;
- Les dettes vis-à-vis des organismes de réassurance et des établissements de crédit ;
- Les dettes vis-à-vis des salariés, des fournisseurs, des prestataires, de l'Etat et des organismes sociaux.

DETTES <i>En Millions d'euros</i>	Solvabilité 1 (valeur comptable)	Réévaluation et reclassement	Solvabilité 2 (valeur économique)
Dettes envers les établissements de crédit	0,5	0	0,5
Dettes financières autres que celles envers les établissements de crédit	0,0	0	0,0
Dettes nées d'opérations d'assurance	6,7	0	6,7
Dettes nées d'opérations de réassurance	3,5	0	3,5
Autres dettes (non liées aux opérations d'assurance)	23,0	0	23,0
TOTAL DETTES	33,6	0,0	33,6

Autres dettes

Ce poste est constitué des produits constatés d'avance. Afin de faciliter les comparaisons, les soldes des surcotes, inscrits normalement dans les comptes de régularisation du passif, ont été reclassés dans les rubriques des actifs concernés.

Impôts différés Passif

Les passifs d'impôts différés correspondent à la taxation future que la Mutuelle subira au moment de la réalisation de richesses latentes constatées au bilan.

Au passif du bilan, il y a constitution d'un impôt différé actif (IDA) si la valeur Solvabilité 2 est supérieure à la valeur fiscale (perte future) et constitution d'un impôt différé passif (IDP) dans le cas contraire (profit futur).

Il est obtenu par application du taux global d'imposition à l'écart de valorisation observé.

La méthode de valorisation des IDP en normes comptables et Solvabilité 2 est la suivante :

Catégories de passif	Valorisation en normes comptables	Valorisation en normes Solvabilité 2
Impôts différés Passif (IDP)	Absence de constatation d'impôts différés en normes comptables françaises.	Evaluation à des fins de solvabilité selon la méthode décrite pour déterminer les IDA.

D.3.2 Autres passifs avec méthodes différentes de valorisation Solvabilité 2 et comptable

Dettes subordonnées

Dans le référentiel Solvabilité 2, conformément à l'article 9 du règlement délégué, les dettes subordonnées émises par la Mutuelle sont valorisées à leur juste valeur.

Comme spécifié à l'article 10 du règlement délégué, lorsque ces actifs ne sont pas cotés sur un marché actif, une méthode de valorisation alternative est réalisée en se basant sur l'ensemble des données de marché pertinentes et en particulier les taux d'intérêts à la date de calcul.

Cependant, en application du point 1 de l'article 14 du règlement délégué, aucun ajustement visant à tenir compte de l'évolution de la qualité de crédit de la Mutuelle n'est réalisé. Les paramètres liés à la qualité de crédit sont donc figés à la valeur calculée à l'émission.

A cette fin, une valorisation économique de ces titres est mise en place consistant à :

- Projeter les flux futurs probables du titre en tenant compte de la situation économique à la date de calcul ;
- Actualiser ces flux à la courbe des taux sans risque applicable à la date de calcul majorée d'un spread de crédit figé à l'émission.

D.4 Méthodes de valorisation alternatives

La Mutuelle n'utilise aucune méthode de valorisation alternative autre que celles prévues par la réglementation et présentées ci-dessus.

D.5 Autres informations

Aucune autre information importante ou qualifiée comme telle par la Mutuelle susceptible d'impacter la valorisation des actifs et passifs n'est à mentionner.

E. GESTION DU CAPITAL

Cette partie a pour objectif de décrire la façon dont le capital est constitué et géré. Elle décrit en détail les fonds propres, les exigences de capital ou de solvabilité et leur couverture par les fonds propres.

La gestion du capital de la Mutuelle est réalisée de manière à s'assurer du respect permanent de la couverture des exigences de solvabilité.

Au 31 décembre 2025, le ratio de couverture du SCR de la Mutuelle s'établit à 171,3 %, avec 110 399 K€ de fonds propres éligibles - dont 78,4 % sont classés en Tier 1 - pour une exigence en capital de 64 431 K€.

E.1 Fonds propres

E.1.1 Gestion du capital

Objectifs poursuivis

Le dispositif de gestion des fonds propres de la Mutuelle est placé sous la responsabilité de la Direction générale.

La Mutuelle se fixe les objectifs suivants :

- Garantir qu'elle dispose en permanence d'un niveau de fonds propres suffisant pour couvrir les exigences réglementaires ;
- Veiller à maintenir le niveau de fonds propres dans les objectifs cibles fixés lors des projections ORSA ;
- Assurer la disponibilité d'éléments de fonds propres majoritairement de qualité et éligibles à l'absorption des pertes en cas de survenance d'un évènement exceptionnel ;
- Identifier des leviers d'optimisation quantitative et qualitative des fonds propres, base essentielle du développement de ses activités sur le long terme.

Evaluation des fonds propres sur la durée du plan à moyen terme

Le montant des fonds propres de la Mutuelle est déterminé annuellement dans le cadre des travaux du pilier 1 de la directive Solvabilité 2.

Les besoins prospectifs en fonds propres de la Mutuelle sont estimés au moins une fois par an, lors de la revue du processus ORSA, sur un horizon temporel de cinq ans, conforme à la durée du plan à moyen terme. Ils sont évalués en fonction des choix stratégiques de développement de la gouvernance et de de son profil de risque.

Les conclusions des projections ORSA sont présentées au conseil d'administration. Elles permettent d'informer les administrateurs sur l'évaluation de la suffisance du montant des fonds propres éligibles à la couverture du SCR et du MCR et d'anticiper d'éventuels besoins prospectifs.

Changements importants survenus au cours de la période

Un remboursement de 10 M€ de titres subordonnés sur 3 ans a été programmé. Cela a été validé par l'ACPR et un premier remboursement de 3 M€ a eu lieu fin 2025. Notons que deux autres remboursements, 3 M€ en 2026 puis 4 M€ en 2027 sont programmés.

E.1.2 Structure des fonds propres disponibles

Les fonds propres disponibles sont composés des fonds propres auxiliaires et des fonds propres de base.

La Mutuelle ne dispose pas de fonds propres auxiliaires, qui peuvent être appelés pour absorber des pertes et dont la reconnaissance est soumise à l'approbation du superviseur.

Le montant des fonds propres prudentiels de base disponible en couverture des exigences de capital s'élève à 110 399 K€ à fin 2025 et se présente comme suit :

Fonds propres de base	2024	2025	Variation
Fonds initial	46 874 K€	46 874 K€	0 K€
Fonds excédentaire	0 K€	3 670 K€	3 670 K€
Réserve de réconciliation	17 166 K€	20 782 K€	3 617 K€
Passifs subordonnés	44 062 K€	41 128 K€	-2 934 K€
Position nette d'impôt différé actif	0 K€	0 K€	0 K€
Fonds Propres qui ne respectent pas les critères S2	2 056 K€	2 056 K€	0 K€
Total fonds propres de base après déductions	106 045 K€	110 399 K€	4 353 K€

Le **fonds Initial** correspond au fonds d'établissement.

Les **fonds excédentaires** correspondent principalement aux bénéfices non affectés (correspondant principalement au résultat net de l'exercice en cours). Ces fonds peuvent également être constitués par des réserves de capitalisation, des provisions pour participations aux excédents admissibles en fonds propres prudentiels et autres éléments de réserves.

La **réserve de réconciliation** est une composante significative des fonds propres. Elle est constituée :

- D'une partie issue des comptes sociaux (fonds propres) ;
- D'une seconde partie, dite réserve de réconciliation Solvabilité 2, provenant des écarts de valorisation constatés lors du passage du bilan comptable au bilan économique.

Éléments de la réserve de réconciliation	2025
Ecart de réévaluation	231 K€
Réserves	7 257 K€
Report à nouveau	553 K€
Résultat de l'exercice	3 670 K€
Fonds de dotation avec droit de reprise	2 056 K€
Subventions nettes	0 K€
(1) Réserve de réconciliation issue des comptes sociaux	13 767 K€
Ecart de valorisation Actif	2 298 K€
Ecart de valorisation Passif - Provisions techniques	14 507 K€
Ecart de valorisation Passif - Marge de risque	-6 120 K€
(2) Réserve de réconciliation dite Solvabilité 2 (écarts de valorisation bilan comptable / bilan économique)	10 685 K€
(1+2) Total réserve de réconciliation	24 453 K€

La réserve de réconciliation issue des comptes sociaux augmente en 2025, s'élevant à 13 767 K€ (10 097 K€ en 2024).

Le total de la réserve de réconciliation hors résultat de l'exercice (3 670 K€) est de 20 782 K€.

Passifs subordonnés

La Mutuelle détient 41 212 K€ de dettes subordonnées en valeur comptable dont 31 212 K€ à durée indéterminée.

La réglementation Solvabilité 2 prévoit des mesures transitoires permettant de disposer d'un temps d'adaptation avant d'appliquer pleinement les nouvelles dispositions et d'en lisser dans le temps les impacts financiers.

Parmi ces mesures, la disposition *grandfathering*, permet d'éviter que le passage à Solvabilité 2 ne se traduise par une exclusion de la couverture des exigences réglementaires des instruments de fonds propres existants. Elle s'applique aux titres subordonnés émis avant la *cut-off date* du 18 janvier 2015.

Ainsi, les éléments de fonds propres dits grandfatherisés sont conservés dans les fonds propres disponibles pendant une période de 10 ans s'achevant le 1^{er} janvier 2026, alors qu'ils ne remplissent pas toutes les exigences pour une qualification en fonds propres de base sous Solvabilité 2, hors mesures transitoires.

Au 31 décembre 2025, la Mutuelle détient 4 201 K€ de passifs subordonnés à durée indéterminée admis en fonds propres économiques au titre de la clause transitoire de grand-père.

E.1.3 Qualité des fonds propres disponibles

La réglementation prévoit que les fonds propres soient classés par niveau en fonction de leur qualité et de leur caractère mobilisable pour absorber des pertes.

Le niveau 1 correspond aux fonds propres de meilleure qualité, le niveau 2 à des fonds propres ne pouvant être libérés que sous certaines conditions, le niveau 3 à des fonds propres qui peuvent ne pas être immédiatement disponibles.

Qualité des fonds propres disponibles	2024	2025	Variation
Total Fonds Propres disponibles	106 045 K€	110 399 K€	4 353 K€
Niveau 1 non restreint	61 984 K€	69 271 K€	7 287 K€
Niveau 1 restreint	34 096 K€	31 148 K€	-2 947 K€
Niveau 2	9 966 K€	9 980 K€	14 K€
Niveau 3	0 K€	0 K€	0 K€

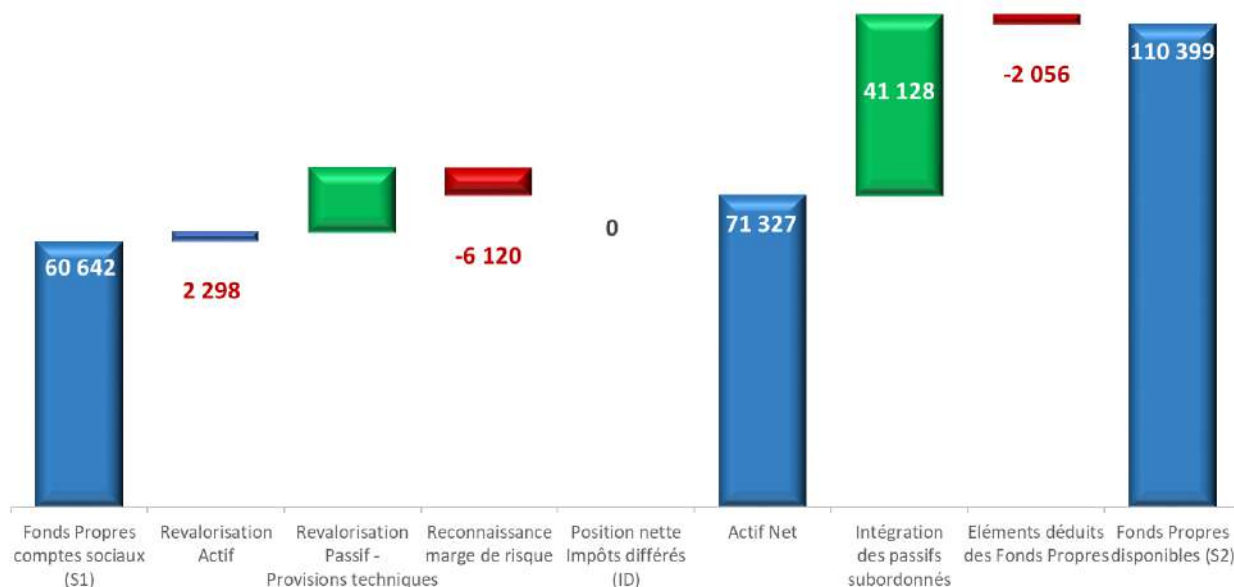
Au 31 décembre 2025, la Mutuelle détient 110 399 K€ de fonds propres disponibles, dont 78,4 % sont classés en niveau 1. Les dettes subordonnées à durée indéterminée sont classées en niveau 1 restreint, celles à durée déterminée en niveau 2.

E.1.4 Passage des fonds propres comptables aux fonds propres économiques

Par construction, l'excédent des actifs par rapport aux passifs (actif net) correspond à la somme des :

- Fonds propres en normes comptables françaises ;
- Fonds excédentaires ;
- Réévaluations opérées sur les postes d'actif et de passif lors de la construction du bilan économique (réserve de réconciliation évoquée plus haut).

Le montant de fonds propres prudentiels disponibles en couverture des exigences réglementaires s'obtient en ajoutant les passifs subordonnés à l'actif auxquels sont imputés les éléments déduits des fonds propres (en milliers d'euros) :



Les différences importantes entre les fonds propres comptables et l'actif net du bilan économique correspondent mécaniquement aux différences entre les évaluations retenues dans le bilan comptable et celles retenues dans le bilan prudentiel présentées et détaillées dans la partie D. Valorisation à des fins de solvabilité.

E.1.5 Fonds propres éligibles

Les éléments de fonds propres disponibles sont considérés comme éligibles à la couverture des exigences réglementaires (SCR / MCR) à la condition de respecter des limites quantitatives, permettant de garantir que le capital de solvabilité requis (SCR) et le minimum de capital requis (MCR) sont couverts majoritairement par des fonds propres de la meilleure qualité :

Couverture du SCR Limites réglementaires fixées par Tier (T)	Couverture du MCR Limites réglementaires fixées par Tier (T)
T1 ≥ 50% du SCR	T1 ≥ 80% du MCR
T1 restreint ≤ 20% ∑ (T1 non restreint + T1 restreint) ⇒ le montant excédant cette limite de 20% est alors classé en T2	T2 < 20% du MCR
∑ (T2 + T3) < 50% du SCR	T3 non reconnu en couverture du MCR
T3 < 15% du SCR	

Les montants de fonds propres disponibles et éligibles à la couverture des exigences réglementaires de la Mutuelle sont présentés dans le tableau ci-dessous :

Fonds propres disponibles et éligibles	TOTAL	Niveau 1 non restreint	Niveau 1 restreint	Niveau 2	Niveau 3
Fonds propres disponibles SCR	110 399 K€	69 271 K€	31 148 K€	9 980 K€	0 K€
Fonds propres disponibles MCR	110 399 K€	69 271 K€	31 148 K€	9 980 K€	
Fonds propres éligibles SCR	110 399 K€	69 271 K€	17 318 K€	23 810 K€	0 K€
Fonds propres éligibles MCR	89 810 K€	69 271 K€	17 318 K€	3 222 K€	

Au titre de l'exercice 2025, une partie des quasi-fonds propres comptables (titres subordonnés à durée indéterminée) disponibles et classés en niveau 1 restreint a été reclassée en Tier 2 afin de respecter les limites réglementaires mentionnées ci-avant.

E.1.6 Impôts différés

Pour chaque poste du bilan, les impôts différés sont déterminés en fonction de l'écart de valorisation entre la norme Solvabilité 2 et la norme fiscale. Selon le signe (positif ou négatif) de cet écart, un montant d'impôts différés (actif ou passif) est constitué, il est obtenu par application du taux d'imposition à l'écart de valorisation observé.

E.2 Capital de solvabilité requis et minimum de capital requis

Le capital de solvabilité requis (ou SCR) correspond à un niveau de fonds propres permettant à une entreprise d'absorber des pertes imprévues importantes et d'offrir une sécurité raisonnable aux assurés.

Le minimum de capital requis (ou MCR) correspond au montant minimum de fonds propres dont doit disposer l'entreprise.

La Mutuelle calcule le SCR selon la formule standard. Aucune simplification ou paramètre propre n'a été utilisé pour les besoins du calcul des différents modules de risques.

La Mutuelle a fait uniquement le choix de recourir à la mesure transitoire qui permet de lisser sur sept ans la pénalité standard appliquée aux actions souscrites avant le 1^{er} janvier 2016.

E.2.1 Capital de solvabilité requis

Au 31 décembre 2025, le capital de solvabilité requis de la Mutuelle s'élève à 64 431 K€ et se décompose comme suit :

Montant du SCR scindé par module de risque	2024	2025
SCR marché	30 331 K€	31 789 K€
SCR santé	33 658 K€	34 071 K€
SCR vie	4 823 K€	3 748 K€
SCR non-vie	0 K€	0 K€
SCR défaut	6 909 K€	5 811 K€
BSCR (avant effet de diversification)	75 721 K€	75 419 K€
Diversification	-20 709 K€	-19 864 K€
BSCR	55 012 K€	55 555 K€
SCR opérationnel	9 111 K€	8 876 K€
Ajustement dû aux impôts différés	0 K€	0 K€
Ajustement dû à l'absorption par le FDB	0 K€	0 K€
SCR	64 122 K€	64 431 K€

E.2.2 Minimum de capital de requis

Le MCR est évalué à partir des éléments suivants :

- Le calcul du MCR linéaire, fondé sur une combinaison linéaire des provisions techniques par ligne d'activité ;
- La détermination d'un corridor, en dehors duquel la valeur du MCR ne peut se situer, constitué d'un plancher égal à 25 % du SCR et d'un plafond égal à 45 % du SCR, afin de limiter la volatilité ;
- Un seuil minimum absolu de 4 000 K€.

Le MCR de la Mutuelle s'élève à 16 108 K€ (contre 16 031 K€ en 2024). Il suit la même tendance que le SCR et évolue légèrement à la hausse par rapport à 2024.

Il est calculé selon la formule standard et se décompose de la manière suivante :

Modalités de calcul du MCR	2025
MCR linéaire	13 335 K€
Capital de solvabilité requis	64 431 K€
Plafond du MCR	28 994 K€
Plancher du MCR	16 108 K€
MCR combiné	16 108 K€
Seuil plancher absolu du MCR	4 000 K€
MCR global	16 108 K€

E.3 Utilisation du sous-module « risque sur actions » fondé sur la durée dans le calcul du capital de solvabilité requis

La Mutuelle ne fait pas usage du sous-module « risque action fondé sur la durée » pour le calcul de son capital de solvabilité requis.

E.4 Différences entre la formule standard et tout modèle interne utilisé

La Mutuelle n'a pas recours à un modèle interne pour le calcul du capital de solvabilité requis.

E.5 Non-respect du minimum de capital requis et non-respect du capital de solvabilité requis

La Mutuelle n'a constaté aucun manquement aux exigences en capital au cours de la période de référence.

E.6 Autres informations

La Mutuelle n'a pas d'autres informations à porter à la connaissance du lecteur.

ANNEXES – ETATS DE REPORTING QUANTITATIFS PUBLICS

S.02.01.02 – BILAN

		Solvency II value
		C0010
Actifs		
Goodwill	R0010	
Frais d'acquisition différés	R0020	
Immobilisations incorporelles	R0030	0 K€
Actifs d'impôts différés	R0040	0 K€
Excédent du régime de retraite	R0050	0 K€
Immobilisations corporelles détenues pour usage propre	R0060	5 250 K€
Investissements (autres qu'actifs en représentation de contrats en unités de compte et indexés)	R0070	275 605 K€
Biens immobiliers (autres que détenus pour usage propre)	R0080	763 K€
Détenions dans des entreprises liées, y compris participations	R0090	14 864 K€
Actions	R0100	2 603 K€
Actions - cotées	R0110	0 K€
Actions - non cotées	R0120	2 603 K€
Obligations	R0130	164 820 K€
Obligations d'État	R0140	22 336 K€
Obligations d'entreprise	R0150	142 484 K€
Titres structurés	R0160	0 K€
Titres garantis	R0170	0 K€
Organismes de placement collectif	R0180	61 241 K€
Produits dérivés	R0190	0 K€
Dépôts autres que les équivalents de trésorerie	R0200	31 313 K€
Autres investissements	R0210	0 K€
Actifs en représentation de contrats en unités de compte et indexés	R0220	0 K€
Prêts et prêts hypothécaires	R0230	383 K€
Avances sur police	R0240	0 K€
Prêts et prêts hypothécaires aux particuliers	R0250	0 K€
Autres prêts et prêts hypothécaires	R0260	383 K€
Montants recouvrables au titre des contrats de réassurance	R0270	52 971 K€
Non-vie et santé similaire à la non-vie	R0280	24 259 K€
Non-vie hors santé	R0290	0 K€
Santé similaire à la non-vie	R0300	24 259 K€
Vie et santé similaire à la vie, hors santé, UC et indexés	R0310	28 711 K€
Santé similaire à la vie	R0320	17 636 K€
Vie hors santé, UC et indexés	R0330	11 075 K€
Vie UC et indexés	R0340	0 K€
Dépôts auprès des cédantes	R0350	11 433 K€
Créances nées d'opérations d'assurance et montants à recevoir d'intermédiaires	R0360	13 000 K€
Créances nées d'opérations de réassurance	R0370	378 K€
Autres créances (commerciales, hors assurance)	R0380	2 295 K€
Actions propres auto-détenues (directement)	R0390	0 K€
Éléments de fonds propres ou fonds initial appelé(s), mais non encore payé(s)	R0400	0 K€
Trésorerie et équivalents de trésorerie	R0410	7 781 K€
Autres actifs non mentionnés dans les postes ci-dessus	R0420	593 K€
Total de l'actif	R0500	369 689 K€

Passifs		XXXXXX
Provisions techniques non-vie	R0510	78 969 K€
Provisions techniques non-vie (hors santé)	R0520	0 K€
Provisions techniques calculées comme un tout	R0530	0 K€
Meilleure estimation	R0540	0 K€
Marge de risque	R0550	0 K€
Provisions techniques santé (similaire à la non-vie)	R0560	78 969 K€
Provisions techniques calculées comme un tout	R0570	0 K€
Meilleure estimation	R0580	74 962 K€
Marge de risque	R0590	4 007 K€
Provisions techniques vie (hors UC et indexés)	R0600	81 585 K€
Provisions techniques santé (similaire à la vie)	R0610	39 216 K€
Provisions techniques calculées comme un tout	R0620	0 K€
Meilleure estimation	R0630	38 949 K€
Marge de risque	R0640	267 K€
Provisions techniques vie (hors santé, UC et indexés)	R0650	42 369 K€
Provisions techniques calculées comme un tout	R0660	0 K€
Meilleure estimation	R0670	40 524 K€
Marge de risque	R0680	1 845 K€
Provisions techniques UC et indexés	R0690	0 K€
Provisions techniques calculées comme un tout	R0700	0 K€
Meilleure estimation	R0710	0 K€
Marge de risque	R0720	0 K€
Autres provisions techniques	R0730	XXXXXX
Passifs éventuels	R0740	0 K€
Provisions autres que les provisions techniques	R0750	3 593 K€
Engagements au titre de prestations de retraite	R0760	685 K€
Dépôts des réassureurs	R0770	55 800 K€
Passifs d'impôts différés	R0780	0 K€
Produits dérivés	R0790	0 K€
Dettes envers des établissements de crédit	R0800	491 K€
Dettes financières autres que celles envers les établissements de crédit	R0810	0 K€
Dettes nées d'opérations d'assurance et montants dus aux intermédiaires	R0820	6 663 K€
Dettes nées d'opérations de réassurance	R0830	3 486 K€
Autres dettes (commerciales, hors assurance)	R0840	22 989 K€
Passifs subordonnés	R0850	41 128 K€
Passifs subordonnés non inclus dans les fonds propres de base	R0860	0 K€
Passifs subordonnés inclus dans les fonds propres de base	R0870	41 128 K€
Autres dettes non mentionnées dans les postes ci-dessus	R0880	2 972 K€
Total du passif	R0900	298 362 K€
Excédent d'actif sur passif	R1000	71 327 K€

S.05.01.02 - PRIMES, SINISTRES ET DÉPENSES PAR LIGNE D'ACTIVITÉ

		Ligne d'activité pour: engagements d'assurance et de réassurance non-vie (assurance directe et réassurance proportionnelle acceptée)		Total
		Assurance des frais médicaux	Assurance de protection du revenu	
		C0010	C0020	C0200
Primes émises				
Brut - assurance directe	R0110	244 864 K€	27 458 K€	272 322 K€
Brut - Réassurance proportionnelle acceptée	R0120	230 K€	375 K€	605 K€
Brut - Réassurance non proportionnelle acceptée	R0130			0 K€
Part des réassureurs	R0140	146 888 K€	6 938 K€	153 826 K€
Net	R0200	98 206 K€	20 894 K€	119 101 K€
Primes acquises				
Brut - assurance directe	R0210	244 864 K€	27 458 K€	272 322 K€
Brut - Réassurance proportionnelle acceptée	R0220	230 K€	375 K€	605 K€
Brut - Réassurance non proportionnelle acceptée	R0230			0 K€
Part des réassureurs	R0240	146 888 K€	6 938 K€	153 826 K€
Net	R0300	98 206 K€	20 894 K€	119 101 K€
Charge des sinistres				
Brut - assurance directe	R0310	188 340 K€	33 198 K€	221 538 K€
Brut - Réassurance proportionnelle acceptée	R0320	190 K€	2 223 K€	2 413 K€
Brut - Réassurance non proportionnelle acceptée	R0330			0 K€
Part des réassureurs	R0340	115 892 K€	6 764 K€	122 655 K€
Net	R0400	72 638 K€	28 657 K€	101 295 K€
Dépenses engagées	R0550	26 946 K€	2 188 K€	29 134 K€
Solde - Autres dépenses/recettes techniques	R1210			485 K€
Total des dépenses	R1300			29 619 K€

		Ligne d'activité pour: engagements d'assurance vie					Engagements de réassurance vie		Total	
		Assurance santé	Assurance avec participation aux bénéfices	Assurance indexée et en unités de compte	Autres assurances vie	Rentes découlant des contrats d'assurance non-vie et liées aux engagements d'assurance santé	Rentes découlant des contrats d'assurance non-vie et liées aux engagements d'assurance autres	Réassurance santé		Réassurance vie
		C0210	C0220	C0230	C0240	C0250	C0260	C0270		C0280
Primes émises										
Brut	R1410	0 K€	13 095 K€		4 013 K€	0 K€		0 K€	87 K€	17 195 K€
Part des réassureurs	R1420	0 K€	1 517 K€		2 844 K€	0 K€		0 K€	0 K€	4 360 K€
Net	R1500	0 K€	11 579 K€		1 170 K€	0 K€		0 K€	87 K€	12 835 K€
Primes acquises										
Brut	R1510	0 K€	13 095 K€		4 013 K€	0 K€		0 K€	87 K€	17 195 K€
Part des réassureurs	R1520	0 K€	1 517 K€		2 844 K€	0 K€		0 K€	0 K€	4 360 K€
Net	R1600	0 K€	11 579 K€		1 170 K€	0 K€		0 K€	87 K€	12 835 K€
Charge des sinistres										
Brut	R1610	0 K€	6 869 K€		3 048 K€	-545 K€		75 K€	135 K€	9 582 K€
Part des réassureurs	R1620	0 K€	1 105 K€		2 291 K€	-113 K€		0 K€	0 K€	3 283 K€
Net	R1700	0 K€	5 764 K€		756 K€	-432 K€		75 K€	135 K€	6 299 K€
Dépenses engagées	R1900	0 K€	3 914 K€		2 749 K€	84 K€		-67 K€	29 K€	6 708 K€
Solde - Autres dépenses/recettes techniques	R2510									33 K€
Total des dépenses	R2600									6 742 K€
Montant total des rachats	R2700									0 K€

S.12.01.02 - PROVISIONS TECHNIQUES VIE ET SANTÉ SLT

		Assurance avec participation aux bénéficiaires	Autres assurances vie		Réassurance acceptée	Total (vie hors santé, y compris UC)	Rentes découlant des contrats d'assurance non-vie et liées aux engagements d'assurance santé	Réassurance santé (réassurance acceptée)	Total (santé similaire à la vie)	
			Contrats sans options ni garanties	Contrats avec options ou garanties						
		C0020	C0060	C0070	C0080	C0100	C0150	C0190	C0200	C0210
Provisions techniques calculées comme un tout	R0010	0 K€	0 K€			0 K€	0 K€	0 K€	0 K€	0 K€
Total des montants recouvrables au titre de la réassurance/des véhicules de titrisation et de la réassurance finite, après l'ajustement pour pertes probables pour défaut de la contrepartie, correspondant aux provisions techniques calculées comme un tout	R0020	0 K€	0 K€			0 K€	0 K€	0 K€	0 K€	0 K€
Provisions techniques calculées comme la somme de la ME et de la MR										
Meilleure estimation										
Meilleure estimation brute	R0030	20 284 K€		18 640 K€	0 K€	1 600 K€	40 524 K€	32 629 K€	6 321 K€	38 949 K€
Total des montants recouvrables au titre de la réassurance/des véhicules de titrisation et de la réassurance finite, après ajustement pour pertes probables pour défaut de la contrepartie	R0080	1 188 K€		9 887 K€	0 K€	0 K€	11 075 K€	17 636 K€	0 K€	17 636 K€
Meilleure estimation nette des montants recouvrables au titre de la réassurance/des véhicules de titrisation et de la réassurance finite	R0090	19 096 K€		8 753 K€	0 K€	1 600 K€	29 449 K€	14 992 K€	6 321 K€	21 313 K€
Marge de risque	R0100	617 K€	1 096 K€			133 K€	1 845 K€	172 K€	95 K€	267 K€
Provisions techniques - Total	R0200	20 900 K€	19 735 K€			1 733 K€	42 369 K€	32 800 K€	6 416 K€	39 216 K€

S.17.01.02 - PROVISIONS TECHNIQUES NON-VIE

		Assurance directe et réassurance proportionnelle acceptée		Total engagements en non-vie
		Assurance des frais médicaux	Assurance de protection du revenu	
		C0020	C0030	
				C0180
Technical provisions calculated as a whole	R0010	0 K€	0 K€	0 K€
Total Recoverables from reinsurance/SPV and Finite Re after the adjustment for expected losses due to counterparty default associated to TP calculated as a whole	R0050	0 K€	0 K€	0 K€
Provisions techniques calculées comme la somme de la ME et de la MR				
Meilleure estimation				
Provisions pour primes				
Brut - total	R0060	1 943 K€	2 465 K€	4 408 K€
Total recoverable from reinsurance/SPV and Finite Re after the adjustment for expected losses due to counterparty default	R0140	-3 055 K€	-737 K€	-3 792 K€
Meilleure estimation nette des provisions pour primes	R0150	4 997 K€	3 203 K€	8 200 K€
Provisions pour sinistres				
Brut - total	R0160	28 965 K€	41 588 K€	70 554 K€
Total des montants recouvrables au titre de la réassurance/des véhicules de titrisation et de la réassurance finite, après ajustement pour pertes probables pour défaut de la contrepartie	R0240	16 879 K€	11 173 K€	28 052 K€
Meilleure estimation nette des provisions pour sinistres	R0250	12 087 K€	30 416 K€	42 502 K€
Total meilleure estimation - brut	R0260	30 908 K€	44 054 K€	74 962 K€
Total meilleure estimation - net	R0270	17 084 K€	33 618 K€	50 702 K€
Marge de risque	R0280	1 718 K€	2 290 K€	4 007 K€
Provisions techniques - Total				
Provisions techniques - Total	R0320	32 626 K€	46 343 K€	78 969 K€
Montants recouvrables au titre de la réassurance/des véhicules de titrisation et de la réassurance finite, après ajustement pour pertes probables pour défaut de la contrepartie - total	R0330	13 824 K€	10 435 K€	24 259 K€
Provisions techniques nettes des montants recouvrables au titre de la réassurance/des véhicules de titrisation et de la réassurance finite	R0340	18 802 K€	35 908 K€	54 710 K€

S.19.01.21 – SINISTRES EN NON-VIE

Gross Claims Paid (non-cumulative) - Development year (absolute amount). Total Non-Life Business

Accident year / Underwriting year Z0021

		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 & +
		C0010	C0020	C0030	C0040	C0050	C0060	C0070	C0080	C0090	C0100	C0110
Prior	R0100											1 k€
N-9	R0160	3 001 k€	28 981 k€	2 928 k€	1 132 k€	587 k€	303 k€	92 k€	25 k€	15 k€	40 k€	
N-8	R0170	213 928 k€	31 400 k€	2 834 k€	1 026 k€	635 k€	331 k€	44 k€	65 k€	24 k€		
N-7	R0180	229 084 k€	34 456 k€	3 502 k€	1 544 k€	591 k€	238 k€	71 k€	18 k€			
N-6	R0190	200 373 k€	33 725 k€	4 341 k€	1 594 k€	727 k€	448 k€	137 k€				
N-5	R0200	160 171 k€	28 077 k€	3 407 k€	965 k€	832 k€	505 k€					
N-4	R0210	189 747 k€	24 132 k€	2 530 k€	1 038 k€	563 k€						
N-3	R0220	188 751 k€	22 327 k€	2 552 k€	760 k€							
N-2	R0230	185 742 k€	24 405 k€	2 941 k€								
N-1	R0240	172 253 k€	26 729 k€									
N	R0250	168 757 k€										

		In Current year	Sum of years (cumulative)
		C0170	C0180
Prior	R0100	1 k€	1 k€
N-9	R0160	40 k€	37 102 k€
N-8	R0170	24 k€	250 286 k€
N-7	R0180	18 k€	269 503 k€
N-6	R0190	137 k€	241 345 k€
N-5	R0200	505 k€	193 955 k€
N-4	R0210	563 k€	218 011 k€
N-3	R0220	760 k€	214 389 k€
N-2	R0230	2 941 k€	213 088 k€
N-1	R0240	26 729 k€	198 981 k€
N	R0250	168 757 k€	168 757 k€
Total	R0260	200 474 k€	2 005 418 k€

Gross undiscounted Best Estimate Claims Provisions - Development year (absolute amount). Total Non-Life Business

Accident year / Underwriting year		Z0023										
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 & +
		C0200	C0210	C0220	C0230	C0240	C0250	C0260	C0270	C0280	C0290	C0300
Prior	R0100											504 k€
N-9	R0160	0 k€	0 k€	0 k€	0 k€	0 k€	0 k€	0 k€	0 k€	0 k€	128 k€	
N-8	R0170	0 k€	0 k€	0 k€	0 k€	0 k€	0 k€	0 k€	0 k€	54 k€		
N-7	R0180	0 k€	0 k€	0 k€	0 k€	0 k€	0 k€	0 k€	146 k€			
N-6	R0190	0 k€	0 k€	0 k€	0 k€	0 k€	0 k€	141 k€				
N-5	R0200	0 k€	0 k€	0 k€	0 k€	0 k€	547 k€					
N-4	R0210	0 k€	0 k€	0 k€	0 k€	1 480 k€						
N-3	R0220	0 k€	0 k€	0 k€	1 968 k€							
N-2	R0230	0 k€	0 k€	7 195 k€								
N-1	R0240	0 k€	17 580 k€									
N	R0250	45 589 k€										

		Year end (discounted data)
		C0360
Prior	R0100	494 k€
N-9	R0160	126 k€
N-8	R0170	53 k€
N-7	R0180	143 k€
N-6	R0190	137 k€
N-5	R0200	523 k€
N-4	R0210	1 408 k€
N-3	R0220	1 812 k€
N-2	R0230	6 201 k€
N-1	R0240	16 045 k€
N	R0250	43 612 k€
Total	R0260	70 554 k€

S.23.01.01 - FONDS PROPRES

		Total	Niveau 1 - non restreint	Niveau 1 - restreint	Niveau 2	Niveau 3
		C0010	C0020	C0030	C0040	C0050
Fonds propres de base avant déduction pour participations dans d'autres secteurs financiers, comme prévu à l'article 68 du règlement délégué 2015/35						
Capital en actions ordinaires (brut des actions propres)	R0010	0 K€	0 K€		0 K€	
Compte de primes d'émission lié au capital en actions ordinaires	R0030	0 K€	0 K€		0 K€	
Fonds initiaux, cotisations des membres ou élément de fonds propres de base équivalent pour les mutuelles et les entreprises de type mutuel	R0040	46 874 K€	46 874 K€		0 K€	
Comptes mutualistes subordonnés	R0050	0 K€		0 K€	0 K€	0 K€
Fonds excédentaires	R0070	0 K€	0 K€			
Actions de préférence	R0090	0 K€		0 K€	0 K€	0 K€
Compte de primes d'émission lié aux actions de préférence	R0110	0 K€		0 K€	0 K€	0 K€
Réserve de réconciliation	R0130	24 453 K€	24 453 K€			
Passifs subordonnés	R0140	41 128 K€		31 148 K€	9 980 K€	0 K€
Montant égal à la valeur des actifs d'impôts différés nets	R0160	0 K€				0 K€
Autres éléments de fonds propres approuvés par l'autorité de contrôle en tant que fonds propres de base non spécifiés supra	R0180	0 K€	0 K€	0 K€	0 K€	0 K€
Fonds propres issus des états financiers qui ne devraient pas être inclus dans la réserve de réconciliation et qui ne respectent pas les critères de fonds propres de Solvabilité II						
Fonds propres issus des états financiers qui ne devraient pas être inclus dans la réserve de réconciliation et qui ne respectent pas les critères de fonds propres de Solvabilité II	R0220	2 056 K€				
Déductions						
Déductions pour participations dans des établissements de crédit et des établissements financiers	R0230	0 K€	0 K€	0 K€	0 K€	
Total fonds propres de base après déductions	R0290	110 399 K€	69 271 K€	31 148 K€	9 980 K€	0 K€
Fonds propres auxiliaires						
Capital en actions ordinaires non libéré et non appelé, appelable sur demande	R0300	0 K€			0 K€	
Fonds initiaux, cotisations des membres ou élément de fonds propres de base équivalents, non libérés, non appelés et appelables sur demande, pour les mutuelles et les entreprises de type mutuel	R0310	0 K€			0 K€	
Actions de préférence non libérées et non appelées, appelables sur demande	R0320	0 K€			0 K€	0 K€
Engagements juridiquement contraignants de souscrire et de payer des passifs subordonnés sur demande	R0330	0 K€			0 K€	0 K€
Lettres de crédit et garanties relevant de l'article 96, paragraphe 2, de la directive 2009/138/CE	R0340	0 K€			0 K€	
Lettres de crédit et garanties ne relevant pas de l'article 96, paragraphe 2, de la directive 2009/138/CE	R0350	0 K€			0 K€	0 K€
Rappels de cotisations en vertu de l'article 96, point 3, de la directive 2009/138/CE	R0360	0 K€			0 K€	
Rappels de cotisations ne relevant pas de l'article 96, paragraphe 3, premier alinéa, de la directive 2009/138/CE	R0370	0 K€			0 K€	0 K€
Autres fonds propres auxiliaires	R0390	0 K€			0 K€	0 K€
Total fonds propres auxiliaires	R0400	0 K€			0 K€	0 K€
Fonds propres éligibles et disponibles						
Total des fonds propres disponibles pour couvrir le capital de solvabilité requis	R0500	110 399 K€	69 271 K€	31 148 K€	9 980 K€	0 K€
Total des fonds propres disponibles pour couvrir le minimum de capital requis	R0510	110 399 K€	69 271 K€	31 148 K€	9 980 K€	
Total des fonds propres éligibles pour couvrir le capital de solvabilité requis	R0540	110 399 K€	69 271 K€	17 318 K€	23 810 K€	0 K€
Total des fonds propres éligibles pour couvrir le minimum de capital requis	R0550	89 810 K€	69 271 K€	17 318 K€	3 222 K€	
Capital de solvabilité requis	R0580	64 431 K€				
Minimum de capital requis	R0600	16 108 K€				
Ratio fonds propres éligibles sur capital de solvabilité requis	R0620	171,34%				
Ratio fonds propres éligibles sur minimum de capital requis	R0640	557,56%				

S.25.01.21 - CAPITAL DE SOLVABILITÉ REQUIS POUR LES ENTREPRISES QUI UTILISENT LA FORMULE STANDARD

Basic Solvency Capital Requirement (USP)

		USP
		C0090
Life underwriting risk	R0030	
Health underwriting risk	R0040	
Non-life underwriting risk	R0050	

Approach to tax rate

		Oui/Non
		C0109
Approche basée sur le taux d'imposition moyen	R0590	1 - Yes

S.25.01.21.05

Calculation of loss absorbing capacity of deferred taxes

		LAC DT
		C0130
LAC DT	R0640	0 K€
LAC DT justifié par la reprise de passifs d'impôts différés	R0650	0 K€
LAC DT justifiée au regard de probables bénéfices économiques imposables futurs	R0660	0 K€
LAC DT justifiée par le report en arrière, exercice en cours	R0670	0 K€
LAC DT justifiée par le report en arrière, exercices futurs	R0680	0 K€
LAC DT maximale	R0690	16 816 K€

S.28.02.01 - MINIMUM DE CAPITAL REQUIS - ACTIVITÉS D'ASSURANCE À LA FOIS VIE ET NON-VIE

S.28.02.01.01

MCR components

		Composants du MCR	
		Activités en non-vie	Activités en vie
		Résultat MCR(NL,NL)	Résultat MCR(NL,NL)
		C0010	C0020
Terme de la formule linéaire pour les engagements d'assurance et de réassurance non-vie	R0010	11 599 K€	0 K€

S.28.02.01.02

Background information

		Informations générales			
		Activités en non-vie		Activités en vie	
		Meilleure estimation et PT calculées comme un tout, nettes (de la réassurance/des véhicules de titrisation)	Primes émises au cours des 12 derniers mois, nettes (de la réassurance)	Meilleure estimation et PT calculées comme un tout, nettes (de la réassurance/des véhicules de titrisation)	Primes émises au cours des 12 derniers mois, nettes (de la réassurance)
		C0030	C0040	C0050	C0060
Assurance frais médicaux et réassurance proportionnelle y afférente	R0020	17 084 K€	98 206 K€	0 K€	0 K€
Assurance de protection du revenu, y compris réassurance proportionnelle y afférente	R0030	33 618 K€	20 894 K€	0 K€	0 K€
Assurance indemnisation des travailleurs et réassurance proportionnelle y afférente	R0040	0 K€	0 K€	0 K€	0 K€
Assurance de responsabilité civile automobile et réassurance proportionnelle y afférente	R0050	0 K€	0 K€	0 K€	0 K€
Autre assurance des véhicules à moteur et réassurance proportionnelle y afférente	R0060	0 K€	0 K€	0 K€	0 K€
Assurance maritime, aérienne et transport et réassurance proportionnelle y afférente	R0070	0 K€	0 K€	0 K€	0 K€
Assurance incendie et autres dommages aux biens et réassurance proportionnelle y afférente	R0080	0 K€	0 K€	0 K€	0 K€
Assurance de responsabilité civile générale et réassurance proportionnelle y afférente	R0090	0 K€	0 K€	0 K€	0 K€
Assurance crédit et cautionnement et réassurance proportionnelle y afférente	R0100	0 K€	0 K€	0 K€	0 K€
Assurance de protection juridique et réassurance proportionnelle y afférente	R0110	0 K€	0 K€	0 K€	0 K€
Assurance assistance et réassurance proportionnelle y afférente	R0120	0 K€	0 K€	0 K€	0 K€
Assurance pertes pécuniaires diverses et réassurance proportionnelle y afférente	R0130	0 K€	0 K€	0 K€	0 K€
Réassurance santé non proportionnelle	R0140	0 K€	0 K€	0 K€	0 K€
Réassurance accidents non proportionnelle	R0150	0 K€	0 K€	0 K€	0 K€
Réassurance maritime, aérienne et transport non proportionnelle	R0160	0 K€	0 K€	0 K€	0 K€
Réassurance dommages non proportionnelle	R0170	0 K€	0 K€	0 K€	0 K€

S.28.02.01.03
Linear formula component for life insurance and reinsurance obligations

		Activités en non-vie	Activités en vie
		Résultat MCR(L,NL)	Résultat MCR(L,L)
		C0070	C0080
Linear formula component for life insurance and reinsurance obligations	R0200	0 K€	1 736 K€

S.28.02.01.04
Total capital at risk for all life (re)insurance obligations

		Activités en non-vie		Activités en vie	
		Meilleure estimation et PT calculées comme un tout, nettes (de la réassurance/des véhicules de titrisation)	Montant total du capital sous risque net (de la réassurance/des véhicules de titrisation)	Meilleure estimation et PT calculées comme un tout, nettes (de la réassurance/des véhicules de titrisation)	Montant total du capital sous risque net (de la réassurance/des véhicules de titrisation)
		C0090	C0100	C0110	C0120
Engagements avec participation aux bénéfices - Prestations garanties	R0210	0 K€		19 096 K€	
Engagements avec participation aux bénéfices - Prestations discrétionnaires futures	R0220	0 K€		0 K€	
Engagements d'assurance avec prestations indexées et en unités de compte	R0230	0 K€		0 K€	
Autres engagements de (ré)assurance vie et de (ré)assurance santé	R0240	0 K€		31 666 K€	
Montant total du capital sous risque pour tous les engagements de (ré)assurance vie	R0250		0 K€		521 138 K€

S.28.02.01.05
Overall MCR calculation

		Valeur
		C0130
MCR linéaire	R0300	13 335 K€
Capital de solvabilité requis	R0310	64 431 K€
Plafond du MCR	R0320	28 994 K€
Plancher du MCR	R0330	16 108 K€
MCR combiné	R0340	16 108 K€
Seuil plancher absolu du MCR	R0350	4 000 K€
Minimum de capital requis	R0400	16 108 K€

S.28.02.01.06
Notional non-life and life MCR calculation

		Activités en non-vie	Activités en vie
		C0140	C0150
Montant notionnel du MCR linéaire	R0500	11 599 K€	1 736 K€
Montant notionnel du SCR hors capital supplémentaire (calcul annuel ou dernier calcul)	R0510	56 041 K€	8 389 K€
Plafond du montant notionnel du MCR	R0520	25 219 K€	3 775 K€
Plancher du montant notionnel du MCR	R0530	14 010 K€	2 097 K€
Montant notionnel du MCR combiné	R0540	14 010 K€	2 097 K€
Seuil plancher absolu du montant notionnel du MCR	R0550	2 700 K€	4 000 K€
Montant notionnel du MCR	R0560	14 010 K€	4 000 K€

