

---

# Mutuelle GSMC

## RAPPORT SUR LA SOLVABILITE ET LA SITUATION FINANCIERE

### 2025

---

LEI : 969500F1NW7DQ309AK72

Validation : Conseil d'administration du 15 avril 2026

*Rapport établi en application de la Directive 2009/138/CE du Parlement européen, du règlement délégué 2015/35 de la commission, des notices Solvabilité 2 de l'ACPR, du règlement d'exécution 2015/2450 de la Commission européenne.*

## Table des matières

Préambule.....	5
A.      Activité et résultats.....	6
A.1. Activité.....	6
A.2. Résultats de souscription.....	6
A.2.1. Le solde de souscription .....	6
A.3. Résultats des investissements .....	8
A.4. Résultats des autres activités .....	9
A.5. Autres informations.....	9
B.      Système de gouvernance.....	10
B.1. Informations générales sur le système de gouvernance .....	10
B.1.a Organisation générale.....	10
B.1.b Assemblée générale.....	11
B.1.c Le Conseil d'administration et ses émanations .....	11
B.1.d Direction effective .....	14
B.1.e Fonctions clés .....	14
B.1.f Eventuels changements importants survenus au cours de l'exercice.....	15
B.1.g Pratique et politique de rémunération.....	15
B.1.h Adéquation du système de gouvernance .....	16
B.2. Exigences de compétences et d'honorabilité.....	16
B.2.a Politique de compétence et d'honorabilité.....	16
B.2.b Exigences d'honorabilité et d'intégrité et processus d'appréciation .....	16
B.2.c Exigences de compétence et processus d'appréciation .....	17
B.3. Système de gestion des risques, y compris l'évaluation interne des risques et de la solvabilité ...	18
B.3.a Organisation du système de gestion des risques .....	18
B.3.b Evaluation interne des risques et de la solvabilité .....	20
B.3.c Rôle spécifique de la fonction gestion des risques .....	22
B.3.d Fonction de contrôle du cadre de gestion du risque lié à l'utilisation des technologies d'information et de communication.....	22
B.4. Système de contrôle interne .....	23
B.4.a description du système.....	23
B.4.b Rôle spécifique de la fonction conformité .....	24
B.5. Fonction d'audit interne .....	25
B.6. Fonction actuarielle .....	26
B.7. Sous-traitance.....	27

B.8. Autres informations.....	28
C.    Profil de risque.....	28
C.1. Risque de souscription.....	29
C.1.a Appréhension du risque de souscription au sein de la mutuelle .....	29
C.1.b Mesure du risque de souscription et risques majeurs .....	29
C.1.c Maitrise du risque de souscription .....	29
C.2. Risque de marché .....	30
C.2.a Appréhension du risque de marché au sein de la mutuelle .....	30
C.2.b Mesure du risque de marché et risques majeurs .....	30
C.2.c Maitrise du risque de marché .....	31
C.3. Risque de crédit .....	31
C.3.a Appréhension du risque de crédit au sein de la mutuelle .....	31
C.3.b Mesure du risque de crédit et risques majeurs.....	31
C.3.c Maitrise du risque de crédit et risques majeurs.....	31
C.4. Risque de liquidité .....	32
C.4.a Appréhension du risque de liquidité au sein de la mutuelle .....	32
C.4.b Mesure du risque de liquidité et risques majeurs .....	32
C.4.c Maitrise du risque de liquidité .....	32
C.5. Risque opérationnel.....	32
C.5.a Appréhension du risque opérationnel au sein de la mutuelle .....	32
C.5.b Mesure du risque opérationnel et risques majeurs .....	32
C.5.c Maitrise du risque opérationnel .....	33
C.6. Autres risques importants .....	33
C.7. Autres informations.....	34
D.    Valorisation à des fins de solvabilité.....	35
D.1. Actifs .....	35
D.1.a Les placements immobiliers .....	35
D.1.b Les placements obligataires .....	36
D.1.c Les fonds d'investissements .....	36
D.1.d Les autres placements.....	38
D.1.e La part des réassureurs .....	38
D.1.f. Les actifs incorporels.....	38
D.1.g Les autres actifs .....	38
D.2. Les passifs.....	38
D.2.a Les provisions pour sinistres à payer comptables.....	38

D.2.b Les provisions techniques prudentielles .....	40
D.3. Autres passifs.....	41
D.3.a Les impôts différés .....	41
D.3.b Les autres dettes .....	42
D.4. Méthode de valorisation alternatives .....	42
D.5. Autres informations.....	42
E.    Gestion du capital .....	43
E.1. Fonds propres .....	43
E.2. Capital de solvabilité requis et minimum de capital requis.....	43
E.2.a Le risque de marché.....	43
E.2.b Le risque de souscription santé .....	45
E.2.c Le risque de souscription vie .....	47
E.2.d Le risque de contrepartie.....	47
E.2.e Le SCR de base .....	48
E.2.f Le risque opérationnel.....	48
E.2.g L'ajustement pour impôts différés.....	48
E.2.h Les exigences de capital.....	48
E.3. Utilisation du sous-module « risque sur actions » fondé sur la durée dans le calcul du capital de solvabilité requis .....	49
E.4. Différences entre la formule standard et tout modèle interne utilisée .....	49
E.5. Non-respect du minimum de capital requis et non-respect du capital de solvabilité requis.....	50
Annexes.....	51
F.1. S.02.01 – Bilan .....	51
F.2. S.05.01.01.– Primes, sinistres et dépenses par ligne d'activité .....	53
F.4. S.12.01 - Provisions techniques vie .....	54
F.5. S.17.01 - Provisions techniques non-vie .....	56
F.6. S.23.01 – Fonds propres Solvabilité 2 .....	58
F.6. S.25.01 – Capital requis de solvabilité .....	59
F.6. S.28.01 – Minimum de capital requis .....	61

## Préambule

La mutuelle Groupe Smiso Mutuelle des Cadres (GSMC) est une mutuelle régie par le Code de la mutualité, organisme à but non lucratif, agréée pour pratiquer des opérations relevant des branches 1, 2 et 20, inscrite au répertoire SIRENE sous le numéro 324 310 614. La mutuelle n'est pas soumise à une supervision de groupe au sens des dispositions applicables de Solvabilité II.

La mutuelle est contrôlée par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, sise 4 Place de Budapest, 75009 PARIS.

En 2023, la Mutuelle a engagé une démarche structurée de définition de sa raison d'être et de ses valeurs, en s'appuyant sur une consultation associant salariés, adhérents et élus mutualistes. Cette démarche a abouti à la validation par le Conseil d'administration de quatre valeurs fondatrices : l'honnêteté, socle de la relation entre la Mutuelle et ses adhérents ; la confiance, construite dans la durée à travers la qualité du service rendu ; l'efficacité, qui traduit l'exigence de performance et de fiabilité opérationnelle ; et la solidarité, valeur constitutive de l'identité mutualiste de GSMC, dont la Mutuelle s'attache à garantir la lisibilité et la pertinence pour ses adhérents.

Ces valeurs trouvent leur traduction concrète dans le mode de gouvernance retenu. Celui-ci repose sur trois niveaux d'acteurs : le Conseil d'administration et le Directeur général salarié, qui définissent la stratégie et valident les politiques écrites ; les dirigeants effectifs — Président et Directeur général —, qui en assurent la mise en œuvre et engagent la Mutuelle auprès des tiers ; enfin, les responsables des fonctions clés, qui contribuent au pilotage et à la surveillance de l'activité dans leurs domaines respectifs.

Cette organisation est fondée sur deux principes de contrôle interne : la direction effective repose sur le principe des quatre yeux, impliquant l'intervention conjointe des deux dirigeants effectifs sur les décisions et orientations significatives de la Mutuelle ; et le principe de la personne prudente, qui encadre la gestion des actifs dans le meilleur intérêt des adhérents.

En 2024, la Mutuelle a arrêté une trajectoire stratégique couvrant la période 2024-2028, visant à consolider son développement dans un cadre de maîtrise des risques et de robustesse financière. Les résultats de l'exercice 2025 illustrent les premiers effets tangibles de cette orientation.

Pour l'exercice 2025, la mutuelle présente ainsi les indicateurs de référence ci-dessous :

Indicateurs de référence	2025	2024
Cotisations nettes de taxes	253 189 K€	232 307 K€
Résultat de souscription	8 270 K€	473 K€
Résultat financier	3 267 K€	4 272 K€
Charges non-techniques : Commission d'entraide	-67 K€	-54 K€
Résultat exceptionnel	-12 K€	-426 K€
Impôts sur le résultat	-1 766 K€	113 K€
Résultat après impôt	7 966 K€	3 333 K€
Fonds propres Solvabilité 2	<b>114 100 K€</b>	<b>105 056 K€</b>
Ratio de couverture du SCR <sup>1</sup>	<b>170%</b>	<b>172%</b>
Ratio de couverture du MCR <sup>2</sup>	<b>680%</b>	<b>688%</b>

<sup>1</sup> Capital de Solvabilité Requis

<sup>2</sup> Minimum de Capital Requis

Les cotisations nettes de taxes s'établissent à 253 189 K€ en 2025, en progression de +9 % par rapport à 2024, après une hausse de +11,5 % en 2023. Cette dynamique confirme la poursuite du développement de l'activité.

Sur le plan de la solvabilité, le taux de couverture du SCR s'établit à 170 % à l'inventaire 2025. La légère diminution par rapport à 2024 (172 %) s'explique par la croissance du SCR de souscription (+11 %), en lien avec l'augmentation de l'activité, et non par une dégradation des fonds propres, qui progressent à 114 100 K€. Ce niveau demeure dans le cadre de l'appétence au risque définie par la Mutuelle. Le MCR est couvert à près de sept fois le minimum réglementaire, attestant d'une situation de solvabilité solide.

## A. Activité et résultats

### A.1. Activité

GSMC est une personne morale à but non lucratif résultant de la fusion en 2008 de la Mutuelle des Cadres Vauban et de la SMISO, régie par les dispositions du livre II du Code de la mutualité. Elle compte 46 Equivalent Temps Plein (ETP) en moyenne sur l'exercice 2025.

La mutuelle a donné mandat pour la certification de ses comptes annuels au Cabinet Grant Thornton dont le siège est situé au 20 rue du Pont 92578 Neuilly-sur-Seine, représenté par Monsieur Laurent Luciani.

La mutuelle détient les agréments pour l'exercice d'activités relevant du livre II du Code de la mutualité avec les branches suivantes de l'article R. 211-2 :

- branche 1 accident,
- branche 2 maladie,
- branche 20 vie-décès.

La mutuelle est positionnée sur le marché de la santé, à la fois sur les segments individuels et collectifs, ainsi que sur le champ de la prévoyance, notamment en matière de décès, d'incapacité et d'invalidité.

### A.2. Résultats de souscription

#### A.2.1. Le solde de souscription

##### A.2.2.1. Analyse du solde de souscription

Le solde de souscription 2025 s'établit à 8 270 K€, en nette amélioration par rapport aux 473 K€ enregistrés en 2024. Cette progression résulte principalement de trois facteurs : la politique d'indexation tarifaire appliquée au portefeuille Alptis, la constatation d'un boni de liquidation de 3 M€ — correspondant à un écart favorable entre les provisions antérieurement constituées et les règlements effectifs — et une progression des charges sensiblement inférieure à celle des cotisations.

(En K€)	2025	2024	Evolution
Cotisations émises	253 189	232 307	9,0%
Cotisations cédées	-10 731	-7 835	37,0%
Prestations et frais payés	-182 891	-176 811	3,4%
Prestations cédées ou acceptées	5 014	5 018	-0,1%
Charges nettes de cessions des provisions techniques	-5 909	-3 520	67,9%
Frais de gestion et commissions	-48 607	-46 963	3,5%
Frais de gestion et commissions cédées	2039	2313	-11,8%
Autres produits techniques	249	228	9,2%
Autres charges techniques	-4891	-6223	-21,4%
Produits des placements alloués à la souscription	795	954	-16,7%

Autres charges (Provision pour égalisation, participation au bénéfice)	13	1006	-98,7%
<b>Solde de souscription</b>	<b>8270</b>	<b>473</b>	1648,4%

Les cotisations progressent de +9 % en 2025, tandis que la charge de prestations n'augmente que de +3,4 %, grâce au redressement de certaines gammes déficitaires. À noter, la hausse des cotisations cédées (+37 %) reflète l'ajustement du programme de réassurance en lien avec la croissance de l'activité.

#### A.2.2.2. Analyse par ligne d'activité

### Résultats par ligne d'activité

Par activité, les comptes de résultats vie et non-vie font ressortir les indicateurs suivants :

Indicateur (en K€)	Net 31/12/2025	Net 31/12/2024
cotisations nettes — Non Vie	238 004	221 546
Cotisations nettes — Vie	4 455	2 926
Charge de prestations nette — Non Vie	177 930	170 947
Charge de prestations nette — Vie	1 213	2 335
Frais acquisition et administration. — Non Vie	45 351	43 791
Frais acquisition et administration — Vie	1 217	860
<b>Résultat technique Non Vie</b>	<b>6 867</b>	<b>1 658</b>
<b>Résultat technique Vie</b>	<b>1 403</b>	<b>-1 185</b>
<b>TOTAL RÉSULTAT TECHNIQUE</b>	<b>8 270</b>	<b>473</b>

### Résultats par ligne d'activité — Non-vie

(en K€)	Brut 2025	Cessions	Net 2025	Net 2024
Primes acquises	245 776	-7 773	238 004	221 546
Charge des sinistres	182 950	-5 020	177 930	170 947
dont prestations et frais payés	180 949	-4 127	176 823	169 314
dont provisions pour sinistres	2 000	-893	1 107	1 633
Charges des autres provisions techniques	7 329	-3 342	3 987	1 147
Frais d'acquisition et d'administration	46 897	-1 546	45 351	43 791
Autres charges techniques	4 839	0	4 839	6 104
Provision pour égalisation	-127	114	-13	-1 006
<b>Résultat technique Non-vie</b>	<b>4 846</b>	<b>2 021</b>	<b>6 867</b>	<b>1 658</b>

L'activité Non-vie affiche un résultat technique net de 6 867 K€, en forte progression par rapport aux 1 658 K€ de 2024, porté par la croissance des cotisations acquises (+7,4 %) et la maîtrise de la charge de prestations nette (+4,1 %). À noter, le résultat net est supérieur au résultat brut (4 846 K€), traduisant un effet favorable de la réassurance : les cessions de sinistres et de provisions techniques excèdent les cessions de cotisations, principalement en raison du boni de liquidation qui se matérialise via les cessions de provisions techniques.

### Résultats par ligne d'activité — Vie

(en K€)	Brut 2025	Cessions	Net 2025	Net 2024
Cotisations	7 413	-2 958	4 455	2 926
Charges des prestations	2 825	-1 612	1 213	2 335
dont prestations et frais payés	1 942	-887	1 055	2 479
dont provisions pour sinistres	883	-725	158	-144
Provisions d'assurance vie	994	-338	656	884
Frais d'acquisition et d'administration	1 710	-493	1 217	860
Autres charges techniques	52	0	52	119
<b>Résultat technique Vie</b>	<b>1 918</b>	<b>-515</b>	<b>1 403</b>	<b>-1 185</b>

L'activité Vie enregistre un redressement notable, passant d'un résultat négatif de -1 185 K€ en 2024 à un excédent de 1 403 K€ en 2025. Ce retournement s'explique par deux effets conjugués : la progression des cotisations brutes, l'amélioration de la sinistralité et la montée en charge du programme de réassurance, dont l'effet est particulièrement marqué sur les provisions pour sinistres — les cessions représentent 82 % des provisions brutes (725 K€ / 883 K€).

Les deux lignes d'activité contribuent donc positivement au résultat technique 2025. L'activité Non-vie, qui représente la part prépondérante du portefeuille, affiche un résultat technique de 6 867 K€, en forte progression par rapport aux 1 658 K€ de 2024, porté par la croissance des cotisations (+7,4 %) et la maîtrise de la charge de prestations (+4,1 %). L'activité Vie enregistre quant à elle un redressement notable, passant d'un résultat négatif de -1 185 K€ en 2024 à un excédent de 1 403 K€ en 2025, reflétant à la fois la progression des cotisations (+52 %) et la diminution significative de la charge de prestations (-48 %), traduisant le redressement des gammes concernées, l'absence de sinistres importants et un impact positif de la réassurance.

### A.3. Résultats des investissements

Au titre de son activité d'investissement, la mutuelle dispose d'un portefeuille de placements s'élevant à 129 847 K€ en valeur marché.

Classe d'actifs	Valeur comptable 2025	Valeur de marché 2025	+/- val. 2025	Valeur comptable 2024	Valeur de marché 2024	+/- val. 2024
Placements immobiliers	548	559	11	610	626	16
Parts d'OPCVM	54 588	59 268	4 680	53 128	55 687	2 559
Obligations	68 777	70 182	1 404	67 820	69 342	1 522
Dépôts et autres placements	5	5	0	5	5	0
<b>Total</b>	<b>123 918</b>	<b>129 847</b>	<b>5 928</b>	<b>121 563</b>	<b>125 340</b>	<b>3 778</b>

Le résultat financier de l'exercice se décompose ainsi :

(En K€)	2025	2024
Revenus des placements	2 951	2 290
Autres produits des placements	594	370
Produits provenant de la réalisation des placements	1 805	2 490
<b>Total produits</b>	<b>5 350</b>	<b>5 199</b>
Frais de gestion internes et externes	243	83
Autres charges des placements	1 525	593
Pertes provenant de la réalisation des placements	316	236
<b>Total charges</b>	<b>2 083</b>	<b>927</b>
<b>Résultat financier brut</b>	<b>3 267</b>	<b>4 272</b>
dont alloué au compte technique Vie	75	93
dont transféré au compte technique Non-vie	720	877
<b>Résultat financier net non technique</b>	<b>2 473</b>	<b>3 302</b>

#### Produits et charges financiers par classe d'actifs

Classe d'actifs (en K€, montants bruts avant allocation au compte technique Vie)	2025		
	Produits	Charges	Résultat net
Placements immobiliers	87	12	75
OPCVM	1 637	51	1 586
Obligations et titres à revenu fixe	3 085	464	2 621
Actions et participations	0	1 250	-1 250
Trésorerie et autres	465	243	222
<b>Total</b>	<b>5 350</b>	<b>2 083</b>	<b>3 267</b>

#### A.4. Résultats des autres activités

	2025	2024	Évolution
Autres produits non techniques	239	483	-50,50%

Les autres produits non techniques s'élevaient à 239 K€ en 2025, en diminution de 244 K€ par rapport à 2024 (483 K€). Cette évolution s'explique principalement par l'absence en 2025 d'une reprise de dépréciation sur le compte courant de la SAS Jemmapes Holding, qui avait contribué pour 101 K€ en 2024, et par la non-reconduction de subventions d'exploitation perçues en 2024 (54 K€ contre 3 K€ en 2025).

#### A.5. Autres informations

Aucune autre information importante ou qualifiée comme telle par la mutuelle, susceptible d'impacter l'activité ou les résultats, n'est à mentionner.

## B. Système de gouvernance

### B.1. Informations générales sur le système de gouvernance

#### B.1.a Organisation générale

Le choix du système de gouvernance de la mutuelle a été opéré en conformité avec les articles 41 à 49 de la Directive, transposés aux articles L. 114-21, L. 211-12 à 14 du Code de la mutualité et détaillés dans les articles 258 à 260, 266 à 275 des actes délégués.

La gouvernance de la mutuelle est ainsi fondée sur la complémentarité entre :

- les administrateurs élus (Conseil d'administration),
- la présidence et le Directeur général choisie pour ses compétences techniques et managériales (dirigeants effectifs),
- les fonctions clés en charge de prérogatives spécifiques (actuariat, gestion des risques, conformité et audit interne) devant soumettre leurs travaux au Conseil d'administration.

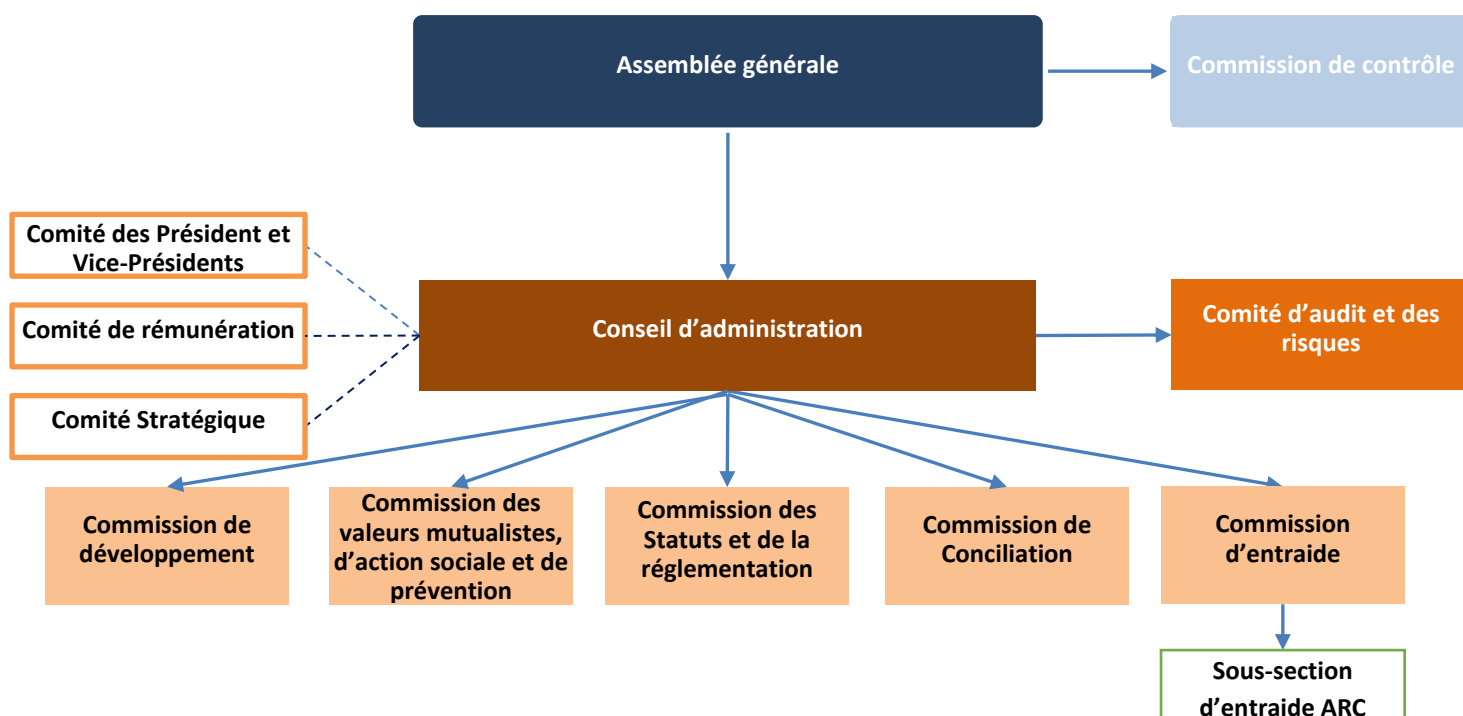
L'organisation générale de la gouvernance est prévue dans les statuts de la mutuelle, approuvée par l'Assemblée générale, et dans le règlement intérieur décrivant le fonctionnement du Conseil d'administration. Par ailleurs, ce dernier contribue annuellement à la revue des politiques écrites de la mutuelle.

Le Conseil d'administration de la Mutuelle GSMC est composé au 31 décembre 2025 de 18 membres.

Le Conseil d'administration peut également créer des commissions ou comités, à caractère temporaire ou permanent. Lors de l'exercice 2024, cinq commissions thématiques se sont réunies.

Les rôles et responsabilités des acteurs ont été clairement identifiés et définis, permettant ainsi de s'assurer d'une correcte séparation des tâches entre les fonctions d'administration, de gestion et de contrôle. Les canaux de communication entre ces acteurs ont été également définis.

Schématiquement, le système de gouvernance se présente comme suit :



## *B.1.b Assemblée générale*

### **Composition et réunions de l'Assemblée générale**

L'Assemblée générale réunit au moins une fois par an les délégués titulaires et suppléants, conformément à l'article 18 des statuts. Elle est composée des délégués titulaires et suppléants élus dans 11 sections de vote. Le nombre de délégués titulaires est défini par fraction complète ou non d'un nombre déterminé de délégués qui varie en fonction de la nature du contrat, individuel ou collectif.

## *B.1.c Le Conseil d'administration et ses émanations*

### **Prérogatives du Conseil d'administration**

Les principales prérogatives du Conseil d'administration fixées dans les statuts sont les suivantes :

- fixer les orientations stratégiques de la mutuelle,
- contrôler que les orientations soient mises en œuvre,
- rendre compte de ses travaux à l'Assemblée générale,
- veiller au respect des réglementations et des dispositions du Code de la mutualité.

En complément des statuts, dans le cadre de Solvabilité 2, le Conseil d'administration joue un rôle central dans le système de gouvernance de la mutuelle. A ce titre, il :

- fixe l'appétence et les limites de tolérance au risque,
- approuve la stratégie et les politiques de gestion des risques,
- fixe les principes généraux de la politique de rémunération et supervise sa mise en œuvre,
- est conseillé par le responsable de la fonction clé « Conformité » sur le respect des dispositions législatives réglementaires et administratives,
- détermine les actions qui sont menées pour chacune des conclusions et recommandations de l'audit interne et veille à leur bonne application,
- est informé du caractère adéquat et de la fiabilité des provisions techniques ainsi que de l'avis du responsable de la fonction actuariat à travers un rapport formalisé,
- s'assure que le système de gestion des risques est efficace,
- approuve et réexamine annuellement les politiques écrites,
- approuve les rapports sur la solvabilité et la situation financière et l'ORSA,
- en cas de recours à la sous-traitance, veille à ce que les dispositions afférentes pour chaque prestataire soient mises en place,
- assume la responsabilité finale du respect par l'organisme de la Directive Solvabilité 2,
- approuve les éléments du contrat de travail du Dirigeant opérationnel,
- fixe les délégations de pouvoirs au Président et au Dirigeant opérationnel.

### **Les commissions et comités du Conseil d'administration**

Le Conseil d'administration met en place, conformément au Code de la mutualité un Comité d'audit et des risques. En respect de ses statuts, le Conseil d'administration a également institué cinq commissions permanentes :

- la Commission de développement et des contrats courtés et à la carte,
- la commission des statuts et de la réglementation,
- la Commission d'action sociale et prévention, devenu action sociale, prévention valeurs mutualistes et formation,
- La Commission de conciliation,
- la Commission d'entraide.

Par ailleurs, la Mutuelle a également institué plusieurs comités ad hoc :

- Comité de rémunération,

- Comité des Présidents et Vice-Président,
- Comité stratégique.

A ces commissions et comité, il convient d'ajouter la Commission de contrôle qui est rattachée à l'Assemblée générale et une sous-section ARC rattachée à la Commission d'entraide.

- **Commission de Développement et des Contrats Courtés :**

La commission étudie et propose au Conseil d'administration, en collaboration avec les services opérationnels, toute évolution ou aménagement des gammes santé de la Mutuelle (nature des prestations, montant des cotisations), la création et la distribution de nouvelles offres produits.

Elle est chargée du suivi des performances du développement de la mutuelle à travers une approche « multicanal ». Elle recherche, propose et analyse tous les moyens (informatifs et commerciaux) à mettre en œuvre, concourant au développement quantitatif (en nombre d'adhérents) et qualitatifs (en termes de variété et d'efficience de l'offre globale de services) de la Mutuelle.

- **Commission des statuts et de la réglementation :**

La Commission des Statuts et de la Règlementation a pour missions d'étudier des sujets liés aux statuts de la Mutuelle et Règlement intérieur, d'émettre des avis sur l'ensemble des documents règlementaires soumis à validation du Conseil d'administration, et ainsi, à préparer les sujets en amont du Conseil d'administration (validation des rapports règlementaires par exemple) et en préparation de l'Assemblée générale pour les validations annuelles (politiques écrites notamment).

- **Commission d'Action Sociale, des Valeurs Mutualistes et Formations :**

Cette commission est chargée de :

- mener à terme les travaux d'identification et de description des valeurs mutualistes de GSMC,
- initier une véritable politique « ressources humaines » au sein du Conseil d'administration,
- recenser les besoins individuels ou collectifs de formation en fonction de l'actualité,
- étudier des dossiers de subventions après étude de demandes d'associations œuvrant dans un secteur connexe à celui de la santé,
- Elle propose au Conseil d'administration les règles générales d'attribution des aides par la commission d'entraide, vérifie la cohérence et la complémentarité du fonctionnement de celles-ci. Elle a fusionné avec la Commission des valeurs mutualistes et formation et assume désormais ses missions,
- prioriser les thèmes de formation, avoir un regard critique sur le contenu des formations afin de l'adapter aux attentes des administrateurs et délégués, suivre les participations.

- **Commission de Conciliation**

La Commission de conciliation est chargée de :

- trancher des litiges et éventuellement recevoir des adhérents qui le sollicitent,
- avoir une vision précise des sujets de réclamations traités par les services de la Mutuelle,
- suivre les demandes formulées auprès du médiateur professionnel,
- formaliser un rapport synthétique de l'activité de la Commission intégrant des préconisations d'améliorations en conséquence, présenté en Assemblée générale.

- **Les actions d'entraides et de prévention**

## La Commission d'entraide

La Commission d'entraide est instituée par le Conseil d'administration. Elle a pour objet l'attribution de secours d'entraide aux adhérents sous forme d'aides financières en cas de difficultés liées en particulier à la santé ou au handicap.

La Commission d'entraide de la Mutuelle se voit attribuer un budget particulier voté chaque année par le Conseil d'administration.

## Le care manager et les actions de prévention et d'accompagnement

Dans le cadre de sa stratégie d'action sociale, la Mutuelle a recruté en avril 2025 une coordinatrice de soins, dont la mission est d'accompagner de manière personnalisée les adhérents confrontés à des situations de vie difficiles, principalement les maladies graves et les situations de deuil. Ce dispositif, complémentaire aux aides financières de la Commission d'entraide, repose sur une approche humaine et individualisée : recueil des besoins, orientation vers les dispositifs d'aide existants, soutien psychologique et suivi dans la durée.

Les montants engagés pour ces différentes actions sont les suivantes pour l'exercice comptable 2025 sont les suivants :

	2025
Commission d'entraide	34 917 €
Aide financière Care manager	6 058 €
Action d'accompagnement du deuil	15 030 €
Actions de prévention	10 656 €
<b>TOTAL</b>	<b>66 661 €</b>

- **Comité d'audit et des risques :**

Ce comité est chargé du suivi :

- d'assurer le suivi du processus d'élaboration de l'information financière et de présenter ses recommandations et propositions pour en garantir l'intégrité,
- de suivre l'efficacité des systèmes internes de contrôle qualité et de gestion des risques ainsi que de l'audit interne au travers notamment des procédures en place,
- de suivre le contrôle légal des états financiers dont les comptes annuels et, le cas échéant, des comptes consolidés par les commissaires aux comptes,
- de s'assurer de l'indépendance des commissaires aux comptes sur la certification des comptes mais également sur le bien-fondé des autres prestations de services,
- de communiquer au Conseil d'administration les informations sur les résultats du contrôle légal des comptes et sur le rôle du Comité dans ce processus.

- **Commission de contrôle**

La Commission de Contrôle vérifie la bonne application des décisions de l'Assemblée générale ainsi que la pleine réalisation des missions confiées au Conseil d'administration. Les résultats de ses travaux sont consignés dans un rapport écrit, communiqué au Président du Conseil d'administration avant l'Assemblée générale et présenté à celle-ci. Ce rapport est annexé au procès-verbal de la délibération de l'Assemblée.

Elle est élue à bulletin secret, pour trois ans, par l'Assemblée générale parmi les délégués non-administrateurs. Elle est composée de 3 membres titulaires et 3 membres suppléants. Elle se réunit au moins une fois par an.

### *B.1.d Direction effective*

En application de l'article R. 211-15 du Code de la mutualité, la direction effective de la mutuelle est assurée par les deux Dirigeants effectifs nommés par le Conseil d'administration dont les fonctions ont été confirmées par l'ACPR après transmission des dossiers :

- le Président du Conseil d'administration, Monsieur M. Didier Bonneau depuis le 3 juillet 2023,
- le Directeur général, Monsieur Guillaume Georges depuis le 4 janvier 2016.

Dans le respect du principe des quatre yeux, les Dirigeants effectifs de la mutuelle sont impliqués dans les décisions significatives de la mutuelle, disposent de pouvoirs suffisants, d'une vue complète et approfondie de l'ensemble de l'activité.

#### **Prérogatives spécifiques du Président**

L'article 47 des statuts définit les missions du Président : celui-ci organise et dirige les travaux du Conseil d'administration dont il rend compte à l'Assemblée générale. À ce titre, il convoque le Conseil d'administration et l'Assemblée générale et établit l'ordre du jour des réunions. Il informe, le cas échéant, le Conseil d'administration des procédures engagées en application des articles L. 510-8 et L. 510-10 du Code de la mutualité.

Le Président :

- veille au bon fonctionnement de la mutuelle,
- s'assure en particulier que les administrateurs sont en mesure de remplir les attributions qui leur sont confiées,
- informe les commissaires aux comptes de toutes les conventions autorisées,
- engage les dépenses,
- représente la mutuelle en justice et dans tous les actes de la vie civile,
- est compétent pour décider d'agir en justice, ou de défendre la mutuelle dans les actions intentées contre elle.

Les pouvoirs relatifs aux dépenses et à la représentation de la mutuelle peuvent être délégués sur décision expresse du Conseil d'administration et dans le respect des règles de délégations de pouvoirs prévues aux statuts de la mutuelle :

- Aux dirigeants effectifs,
- au dirigeant opérationnel,
- à un ou des collaborateurs et salariés de la mutuelle,
- à des sous-traitants.

#### **Prérogatives spécifiques du Dirigeant opérationnel**

Le Directeur général assure la gestion opérationnelle de la mutuelle sous l'autorité du Conseil d'administration. Il est responsable de la mise en œuvre de la stratégie définie par le Conseil d'administration et du pilotage de l'ensemble des directions de la mutuelle. À ce titre, il dirige les services, prépare les décisions soumises aux instances et en assure l'exécution. Il dispose d'une délégation de pouvoir formalisée, mise à jour par décision du Conseil d'administration du 25 septembre 2024, couvrant notamment la gestion administrative courante, la négociation et la signature des conventions de partenariat et de réassurance, la représentation de la mutuelle auprès des tiers et le pilotage des fonctions clés. Il rend compte régulièrement au Conseil d'administration de l'avancement des activités, des résultats et des risques identifiés.

Un document de délégations de pouvoirs formalisé précise les périmètres respectifs des dirigeants effectifs et du dirigeant opérationnel. Ce document est tenu à jour et porté à la connaissance des instances concernées.

### *B.1.e Fonctions clés*

Les principales missions et responsabilités des fonctions clés sont décrites dans la suite du rapport.

Les modalités permettant aux responsables de la fonction clé de disposer de toute l'autorité, des ressources et de l'indépendance opérationnelle nécessaires afin de mener ses tâches à bien sont précisées dans la politique écrite idoine.

Les conclusions et recommandations des fonctions clés, ainsi que les propositions d'actions découlant de chacune d'entre elles, sont communiquées au Conseil d'administration ou, dans certains cas, au Comité d'audit et des risques par le responsable de la fonction clé. Le responsable de la fonction clé veille à ce que ces actions soient menées à bien et en rend compte au Dirigeant opérationnel ainsi qu'au Conseil d'administration ou au Comité d'audit et des risques tel que prévu à l'article L. 211-13 du Code de la mutualité.

### *B.1.f Eventuels changements importants survenus au cours de l'exercice*

Plusieurs évolutions significatives sont intervenues au cours de l'exercice 2025 dans le système de gouvernance de la mutuelle.

Sur le plan des instances, l'Assemblée générale du 5 juin 2025 a procédé au renouvellement du tiers sortant du Conseil d'administration, avec l'élection de six nouveaux administrateurs, ainsi qu'au renouvellement complet de la Commission de contrôle. Par ailleurs, l'exercice a été marqué par le décès d'un administrateur et la démission d'un autre administrateur.

Sur le plan des commissions, la Charte du Comité d'audit et des risques a été révisée afin d'adapter son fonctionnement à la réalité opérationnelle, notamment s'agissant du nombre minimal d'administrateurs membres, des délais de convocation et de la durée du mandat du Président. Ces modifications ont été entérinées par le Conseil d'administration dans le cadre de la révision du règlement intérieur.

### *B.1.g Pratique et politique de rémunération*

#### **Les administrateurs et les délégués**

Le versement d'indemnités aux administrateurs de mutuelles est organisé par les dispositions de l'article L. 114-26 du Code de la mutualité précisant notamment la gratuité des fonctions avec une exception lorsque l'importance de l'organisme le nécessite et qu'une décision a été prise lors d'une Assemblée générale. En 2025, une indemnité validée par l'Assemblée générale a été versée au Président de la Mutuelle.

La mutuelle rembourse les frais des administrateurs sur la base de justificatifs.

#### **Le Dirigeant opérationnel**

La rémunération du Dirigeant opérationnel est définie par le Conseil d'administration.

Celle-ci ne comprend pas d'indexation directe ou indirecte sur le chiffre d'affaires de la mutuelle. Le Dirigeant opérationnel bénéficie du régime de retraite complémentaire et de retraite anticipée accordés à l'ensemble des salariés de la mutuelle et conformément à la législation en vigueur.

En application de l'article 275 du règlement délégué, un cinquième de la part variable du Dirigeant opérationnel pour l'année 2025 sera payé de manière différée, selon les mêmes critères d'appréciation.

#### **Les fonctions clés**

La rémunération des responsables des fonctions clés internalisées est définie en respect de la politique de rémunération en vigueur et ne comprend pas d'indexation directe ou indirecte sur le chiffre d'affaires de la mutuelle.

Aucune transaction importante n'a été conclue durant la période de référence avec des personnes exerçant une influence notable sur la mutuelle ou des membres de l'organe d'administration, de gestion

ou de contrôle.

### ***B.1.h Adéquation du système de gouvernance<sup>3</sup>***

Le Conseil d'administration a un rôle de surveillance quant aux travaux effectués par les Dirigeants effectifs et fonctions clés, au regard de leurs prérogatives.

Ce dernier assure également une revue annuelle des politiques écrites afin que celles-ci soient appliquées et respectées.

Les modifications statutaires nécessaires à l'évolution de la structure de la gouvernance sont proposées par le Conseil d'administration à l'Assemblée générale.

La délégation de responsabilité au sein de la mutuelle est constituée d'une délégation de pouvoir du Conseil d'administration au Directeur général en sa qualité de Dirigeant opérationnel ou aux opérationnels GSMC. Celle-ci est réalisée en application de l'article L. 211-14 du Code de la mutualité.

## **B.2. Exigences de compétences et d'honorabilité**

Conformément à l'article 42 de la Directive Solvabilité 2, transposé au travers de l'article L.114-21 du Code de la mutualité et développé aux articles 258 et 273 du règlement délégué, les administrateurs, les dirigeants et responsables des fonctions clés sont soumis à une exigence double de compétence et d'honorabilité.

### ***B.2.a Politique de compétence et d'honorabilité***

A cet effet, la mutuelle a défini une politique de compétences et d'honorabilité validée par le Conseil d'administration qui prévoit :

- la constitution d'un dossier individuel de compétences et d'honorabilité pour les Dirigeants effectifs et les responsables de fonctions clés, mentionnant l'expérience professionnelle ainsi que les formations suivies,
- les modalités d'évaluation de l'honorabilité et des compétences ainsi que de formation et de constitution des dossiers au travers de procédures pour le Dirigeant opérationnel, les responsables de fonctions clés et les élus,
- les modalités d'évaluation de l'intégrité des acteurs de la gouvernance. A cette fin, la Mutuelle a constitué un dossier de conformité pour chaque administrateur comprenant un CV, un extrait de casier judiciaire, une attestation d'honorabilité, la signature de la charte des Administrateurs la signature du règlement intérieur du Conseil d'administration et la liste des mandats éventuellement exercés au sein d'autres organismes assurantiels.

Par ailleurs, une charte de compétence et d'honorabilité définissant les droits et obligations des administrateurs a été adoptée lors du Conseil d'administration du 16 décembre 2019.

### ***B.2.b Exigences d'honorabilité et d'intégrité et processus d'appréciation***

---

<sup>3</sup> Article 51 de la Directive

Les exigences d'honorabilité pour l'ensemble des acteurs de la gouvernance sont assurées par la présentation, pour le Dirigeant opérationnel et les responsables de fonctions clés, des documents suivants :

- une copie recto verso d'une pièce d'identité en cours de validité,
- un curriculum vitae à jour,
- une copie des diplômes,
- un extrait de casier judiciaire de moins de 3 mois (bulletin n°3),
- la liste des mandats éventuellement exercés au sein d'autres organismes assurantiels,
- la signature de la charte des administrateurs,
- une déclaration sur l'honneur attestant du respect de la condition d'honorabilité.

Chaque candidat au poste d'administrateur doit adresser à la Direction générale un dossier complet comprenant en plus des pièces précitées la liste de leurs mandats exercés dans des organismes similaires.

Ces exigences d'honorabilité sont renouvelées pour tout nouvel administrateur.

Le Dirigeant opérationnel et les responsables des fonctions clés sont tenus de déclarer toute activité de nature à entraîner un risque de conflit d'intérêt avec la Mutuelle auprès du Président du Conseil d'administration. Il réalise une attestation avec toutes les informations pertinentes relatives à leurs situations personnelles.

### *B.2.c Exigences de compétence et processus d'appréciation*

- **Administrateurs**

La compétence des administrateurs s'apprécie de manière collective au travers de la diversité des aptitudes, compétences, diplômes et/ou formations.

Afin d'assurer la compétence des administrateurs, la mutuelle a mis en place les éléments suivants :

- dossier de compétence pour chaque administrateur (connaissances, diplômes, expérience professionnelle, expérience en tant qu'administrateur),
- parcours spécifique de formation pour les nouveaux administrateurs si nécessaire.

### **Dirigeants effectifs et Responsables de fonctions clés**

Le contrôle des exigences de compétence pour les Dirigeants effectifs est assuré par le Conseil d'administration.

- **Dirigeant opérationnel**

Lors de son recrutement, le Dirigeant opérationnel doit présenter un dossier complet incluant toutes les éléments permettant l'appréciation de son parcours professionnel et de ses compétences. Il fournit toutes les pièces justificatives relatives à son parcours (CV, copie de son/ses diplôme(s), lettres de recommandation éventuelles, attestation de formations...).

Le candidat est tenu de présenter toutes les pièces permettant d'apprécier son honorabilité : pièce d'identité, extrait de casier judiciaire et déclaration sur l'honneur d'honorabilité.

Le Dirigeant opérationnel est ensuite nommé par le Conseil d'administration sur proposition de son Président. Avant cette nomination, le Conseil prend connaissance de son parcours professionnel, ses expériences et compétences.

- **Fonctions clés**

Lors de leur recrutement, les candidats s'entretiennent avec le Dirigeant opérationnel et lui fournissent les pièces nécessaires à l'appréciation de leurs compétences (CV, copie de leur(s) diplôme(s), lettres de

recommandation éventuelles, attestation de formations...). Le Dirigeant opérationnel vérifie les diplômes qu'ils ont obtenus, leurs expériences professionnelles et apprécie également leur maîtrise des connaissances nécessaires à l'exercice de leurs fonctions.

Sur proposition du Dirigeant opérationnel, le Conseil d'administration valide la nomination des responsables des fonctions clés.

Il appartient au Dirigeant opérationnel de vérifier la mise en œuvre effective des tâches à effectuer par les responsables des fonctions clés notamment lors de l'entretien annuel d'évaluation. Il peut décider d'organiser une formation en cours d'exercice s'il détecte un défaut de connaissance ou une remise à niveau nécessaire.

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

#### ***B.3.a Organisation du système de gestion des risques***

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

A cet effet, la mutuelle a mis en place un dispositif de gestion des risques dont l'organisation est définie dans la politique de gestion des risques et validée par le Conseil d'administration. L'organisation du système de gestion des risques est la suivante.

- **Mission de la fonction gestion des risques**

Cette fonction a pour vocation de porter la responsabilité de la mise en œuvre et de la coordination du processus d'identification des risques.

Elle supervise les travaux de cartographie et de suivi des risques en les centralisant et en interprétant un faisceau d'informations provenant de multiples sources internes et externes (comptabilité générale, production, suivi des placements, gestion des adhérents, etc.).

Elle contribue à l'élaboration du cadre d'appétence au risque, au suivi des indicateurs associés et à l'animation du dispositif ORSA, ainsi qu'au suivi des plans d'actions engagés en matière de maîtrise des risques.

La fonction gestion des risques est associée aux décisions structurantes susceptibles d'avoir un impact significatif sur le profil de risque de la Mutuelle, notamment en matière de développement d'activité, de recours à la réassurance et d'évolution des dispositifs d'externalisation.

Elle dispose par ailleurs d'un droit d'alerte auprès de la Direction générale et des instances de gouvernance en cas d'identification d'un risque significatif ou d'écart par rapport au cadre d'appétence au risque défini par le Conseil d'administration.

Elle effectue une restitution synthétique à la Direction générale et au Conseil d'administration.

- **Les composantes de la fonction gestion des risques**

#### **Positionnement**

La fonction gestion des risques est exercée de manière indépendante des activités opérationnelles. À ce titre, elle dispose d'un accès direct à la Direction générale ainsi qu'aux instances de gouvernance, notamment au Comité d'audit et des risques et au Conseil d'administration, auxquels elle peut présenter ses analyses et recommandations.

La fonction de gestion des risques est placée sous l'autorité de la Direction générale.

## **Droits et obligations**

La fonction de gestion des risques a accès aux documents, données, locaux et personnes nécessaires à sa mission. Les activités ou services délégués à des opérateurs ou prestataires externes sont inclus dans le périmètre de contrôle de la fonction de gestion des risques.

A cette fin, la mutuelle s'engage à ce que les contrats noués avec d'éventuels délégataires prévoient la possibilité, pour la mutuelle, de suivre et contrôler les activités déléguées. Les modalités de ce contrôle sont définies dans la politique de sous-traitances et d'audit.

Lorsque la fonction de gestion des risques souhaite entendre une personne, l'organisation de cette audition doit s'effectuer en respectant les lignes hiérarchiques en place. La fonction de gestion des risques n'a pas libre accès à l'ensemble du personnel de la mutuelle ou de ses sous-traitants.

Si l'accès aux informations nécessaires est refusé au responsable de la fonction de gestion des risques, il doit en informer graduellement, le management du service concerné, la Direction générale et, en dernier recours, le Conseil d'administration.

Le responsable de la fonction de gestion des risques doit – sans délai et par tout moyen – porter à la connaissance de la Direction générale et du Conseil d'administration tout risque significatif imminent.

### ***Pilotage de la fonction gestion des risques***

Le Conseil d'administration désigne officiellement un responsable de la fonction gestion des risques et lui met à disposition les moyens et ressources nécessaires pour réaliser les objectifs définis.

Cette désignation est immédiatement notifiée à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution selon la procédure définie par cette dernière.

Ce dispositif est pleinement intégré à l'organisation et au processus décisionnel. Pour cela il repose sur :

- un cadre de risques revu annuellement déterminant l'appétence et la tolérance aux risques de la mutuelle, défini par le Conseil d'administration en lien avec la stratégie,
- des politiques de gestion des risques fixant les indicateurs de suivi des risques et limites associées conjointement, définis par les managers opérationnels, la fonction clé gestion des risques et la Direction puis validés par le Conseil d'administration,
- un processus de suivi régulier des indicateurs et limites remontant jusqu'à la Direction et le Conseil d'administration ainsi que des modalités d'alerte en cas de détection de risques importants potentiels ou avérés.

Cette organisation du système de gestion des risques est complétée par une démarche risque précisée dans la suite du rapport dans le paragraphe afférent au profil de risque.

S'agissant des risques évoqués dans la politique, ceux-ci ont été définis et validés au sein de la mutuelle et sont les suivants :

- la souscription et le provisionnement,
- la gestion actif-passif,
- les investissements, en particulier dans les instruments dérivés et engagements similaires,
- le risque de réputation,
- la gestion du risque de liquidité et de concentration,
- la gestion du risque opérationnel,
- la réassurance et les autres techniques d'atténuation du risque.

Il est prévu de compléter la politique de gestion des risques du risque lié aux technologies de l'information et de la communication.

Ces risques relèvent de trois grandes familles qui sont les risques assurance, les risques financiers ainsi que les risques opérationnels.

La méthodologie d'élaboration de la cartographie des risques a fait l'objet d'une refonte complète en

2025, avec l'appui d'un cabinet externe spécialisé dans le secteur mutualiste. Cette démarche s'inscrit dans le prolongement des attentes formulées par le Comité d'audit et des risques et des remarques issues du contrôle ACPR.

La nouvelle approche repose sur une démarche « top-down », permettant à la Direction générale d'identifier les risques majeurs de la mutuelle, complétée par des entretiens avec les porteurs de risques désignés et des responsables de fonctions clés. La cotation des risques combine la fréquence d'occurrence et l'impact, selon quatre niveaux chacun, permettant de distinguer un risque brut — apprécié indépendamment des dispositifs de maîtrise — et un risque net, après prise en compte de l'efficacité des dispositifs de maîtrise des risques (DMR) en place. Un processus d'escalade formalisé a été défini, précisant les conditions de remontée aux différents niveaux de gouvernance.

Six risques majeurs ont été identifiés : l'externalisation de la gestion, la qualité des données transmises par les délégataires, le risque technique en prévoyance, la cybersécurité, la surexposition à la branche santé et la gouvernance. Pour chacun de ces risques, des scénarios concrets ont été définis, les DMR existants ont été recensés et évalués, et des plans d'actions ont été formalisés.

La cartographie ainsi constituée a été présentée au Comité d'audit et des risques en septembre et décembre 2025, puis soumise au Conseil d'administration en décembre 2025. Sa finalisation complète est prévue au cours des deuxième et troisième trimestres 2026, selon la méthode validée.

### *B.3.b Evaluation interne des risques et de la solvabilité*

L'évaluation interne des risques et de la solvabilité communément appelée ORSA est définie à l'article 45 de la Directive Solvabilité 2. Il s'agit d'un dispositif fondamental au système de gouvernance, mis en œuvre afin d'aider la mutuelle à évaluer en permanence sa situation interne selon les risques identifiés et de mesurer leurs conséquences éventuelles sur les exigences quantitatives de solvabilité.

Le dispositif d'évaluation interne des risques et de la solvabilité est intégré au fonctionnement de la mutuelle et s'inscrit dans le cadre du dispositif de gestion des risques sous les principes suivants :

- une validation des hypothèses et du rapport ORSA par le Conseil d'administration qui peut selon son jugement exiger de revoir et/ou corriger des paramètres concernant l'environnement externe (concurrence, juridique, économie, fiscalité, etc.) ou interne (interdépendances de décisions, évolution du niveau d'appétence aux risques fixé, adaptation de la stratégie et/ou de l'organisation, etc.),
- une démarche ORSA placée sous la responsabilité du Conseil d'administration avec la contribution de la direction générale la mutuelle.

L'ORSA est considéré comme un outil de pilotage de la mutuelle qui permet d'apporter des éléments d'analyse sur :

- la fixation l'indexation des cotisations de l'exercice suivant,
- le plan de réassurance,
- la politique d'investissements,
- l'impact du développement de nouveaux produits,
- Tout autre événements interne ou externe impactant l'activité de la Mutuelle.

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

Pour cela, la démarche ORSA de la mutuelle se fonde sur les étapes suivantes :

- une évaluation de son besoin global de solvabilité par ajustement ou ajout de modules de risques à la formule standard,
- un respect permanent des exigences réglementaires en projetant l'activité de la mutuelle dans des conditions normales et dans des conditions adverses,
- une étude de la déviation du profil de risque de la mutuelle par rapport à la formule standard

proposée par la législation.

Les hypothèses et scénarios retenus pour l'établissement de ces estimations quantitatives sont documentés dans le rapport ORSA de la mutuelle. Ils sont validés préalablement à l'établissement du rapport par le Conseil d'administration.

Ainsi, la Mutuelle GSMC dispose à tout moment des documents suivants :

- le dossier de chaque ORSA,
- un rapport ORSA à destination de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution.

Il est à noter qu'en cas de changement brutal de la conjoncture économique ou en cas de développement de nouveaux projets stratégiques, le dispositif permet de déclencher un ORSA à tout moment. Cela a été le cas par exemple en 2017 lorsque les modalités d'un partenariat en cours de négociation ont été fixées et en juin 2020 pour apprécier le risque de la crise de la Covid-19. Ainsi, en 2023, la stratégie votée par le Conseil d'administration a fait des tests spécifiques de résistance dans le cadre du rapport ORSA et en 2024, différents scénarios ont été projetés dans l'ORSA notamment un échec de la stratégie, la perte d'une part importante des apporteurs d'affaires de GSMC, une inflation non maîtrisée.

En 2025, le Conseil d'administration a retenu quatre scénarios. Le scénario central projette une progression du chiffre d'affaires de 232 à 312 millions d'euros à l'horizon 2029, avec un ratio de couverture du SCR s'établissant à 166 %, dans l'intervalle d'appétence au risque fixé à 175 % plus ou moins 30 points. Trois scénarios stressés ont été testés : une dérive significative de la sinistralité en prévoyance, dont l'impact reste limité grâce au programme de réassurance ; une acquisition stratégique de 15 millions d'euros, qui améliorerait le ratio de solvabilité à 175 % ; et la mise en place d'une grande sécurité sociale à partir de 2028, qui, malgré une baisse de 75 % du chiffre d'affaires santé, laisserait le ratio de couverture du SCR à 184 % grâce à la structure de coûts majoritairement variables de la Mutuelle. Ces résultats confirment la résilience du modèle économique de la Mutuelle dans des conditions adverses. Le rapport ORSA 2025 a été validé par le Conseil d'administration lors de sa séance du 17 décembre 2025.

En ce qui concerne les risques liés aux technologies de l'information et de la communication, leur identification et leur évaluation s'effectue dans le cadre de la cartographie des risques, ainsi que lors des audits réalisés par la mutuelle pour tester la robustesse de son système d'information.

A ce titre, la mutuelle a fait réaliser plusieurs audits externes sur les deux derniers exercices :

- un audit portant sur l'environnement de contrôle informatique, les contrôles généraux informatiques et les contrôles applicatifs portant sur les processus métiers de la mutuelle ainsi que sur ceux de son principal délégataire de gestion Henner, identifié comme prestataire TIC critique.
- un audit de son dispositif de cybersécurité ainsi qu'un audit d'intrusion physique. Ces audits ont permis de vérifier l'architecture des réseaux physiques et logiques et de déterminer (notamment) l'adéquation des mesures de protection de l'information au sein des différents sites. Le rapport d'audit a été jugé globalement satisfaisant.
- un troisième audit sur la robustesse des environnements Data et Microsoft 365 de la mutuelle face aux menaces cyber. Le rapport mentionne un écosystème maîtrisé par rapport aux menaces externes et un environnement Microsoft 365 configuré de façon adéquate.

L'ensemble de ces audits a donné lieu à la définition et au déploiement d'un plan d'actions afin de renforcer le dispositif existant et mettre en œuvre les actions nécessaires pour maîtriser les risques identifiés.

En ce qui concerne les prestataires tiers de services TIC considérés comme critiques, la mutuelle a notamment identifié les prestataires auxquels elle délègue sa gestion ainsi que certains prestataires informatiques. Ces derniers sont recensés au sein du Registre d'information.

Le principal délégataire de gestion de la mutuelle, Henner, a été inclus dans le périmètre du premier audit mentionné ci-dessus. Le cabinet d'audit a constaté que les travaux conduits dans le cadre de la

certification ISAE 3402 de type I ont significativement amélioré son dispositif de contrôle interne. Il a également noté une amélioration continue, notamment avec la mise en place de différents tests de sécurité informatique incluant des tests d'intrusion spécifiques et de phishing.

Le second délégataire de gestion majeur de la mutuelle, Alptis, est certifié ISAE 3402 de type II. A ce titre, une cartographie des risques TIC est définie et mise à jour régulièrement. Un Comité stratégique Sécurité Informatique se réunit trimestriellement pour valider et suivre l'avancement de la feuille de route des systèmes d'informations. Une politique de sécurité des systèmes d'informations est établie et régulièrement mise à jour. Un plan d'urgence et de poursuite des activités permet d'assurer la continuité des activités métiers en cas de crise. Les changements sont traités suivant un processus formalisé selon leur typologie. L'ensemble des systèmes (bases de données, serveurs, réseau...) sont supervisés via des indicateurs et des alertes.

Par ailleurs, la mutuelle formalise l'intégration des risques liés aux TIC dans le cadre de gestion des risques opérationnels en vigueur.

### *B.3.c Rôle spécifique de la fonction gestion des risques*

Dans le cadre du système de gestion des risques, le responsable de la fonction gestion des risques assume les prérogatives spécifiques suivantes :

- piloter la cartographie des risques
- assistance à la mise en œuvre du système de gestion des risques,
- suivi du système de gestion des risques et du profil de risque de la mutuelle,
- déclaration des expositions aux risques et assistance sur son domaine au Conseil d'administration,
- identification et évaluation des risques émergents.

La fonction clé gestion des risques travaille en étroite collaboration avec les fonctions contrôle interne et actuariat afin de garantir une vision globale et cohérente des risques auxquels l'organisme est exposé. Cette collaboration permet de croiser les analyses, de mieux identifier les zones de vulnérabilité, et d'assurer une meilleure articulation entre les dispositifs de maîtrise des risques et les évaluations techniques. Les interactions sont détaillées dans les politiques écrites de la Mutuelle.

### *B.3.d Fonction de contrôle du cadre de gestion du risque lié à l'utilisation des technologies d'information et de communication*

Conformément à l'article 6 du règlement DORA (UE) n°2022/2554, la mutuelle confie la responsabilité de la gestion et de la surveillance du risque lié aux technologies de l'information et de la communication (TIC) à la fonction clé gestion des risques, assurée par Mme Julie Villandre au 31 décembre 2025.

Dans ce cadre, la mutuelle a constitué un registre d'information recensant l'ensemble de ses prestataires tiers de services TIC, avec identification des prestataires critiques. Parmi ceux-ci figurent notamment le principal délégataire de gestion Henner, dont le système de gestion a fait l'objet d'audits informatiques spécifiques, ainsi que certains prestataires assurant l'hébergement et la maintenance des systèmes d'information de la mutuelle.

Les risques liés aux TIC sont intégrés à la cartographie des risques de la mutuelle, au sein de laquelle le risque de cybersécurité constitue l'un des six risques majeurs identifiés. Trois scénarios principaux ont été analysés : fuite de données, attaque par rançongiciel et défaut d'intégrité des données. Pour chacun, les dispositifs de maîtrise en place ont été évalués et un plan d'actions a été défini, portant notamment sur le renforcement des dispositifs de détection, de sauvegarde et de continuité d'activité, ainsi que sur la mise en place d'une solution externalisée d'analyse des logs.

La mutuelle poursuit ses travaux de mise en conformité avec le règlement DORA, dont l'entrée en application est suivie en lien avec la fonction conformité.

## B.4. Système de contrôle interne

### *B.4.a description du système*

En application de l'article 46 de la Directive et de l'article 266 des actes délégués, la mutuelle est tenue de mettre en place un système de contrôle interne.

Dans ce contexte, la mutuelle dispose d'un dispositif de contrôle interne efficace. En vue de se conformer également à l'article 41-3 de la Directive et de l'article 258-2 des actes délégués, la mutuelle a défini une politique de contrôle interne décrivant les objectifs, responsabilités, processus et procédures de contrôle interne.

Les principaux objectifs des procédures de contrôle interne sont de :

- prévenir et maîtriser les risques résultant de l'activité de la mutuelle, et les risques d'erreurs ou de fraudes, en particulier dans les domaines comptables et financiers,
- assurer le bon fonctionnement des processus internes de la Mutuelle,
- l'atteinte des objectifs fixés tout en conservant la maîtrise des risques liés à l'activité,
- la bonne application de l'ensemble des normes applicables à l'activité de la Mutuelle et à son fonctionnement interne,
- d'une façon générale, la maîtrise de ses activités, l'efficacité de ses opérations et l'utilisation efficiente de ses ressources,
- veiller à ce que les actes de gestion ou de réalisation des opérations déléguées, ainsi que les comportements des personnels (internes et personnels en charge des activités déléguées) s'inscrivent dans le cadre :
  - des orientations données par le Conseil d'administration de la mutuelle,
  - des lois et règlements en vigueur (conformité),
  - des valeurs, normes et règles internes à la mutuelle.

L'ensemble de ces éléments doit être mis en lien avec la situation propre à la Mutuelle et avec la stratégie arrêtée par cette dernière. En effet, le recours aux services de plusieurs délégataires de gestion dont trois importants (Henner, Alptis et Agéo) peut avoir pour effet de rendre certaines procédures et certains processus plus difficilement évaluables dans une approche basée sur le risque. Cette situation peut entraîner une maîtrise du risque insuffisante au regard des exigences, notamment réglementaires. C'est pour cette raison que la Mutuelle doit porter une attention particulière à l'élaboration, la mise en œuvre et l'actualisation de son système de contrôle interne.

Il repose sur :

- un cadre de contrôle interne, défini dans la politique de contrôle interne de la mutuelle et plan de contrôle organisé par Direction et par processus et revu annuellement, recensant les contrôles en place en couverture des risques identifiés dans la cartographie des risques. Les contrôles peuvent être qualifiés de premier niveau lorsqu'ils sont réalisés par les opérationnels et managers opérationnels ou de deuxième niveau lorsqu'ils sont réalisés par un collaborateur indépendant des opérations contrôlées,
- un plan de conformité renouvelé annuellement visant à piloter l'activité de conformité et porté par la fonction de vérification de la conformité,
- les moyens pour le responsable du contrôle interne d'obtenir toute information lui permettant de réaliser ses missions, notamment :
- dans le cadre de la création ou de la modification de la cartographie des risques, des informations concernant le système de contrôle interne pourront être obtenues notamment auprès des autres responsables des fonctions clés, de la Direction générale, du Conseil d'administration, des commissaires aux comptes ou encore des responsables de chaque activité. En effet, ces derniers représentent des relais d'informations et sont force de propositions dans le cadre de la mise à jour des procédures et de maîtrise des risques,

- de manière permanente, les responsables de l'audit interne et de la conformité doivent être destinataires de l'ensemble des informations et modifications concernant les procédures et processus entrant dans le cadre du contrôle interne de la mutuelle.

Dans ce cadre, sont menées à bien les missions suivantes :

- identifier les risques potentiellement importants et fournir au Conseil d'administration des informations sur d'autres domaines de risques spécifiques et ce, de sa propre initiative ou à la demande du Conseil ou des dirigeants effectifs,
- participer à la construction de la cartographie des risques de la mutuelle en collaboration avec les organes concernés afin de s'assurer de sa cohérence avec la stratégie définie,
- organiser, en fonction des activités considérées comme les plus à risques, des actions de maîtrise de ces risques et en assurer le suivi dans l'application et dans les effets. Ce dernier ayant pour conséquence l'actualisation de la cartographie des risques de la mutuelle,
- s'assurer de la cohérence, de l'efficacité et de l'amélioration continue du système de contrôle interne de la mutuelle.

### **Évolutions du dispositif en 2025 et perspectives**

Dans le prolongement des conclusions du contrôle ACPR portant sur l'externalisation et le pilotage technique de la mutuelle, la Direction a engagé une réflexion sur le renforcement du dispositif de contrôle interne, dont le niveau de formalisation et de documentation a été identifié comme nécessitant des améliorations par la mission de contrôle.

À ce titre, La Mutuelle poursuit la formalisation des contrôles de premier et de deuxième niveau, avec une documentation progressive des dispositifs existants et l'intégration de ces contrôles dans le plan de contrôle interne, et a prévu de renforcer le dispositif de contrôle interne, notamment avec le recrutement d'une ressource supplémentaire dédiée. Cette évolution vise à renforcer la supervision des activités déléguées et à mieux documenter les contrôles effectués sur l'activité de la mutuelle.

Le Comité d'audit et des risques assure un suivi régulier de l'avancement de ce plan, avec présentation périodique au Conseil d'administration.

#### ***B.4.b Rôle spécifique de la fonction conformité***

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

Le suivi et la responsabilité de la politique de conformité votée par le Conseil d'administration sont confiés au responsable de la fonction clé conformité de la Mutuelle

Le risque de non-conformité interne correspond à l'ensemble des risques afférents au non-respect des règles internes de la mutuelle en particulier :

- les règles de gouvernance (statuts, règlements intérieur),
- les règles de délégation de pouvoir au sein de la mutuelle,
- la non-application effective de décisions prises par les instances ou les Dirigeants effectifs.

Le risque de non-conformité externe correspond aux risques induits par le non-respect de la réglementation applicable à l'activité de la mutuelle, en particulier les risques sensibles suivants :

- risque de lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme, qui fait l'objet d'un rapport spécifique remis à l'ACPR,
- le risque sur la protection de la clientèle, faisant l'objet d'une enquête annuelle de l'ACPR,
- la délégation de gestion,
- les grands risques de conformité liés à l'activité d'assurance : données personnelles, données

médicales, fiscalité des opérations...

- L'identification des risques de non-conformité fait l'objet de travaux annuels par le responsable.

La configuration de GSMC fait reposer une large partie du risque de non-conformité sur ses prestataires de gestion notamment en matière d'opérations d'assurance, de protection de la clientèle, de protection des données personnelles ou de fraude interne et externe. Ce risque supplémentaire oblige GSMC à mener une analyse des procédures en place notamment au travers d'audits. Il a également été inscrit au sein du contrat liant les deux parties, une obligation d'adaptation notamment au niveau réglementaire.

Parmi les principales thématiques sensibles restant « totalement » à la charge de la Mutuelle, on peut identifier le fonctionnement institutionnel (avec le risque de non-application des décisions prises) ou encore la rédaction et la communication d'états et de rapports auprès de l'Autorité de Contrôle.

Certains sujets sont traités en commun ou sous le contrôle de la Mutuelle comme la lutte anti-blanchiment et le financement du terrorisme où le niveau opérationnel est confié aux délégataires et où la supervision est faite par la Mutuelle notamment par l'intermédiaire du déclarant et du correspondant Tracfin désignés en interne.

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

Un plan de conformité est déterminé annuellement par le responsable de la fonction conformité puis validé par le Conseil d'administration. Il détaille les risques de non-conformités identifiées par la cartographie des risques en fonction de leur classification et de leur importance et les actions menées pour y remédier.

La fonction de vérification de la conformité est également consultée pour avis, régulièrement dans le cadre du Comité d'audit et des risques ou ponctuellement à l'initiative notamment de la direction et du Conseil d'administration, sur toute question réglementaire ou de conformité liée aux activités d'assurance ou de réassurance dont les aspects de fraude, lutte anti-blanchiment, lutte contre le terrorisme, la protection de la clientèle.

La politique de conformité décrit en détail ses responsabilités, les contours de sa mission et les modalités de suivi.

## **B.5. Fonction d'audit interne**

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

L'objectif principal étant de garantir à la Mutuelle la maîtrise de ses opérations en fonction de son profil de risque et de sa stratégie et ce, dans le respect des exigences de toutes natures qui lui incombent. L'audit interne permet également de s'assurer de la mise en œuvre des prescriptions de la Mutuelle par ses propres services ou par ses délégataires. Il s'agit donc de soumettre les éventuels partenaires et sous-traitants à un examen critique sur les prestations offertes et sur les performances. Enfin, il permettra de contrôler l'efficacité, la pertinence et/ou la suffisance des processus et procédures en place. Au-delà de la dimension de contrôle et de vérification, l'audit interne propose à la Mutuelle des pistes d'amélioration et des recommandations notamment pour revoir les procédures et processus en place, limiter les risques ou encore assurer la conformité.

La stratégie menée par la Mutuelle notamment au niveau de sa gestion (déléguée à un prestataire) et des canaux de commercialisation utilisés (par l'intermédiaire de nombreux courtiers et délégataires de gestion) donne une place essentielle à la fonction audit interne afin de s'assurer de la maîtrise totale de son activité.

A cet effet, la mutuelle a mis en place un Comité d'audit et des risques et des risques en charge de la supervision des activités d'audit et un dispositif d'audit interne. La fonction clé d'audit interne a été définie conformément à la Directive Solvabilité 2. Celle-ci est directement rattachée à la direction générale et dispose d'un droit d'accès au Conseil d'administration ce qui en garantit son indépendance. Le Conseil d'administration, par l'intermédiaire du Comité d'audit et des risques et des risques, entend annuellement la fonction d'audit interne. Dans ce cadre, la fonction d'audit interne :

- rend compte de la réalisation du plan d'audit ; son élaboration est confiée au responsable de la fonction audit interne. Il s'appuie sur diverses informations notamment celles issues de la cartographie des risques et des résultats des précédents audits ou contrôles. Le plan d'audit peut être abondé par des suggestions de la part de la Direction Générale, du Comité d'Audit et des risques ou du Conseil d'administration,
- présente les conclusions des missions réalisées et les recommandations associées. La politique écrite d'audit interne précise les conditions d'exercice de cette mission,
- réalise un état des lieux de la mise en œuvre des recommandations émises,
- propose un plan d'audit pour l'année suivante, ce dernier étant validé voire préalablement amendé par le Conseil d'administration.

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

Le responsable de la fonction clé audit interne peut s'adjoindre les services de cabinets d'audits pour réaliser opérationnellement certaines missions.

## B.6. Fonction actuarielle

Conformément aux dispositions de l'article 48 de la Directive, précisées à l'article 272 du règlement délégué, la mutuelle dispose d'une fonction actuarielle.

Les prérogatives de la fonction actuarielle incluent notamment la coordination et le contrôle des provisions techniques. En cela, la fonction actuarielle :

- s'assure de l'adéquation des méthodologies, des modèles sous-jacents et des hypothèses utilisés pour le calcul des provisions techniques,
- s'assure de la suffisance de la qualité des données utilisées dans le calcul des provisions techniques et en évalue les limites.

La fonction actuarielle rend compte annuellement à la direction et au Conseil d'administration de la fiabilité et du caractère adéquat du calcul des provisions techniques et rédige pour cela un rapport actuariel. Celui-ci met en exergue les écarts constatés, les limites des méthodes et de la qualité des données et évalue le degré de certitude et de fiabilité des calculs. Le rapport vise aussi à présenter les défaillances et les recommandations associées à mettre en œuvre pour y remédier.

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

- élabore des modèles de risques techniques, qu'il s'agisse de ceux associés au développement de produits, de ceux liés au portefeuille de contrats bruts et nets de réassurance, de risque financier, de modèle de risque opérationnel et alimente ainsi le calcul des exigences de fonds propres ainsi que les évaluations prospectives du rapport ORSA,
- émet un avis sur la politique globale de souscription,
- émet un avis sur l'adéquation des dispositions prises en matière de réassurance.

Le responsable de la fonction clé actuarielle s'adjoit les services de cabinet d'actuariat pour effectuer certaines missions qui incombent à sa responsabilité.

## B.7. Sous-traitance

La Directive Européenne Solvabilité 2 définit la « sous-traitance » comme « *un contrat, quelle que soit sa forme, conclu entre une entreprise d'assurance ou de réassurance et un prestataire de services, soumis ou non à un contrôle, en vertu duquel ce prestataire de services exécute, directement ou recourant lui-même à la sous-traitance, une procédure, un service ou une activité, qui serait autrement exécuté par la Mutuelle elle-même* ».

La mutuelle GSMC applique la procédure de sous-traitance à tous les contrats répondant à la définition de la sous-traitance proposée ci-dessus.

La politique écrite de sous-traitance a pour but d'encadrer et maîtriser l'impact de la sous-traitance sur son activité et de déterminer les dispositifs de suivi devant être mis en place. La politique s'attache à décrire l'organisation générale de la sous-traitance et les critères d'importance permettant de déterminer les activités jugées critiques et le type de contrôle associés à ce type de sous-traitants. La politique s'attache également à formaliser les tâches et responsabilités dans la mise en œuvre de cette politique.

La Mutuelle, au travers de la politique de sous-traitance, s'assure que les contrats de sous-traitance sont conformes aux obligations réglementaires qui lui incombent. En effet, la sous-traitance ne doit pas avoir pour conséquences d'augmenter indument le risque opérationnel pesant sur la Mutuelle, de compliquer les procédures de contrôle des autorités telles que l'ACPR, de détériorer la qualité du système de gouvernance ou encore de nuire à la qualité de service fournie aux adhérents de la Mutuelle.

La politique prévoit les conditions d'audit du sous-traitant conformément aux dispositions relatives à Solvabilité 2.

Cette politique décrit enfin la procédure de sélection des sous-traitants qui repose sur la rédaction d'un cahier des charges, validé par le Conseil d'administration.

Dans le cadre de son activité, la mutuelle a recours à de la sous-traitance qualifiée de critique ou importante au sens de la Directive et de la politique écrite de la mutuelle.

La mutuelle sous-traite ainsi à trois prestataires, qualifiés de critique, l'encaissement des cotisations et la liquidation des prestations : Henner Alptis et Ageo.

Le choix de recourir à des délégataires de gestion est historique : la mutuelle n'avait pas, jusqu'en 2014, de personnel en propre et en raison de partenariat permettant le développement du volume d'affaires de la mutuelle.

D'une manière générale, le recours à la création d'une gestion en propre n'a pas été jugé pertinent en l'absence d'unité de gestion et au vu du marché bien organisé et très concurrentiel de la délégation de gestion. La mutuelle a estimé qu'elle n'avait pas de valeur ajoutée à réinternaliser de telles fonctions.

Pour les deux autres sous-traitants critiques, Alptis et Ageo, la délégation totale s'explique par la nature du partenariat qui les lie à GSMC. En effet, la mutuelle est uniquement assureur des produits et ne participe pas à leur distribution.

La mutuelle s'assure que les prestataires de services, auxquels des activités critiques ont été sous traitées, par la mise en œuvre d'audits des sous-traitants, est conforme aux dispositions relatives à Solvabilité 2.

Le contrôle permanent des délégataires est assuré par la responsable du contrôle interne de la Mutuelle.

### **Dispositif de suivi et d'audit des délégataires**

Le recours à la délégation de gestion constitue une composante structurante du modèle opérationnel de la Mutuelle.

Afin d'en maîtriser les risques associés, la Mutuelle a mis en place un dispositif de pilotage reposant notamment sur :

- la formalisation contractuelle des obligations des délégataires,

- la réalisation d'audits réguliers,
- le suivi d'indicateurs de qualité de service,
- l'analyse de la qualité des données transmises,
- l'intégration des délégataires dans le périmètre du dispositif de gestion des risques.

Afin d'en assurer un pilotage adapté, la Mutuelle suit régulièrement des indicateurs permettant d'apprécier son niveau d'exposition aux activités déléguées, notamment :

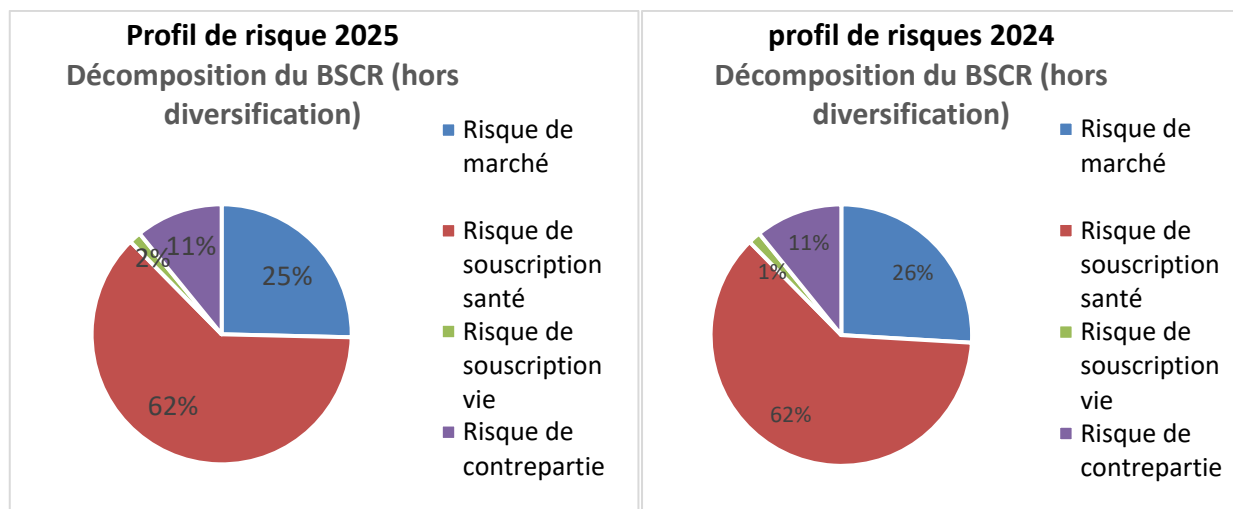
- la part des cotisations gérée en délégation,
- la qualité des flux de prestations traités par les délégataires,
- la contribution des portefeuilles délégués au profil de risque de la Mutuelle,
- la dépendance aux systèmes d'information exploités par les prestataires.

## B.8. Autres informations

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

## C. Profil de risque

En synthèse, le profil de risque de la Mutuelle, apprécié au travers du BSCR calculé selon la formule standard, évolue peu entre 2024 et 2025 et se décompose de la manière suivante (hors effets de diversification).



De manière complémentaire à l'organisation décrite dans la gouvernance, la mutuelle procède à l'étude de ses risques de la manière suivante.

### Identification

La première étape de la démarche de gestion des risques consiste à s'assurer que l'ensemble des risques auquel est soumise la mutuelle est bien identifié. Cette identification est réalisée de deux manières :

- *Approche réglementaire* : Etude de la législation et notamment de l'Article 44 de la directive européenne (souscription et provisionnement, gestion actif-passif, investissement financier, gestion du risque de liquidité et de concentration, gestion du risque opérationnel, réassurance et les autres techniques d'atténuation des risques) mais aussi des risques émergents et les risques stratégiques et de réputation.
- *Approche propre à la mutuelle* : Parallèlement à l'approche réglementaire, la mutuelle identifie quels sont les risques les plus importants ou significatifs à travers son dispositif ORSA.

## **Mesure**

Consécutivement à l'identification, la mutuelle définit des critères de mesure et de quantification des risques (fréquence, impact, etc.), ceci au moyen d'outils, de règles ou d'indicateurs (cartographie des risques, formule standard, outil de business-plan).

## **Contrôle et gestion**

Le contrôle et la gestion des risques sont assurés par l'organisation décrite dans le paragraphe précédent qui permet de surveiller et de piloter les risques afin d'en limiter leurs impacts. Enfin, dans le cadre de l'activité de contrôle, la mutuelle prévoit des plans de redressement permettant de limiter l'exposition de la mutuelle en cas de survenance d'un événement majeur.

## **Déclaration**

La déclaration des risques est assurée de manière régulière par la fonction gestion des risques aux Dirigeants effectifs et au Conseil d'administration.

### **C.1. Risque de souscription**

#### ***C.1.a Appréhension du risque de souscription au sein de la mutuelle***

Le risque de souscription et de provisionnement de la mutuelle 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).

Ce risque de souscription et de provisionnement en santé peut notamment émaner des sources suivantes :

- des hypothèses de tarification et de provisionnement,
- de la structure tarifaire du produit,
- de la structure des garanties,
- du canal de distribution des produits,
- des informations sur la population, disponibles pour la tarification et le provisionnement.

#### ***C.1.b Mesure du risque de souscription et risques majeurs***

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 ou montant de cotisations),
- le ratio combiné ((Prestations + Frais) / Cotisations),
- les écarts entre les provisions estimées et les prestations constatées.

Au regard des risques importants, la mutuelle est particulièrement sensible à la sinistralité et aux modifications législatives qui impacteraient sa pérennité.

#### ***C.1.c Maitrise du risque de souscription***

Afin de maîtriser les risques évoqués plus haut, la mutuelle définit chaque année une politique de souscription et de provisionnement qui contribue au système de gestion des risques. A cet effet :

- le processus de tarification de nouveaux produits prévoit une analyse actuarielle préalable effectuée à partir de la base complète des prestations payées et encadrée par la fonction actuarielle,

- le processus de renouvellement tarifaire tient compte d'analyses de sinistralité et régulièrement d'une tarification actuarielle complète à partir de la base des prestations, sous la responsabilité de la fonction actuarielle,
- le processus de provisionnement est encadré par la fonction actuarielle et fait l'objet d'analyses annuelles des boni et mali de liquidation,
- l'opportunité d'éventuels recours à la réassurance est analysée annuellement par la fonction actuarielle.

Par ailleurs, la sensibilité de la mutuelle au risque de souscription est testée dans le processus ORSA par différents scénarios catastrophes. Ces scénarios montrent que la mutuelle est robuste et que de telles dérives seraient identifiées par la gouvernance suffisamment tôt pour en contenir les impacts (cf. rapport ORSA).

### **Rôle structurant de la réassurance dans la maîtrise du risque technique**

La Mutuelle recourt à la réassurance comme instrument structurant de maîtrise du risque technique, en particulier sur l'activité prévoyance.

Ce dispositif contribue à :

- limiter l'exposition aux sinistres majeurs,
- stabiliser le résultat technique,
- réduire la volatilité du capital de solvabilité requis,
- accompagner le développement de l'activité sur des segments présentant une sinistralité plus incertaine.

La Mutuelle suit de manière régulière l'impact du programme de réassurance sur son profil de risque et sur sa situation de solvabilité.

Les traités en vigueur font l'objet d'une revue périodique dans le cadre de l'exercice ORSA et du pilotage actuariel.

## **C.2. Risque de marché**

### *C.2.a Appréhension du risque de marché au sein de la mutuelle*

Le risque de marché correspond à l'impact sur les fonds propres de la mutuelle de mouvements défavorables liés aux investissements. Ce risque de marché peut provenir :

- d'une dégradation de valeur d'une classe d'actifs détenue par la mutuelle,
- d'une dégradation de notation des titres détenus par la mutuelle,
- d'une forte concentration d'investissement sur un même émetteur,
- d'une inadéquation entre les caractéristiques de l'actif et du passif du portefeuille.

### *C.2.b Mesure du risque de marché et risques majeurs*

La mutuelle pilote son risque de marché au travers de plusieurs indicateurs suivis régulièrement et présentés à la direction et au Conseil d'administration. Les principaux indicateurs sont :

- l'allocation stratégique des investissements validée par le Conseil d'administration,
- le coût d'un euro de placement en termes de SCR et de SCR marché,
- l'évolution des plus et moins-values latentes et rendement par type d'actifs/pays/secteur,
- l'évolution des notations des actifs en portefeuille,
- la concentration du portefeuille sur un secteur, pays ou zone géographique.

Compte tenu de la stratégie d'investissement de la mutuelle et de la modération de son risque actif/passif, le risque de marché supporté est assez faible et la formule standard paraît suffisamment prudente pour

l'appréhender largement.

### *C.2.c Maitrise du risque de marché*

Afin de maîtriser les risques évoqués plus haut, la mutuelle a défini une politique d'investissement et de gestion actif-passif qui contribuent au système de gestion des risques. Ainsi, les orientations de placements sont définies en cohérence avec la stratégie de préservation des fonds propres et de pilotage de la situation financière et de solvabilité de la mutuelle.

Enfin, tous les placements de la mutuelle sont réalisés dans le respect du principe de la personne prudente :

- la mutuelle est en mesure d'appréhender les risques financiers associés aux actifs détenus,
- les investissements sont réalisés dans le meilleur intérêt des adhérents.

Par ailleurs, la sensibilité de la mutuelle au risque de marché est testée dans le processus ORSA concomitamment au risque de souscription dans les scénarios catastrophes. En détail, le pire scénario correspond à :

- une remontée des taux sans risque correspondant au choc à la hausse prévu par la formule standard,
- un écartement des *spreads* de 50% (correspondant à l'accident observé fin 2011),
- une baisse du marché action de 40%,
- une baisse du marché immobilier de 20%.

## **C.3. Risque de crédit**

### *C.3.a Appréhension du risque de crédit au sein de la mutuelle*

Le risque de crédit correspond à la mesure de l'impact sur les fonds propres de mouvements défavorables liés au défaut de l'ensemble des tiers auprès desquels l'organisme présente une créance ou dispose d'une garantie.

Ce risque de défaut peut provenir :

- du non-paiement des cotisations à recevoir par les adhérents,
- du non-paiement des créances détenues auprès de tiers,
- du défaut d'un réassureur,
- du défaut des banques au regard des liquidités détenues.

### *C.3.b Mesure du risque de crédit et risques majeurs*

La mutuelle pilote son risque de crédit au travers de plusieurs indicateurs suivis régulièrement et présentés à la direction et au Conseil d'administration. Les principaux indicateurs sont :

- la notation des banques,
- la notation des réassureurs,
- la concentration du portefeuille en termes de banques et de réassureurs,
- le suivi du paiement des créances des adhérents et des tiers.

### *C.3.b Maitrise du risque de crédit et risques majeurs*

Concernant tout particulièrement le risque attaché aux banques, la mutuelle veille à leur qualité et leur fiabilité lors de la sélection et suit leur solidité financière. Cela étant posé, le risque de crédit auquel est soumise la mutuelle reste assez faible au regard de ses fonds propres et de son exposition, essentiellement des comptes courants de banques renommées.

## C.4. Risque de liquidité

### *C.4.a Appréhension du risque de liquidité au sein de la mutuelle*

Le risque de liquidité correspond au risque de perte résultant d'un manque de liquidités disponibles à court terme pour faire face aux engagements de la mutuelle. Dans le cadre de l'activité de la mutuelle, il s'agit essentiellement de la capacité à régler les prestations aux bénéficiaires.

### *C.4.b Mesure du risque de liquidité et risques majeurs*

Pour ses engagements à court terme relatifs à l'activité de santé, la mutuelle suit tout particulièrement :

- l'évolution du montant des prestations réglées et provisionnées,
- les délais de règlement,
- le niveau de trésorerie,
- le montant total du bénéfice attendu inclus dans les primes futures,
- la liquidité des placements détenus en portefeuille.

### *C.4.c Maitrise du risque de liquidité*

Afin de maîtriser le risque de liquidité, la mutuelle, dans le cadre de sa gestion des placements s'assure de disposer d'une poche d'actifs de court terme pouvant être vendus immédiatement afin de faire face à une potentielle impasse de trésorerie à court terme.

Compte tenu du profil d'investissement de la mutuelle, ce risque paraît faible.

## C.5. Risque opérationnel

### *C.5.a Appréhension du risque opérationnel au sein de la mutuelle*

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

- risques de non-conformité (sanctions financières liées à la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme ou bien encore la protection de la clientèle),
- risques juridiques (frais juridiques engagés et amendes faisant suite à des litiges),
- risque de fraude interne et externe,
- risques d'exécution des opérations (défaillance humaine, de contrôle, d'organisation, etc.),
- risque de défaillance des systèmes d'information (indisponibilité ou latence des outils affectant la capacité de travail, etc.),
- risques liés à la qualité des prestations sous-traitées (qualité et délai de gestion, etc.),
- risques relevant de la sécurité des biens et des personnes (incendie, etc., affectant la disponibilité des collaborateurs et des locaux),
- risques de réputation (dégradation de l'image de la mutuelle suite à une mauvaise qualité de gestion ou un défaut de conseil lors de la commercialisation, à la qualité des produits,
- risques liés à l'évolution de l'environnement légal (nouvelle réglementation affectant directement ou indirectement la capacité à maintenir une activité).
- risque lié aux technologies de l'information et de la communication (cyberattaque, fuite de données, pannes de systèmes ou d'infrastructures numériques, attaque sur la chaîne d'approvisionnement ...

### *C.5.b Mesure du risque opérationnel et risques majeurs*

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

Au sein de la cartographie des risques, l'identification des risques opérationnels majeurs fait l'objet d'une analyse et donne lieu à des plans d'actions visant à restreindre ou éliminer les causes sous-jacentes.

Les risques liés aux technologies de l'information et de la communication sont identifiés et évalués à travers la cartographie des risques ainsi que lors des audits menés par la mutuelle. Leur suivi est assuré par la revue régulière de cette cartographie et le contrôle de l'application des recommandations issues des différents audits. En ce qui concerne les principaux délégataires de gestion, identifiés comme prestataires de services TIC critiques, l'évaluation de leur exposition à ces risques est réalisée dans le cadre de certification (ISO 27001 et ISAE 3402 de type I pour Henner, ISAE 3402 de type II pour Alptis) ainsi qu'au-travers d'un audit commandité par la mutuelle.

### *C.5.c Maitrise du risque opérationnel*

La maîtrise du risque opérationnel à la Mutuelle GSMC repose sur un ensemble structuré de dispositifs articulés autour d'une cartographie des risques régulièrement mise à jour. Cette cartographie permet d'identifier, hiérarchiser et évaluer les risques en tenant compte à la fois de leur probabilité d'occurrence et de leur gravité potentielle.

La gestion du risque opérationnel mobilise plusieurs leviers, dont un dispositif de contrôle interne formalisé, des règles et procédures écrites, des contrôles réguliers sur les processus clés (notamment ceux liés aux délégations de gestion)

L'évaluation du niveau de maîtrise des risques repose sur une grille d'analyse permettant d'identifier les zones d'amélioration ou d'intervention prioritaire, et de piloter les plans d'actions associés. L'ensemble constitue un socle solide pour réduire les risques à un niveau acceptable et assurer la résilience opérationnelle de la Mutuelle.

En ce qui concerne les risques liés aux technologies de l'information et de la communication, les actions de maîtrise des risques découlent notamment de la définition et du déploiement des recommandations formulées à l'issue des audits externes menés pour tester la robustesse des systèmes d'informations et des applicatifs de la mutuelle et de Henner, le plus important délégataire de gestion de la mutuelle. Ces actions peuvent être de nature informationnelles (actions de sensibilisation), techniques et/ou organisationnelles (définition et mise en œuvre de processus).

#### **Risque opérationnel lié à la qualité des données**

Compte tenu du recours à la délégation de gestion sur une partie significative de son activité, la Mutuelle porte une attention particulière à la qualité et à la fiabilité des données transmises par ses prestataires.

Des contrôles spécifiques ont été mis en place afin de sécuriser la production des indicateurs techniques et prudentiels, ainsi que la fiabilité des données utilisées dans le cadre des exercices réglementaires, notamment ORSA et Solvabilité II.

Le renforcement progressif de ces dispositifs constitue un axe prioritaire du plan d'amélioration continue du système de gestion des risques

### **C.6. Autres risques importants**

Aucun autre risque important ou qualifié comme tel par la mutuelle susceptible d'impacter le profil de risque présenté plus haut n'est à mentionner.

## C.7. Autres informations

Dans le cadre de la refonte de sa cartographie des risques conduite en 2025 avec l'appui d'un cabinet externe spécialisé, la Mutuelle a identifié six risques majeurs au regard de leur niveau d'impact potentiel et de leur probabilité d'occurrence.

Ces risques font l'objet d'un suivi spécifique par la Direction générale, les fonctions clés et le Comité d'audit et des risques, avec présentation régulière au Conseil d'administration.

Les principaux risques identifiés sont les suivants :

### **Externalisation de la gestion et de la distribution**

La Mutuelle recourt à plusieurs délégataires pour la gestion administrative et technique de ses portefeuilles. Ce mode d'organisation constitue un facteur d'efficacité opérationnelle mais implique un niveau de dépendance nécessitant un dispositif renforcé de pilotage, de contrôle et d'audit.

### **Qualité et intégrité des données transmises par les délégataires**

La fiabilité des données constitue un enjeu majeur pour la production des indicateurs techniques, prudentiels et réglementaires. Des dispositifs de contrôle renforcés sont en cours de déploiement afin d'améliorer la robustesse du dispositif de maîtrise des risques associés.

### **Risque technique en prévoyance**

Le développement récent de l'activité prévoyance expose la Mutuelle à un risque technique spécifique. Celui-ci fait l'objet d'un suivi particulier dans le cadre du pilotage actuariel et du programme de réassurance.

### **Cybersécurité**

Le risque de cyberattaque constitue un risque opérationnel majeur dans un contexte de dépendance accrue aux systèmes d'information internes et externalisés. Il fait l'objet d'un suivi spécifique dans le cadre du dispositif de gestion des risques TIC et des travaux de mise en conformité avec le règlement DORA.

### **Surexposition à la branche santé**

La structure du portefeuille de la Mutuelle reste majoritairement concentrée sur l'activité santé. Cette concentration constitue un facteur de sensibilité aux évolutions réglementaires et économiques affectant ce secteur.

### **Risque de gouvernance**

Dans un contexte de croissance de l'activité et de transformation de l'environnement réglementaire, la Mutuelle poursuit le renforcement progressif de son dispositif de gouvernance et de formalisation du contrôle interne.

## D. Valorisation à des fins de solvabilité

Le bilan d'ouverture de la Mutuelle est synthétisé dans le tableau suivant :

(En K€)		Valeur Solvabilité II	Valeur comptes légaux
		C0010	C0020
<b>Assets</b>			
Immobilisations incorporelles	R0030		1 926
Actifs d'impôts différés	R0040	0	
Immobilisations corporelles détenues pour usage propre	R0060	593	379
Investissements (autres qu'actifs en représentation de contrats UC et indexés)	R0070	130 533	123 740
Biens immobiliers (autres que détenus pour usage propre)	R0080	367	367
Actions	R0100	-320	
Actions – non cotées	R0120	-320	
Obligations	R0130	71 307	68 777
Obligations d'états	R0140	10 339	10 355
Obligations d'entreprise	R0150	69342	67820
Organismes de placement collectif	R0180	59 173	54 588
Dépôts autres que les équivalents de trésorerie	R0200	5	5
Montants recouvrables au titre des contrats de réassurance	R0270	10 778	12 951
Non-vie et santé similaire à la non-vie	R0280	6 381	8 206
Non-vie hors santé	R0290		
Santé similaire à la non-vie	R0300	6 381	8 206
Vie et santé similaire à la vie, hors santé, UC et indexés	R0310	4 392	4 745
Santé similaire à la vie	R0320	1 752	1 832
Vie hors santé, UC et indexés	R0330	2 640	2 913
Créances nées d'opérations d'assurance et montants à recevoir d'intermédiaires	R0360	53 824	53 824
Créances nées d'opérations de réassurance	R0370	1 365	1 365
Autres créances (hors assurance)	R0380	7 700	7 700
Trésorerie et équivalents de trésorerie	R0410	8 833	8 833
Autres actifs non mentionnés dans les postes ci-dessus	R0420	1 284	1 284
<b>Total de l'actif</b>	<b>R0500</b>	<b>214 904</b>	<b>212 001</b>
<b>Passif</b>			
Provisions techniques non-vie	R0510	38 140	36 458
Provisions techniques santé (similaire à la non-vie)	R0560	38 141	36 458
Meilleure estimation	R0580	35 462	
Marge de risque	R0590	2 678	
Provisions techniques vie (hors UC et indexés)	R0600	8 891	9 146
Provisions techniques santé (similaire à la vie)	R0610	3 217	3128
Meilleure estimation	R0630	2 991	
Marge de risque	R0640	226	
Provisions techniques vie (hors santé, UC et indexés)	R0650	5 674	6 018
Meilleure estimation	R0670	5 276	
Marge de risque	R0680	398	
Provisions autres que les provisions techniques	R0750	710	710
Passifs d'impôts différés	R0780	369	
Dettes envers des établissements de crédit	R0800	0	0
Dettes nées d'opérations d'assurance et montants dus aux intermédiaires	R0820	10 271	10 271
Dettes nées d'opérations de réassurance	R0830	3 700	3 700
Autres dettes (hors assurance)	R0840	38 724	38 724
<b>Total du passif</b>	<b>R0900</b>	<b>100 804</b>	<b>99 001</b>
<b>Excédent d'actif sur passif</b>	<b>R1000</b>	<b>114 100</b>	<b>112 993</b>

### D.1. Actifs

#### D.1.a Les placements immobiliers

Les biens immobiliers figurent au bilan prudentiel en valeur issue des expertises quinquennales et de leurs actualisations annuelles. Les placements immobiliers de la mutuelle GSMC sont tous considérés comme des immeubles d'exploitation et sont répartis comme suit.

Les placements immobiliers sont en plus-values latentes de 214 K€.

Le siège de la mutuelle est logé dans la SCI GSMC dont le seul objet est son hébergement. Cette SCI est endettée à hauteur de 8,9 M€ alors que l'immeuble présent à l'actif a été estimé à

6,9 M€. La valorisation économique de cette SCI par neutralisation des actifs incorporels et reconnaissance de l'immeuble pour sa valeur d'expertise conduit à un montant d'actif net réévalué de -431 K€, comme illustré ci-après.

Valorisation parts SCI 2025 (en €)	2025
Immobilisations incorporelles	393 952
Immobilisations corporelles	6 480 120
Créances	131 605
Disponibilités	274 105
Emprunts & dettes	-8 335 589
<b>Actif net</b>	<b>-1 055 807</b>
Immeuble en VNC	-6 874 072
Immeuble en valeur de marché	6 118 400
Dépréciation créance SCI	1 380 526
<b>Total</b>	<b>-430 953</b>

Cette valorisation est prudente puisque certains experts ont mieux valorisé ce bien immobilier situé dans le quartier prisé du vieux Lille. Par ailleurs, nonobstant sa valorisation négative au bilan prudentiel, le choc prévu dans le cadre de la mesure du risque immobilier reste assis sur la valeur d'expertise de 6 118 K€.

### *D.1.b Les placements obligataires*

À l'inventaire 2025, la mutuelle détient en direct un portefeuille de 159 lignes de titres obligataires d'entreprise pour une valeur nette comptable de 58,1 M€, y compris surcotes/décotes et dépréciations durables, et une valeur de marché de 61,0 M€ ainsi que 13 lignes d'obligations souveraines pour une valeur nette comptable de 10,4 M€ et une valeur de marché de 10,3 M€.

Ce portefeuille a été considérablement alimenté depuis l'exercice 2022 puisqu'à cet inventaire, il n'était composé que de 56,7 M€ d'obligations en valeur nette comptable en situation de moins-value latente de 5,9 M€.

L'évolution du portefeuille obligataire détenu en direct se présente comme suit :

(En K€)	Valeur nette comptable 2023	Valeur de marché 2023	Valeur nette comptable 2024	Valeur de marché 2024	Valeur nette comptable 2025	Valeur de marché 2025
Obligations souveraines	0	0	0	0	10 355	10 339
Obligations d'entreprises	68 966	69 424	67 820	69 342	58 064	60 968
<b>Total</b>	<b>68 966</b>	<b>69 424</b>	<b>67 820</b>	<b>69 342</b>	<b>68 419</b>	<b>71 307</b>

### *D.1.c Les fonds d'investissements*

La mutuelle détient des parts dans trois fonds de capital-risque (Naxicap Opportunités, Ressources 3 et IGH1) et six fonds plus traditionnels dits « à allocations d'actifs » (Indepam Allocation, Indepam Haut rendement, Lazard Patrimoine Opportunités, Idinvest, Arbevel et Amundi) pour une valeur nette comptable de 54,6 M€ et une valeur de réalisation de 59,2 M€, détaillés ci-après.

(En K€)	Valeur nette comptable 2024	Valeur de marché 2024	Plus-values latentes
Indepam Allocation	11 353	11 643	290
Indepam Haut Rendement	22 591	23 567	976
Lazard Patrimoine Opportunités	11 379	11 795	416
Idinvest	1 250	1 656	406
Arbevel	1 099	1 160	61
Amundi monétaire	510	512	2

Fonds IGH1 - Capital risque	363	393	30
Naxicap Opportunité - Capital Risque	3 385	3 763	379
Ressources 3 - Capital Risque	1 198	1 198	0
<b>Total</b>	<b>53 128</b>	<b>55 687</b>	<b>2 559</b>

(En K€)	Valeur nette comptable 2025	Valeur de marché 2025	Plus-values latentes
Indepam Allocation	11 875 889	13 016 616	1 140 694
Indepam Haut Rendement	23 378 325	25 026 455	1 648 066
Lazard Patrimoine Opportunités	11 685 693	12 366 684	680 958
Idinvest	1 249 997	1 737 612	487 612
Arbevel	978 572	1 056 438	77 863
Amundi monétaire	931 363	933 182	1 816
Fonds IGH1 - Capital risque	31 784	56 886	25 102
Naxicap Opportunités - Capital Risque	3 384 641	3 907 330	522 680
Ressources 3 - Capital Risque	1 071 831	1 071 834	0
<b>Total</b>	<b>54 588 095</b>	<b>59 173 036</b>	<b>4 584 791</b>

La mutuelle détient des parts dans trois fonds de capital-risque (Naxicap Opportunités, Ressources 3 et IGH1) et six fonds plus traditionnels dits « à allocations d'actifs » (Indepam Allocation, Indepam Haut rendement, Lazard Patrimoine Opportunités, Idinvest, Arbevel et Amundi) pour une valeur nette comptable de 54,6 M€ et une valeur de réalisation de 59,2 M€, détaillés ci-après.

Parmi tous ces fonds, seuls les fonds IGH1 et Ressources 3 n'ont pas été observés par transparence et donc considérés traités comme une action de type 2 pour une valeur de marché totale de 1 129 K€. C'est la transposition du fonds Naxicap Opportunités qui a permis de ramener cette exposition au risque de type 2 à seulement 1 129 K€, contre 5 036 K€ en 2024.

L'observation par transparence des fonds d'investissement se présente comme suit :

Observation par transparence des FI (en €)	Valeur de marché	Proportion
Obligations souveraines	9 653 636	16%
Obligations d'entreprises	35 271 273	60%
Actions	8 233 840	14%
Fonds d'investissement	7 123 584	12%
Immobilier	0	0%
Trésorerie	448 434	1%
Dettes	-2 686 452	-5%
Fonds d'investissement non transparisés	1 128 720	2%
<b>Total</b>	<b>59 173 036</b>	<b>100%</b>

L'observation par transparence des fonds d'investissement se présente comme suit :

Observation par transparence des FI (en €)	Valeur de marché	Proportion
Obligations souveraines	8 082 679	15%
Obligations d'entreprises	32 569 831	58%
Actions	3 869 863	7%
Fonds d'investissement	6 329 559	11%
Immobilier	-	0%
Trésorerie	1 655 483	3%
Dettes	-2 173 846	-4%
Fonds d'investissement non transparisés	5 353 764	10%
<b>Total</b>	<b>55 687 333</b>	<b>100%</b>

### *D.1.d Les autres placements*

Les autres placements, pour un montant total de 153 € en valeur nette comptable et de -320 K€ en valeur de marché sont :

- une participation dans la SAS Holding Jemmapes (-320 K€) et ;
- une action non cotée (153 €).

### *D.1.e La part des réassureurs*

La meilleure estimation réassurée est supposée évoluer, par rapport à la part des réassureurs dans les comptes sociaux, en fonction de l'évolution de la meilleure estimation. Elle s'élève à **10,8 M€** (13,0 M€ en valeur comptable) à l'inventaire 2025, contre 6,8 M€ en 2024.

### *D.1.f. Les actifs incorporels*

Les actifs incorporels n'ayant pas de valeur économique, ils sont considérés comme nul dans le bilan Solvabilité II contre une valeur nette comptable de **1,9M €** en 2025, contre **1,5 M€** en 2024.

### *D.1.g Les autres actifs*

Les autres actifs sont :

- les créances d'assurance, de réassurance et autres (**63,0 M€ en 2025, contre 58,9 M€ en 2024**) ;
- des comptes de trésorerie (8,8 M€, contre 20 K€ en 2024) ;
- des intérêts courus sur obligations (**1,2 M€, contre 1,1 M€ en 2024**) ;
- des actifs corporels d'exploitation (**0,2 M€**).

Ces postes sont valorisés au bilan prudentiel pour leur valeur comptable.

## **D.2. Les passifs**

### *D.2.a Les provisions pour sinistres à payer comptables*

#### *Les provisions pour prestations à payer santé*

Dans les comptes sociaux, les provisions santé sont constituées des provisions pour sinistres à payer (calculées par la méthode « Chain Ladder ») décomposées comme suit.

<b>Provisions santé (en K€)</b>	<b>PPAP brute 2025</b>	<b>PPAP brute 2024</b>
Segment 1 – Henner - Individuels	6 697	6 529
Segment 2 – Henner - Collectifs	5 886	5 785
Segment 3 – DG Henner - Collectif	900	651
Segment 4 – DG Henner - VEO	64	12
Segment 5 – DG Henner - TNS ex Vauban	33	7
Segment 6 - Ageo - Looma TNS	103	151
Segment 7 - Ageo - Looma Collectif	495	564
Segment 8 – Autres - Ehpap	328	225
Segment 9 – Autres - Collectif	2 030	1 368
Segment 10 – Alptis - Divinéa	549	679
Segment 11 – Alptis - SPI	0	0
Segment 12 – Alptis - Plurielle	322	512
Segment 13 – Alptis - Select	2 310	3 164
Segment 14 – Alptis - Medico	159	168
<b>Total</b>	<b>19 875</b>	<b>19 816</b>

Il est à noter qu'outre cette provision traditionnelle destinée à couvrir les sinistres survenus avant l'inventaire mais non encore réglés, la mutuelle constitue une provision pour égalisation contractuelle relative au contrat ARC, pour 536 K€ à l'inventaire 2025, contre 302 K€ à l'inventaire 2024.

### Les provisions prévoyance non-vie

Les provisions prévoyance sont constituées :

- des provisions pour sinistres à payer concernant les adhérents en situation d'incapacité et d'invalidité ainsi que les incapacités non encore déclarées ;
- des provisions mathématiques incapacité pour un montant ;
- des provisions mathématiques invalidité ;
- des provisions pour rentes d'invalidité en attente (qui ne concernent que les individus en situation d'incapacité) ;
- des provisions mathématiques pour décès accidentel (qu'il est coutume de classer paradoxalement en non-vie) ;
- d'une provision pour égalisation contractuelle.

Synthétiquement, les provisions de prévoyance non-vie se présentent comme suit à l'inventaire 2025.

Provisions de prévoyance non-vie (en K€)	2025 – Comptes sociaux	2024 – Comptes sociaux
PPAP prévoyance	2 827	788
PM Incapacité	3 398	4 341
PM Invalidité	3 128	1 694
PM de rentes invalidité en attente	9 666	2 839
Provisions mathématiques décès	66	56
Provision d'égalisation	90	451
Autres provisions non-vie (travaux en attente)	0	474
<b>Total</b>	<b>19 175</b>	<b>10 643</b>

Il est à noter que l'activité d'assurance invalidité (3 128 K€) est considérée comme faisant partie de la catégorie d'assurance santé « utilisant les techniques d'assurance vie » (Santé SLT). En effet, il est peu probable qu'un invalide sorte de son état autrement que par la retraite ou le décès ; les engagements attachés sont donc longs et leur provisionnement nécessite l'utilisation de techniques élaborées initialement pour l'assurance sur la vie. Le traitement de ce segment de la prévoyance est donc spécifique sous le régime prudentiel Solvabilité II.

### Les provisions vie

Les provisions vie sont constituées :

- des provisions pour sinistres à payer vie ;
- des provisions mathématiques de maintien des garanties décès ;
- des provisions mathématiques de rentes viagères de conjoint ;
- des provisions mathématiques de rentes éducation ;
- des provisions mathématiques obsèques ;
- d'une provision pour égalisation.

Ces provisions sont synthétisées ci-après pour l'inventaire 2025.

Provisions vie (en K€)	2025 – Comptes sociaux
PPAP vie	1 506
PM décès	2 159
PM rente viagère	1 553
PM rente éducation	471
PM Obsèques	185
Provision égalisation vie	145

<b>Total</b>	<b>6 018</b>
--------------	--------------

Pour rappel, en 2024 :

<b>Provisions vie (en K€)</b>	<b>Inventaire 2024 – Comptes sociaux</b>
PPAP vie	248
Provisions mathématiques décès, obsèques, rentes	1 714
Provisions mathématiques – Acceptations réassurance	1 480
Provisions d'égalisation vie	324
<b>Total</b>	<b>3 766</b>

### *D.2.b Les provisions techniques prudentielles*

#### *Calcul de la meilleure estimation santé*

La méthode de calcul des PPAP des comptes sociaux a été maintenue pour le calcul de la meilleure estimation pour sinistres à payer santé. Cependant, les flux futurs ont été actualisés avec la courbe des taux sans risque.

La meilleure estimation pour sinistres santé est de **19 901 K€** (19 580 K€ en 2024) pour un montant de 20 411 K€ (20 117 K€ en 2024) en normes sociales y compris provision d'égalisation.

Un ajustement pour primes, connues avant l'inventaire et potentiellement génératrices de résultat futur, a été pris en compte. En effet, l'ORSA 2025 prévoit un montant de cotisations santé de 251 862 K€ pour 2026 avec un ratio combiné de 100,42%. Dans ce cas, la meilleure estimation pour primes est positive puisqu'elle modélise une perte future, en l'occurrence de **1 074 K€**, qui viendra en ajout à la meilleure estimation pour sinistres.

La part des réassureurs dans les meilleures estimations se calcule selon le même principe.

#### *Calcul de la meilleure estimation prévoyance non-vie*

Le calcul de la meilleure estimation pour sinistres s'effectue en utilisant les mêmes méthodes que le calcul des provisions techniques comptables. Seul le taux d'actualisation (taux réglementaire à 2,41% dans les comptes sociaux) est remplacé par la courbe des taux sans risque fournie par EIOPA. La meilleure estimation pour sinistres prévoyance est évaluée à **18 340 K€** (**15 349 K€** pour la prévoyance non-SLT et **2 991 K€** pour la prévoyance SLT) contre une provision comptable de 19 175 K€.

La meilleure estimation pour primes est, quant à elle, estimée à **-862 K€** pour la prévoyance vie et non-vie (non-SLT) par application d'un ratio de sinistralité prévisionnel 2026 de 93,4% à un volume de primes prévisionnel 2026 de 13 054 K€. Elle n'existe pas sur le segment de l'invalidité en cours puisque les assurés concernés ne paient alors plus de primes.

La meilleure estimation pour sinistres prévoyance réassurée est recalculée en tenant compte des taux de cession de chaque provision et de chaque assureur ainsi que de la probabilité de défaut de chacun des réassureurs.

#### *Calcul de la meilleure estimation vie*

Le calcul de la meilleure estimation prévoyance vie se fait de la même façon que pour le référentiel comptable, à ceci près que l'actualisation se fait grâce à la courbe des taux publiée par EIOPA et non plus par le taux réglementaire constant (2,00% à l'inventaire 2025).

La meilleure estimation prévoyance vie est de **5 131 K€** (3 369 K€ en 2024) contre un montant de 5 874 K€ dans les comptes sociaux (3 766 K€ en 2024). La provision d'égalisation (**145 K€**) reste constante dans les deux régimes (Solvabilité II et comptable).

La meilleure estimation de la provision pour primes vie est comprise dans la provision pour primes de prévoyance traitée *supra*.

### Calcul de la marge de risque

La majeure partie des garanties étant annuelles, la marge pour risque a été calculée selon les dispositions de l'article 37 du règlement délégué 2015/35. Ainsi, il a été considéré qu'un an suffisait à écouler tous les contrats en cours et, donc, que la projection du SCR sur un an seulement suffisait pour le calcul de la marge de risque, les SCR futurs étant négligeables.

La marge de risque globale correspond à 6% du SCR (hors risque de marché sur fonds propres) actualisé sur un an, soit **3 302 K€** (2 966 K€ en 2024), décomposée en 2 678 K€ pour la santé non-SLT, 226 K€ pour la santé SLT et 399 K€ pour la vie. Le SCR considéré pour le calcul de la marge de risque tient compte des modules de souscription (santé et vie) ainsi que du SCR contrepartie dû à la réassurance.

### Synthèse sur les provisions prudentielles

En synthèse, le tableau suivant dresse, pour l'inventaire 2025 l'état des lieux de transformation des provisions présentes en classe 3 dans la balance comptable pour 34,5 M€ vers la mesure imposée par le dispositif Solvabilité II.

Inventaire 2025 (en €)	Balance comptable SI	Solvabilité II SII	SII / SI
PPAP santé	19 875	19 365	97%
Provision d'égalisation santé	536	536	100%
<b>Total Santé</b>	<b>20 411</b>	<b>19 901</b>	<b>98%</b>
PPAP prévoyance	2 827	2 827	100%
PM Incapacité	3 398	3 338	98%
PM de rentes invalidité en attente	9 666	9 034	93%
Provisions mathématiques décès	66	60	91%
Provision d'égalisation	90	90	100%
<b>Total Prévoyance non-SLT</b>	<b>16 047</b>	<b>15 349</b>	<b>96%</b>
PM Invalidité	3 128	2 991	96%
<b>Total Prévoyance SLT</b>	<b>3 128</b>	<b>2 991</b>	<b>96%</b>
PPAP vie	1 506	1 506	100%
PM décès	2 159	1 982	92%
PM rente viagère	1 553	1 038	67%
PM rente éducation	471	436	93%
PM Obsèques	185	169	91%
Provision égalisation vie	145	145	100%
<b>Total Vie</b>	<b>6 018</b>	<b>5 276</b>	<b>88%</b>
<b>Total Provisions pour sinistres</b>	<b>45 604</b>	<b>43 517</b>	<b>95%</b>
Provision pour primes santé		1 074	
Provision pour primes prévoyance vie et santé non-SLT		-862	
<b>Total Provisions pour primes</b>		<b>213</b>	
<b>Total Meilleure estimation</b>		<b>43 730</b>	
Marge de risque santé		2 678	
Marge de risque prévoyance		226	
Marge de risque vie		398	
<b>Total provisions techniques</b>	<b>45 604</b>	<b>47 031</b>	<b>103%</b>

## D.3. Autres passifs

### D.3.a Les impôts différés

Les impôts différés **actifs** ont été calculés, pour chaque poste concerné, par application du taux de 25% à

la différence entre la valeur prudentielle et la valeur fiscale du poste de bilan concerné, lorsque cette différence matérialise une **perte latente**.

Les impôts différés **passifs**, quant à eux, ont été calculés, pour chaque poste concerné, par application du taux de 25% à la différence entre la valeur prudentielle et la valeur fiscale du poste de bilan concerné, lorsque cette différence matérialise un **gain latent**.

À l'inventaire 2025, un poste d'impôts différés passif a été reconnu pour **1 832 K€** (1024 K€ en 2024) du fait des richesses latentes attachées :

- aux plus-values latentes sur immobilier, obligations et fonds d'investissement ;
- et à la surestimation des provisions techniques dans les comptes par rapport à leur valeur économique en environnement Solvabilité II ;

Par ailleurs, un poste d'impôts différés actif a été reconnu pour **1 463 K€** (1 406 K€ en 2024) du fait des pertes latentes attachées :

- à la neutralisation des actifs incorporels ;
- à la valorisation sous solvabilité II des provisions nettes de réassurance ;
- à une moins-value latente sur actions détenues en direct (Holding Jemmapes).

La situation d'impôts différés passifs nets des impôts différés actifs est donc égale à **369 K€** à l'inventaire 2025.

### *D.3.b Les autres dettes*

Les dettes sont supposées constantes entre les deux régimes pour un montant total de **53,4 M€** à l'inventaire 2025 (58,9 M€ en 2024) en tenant compte des dettes envers les établissements de crédit, des dettes nées d'opérations d'assurance, de réassurance, des autres dettes ainsi que les dettes pour dépôts espèces des réassureurs et des provisions pour retraites et avantages.

## D.4. Méthode de valorisation alternatives

Aucune méthode de valorisation alternative n'a été utilisée.

## D.5. Autres informations

En tenant compte des hypothèses précitées, le bilan économique se présente comme suit.

Immobilier : 761 774 €	Fonds propres : 114 100 244 €
Fonds d'investissement : 59 173 036 €	
Actions : -319 852 €	
Obligations : 71 306 911 €	
	Meilleure estimation : 43 729 543 €
Part des réassureurs : 10 772 726 €	Marge pour risque : 3 301 806 €
Autres actifs : 73 209 716 €	Autres passifs : 53 403 611 €
Impôts différés actifs : 1 462 918 €	Impôts différés passifs : 1 832 026 €
<b>Actif : 216 367 230 €</b>	<b>Passif : 216 367 230 €</b>

## E. Gestion du capital

### E.1. Fonds propres

Sous le régime Solvabilité 2, les fonds propres économiques s'élèvent à **114,1 M€** (contre 105,1 M€ à l'inventaire 2023). Le fonds de dotation est classé en « Fonds initial ». Les autres fonds propres sont, quant à eux, classés dans la réserve de réconciliation et relèvent du niveau 1 non restreint. En détail, les fonds propres économiques se décomposent comme suit :

Décomposition des fonds propres (en K€)	2025	2024
<b>Fonds propres comptables</b>	<b>112 993</b>	<b>105 140</b>
Plus-values latentes sur actif	7 008	3 778
Passage des provisions réassurées de S1 à S2	-1 427	-905
Passage des provisions techniques de S1 à S2	-2 178	-1 477
Non prise en compte des actifs incorporels	-1 926	-1 480
Reconnaissance d'un impôt différé passif	-1 832	-1 024
Reconnaissance d'un impôt différé actif	1 463	1 024
<b>Fonds propres économiques</b>	<b>114 100</b>	<b>105 056</b>

L'évolution du bilan prudentiel entre les deux derniers exercices se présente comme suit.

	2025	2024
Impôts différés actif	1 463	1 024
Placements	131 126	125 340
• Immobilier	961	626
• Actions	-320	-320
• Obligations	71 307	69 342
• Fonds d'investissement	59 173	55 687
• Dépôts autre que la trésorerie	5	5
Provisions réassurées	10 773	6 863
Trésorerie	8 833	20
Autres actifs	64 173	60 408
<b>Total actif</b>	<b>216 367</b>	<b>193 655</b>
Provisions non-vie	38 140	29 320
• Meilleure estimation globale	35 462	26 943
• Marge de risque	2 678	2 377
Provisions vie	8 891	7 264
• Meilleure estimation globale	5 276	3 744
• Marge de risque	398	330
• Meilleure estimation globale santé SLT	2 991	2 931
• Marge de risque santé SLT	226	259
Impôts différés passif	1 832	1 024
Autres passifs	53 404	51 573
<b>Total passif</b>	<b>102 267</b>	<b>89 181</b>
<b>Actif net</b>	<b>114 100</b>	<b>105 056</b>

### E.2. Capital de solvabilité requis et minimum de capital requis

#### E.2.a Le risque de marché

*Le risque de taux et le risque de spread*

À l'actif, sont concernés par le risque de taux, l'ensemble des obligations détenues en direct (souveraines ou d'entreprises) ainsi que l'ensemble des obligations issues de l'observation des fonds d'investissements, une hausse des taux sans risque entraînant une diminution de la valeur de marché des obligations. Cette diminution de l'actif net n'est pas complètement compensée par la baisse simultanée des engagements, de volume et de durée plus faibles. Ainsi, le scénario défavorable pour la mutuelle est le scénario de hausse des taux. Dans ce cadre, le capital de solvabilité requis pour le risque de taux est de **6 891 K€** (contre 5 090 K€ en 2024) et s'explique comme suit.

Type de placements (en €)	SCR 2025	SCR 2024
Obligations d'entreprise	5 903 046	5 258 666
Obligations souveraines	2 043 124	661 541
<b>Impact sur les obligations</b>	<b>7 946 170</b>	<b>5 920 206</b>
Impact sur les provisions techniques	-1 055 020	-830 022
<b>SCR taux</b>	<b>6 891 150</b>	<b>5 090 184</b>

Le risque de *spread* concerne les obligations d'entreprise détenues en direct et celles issues de l'observation par transparence des fonds d'investissement. Le capital de solvabilité requis pour le risque de *spread* est de **9 674 K€** (contre 9 584 K€ en 2024).

### Le risque actions

La mutuelle GSMC ne détient que peu d'actions en direct. Le choc ne concerne que les actions et fonds d'investissement issus de l'observation par transparence des fonds détenus par la mutuelle.

Le risque actions se décompose en actions de type 1 (actions cotées sur les marchés régulés) et actions de type 2 (actions non cotées et fonds d'investissement non observés par transparence). Le choc sur les actions de type 1 est de 46,90% (39% auxquels est ajouté un effet asymétrique de 7,90%, calculé d'après une formule réglementaire permettant de prendre en compte la position des marchés financiers à l'inventaire considéré dans le cycle de marché). Le choc pour les actions de type 2 est de 56,90% (49% définis par le règlement délégué auxquels est ajouté l'effet asymétrique de 7,90%).

Le capital requis pour le risque action est de **7 906 K€** (contre 7 226 K€ en 2024) décomposé comme suit.

Type de placements (en €)	SCR 2025	SCR 2024
SCR action de type 1	3 935 578	1 664 305
SCR actions de type 2	4 513 565	5 893 096
Effet de diversification	-543 052	-331 728
<b>SCR actions</b>	<b>7 906 091</b>	<b>7 225 674</b>

### Le risque immobilier

L'immobilier de la mutuelle est composé, en valeur de marché :

- du siège social de la mutuelle valorisé à 6 118 K€ et logé dans une SCI valorisée à -431 K€ ;
- d'immeubles et parking détenus en direct pour 825 K€ ;
- et de 368 K€ de SCPI.

Le choc sur ces actifs immobiliers est de 25%. Le capital requis pour le risque immobilier est de **1 828 K€** (contre 1 838 K€ en 2024).

### Le risque de change

Le portefeuille de placements de la mutuelle ne contient pas de placements en devises. Cependant, l'observation par transparence fait apparaître des lignes de placement libellées en devises pour un montant 6 261 K€ (contre 5 093 K€ en 2024). Le capital requis pour le risque de change est de **1 565 K€** contre un montant de 1 271 K€ en 2024.

### Le risque de concentration

Le risque de concentration permet de tenir compte de la diversification du portefeuille. Compte tenu de l'importance de l'assiette de diversification, aucun actif ne dépasse le seuil de déclenchement du module de risque de concentration, sui reste donc nul.

### *Agrégation des risques et SCR marché*

Le capital requis pour le risque de marché s'obtient en appliquant la matrice de corrélation définie par le règlement délégué et se décompose comme suit.

<i>(en €)</i>	<b>SCR 2025</b>	<b>SCR 2024</b>
SCR taux	6 891 150	5 090 184
SCR spread	9 673 966	9 584 019
SCR actions	7 906 091	7 225 674
SCR immobilier	1 827 782	1 838 285
SCR change	1 565 304	1 270 719
SCR concentration	0	0
Effet de diversification	-8 267 444	-6 802 592
<b>SCR de marché</b>	<b>19 596 848</b>	<b>18 206 289</b>

La hausse du SCR de marché est due à l'augmentation du volume de placements détenus.

### *E.2.b Le risque de souscription santé*

Le risque de souscription santé est divisé en trois risques :

- le risque santé similaire à la vie qui concerne le risque d'invalidité ;
- le risque santé non similaire à la vie qui concernent les frais de soin et les garanties d'incapacité ;
- le risque catastrophe.

#### *Le risque de santé similaire à la vie*

Les provisions mathématiques invalidité sont soumises à un risque longévité et à un risque de frais. Le sous-module invalidité se calcule en tenant compte d'une diminution de 20% des taux de mortalité concernant les personnes en invalidité. Le SCR longévité est estimé à **67 K€** (contre 68 K€ en 2024). Le sous-module risque de frais est estimé à **10 K€** (contre 6 K€ en 2024). Après application de la matrice de corrélation, le SCR santé similaire à la vie est estimé à **70 K€** (contre 44 K€ en 2023).

#### *Le risque de primes et de provisions non similaire à la vie*

Le risque de primes et de provisions permet de prendre en compte le risque de sous-provisionnement ou de sous-tarifcation des garanties de remboursement de frais de soin de la mutuelle et de remboursement des indemnités journalières d'incapacité. Les paramètres nécessaires au calcul du capital requis sont les cotisations nettes de réassurance sur le dernier exercice par groupe homogène, les cotisations estimées nettes de réassurance sur le prochain exercice ainsi que la meilleure estimation nette de réassurance par groupe homogène de risques.

La meilleure estimation pour sinistres de frais de soin correspond à la provision pour sinistres à payer santé ; la meilleure estimation prévoyance prise en compte dans le calcul est constituée des provisions pour sinistres à payer incapacité, des provisions mathématiques incapacité, des provisions rentes en attente et des provisions décès accidentel. Toutes ces provisions sont nettes de réassurance.

Le calcul du volume de primes s'effectue en tenant compte du maximum entre les cotisations 2025 et 2026. Le capital de solvabilité requis pour le risque de primes et de provision est de **47 715 K€** (contre un montant de 42 958 K€ en 2024). La hausse du SCR souscription s'explique par la hausse structurelle du chiffre d'affaires.

## Le risque catastrophe

### Le risque d'accident de masse

Le risque d'accident de masse appelé également "risque de stade", correspond au risque d'occurrence d'un accident dans un lieu réunissant un grand nombre d'individus.

Le calcul du capital requis pour le risque d'accident de masse dépend de probabilités de survenance, en cas d'accident, de différents évènements (décès, passage en invalidité, passage en incapacité ou bien augmentation des remboursements de frais de soins), des montants maximaux de remboursements prévus par les garanties portées, du nombre de personnes protégées ainsi que de la probabilité de réalisation de l'accident.

La mutuelle assure le remboursement des frais de soin, prend en charge les situations d'incapacité et d'invalidité et assure des capitaux décès. En santé, la mutuelle protège 240 135 personnes au 31 décembre 2025 et le coût de remboursement des frais de soin moyen a été estimé à 1 000 € en cas d'accident, par prudence. Concernant la prévoyance, la mutuelle couvre 6 720 personnes pour un montant maximal annuel de 114 000 € par personne en incapacité et 226 000 € en invalidité. Le capital requis pour le risque d'accident de masse est de **175 K€** (163 K€ en 2024).

### Le risque de concentration

Le risque de concentration correspond au risque d'occurrence d'un accident dans un lieu où sont réunis un grand nombre de personnes protégées par l'organisme, pour exemple un accident au siège d'une grande entreprise dont un grand nombre de salariés est couvert en prévoyance par l'organisme considéré.

Le calcul du capital requis pour le risque de concentration dépend de probabilités de survenance, en cas d'accident, de différents évènements (décès, passage en invalidité, passage en incapacité ou bien l'augmentation des remboursements en frais de soin), des montants maximaux de remboursements prévus par les garanties portées et du nombre de personnes protégées par le principal contrat collectif de l'organisme. Pour un accident de ce type, les remboursements de frais de soin moyens sont estimés, par prudence, à 1 000 €, le coût moyen pour l'incapacité et l'invalidité est de 18 072 € par personne protégée et le plus grand risque de concentration concerne un contrat collectif protégeant 160 personnes. Le calcul des prestations moyennes a été effectué sur le montant annuel moyen de prestations pour les personnes actuellement en incapacité. Le capital requis pour le risque de concentration est de **626 K€** (615 K€ en 2024).

### Le risque de pandémie

Le risque de pandémie correspond au risque de surconsommation médicale liée à l'occurrence d'une pandémie sur le territoire. Ce risque dépend du nombre de personnes protégées par la mutuelle, des coûts moyens d'un séjour à l'hôpital et d'une consultation médicale, ainsi que de la proportion théorique de personnes concernées.

Le nombre de personnes protégées, comme pour le risque d'accident de masse, est de 240 135. Le coût d'une hospitalisation est estimé à 1 000 € et le coût d'une consultation à 10 €, par prudence. Le capital requis pour le risque de pandémie est de **1 155 K€** (1 057 K€ en 2024).

Après application de la matrice de corrélation, le capital requis pour le risque catastrophe est de **1 325 K€** (contre 1 233 K€ en 2024) et se décompose comme suit.

(En €)	SCR 2025	SCR 2024
SCR accident de masse	174 721	163 465
SCR concentration	626 304	614 561
SCR pandémie	1 154 569	1 056 648
Effet de diversification	-630 523	-601 422
<b>SCR Catastrophe</b>	<b>1 325 071</b>	<b>1 233 252</b>

## Agrégation des sous-modules et calcul du SCR souscription santé

En tenant compte des résultats ci-dessus, après application de la matrice de corrélation, le capital requis pour le risque de souscription santé est de **48 098 K€** (contre 43 318 K€ en 2024), décomposé comme suit.

(En €)	SCR 2025	SCR 2024
SCR similaire à la vie	70 096	69 927
SCR primes et provisions	47 714 575	42 957 736
SCR catastrophe	1 325 071	1 233 252
Effet de diversification	-1 011 457	-943 150
<b>SCR souscription santé</b>	<b>48 098 285</b>	<b>43 317 765</b>

### *E.2.c Le risque de souscription vie*

Le risque de souscription vie concerne, d'une part, les provisions pour sinistres à payer vie et, d'autre part, les provisions mathématiques constituées pour couvrir le maintien des garanties décès pour les assurés en situation d'incapacité ou d'invalidité ainsi que les rentes viagères et les rentes éducation. Ces provisions sont choquées dans le sous-module de risque de mortalité et longévité.

Le second sous-module concerné est le sous-module de frais, correspondant à un scénario de hausse des frais de gestion par rapport aux hypothèses utilisées pour le calcul des provisions techniques.

Enfin, le dernier sous-module de risque est le sous-module de catastrophe. Le capital requis pour ce sous-module est calculé selon l'article 96 du règlement délégué 2015/35 de la commission européenne, dépendant des capitaux sous risque de la mutuelle (environ 660 000 K€).

Le capital requis pour le SCR vie est de **1 157 K€** (contre 1 089 K€ en 2024), décomposés comme suit.

(En €)	SCR 2025
SCR mortalité	398 916
SCR longévité	12 317
SCR frais	6 400
SCR catastrophe vie	990 000
Effet de diversification	-250 516
<b>SCR souscription vie</b>	<b>1 157 116</b>

### *E.2.d Le risque de contrepartie*

Le risque de contrepartie concerne tous les actifs qui n'ont pas subi un choc dans le risque de marché, c'est-à-dire les créances sur les réassureurs, la trésorerie (donc créances sur les banques) pour les contreparties dites de type 1 et les autres créances pour les contreparties dites de type 2.

Pour chaque contrepartie de type 1, il est nécessaire de calculer une perte en cas de défaut. Pour ce qui concerne les banques, la perte en cas de défaut est égale au nominal de la créance. La perte en cas de défaut d'un réassureur se calcule, quant à elle, en tenant compte, d'une part, des provisions réassurées et, d'autre part, de l'absence simulée du réassureur lors du calcul du capital pour le risque de primes et de réserve.

Les contreparties de type 2 correspondent aux autres créances inscrites au bilan. Le montant de ces créances est de 54 182 K€ (contre 50 153 K€ en 2024). Il est ici à noter que les comptes-courants nets de dépréciations sur la SCI GSMC, hébergeant le siège social, et la Holding Jemmapes, figurant à l'actif du bilan de la mutuelle, n'ont pas été choquées puisque leurs contreparties dans les bilans des dites sociétés (siège social ou participation dans des sociétés) ont été prises en compte par transparence dans la mesure du risque de marché de la mutuelle.

Le capital requis pour le risque de contrepartie est de **8 406 K€** (contre 7 600 K€ en 2024) et se décompose

comme suit.

(En €)	2025	2024
SCR contrepartie de type 1	367 461	101 897
SCR contrepartie de type 2	8 127 360	7 522 950
Effet de diversification	-88 351	-25 175
<b>SCR contrepartie</b>	<b>8 406 471</b>	<b>7 599 671</b>

### *E.2.e Le SCR de base*

Après le calcul de l'ensemble des sous-modules, le calcul du BSCR s'effectue en **59 744 K€** (contre 54 153 K€ en 2024) et se décompose comme suit.

L'évolution du BSCR est due essentiellement :

(En €)	2025	2024
SCR Marché	19 596 848	18 206 289
SCR Santé	48 098 285	43 317 765
SCR Vie	1 157 116	1 088 683
SCR Contrepartie	8 406 471	7 599 661
Effet de diversification	-17 514 730	-16 059 153
<b>BSCR</b>	<b>59 743 990</b>	<b>54 153 246</b>

L'évolution du BSCR est due essentiellement :

- à l'augmentation de l'exposition aux marchés financiers ;
- à l'augmentation de l'activité et donc du risque de souscription.

### *E.2.f Le risque opérationnel*

Le risque opérationnel est le risque de perte résultant de procédures internes, de membres du personnel ou de systèmes inadéquats ou défaillants, ou d'événements extérieurs. Le SCR opérationnel est calculé par une formule linéaire dépendant des cotisations sur les 24 derniers mois et des provisions calculées en meilleure estimation et brutes de réassurance. Il est plafonné à 30% du SCR de base. Le capital requis pour le risque opérationnel est de **7 733 K€** (contre 6 909 K€ en 2024). L'évolution du SCR opérationnel s'explique par l'augmentation du chiffre d'affaires.

### *E.2.g L'ajustement pour impôts différés*

Au bilan prudentiel, la valeur des impôts différés passifs nets d'impôts différés actifs est de 369 K€.

L'ajustement pour impôts différés est défini par le règlement délégué Solvabilité 2 à l'article 207 comme « égal à la variation de la valeur des impôts différés des entreprises d'assurance (...) qui résulterait de la perte soudaine d'un montant égal à la somme des éléments suivants :

- le capital de solvabilité requis de base ;
- l'ajustement visant à tenir compte de la capacité d'absorption de pertes des provisions techniques visé à l'article 206 du présent règlement ;
- l'exigence de capital pour risque opérationnel de la directive 2009/138/CE. ».

Cet ajustement permet de diminuer le montant de capital requis. Il est plafonné, par prudence, par le montant d'impôts différés passif nets des impôts différés actif et donc égal à **369 K€**.

### *E.2.h Les exigences de capital*

*Le capital de solvabilité requis (SCR)*

Le capital de solvabilité requis correspond au capital économique dont a besoin une entreprise d'assurance ou de réassurance pour limiter la probabilité de ruine à un an à 0,5%. Son calcul utilise la méthode de la Valeur-en-Risque (« Value-at-Risk »), conformément à la formule standard ou dans le contexte d'un modèle interne. Toutes les pertes potentielles sur les 12 mois à venir, y compris celles qui découleraient d'une réévaluation défavorable des actifs et passifs, doivent être évaluées. Le capital de solvabilité requis reflète le profil de risque réel de l'entreprise, compte tenu de tous les risques quantifiables, ainsi que l'incidence nette des techniques d'atténuation des risques. Il doit être couvert par un montant au moins équivalent de fonds propres éligibles.

À l'inventaire 2025, le SCR de la mutuelle est égal à **67 107 K€** (contre 61 062 K€ en 2024) et se décompose comme suit.

(En €)	2025	2024
BSCR	59 743 990	54 153 246
SCR opérationnel	7 732 523	6 909 232
Ajustement pour impôts différés	-369 108	-
<b>SCR</b>	<b>67 107 405</b>	<b>61 062 478</b>

#### *Le minimum de capital requis (MCR)*

Le minimum de capital requis se calcule par une formule linéaire dépendant des cotisations et de la meilleure estimation santé. Ce montant doit être compris entre 25% et 45% du SCR et est au minimum égal à 4 000 K€ (minimum absolu pour une mutuelle mixte).

À l'inventaire 2025, le MCR de la mutuelle GSMC est égal à **16 777 K€** (contre 15 266 K€ en 2024).

#### *Récapitulatif et couverture des exigences*

Les couvertures des exigences réglementaires sont présentées ci-après.

	Inventaire 2025	Inventaire 2024
Risque de marché	19 597	18 206
Risque de souscription santé	48 098	43 318
Risque de vie	1 157	1 089
Risque de contrepartie	8 406	7 600
Effet de diversification	-17 515	-16 059
BSCR	59 744	54 153
Risque opérationnel	7 733	6 909
Ajustement pour impôts différés	-369	0
<b>SCR</b>	<b>67 107</b>	<b>61 062</b>
MCR	16 777	15 266
<b>Fonds propres</b>	<b>114 100</b>	<b>105 056</b>
<b>Couverture du SCR</b>	<b>170%</b>	<b>172%</b>
Couverture du MCR	680%	688%

### **E.3. Utilisation du sous-module « risque sur actions » fondé sur la durée dans le calcul du capital de solvabilité requis**

La mutuelle n'utilise pas le sous-module « risque sur actions » fondé sur la durée prévu à l'article 304 de la directive. Ainsi, aucune autre information relative à ce point n'est à reporter dans le présent rapport.

### **E.4. Différences entre la formule standard et tout modèle interne utilisée**

La mutuelle utilise uniquement la formule standard pour ses besoins de calcul du capital de solvabilité requis (SCR). Aucun calcul du capital de solvabilité requis (SCR) n'est réalisé via un modèle interne, même

partiellement. Ainsi, aucune différence ou écart méthodologique ou autre n'est à reporter dans le présent rapport.

### **E.5. Non-respect du minimum de capital requis et non-respect du capital de solvabilité requis**

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

## Annexes

### F.1. S.02.01 – Bilan

		Solvency II value	Statutory accounts value
		C0010	C0020
<b>Assets</b>			
Goodwill	R0010		0
Deferred acquisition costs	R0020		0
Intangible assets	R0030	0	1 926 374
Deferred tax assets	R0040	0	0
Pension benefit surplus	R0050	0	0
Property, plant & equipment held for own use	R0060	593 123	379 416
Investments (other than assets held for index-linked and unit-linked contracts)	R0070	130 532 748	123 738 357
Property (other than for own use)	R0080	367 727	367 727
Holdings in related undertakings, including participations	R0090		
Equities	R0100	-319 852	153
Equities - listed	R0110	0	0
Equities - unlisted	R0120	-319 852	153
Bonds	R0130	71 306 911	68 777 456
Government Bonds	R0140	10 339 209	10 355 453
Corporate Bonds	R0150	60 967 702	58 422 003
Structured notes	R0160	0	0
Collateralised securities	R0170	0	0
Collective Investments Undertakings	R0180	59 173 036	54 588 095
Derivatives	R0190	0	0
Deposits other than cash equivalents	R0200	4 926	4 926
Other investments	R0210	0	0
Assets held for index-linked and unit-linked contracts	R0220		
Loans and mortgages	R0230		
Loans on policies	R0240		
Loans and mortgages to individuals	R0250		
Other loans and mortgages	R0260		
Reinsurance recoverables from:	R0270	10 772 726	12 951 082
Non-life and health similar to non-life	R0280	6 380 896	8 206 043
Non-life excluding health	R0290	0	0
Health similar to non-life	R0300	6 380 896	8 206 043
Life and health similar to life, excluding health and index-linked and unit-linked	R0310	4 391 830	4 745 040
Health similar to life	R0320	1 751 588	1 832 246
Life excluding health and index-linked and unit-linked	R0330	2 640 242	2 912 793
Life index-linked and unit-linked	R0340	0	0
Deposits to cedants	R0350	0	0
Insurance and intermediaries receivables	R0360	53 824 077	53 824 077
Reinsurance receivables	R0370	1 364 963	1 364 963
Receivables (trade, not insurance)	R0380	7 699 107	7 699 107
Own shares (held directly)	R0390	0	0
Amounts due in respect of own fund items or initial fund called up but not yet paid in	R0400	0	0
Cash and cash equivalents	R0410	8 833 215	8 833 215
Any other assets, not elsewhere shown	R0420	1 284 353	1 284 353
<b>Total assets</b>	<b>R0500</b>	<b>214 904 312</b>	<b>212 000 945</b>
<b>Liabilities</b>			
Technical provisions - non-life	R0510		38 139 898
Technical provisions - non-life (excluding health)	R0520	0	0
Technical provisions calculated as a whole	R0530	0	
Best Estimate	R0540	0	
Risk margin	R0550	0	

Technical provisions - health (similar to non-life)	<b>R0560</b>	38 139 898	36 457 956
Technical provisions calculated as a whole	<b>R0570</b>	0	
Best Estimate	<b>R0580</b>	35 462 311	
Risk margin	<b>R0590</b>	2 677 587	
Technical provisions - life (excluding index-linked and unit-linked)	<b>R0600</b>	8 891 450	9 146 456
Technical provisions - health (similar to life)	<b>R0610</b>	3 217 332	3 128 050
Technical provisions calculated as a whole	<b>R0620</b>	0	
Best Estimate	<b>R0630</b>	2 991 461	
Risk margin	<b>R0640</b>	225 871	
Technical provisions - life (excluding health and index-linked and unit-linked)	<b>R0650</b>	5 674 118	6 018 406
Technical provisions calculated as a whole	<b>R0660</b>	0	
Best Estimate	<b>R0670</b>	5 275 771	
Risk margin	<b>R0680</b>	398 348	
Technical provisions - index-linked and unit-linked	<b>R0690</b>	0	0
Technical provisions calculated as a whole	<b>R0700</b>	0	
Best Estimate	<b>R0710</b>	0	
Risk margin	<b>R0720</b>	0	
Other technical provisions	<b>R0730</b>		0
Contingent liabilities	<b>R0740</b>	0	0
Provisions other than technical provisions	<b>R0750</b>	709 806	709 806
Pension benefit obligations	<b>R0760</b>	0	0
Deposits from reinsurers	<b>R0770</b>	0	0
Deferred tax liabilities	<b>R0780</b>	369 108	0
Derivatives	<b>R0790</b>	0	0
Debts owed to credit institutions	<b>R0800</b>	0	0
Financial liabilities other than debts owed to credit institutions	<b>R0810</b>	0	0
Insurance & intermediaries payables	<b>R0820</b>	10 270 639	10 270 639
Reinsurance payables	<b>R0830</b>	3 699 450	3 699 450
Payables (trade, not insurance)	<b>R0840</b>	38 723 717	38 723 717
Subordinated liabilities	<b>R0850</b>	0	0
Subordinated liabilities not in Basic Own Funds	<b>R0860</b>	0	0
Subordinated liabilities in Basic Own Funds	<b>R0870</b>	0	0
Any other liabilities, not elsewhere shown	<b>R0880</b>	0	0
<b>Total liabilities</b>	<b>R0900</b>	100 804 068	99 008 023
<b>Excess of assets over liabilities</b>	<b>R1000</b>	114 100 244	112 992 921

## F.2. S.05.01.01.– Primes, sinistres et dépenses par ligne d'activité

			Line of Business for: non-life insurance and reinsurance obligations (direct business and accepted proportional reinsurance)		Total		
			Medical expense insurance	Income protection insurance			
			C0010	C0020			
Premiums written	Gross - Direct Business		<b>R0110</b>	238456435,800	7320012,460	245776448,260	
	Gross - Proportional reinsurance accepted		<b>R0120</b>	0,000	0,000	0,000	
	Gross - Non-proportional reinsurance accepted		<b>R0130</b>			0,000	
	Reinsurers' share		<b>R0140</b>	3544142,720	4228668,750	7772811,470	
	Net		<b>R0200</b>	234912293,080	3091343,710	238003636,790	
Premiums earned	Gross - Direct Business		<b>R0210</b>	238456435,800	7320012,460	245776448,260	
	Gross - Proportional reinsurance accepted		<b>R0220</b>	0,000	0,000	0,000	
	Gross - Non-proportional reinsurance accepted		<b>R0230</b>			0,000	
	Reinsurers' share		<b>R0240</b>	3544142,720	4228668,750	7772811,470	
	Net		<b>R0300</b>	234912293,080	3091343,710	238003636,790	
Claims incurred	Gross - Direct Business		<b>R0310</b>	179380656,970	3168731,290	182549388,260	
	Gross - Proportional reinsurance accepted		<b>R0320</b>	0,000	0,000	0,000	
	Gross - Non-proportional reinsurance accepted		<b>R0330</b>			0,000	
	Reinsurers' share		<b>R0340</b>	2630849,250	2081735,170	4712584,420	
	Net		<b>R0400</b>	176749807,710	1086996,110	177836803,820	
Expenses incurred			<b>R0550</b>	48539622,660	692794,720	49232417,380	
Expenses incurred	Administrative expenses	Gross - Direct Business		<b>R0610</b>	14415501,000	442520,000	14858021,000
		Gross - Proportional reinsurance accepted		<b>R0620</b>	0,000	0,000	0,000
		Gross - Non-proportional reinsurance accepted		<b>R0630</b>			0,000
		Reinsurers' share		<b>R0640</b>	704851,160	840988,160	1545839,320
		Net		<b>R0700</b>	13710650,000	-398469,000	13312181,000
	Investment management expenses	Gross - Direct Business		<b>R0710</b>	-719994,000	0,000	-719994,000
		Gross - Proportional reinsurance accepted		<b>R0720</b>	0,000	0,000	0,000
		Gross - Non-proportional reinsurance accepted		<b>R0730</b>			0,000
		Reinsurers' share		<b>R0740</b>	0,000	0,000	0,000
		Net		<b>R0800</b>	-719994,000	0,000	-719994,000
	Claims management expenses	Gross - Direct Business		<b>R0810</b>	0,000	0,000	0,000
		Gross - Proportional reinsurance accepted		<b>R0820</b>	0,000	0,000	0,000
		Gross - Non-proportional reinsurance accepted		<b>R0830</b>			0,000
		Reinsurers' share		<b>R0840</b>	0,000	0,000	0,000
		Net		<b>R0900</b>	0,000	0,000	0,000
	Acquisition expenses	Gross - Direct Business		<b>R0910</b>	31084864,000	954227,000	32039091,000
		Gross - Proportional reinsurance accepted		<b>R0920</b>	0,000	0,000	0,000
		Gross - Non-proportional reinsurance accepted		<b>R0930</b>			0,000
		Reinsurers' share		<b>R0940</b>	0,000	0,000	0,000
		Net		<b>R1000</b>	31084864,000	954227,000	32039091,000
	Overhead expenses	Gross - Direct Business		<b>R1010</b>	4464102,660	137036,720	4601139,380
		Gross - Proportional reinsurance accepted		<b>R1020</b>	0,000	0,000	0,000
		Gross - Non-proportional reinsurance accepted		<b>R1030</b>			0,000
		Reinsurers' share		<b>R1040</b>	0,000	0,000	0,000
		Net		<b>R1100</b>	4464102,660	137036,720	4601139,380
Balance - other technical expenses/income			<b>R1210</b>			0,000	
Total technical expenses			<b>R1300</b>			49232417,380	

			Line of Business for: life insurance obligations		Total	
			Health insurance	Other life insurance		
			C0210	C0240	C0300	
Premiums written	Gross	R1410	0,000	7412777,660	7412777,660	
	Reinsurers' share	R1420	0,000	2958088,490	2958088,490	
	Net	R1500	0,000	4454689,170	4454689,170	
Premiums earned	Gross	R1510	0,000	7412777,660	7412777,660	
	Reinsurers' share	R1520	0,000	2958088,490	2958088,490	
	Net	R1600	0,000	4454689,170	4454689,170	
Claims incurred	Gross	R1610	400360,890	2824743,170	3225104,060	
	Reinsurers' share	R1620	307537,250	1611795,080	1919332,330	
	Net	R1700	92823,640	1212948,090	1305771,730	
Expenses incurred		R1900	0,000	1182774,075	1182774,075	
Expenses incurred	Administrative expenses	Gross	R1910	0,000	128709,000	128709,000
		Reinsurers' share	R1920	0,000	493089,780	493089,780
		Net	R2000	0,000	-364380,000	-364380,000
	Investment management expenses	Gross	R2010	0,000	47506,405	47506,405
		Reinsurers' share	R2020	0,000	0,000	0,000
		Net	R2100	0,000	47506,405	47506,405
	Claims management expenses	Gross	R2110	0,000	0,000	0,000
		Reinsurers' share	R2120	0,000	0,000	0,000
		Net	R2200	0,000	0,000	0,000
	Acquisition expenses	Gross	R2210	0,000	1580923,000	1580923,000
		Reinsurers' share	R2220	0,000	0,000	0,000
		Net	R2300	0,000	1580923,000	1580923,000
	Overhead expenses	Gross	R2310	0,000	-81275,330	-81275,330
		Reinsurers' share	R2320	0,000	0,000	0,000
		Net	R2400	0,000	-81275,330	-81275,330
Balance - other technical expenses/income		R2510			0,000	
Total expenses		R2600			1182774,075	
Total amount of surrenders		R2700	0,000	0,000	0,000	

#### F.4. S.12.01 - Provisions techniques vie

			Other life insurance	Other life insurance		Total (Life other than health insurance, incl. Unit-Linked)	Health insurance (direct business)	Total (Health similar to life insurance)
				Contracts without options and guarantees	Contracts with options or guarantees		Contracts without options and guarantees	
				C0060	C0070	C0080	C0150	C0170
Technical provisions calculated as a whole			R0010					
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			R0020					
Technical provisions calculated as a sum of BE and RM	Best Estimate	Gross Best Estimate	R0030	5275770,570		5275770,570	2991461,230	2991461,230
		Total recoverables from reinsurance/SPV and Finite Re before the adjustment for	R0040	2640506,140		2640506,140	1751763,030	1751763,030

		expected losses due to counterparty default							
		Total recoverables from reinsurance/SPV and Finite Re before the adjustment for expected losses due to counterparty default	R0050		2640506,140		2640506,140	1751763,030	1751763,030
		Recoverables from reinsurance (except SPV and Finite Re) before adjustment for expected losses	R0060						
		Recoverables from SPV before adjustment for expected losses	R0070						
		Recoverables from Finite Re before adjustment for expected losses	R0080		2640242,090		2640242,090	1751587,850	1751587,850
		Total Recoverables from reinsurance/SPV and Finite Re after the adjustment for expected losses due to counterparty default	R0090		2635528,480		2635528,480	1239873,380	1239873,380
		Best estimate minus recoverables from reinsurance/SPV and Finite Re	R0100	398347,859			398347,859		225870,735
Amount of the transitional on Technical Provisions		Risk Margin	R0110						
		Technical Provisions calculated as a whole	R0120						
		Best estimate	R0130						
		Risk margin	R0200						
		Technical provisions - total	R0210	5674118,429			5674118,429		3217331,965
		Technical provisions minus recoverables from reinsurance/SPV and Finite Re - total	R0220	3033876,339			3033876,339		1465744,115
		Best Estimate of products with a surrender option	R0230						
Gross BE for Cash flow	Cash out-flows	Future guaranteed and discretionary benefits	R0240						
		Future guaranteed and discretionary benefits	R0250						
		Future guaranteed and discretionary benefits	R0260						
	Cash in-flows	Future expenses and other cash out-flows	R0270						
		Future premiums	R0280						
		Other cash in-flows	R0290						
		Percentage of gross Best Estimate calculated using approximations	R0300						
		Surrender value	R0310						
		Best estimate subject to transitional of the interest rate	R0320						
		Technical provisions without transitional on interest rate	R0330						
		Best estimate subject to volatility adjustment	R0340						
		Technical provisions without volatility adjustment and without others transitional measures	R0350						
		Best estimate subject to matching adjustment	R0360						
		Technical provisions without matching adjustment and without all the others	R0370						
		Expected profits included in future premiums (EPIFP)							

## F.5. S.17.01 - Provisions techniques non-vie

			Direct business and accepted proportional reinsurance		Total Non-Life obligation				
			Medical expense insurance	Income protection insurance					
			C0020	C0030					
Technical provisions calculated as a sum of BE and RM	Best estimate	Premium provisions	Gross - Total		R0060	1074466,952	-861837,808	212629,144	
			Gross - Total	Gross - direct business		R0070	1074466,952	-861837,808	212629,144
				Gross - accepted non-proportional reinsurance business		R0090			
				Total recoverable from reinsurance/SPV and Finite Re before the adjustment for expected losses due to counterparty default		R0100	-716986,630	-766956,940	-1483943,570
			Total recoverable from reinsurance/SPV and Finite Re before the adjustment for expected losses due to counterparty default		Recoverables from reinsurance (except SPV and Finite Reinsurance) before adjustment for expected losses	R0110	-716986,630	-766956,940	-1483943,570
			Total recoverable from reinsurance/SPV and Finite Re after the adjustment for expected losses due to counterparty default			R0140	-716628,140	-766880,250	-1483508,390
			Net Best Estimate of Premium Provisions		R0150	1791095,092	-94957,558	1696137,534	
		Claims provisions	Gross - Total		R0160	19901036,050	15348645,940	35249681,990	
			Gross - Total	Gross - direct business		R0170	19901036,050	15348645,940	35249681,990
				Gross - accepted proportional reinsurance business		R0180			
	Gross - accepted non-proportional reinsurance business			R0190					
	Total recoverable from reinsurance/SPV and Finite Re before the adjustment for expected losses due to counterparty default		R0200	145686,780	7719562,150	7865248,930			
	Total recoverable from reinsurance/SPV and Finite Re before the adjustment for expected losses due to counterparty default		Recoverables from reinsurance (except SPV and Finite Reinsurance) before adjustment for expected losses	R0210	145686,780	7719562,150	7865248,930		
	Total recoverable from reinsurance/SPV and Finite Re after the adjustment for expected losses due to counterparty default			R0240	145613,930	7718790,200	7864404,130		
	Net Best Estimate of Claims Provisions		R0250	19755422,120	7629855,740	27385277,860			
	Total Best estimate - gross		R0260	20975503,002	14486808,132	35462311,134			
	Total Best estimate - net		R0270	21546517,212	7534898,182	29081415,394			
	Risk margin		R0280	1583758,545	1093828,652	2677587,197			
	Amount of the transitional on Technical Provisions	TP as a whole		R0290					
		Best estimate		R0300					
Risk margin		R0310							
Technical provisions - total	Technical provisions - total		R0320	22559261,547	15580636,784	38139898,330			
	Recoverable from reinsurance contract/SPV and Finite Re after the adjustment for expected losses due to counterparty default - total		R0330	-571014,210	6951909,950	6380895,740			
	Technical provisions minus recoverables from reinsurance/SPV and Finite Re- total		R0340	23130275,757	8628726,834	31759002,590			
Line of Business: further segmentation (Homogeneous Risk Groups)	Premium provisions - Total number of homogeneous risk groups		R0350	1	1				
	Claims provisions - Total number of homogeneous risk groups		R0360	1	1				
Cash-flows of the Best estimate of Premium Provisions (Gross)	Cash out-flows	Future benefits and claims	R0370	192412675,840	9841633,560	202254309,400			
		Future expenses and other cash-out flows	R0380	60523978,620	2350530,640	62874509,260			
	Cash in-flows	Future premiums	R0390	251862187,520	13054002,030	264916189,550			
		Other cash-in flows (incl. Recoverable from salvages and subrogations)	R0400	0,000	0,000	0,000			

Cash-flows of the Best estimate of Claims Provisions (Gross)	Cash out-flows	Future benefits and claims	R0410	19337001,850	15186827,200	34523829,050
		Future expenses and other cash-out flows	R0420	564034,190	161818,760	725852,950

## F.6. S.23.01 – Fonds propres Solvabilité 2

			Total	Tier 1 - unrestricted
			C0010	C0020
Basic own funds before deduction for participations in other financial sector as foreseen in article 68 of Delegated Regulation 2015/35	Ordinary share capital (gross of own shares)	R0010		
	Share premium account related to ordinary share capital	R0030		
	Initial funds, members' contributions or the equivalent basic own - fund item for mutual and mutual-type undertakings	R0040	381100,000	381100,000
	Subordinated mutual member accounts	R0050		
	Surplus funds	R0070		
	Preference shares	R0090		
	Share premium account related to preference shares	R0110		
	Reconciliation reserve	R0130	113719144,025	113719144,025
	Subordinated liabilities	R0140	0,000	
	An amount equal to the value of net deferred tax assets	R0160		
Other own fund items approved by the supervisory authority as basic own funds not specified above	R0180			
Own funds from the financial statements that should not be represented by the reconciliation reserve and do not meet the criteria to be classified as Solvency II own funds				
	Own funds from the financial statements that should not be represented by the reconciliation reserve and do not meet the criteria to be classified as Solvency II own funds	R0220		
Deductions	Deductions for participations in financial and credit institutions	R0230		
Total basic own funds after deductions		R0290	114100244,025	114100244,025
Ancillary own funds	Unpaid and uncalled ordinary share capital callable on demand	R0300		
	Unpaid and uncalled initial funds, members' contributions or the equivalent basic own fund item for mutual and mutual - type undertakings, callable on demand	R0310		
	Unpaid and uncalled preference shares callable on demand	R0320		
	A legally binding commitment to subscribe and pay for subordinated liabilities on demand	R0330		
	Letters of credit and guarantees under Article 96(2) of the Directive 2009/138/EC	R0340		
	Letters of credit and guarantees other than under Article 96(2) of the Directive 2009/138/EC	R0350		
	Supplementary members calls under first subparagraph of Article 96(3) of the Directive 2009/138/EC	R0360		
	Supplementary members calls - other than under first subparagraph of Article 96(3) of the Directive 2009/138/EC	R0370		
	Other ancillary own funds	R0390		
Total ancillary own funds		R0400		
Available and eligible own funds	Total available own funds to meet the SCR	R0500	114100244,025	114100244,025
	Total available own funds to meet the MCR	R0510	114100244,025	114100244,025
	Total eligible own funds to meet the SCR	R0540	114100244,025	114100244,025
	Total eligible own funds to meet the MCR	R0550	114100244,025	114100244,025
SCR		R0580	67107405,437	
MCR		R0600	16776851,359	
Ratio of Eligible own funds to SCR		R0620	170,03%	
Ratio of Eligible own funds to MCR		R0640	680,11%	

## F.6. S.25.01 – Capital requis de solvabilité

		Net solvency capital requirement	Gross solvency capital requirement	Allocation from adjustments due to RFF and Matching adjustments portfolios
		<b>C0030</b>	<b>C0040</b>	<b>C0050</b>
Market risk	<b>R0010</b>	19596847,984	19596847,984	
Counterparty default risk	<b>R0020</b>	8406470,714	8406470,714	
Life underwriting risk	<b>R0030</b>	1157115,922	1157115,922	
Health underwriting risk	<b>R0040</b>	48098285,042	48098285,042	
Non-life underwriting risk	<b>R0050</b>			
Diversification	<b>R0060</b>	-17514730,028	-17514730,028	
Intangible asset risk	<b>R0070</b>			
Basic Solvency Capital Requirement	<b>R0100</b>	59743989,635	59743989,635	

		Value	
		<b>C0100</b>	
Adjustment due to RFF/MAP nSCR aggregation	<b>R0120</b>		
Operational risk	<b>R0130</b>	7732523,332	
Loss-absorbing capacity of technical provisions	<b>R0140</b>		
Loss-absorbing capacity of deferred taxes	<b>R0150</b>	-369107,530	
Capital requirement for business operated in accordance with Art. 4 of Directive 2003/41/EC	<b>R0160</b>		
Solvency Capital Requirement excluding capital add-on	<b>R0200</b>	67107405,437	
Capital add-ons already set	<b>R0210</b>		
Capital add-ons already set	of which, capital add-ons already set - Article 37 (1) Type a	<b>R0211</b>	
	of which, capital add-ons already set - Article 37 (1) Type b	<b>R0212</b>	
	of which, capital add-ons already set - Article 37 (1) Type c	<b>R0213</b>	
	of which, capital add-ons already set - Article 37 (1) Type d	<b>R0214</b>	
Solvency capital requirement	<b>R0220</b>	67107405,437	
Other information on SCR	Capital requirement for duration-based equity risk sub-module	<b>R0400</b>	
	Total amount of Notional Solvency Capital Requirements for remaining part	<b>R0410</b>	
	Total amount of Notional Solvency Capital Requirements for ring-fenced funds	<b>R0420</b>	
	Total amount of Notional Solvency Capital Requirements for matching adjustment portfolios	<b>R0430</b>	
	Diversification effects due to RFF nSCR aggregation for article 304	<b>R0440</b>	
	Method used to calculate the adjustment due to RFF/MAP nSCR aggregation	<b>R0450</b>	
	Net future discretionary benefits	<b>R0460</b>	

		Before the shock	After the shock
		<b>C0110</b>	<b>C0120</b>
	DTA	1462918,160	1462918,160
	DTA		
	DTA carry forward	<b>R0600</b>	<b>R0610</b>

	DTA due to deductible temporary differences	<b>R0620</b>	1462918,160	1462918,160
	DTL	<b>R0630</b>	1832025,690	1832025,690

LAC DT		<b>R0640</b>	
LAC DT	LAC DT justified by reversion of deferred tax liabilities	<b>R0650</b>	
	LAC DT justified by reference to probable future taxable economic profit	<b>R0660</b>	
	LAC DT justified by carry back, current year	<b>R0670</b>	-369107,530
	LAC DT justified by carry back, future years	<b>R0680</b>	
	Maximum LAC DT	<b>R0690</b>	-369107,530

### F.6. S.28.01 – Minimum de capital requis

		MCR components	
		Non-life activities	Life activities
		MCR(NL, NL) Result	MCR(NL, L)Result
		<b>C0010</b>	<b>C0020</b>
Linear formula component for non-life insurance and reinsurance obligations	<b>R0010</b>	13303399,961	