

2023

1. Citer les trois types d'actes fondateurs d'un régime d'entreprise

Les garanties collectives sont déterminées :

- par voie de conventions ou d'accords collectifs
 - soit à la suite d'un référendum
 - soit par une décision unilatérale du chef d'entreprise
2. Dans le rapport Loi Evin, les frais comptabilisés au débit correspondent-ils aux frais réellement engagés par l'assureur sur le contrat ?

Non, au débit il y a les prestations payées mais également les provisions techniques, les prélèvements pour la gestion, apport, fonds social.

3. Quel niveau de prise en charge minimum le cahier des charges du contrat « responsable » prévoit-il pour la quasi-totalité des actes de soins ?

Reste à charge nul pour les actes du panier de soins « 100% Santé ».

4. Décrivez les grands principes de fonctionnement de la réforme 100% santé sur le poste optique.

Prestations divisées en deux catégories : panier 100% santé ou panier tarifs libres. Verres et montures divisées en deux catégories, classe A ou B. Dans le premier cas la BR est revalorisée, dans le second diminuée. Il y a également un prix limite de vente qui est mis en place.

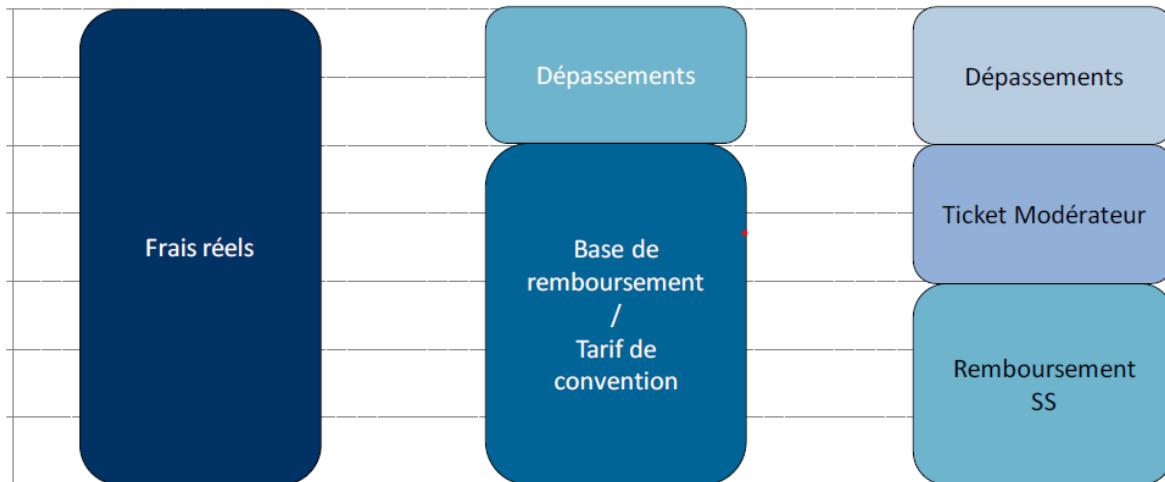
5. Indiquez dans quelle nomenclature sont détaillés les prix des équipements optique (lunette)

Dans la nomenclature LPP (Liste des produits et prestations)

6. Peut-on exprimer les cotisations d'un régime complémentaire santé collectif obligatoire en pourcentage du salaire ? explicez votre réponse (interdiction, avantages / inconvénients, autre)

Oui, crée une solidarité entre les hauts et les bas salaires. Ce mode d'expression conduit toutefois à des montants extrêmement élevés pour les plus hauts salaires.

7. Veuillez reproduire le schéma de décomposition d'une dépense de santé en faisant apparaître les différentes dénominations (FR, BR...)



8. Quelle est la base de remboursement d'un semestre d'orthodontie côté TO90 sachant que la lettre clé TO est valorisée à 2,15€ ?

$$2,15 \times 90 = 193,5\text{€}$$

9. La prime mensuelle commerciale TTC d'un contrat collectif responsable couvrant des garanties Frais de santé est égale à 186€. Les frais de gestion de l'assureur sont fixés à 12%. Quelle est la prime pure sur ce contrat ?

Pour contrat:

- responsable : taxes = 13,27%
- non-responsable : taxes = 20,27%

charge ment de gestion = 12%

$$\text{Prime pure} = \text{Prime Co} \times [(1-\text{charge ment de gestion})/(1+\text{taxes})]$$

$$\text{Prime pure} = 186 \times [(1-0,12)/(1+0,1327)]$$

10. Peut-on constituer une provision pour égalisation sur un contrat santé ? Explicitez votre réponse

Non, la provision pour égalisation s'applique uniquement à l'assurance de groupe contre les risques décès, incapacité ou invalidité. Pas sur la santé ou la dépendance.

11. Comment appelle-t-on la BR d'un acte dispensé par un praticien non conventionné ?

C'est le TA, tarif d'autorité. Alors que le TC Tarif de convention correspond au tarif de responsabilité pour le secteur conventionné.

12. Un contrat santé responsable rembourse, pour les actes de médecins adhérents à l'OPTAM, 240% de la BR y compris SS. Quel est le niveau de prise en charge maximum pour les actes de médecins non adhérents à l'OPTAM ?

Pour les médecins non adhérents à l'OPTAM, 100% de la BR, soit 200% y compris SS.

13. Une réserve générale peut-elle être utilisée pour financer des améliorations de garanties ou un taux d'appel sur les cotisations ?

Non, en règle générale, une réserve générale ne peut pas être utilisée directement pour financer des améliorations de garanties ou un taux d'appel sur les cotisations. Son principal objectif est d'assurer la solvabilité de l'organisme.

14. La part des cotisations prise en charge par l'employeur sur un régime frais de santé collectif obligatoire est-elle réintégrée dans l'assiette d'impôt sur le revenu des salariées ou exonérée ?

Les cotisations patronales et salariales sont, dans la limite d'un plafond, exclues de l'assiette d'impôt sur le revenu.

15. Quel est le montant minimum de la BR au-delà duquel s'applique le « forfait actes lourds » (ticket modérateur forfaitaire de 18€) ?

Le forfait de 18€ s'applique pour certains actes médicaux dont le tarif est égal ou supérieur à 120€

16. Quels sont les principaux avantages et inconvénients d'une assurance complémentaire santé à adhésion obligatoire dans le cadre d'une entreprise ?

L'entreprise peut prévoir des garanties optionnelles à adhésion facultative pour les salariés qui souhaiteraient bénéficier de garanties améliorées. L'intérêt est de faire bénéficier ses salariés de contrat groupe, souscrit à priori dans des conditions financièrement avantageuses.

17. Quels sont les principaux facteurs influençant le risque santé ? explicitez leur impact (à la hausse, à la baisse)

Il y a d'abord les facteurs liés à l'offre de soins, les garanties proposées. Plus les garanties sont élevées, plus le niveau de dépense est important.

Également les caractéristiques de l'assuré :

- l'âge (à chaque âge les dépenses sont plus ou moins élevées par postes de dépenses. Par exemple, les dépenses de médicaments sont trois fois plus élevées pour les personnes âgées de 80 ans et plus)
- le sexe (selon le poste de dépense les femmes consomment plus ou moins que les hommes)
- le statut socioprofessionnel (concernant les dépenses d'hospitalisation, un ouvrier non qualifié coûte plus cher qu'un cadre)
- la région (selon la densité de spécialistes, leurs taux de dépassement d'honoraires sont inversement proportionnels).

18. Un contrat d'assurance complémentaire Santé prévoit, pour les prothèses dentaires du panier libre, une garantie à hauteur de 370% BR y compris Sécurité Sociale.

La base de remboursement de la SS pour une couronne est fixée à 120€ et le taux de remboursement SS à 70%.

La répartition des coûts réels des prothèses exprimés en % de la BR, observée sur le portefeuille :

FR (en %BR)	Répartition des actes	RSS	RC (en %BR)	RC (en €)	RC moyen (en €)	RAC
100%	15%	70%	30%	36€	5,4€	0
300%	20%	70%	230%	276€	55,2€	0
400%	30%	70%	300%	360€	108€	36€
500%	35%	70%	300%	360€	126€	156€
TOTAL	100%				€294,6	

2019

- Quels sont les 3 postes impactés par la réforme 100% santé ?

Optique, Dentaire et audioprothèses. Objectif est d'atteindre un reste à charge nul pour ces postes.

- Qu'est-ce que le Ticket Modérateur ?

Représente la part des dépenses qui reste à charge après remboursement de l'assurance maladie et avant déduction des participations forfaitaires.

- Un régime est mis en œuvre par une entreprise au profit de ses salariés dans le cadre d'un contrat collectif obligatoire, respectant le cahier des charges des contrats responsables. La prime pure évaluée par l'assureur est de 100€ par mois. Les chargements de gestion sont fixés à 12% de la cotisation HT.
 - Quel est le montant de la cotisation commerciale payée par l'entreprise et les salariés ?

$$100/(1-0,12)*(1+0,1327)=128,72\text{€}$$

- De quelle année date la Loi Evin ?

1989

- Quel sera le tarif maximum appliqué à un ancien salarié au moment de son départ en retraite s'il choisit de conserver les mêmes garanties ?

Majoration tarifaire maximale de 50%.

- Pour qu'un contrat soit responsable, quel est le niveau de garantie maximum sur les consultations de médecin non adhérent à l'OPTAM ?

Prise en charge plafonnée : ne peut excéder 100% du tarif opposable de la SS

- Un assuré est couvert par un régime Frais de santé qui prévoit une garantie (y compris sécurité sociale), pour les verres en Optique, égale à « 600% avec un plancher à 75€ / verre ». Données : Base de remboursement Sécurité Sociale par verre = 2,29€, taux de remboursement Sécurité sociale = 60%.
Un assuré a payé 200€ pour ses verres. Calculez
 - Le montant remboursé par la Sécurité Sociale : pour 1 verre BR x TR = 2,29 x 60% = 1,374€
 - Le montant remboursé par la complémentaire santé : $75 - 1,374 = 73,626\text{€}$ pour 1 verre
 - Le reste à charge pour l'assuré **50 €**

- Quelles sont les conséquences en cas de non-respect du cahier des charges du Contrat responsable ?

Le contrat est qualifié de non responsable. Les garanties complémentaires obligatoires souscrites par l'employeur au profit de ses salariés qui ne respectent pas ces critères perdront les avantages fiscaux et sociaux :

- Exonération de charges sociales sur la part employeur
- Déduction du revenu imposable de la part salariale
- Taxation sur les contrats réduite à 7% au lieu de 14%



2017

- Quelles sont les obligations de maintien de salaires de l'employeur ?

Le maintien de salaire est obligatoire si le salarié a au moins 1 an d'ancienneté. Une franchise de 7 jours s'applique, sauf si arrêt consécutif à un accident du travail ou maladie professionnelle, dans ce cas franchise nulle. L'employeur complète les indemnités versées par la SS à hauteur de 90% puis 66,66% de la rémunération brute pour des durées au prorata de son ancienneté.

- Un contrat de prévoyance collective d'entreprise, cofinancé par l'employeur et les salariés, doit couvrir le risque d'incapacité de travail à compter de quelle durée de l'arrêt ?

La date de début de versement des indemnités dépend du contrat mis en place dans l'entreprise.

- Dans le cadre d'un contrat de prévoyance classique qui propose des garanties en cas de décès, incapacité et invalidité, quelles sont les différents éléments de la provision pour sinistre qui doivent être constitués pour un individu en arrêt de travail ?

Garantie décès : provisions mathématiques, pour sinistres à payer, pour maintien des garanties décès aux personnes en arrêt de travail.

Garanties arrêt de travail : provisions pour rentes d'incapacité de travail, d'invalidité en attente, d'invalidité en cours, pour sinistres à payer.

- Ecrivez, en précisant les notations utilisées, le coefficient actuariel permettant de calculer la provision de maintien de la garantie en cas de décès pour une personne en incapacité.
- Que doit être multiplié au coefficient de la question précédente pour obtenir le montant de la provision, en théorie ? en pratique, cette approche est généralement retenue ?
- Quels sont les paramètres nécessaires (citez les tous) au calcul de la provision pour rente d'éducation ? précisez leur origine : réglementaire, contractuelle, expérience, donnée individuelle ...

Table de mortalité (Vie) ou table d'expérience (réglementaire ou expérience)

Loi de poursuites d'études (réglementaire ou expérience)

Un taux d'actualisation < 60% TME

Montant de la prestation (contractuelle)

Date de naissance du bénéficiaire (donnée individuelle)

Date du sinistre (donnée individuelle)

Date de fin de versement (donnée individuelle ou contractuelle)

Périodicité de la rente (contractuelle)

Mode de versement (contractuelle)

- En matière de tarification, citez quels sont selon vous les principaux critères discriminants en assurance santé ?

Critères liés à l'offre de soins :

- Tarif et taux de remboursement SS
- Conventions, règles de maîtrise des dépenses
- Carte et statut des professionnels de santé

Critères liés aux caractéristiques de l'assuré :

- Caractères objectifs (âge, sexe, CSP)



- Comportement (hygiène, prévention, couverture)
 - Etat de santé
8. Quels sont les éléments à prendre en compte, au-delà de la prime pure, pour obtenir le tarif commercial en assurance santé ?
- La gestion administrative (frais de gestion), le coût d'acquisition (la rémunération de l'apporteur, les coûts internes de création de gammes de produits ou de produits sur-mesure) et le coût d'immobilisation des fonds (contraintes européennes d'exigence de marge de solvabilité, volonté de rémunérer les fonds immobilisés).
9. L'assureur souhaite tarifer un contrat de prévoyance collective pour une entreprise disposant aussi bien de salariés femmes que de salariés hommes. Quelle solution proposez-vous ?

Calcul du tarif pur de référence, par exemple un tarif applicable à un adulte homme de 40 ans. Ensuite on applique des correctifs sur le tarif de référence pour y intégrer les spécificités de la population couverte par le futur contrat.

10. Quels sont les impacts du décret de mars 2017 venant modifier la loi Evin sur le maintien des garanties de santé pour les anciens salariés ?

2012

En France, le régime général est essentiellement financé par des ressources d'origine fiscale

- Vrai
- + Faux

Combien existe-t-il de branches du régime général ?

- 2
- 3
- + 4 Maladie / Accidents du travail et Maladies professionnelles/ Vieillesse et veuvage / Famille
- 5

En fonction de quel critère, un assuré va-t-il être affilié à un des régimes de base de la Sécurité Sociale ?

- + Son type d'activité professionnelle

- Sa région de résidence principale
- Sa situation de famille
- Son âge

Les enfants d'un assuré peuvent être considérés comme ses ayants droit pour la Sécurité Sociale :

- Jusqu' à 16 ans
- Jusqu'à 20 ans
- + Jusqu' à 16 ans ou 20 ans en cas de poursuite d'études
- Jusqu' à 16 ans ou 26 ans en cas de poursuite d'études

Le conjoint exerçant une activité professionnelle peut être ayant droit d'un assuré au titre de la Sécurité Sociale

- Vrai
- + Faux

Le concubin sans activité professionnelle, peut être ayant droit d'un assuré au titre de la Sécurité Sociale

- + Vrai
- Faux

Les régimes complémentaires doivent obligatoirement se baser sur les mêmes définitions que la Sécurité Sociale pour définir les ayants droit :

- Vrai
- + Faux

La Sécurité Sociale rembourse les prestations santé sur la base

- Des frais réels
- Des dépassements
- + De la base de remboursement
- Du ticket modérateur

Les prestations en nature correspondent aux prestations versées

- + au titre du remboursement des frais de santé
- au titre d'une prestation Arrêt de travail > prestation en espèce

La base de remboursement d'une consultation d'un médecin généraliste est de

- 21 Euros
- + 23 Euros
- 25 Euros

Soit X, la base de remboursement d'une consultation d'un médecin généraliste en Euros. Le taux de prise en charge de la Sécurité Sociale est de 70%. Le remboursement de la Sécurité Sociale pour cette consultation est égal à

- 70% * X
- + 70% * X - 1 Euros

- 70% * (X – 1 Euros)
- 70% * X – 0.5 Euros

En matière de Frais de santé, la Sécurité Sociale couvre les assurés en ALD (Affection Longue Durée)

- Moins bien que les assurés qui ne sont pas en ALD
- De façon identique à celle des assurés qui ne sont pas en ALD
- + Mieux que les assurés qui ne sont pas en ALD

Les assurés bénéficiaires de la CMU bénéficient d'une couverture Frais de santé de base

- De qualité inférieure à celle des autres assurés du régime général
- + De qualité identique à celle des autres assurés du régime général
- De meilleure qualité que celle des autres assurés du régime général

CMU signifie

- Complémentaire Maladie Uniforme
- + Couverture Maladie Universelle
- Couverture Maladie Unique
- Complémentaire Maladie Unique

Un arrêt de travail pour maladie « vie privée » est indemnisé par la Sécurité Sociale après un délai de carence

- De 2 jours
- + De 3 jours
- De 4 jours
- De 5 jours

Le salaire utilisé pour calculer l'indemnité journalière versée par la Sécurité Sociale en cas d'arrêt de travail pour maladie « vie privée » (incapacité de travail) est plafonné à

- 1 SMIC
- 1 TA
- + 1,8 SMIC
- 1 TB

Un arrêt de travail pour maladie « vie privée » est indemnisé par la Sécurité Sociale à hauteur de x% de l'assiette

- x = 30%
- x = 40%
- + x = 50%
- x = 60%

La période d'incapacité de travail au sens de la Sécurité Sociale dure au maximum :

- 1 an
- 2 ans
- + 3 ans
- 4 ans

Combien de catégories d'invalides sont définies par la Sécurité Sociale.

- 1
- 2
- + 3
- 4

Une rente d'invalidité dure au maximum 8 ans

- Vrai
- + Faux

La Sécurité Sociale verse un niveau de rente invalidité croissant en fonction de la catégorie de l'invalidité.

+ Vrai**- Faux**

L'assiette servant au calcul de la rente d'invalidité versée par la Sécurité Sociale, est la moyenne des salaires calculée sur

- 1 an**- 3 ans****+ 10 ans****- 15 ans**

Quelles sont les prestations Décès versées par la Sécurité Sociale en cas de Décès d'une personne en activité ?

+ Un capital Décès**- Un capital Décès et une rente éducation si des enfants sont à charge de l'assuré****- Un capital Décès, une rente éducation et une rente de conjoint si des enfants et un conjoint sont à charge de l'assuré**

En cas d'accident du travail ou d'une maladie professionnelle, la Sécurité Sociale verse à l'assuré :

- des indemnités journalières jusqu'à son passage à la retraite**- une rente jusqu'à son passage à la retraite****- un capital****+ des indemnités journalières, puis une rente ou un capital****- un capital, puis des indemnités journalières ou une rente**

Il est légalement prévu qu'un courtier soit présent sur les contrats d'Entreprise de plus de 20 000 salariés.

- Vrai**+ Faux**

L'activité de gestion administrative (encaissement des cotisations, règlement des prestations,...) peut être assumée

- Par l'Organisme Assureur**- Par un Gestionnaire indépendant****- Par un Courtier****+ Par ces 3 familles d'intervenants**

Les Mutuelles sont essentiellement présentes sur l'activité de Prévoyance collective

- Vrai**+ Faux**

Les Institutions de Prévoyance sont rarement désignées dans les Conventions Collectives Nationales de branche.

- Vrai**+ Faux**

Quels sont les modes de mise en place envisageables pour un régime de Protection sociale complémentaire d'Entreprise ?

- L'accord collectif**- Le référendum****- La décision unilatérale****+ Ces 3 dispositifs**

Une rente de conjoint proposée par un régime complémentaire de Prévoyance est forcément servie de façon viagère.

- Vrai**+ Faux**

Une rente éducation proposée par un régime complémentaire de Prévoyance doit forcément être conditionnée au-delà de 21 ans à la poursuite des études par le bénéficiaire de la rente.

- Vrai
- + Faux

Selon quelle fréquence, un contrat de Prévoyance complémentaire garantissant une prestation invalidité prévoit un niveau de rente fonction de la catégorie d'invalidité de l'assuré ?

- Jamais : le niveau de la rente complémentaire ne peut pas dépendre de la catégorie d'invalidité de l'assuré
- + Souvent : dans la plupart des cas le niveau de la rente complémentaire dépend de la catégorie d'invalidité de l'assuré
- Toujours : il est obligatoire que le niveau de la rente complémentaire dépende de la catégorie d'invalidité de l'assuré.

L'obligation de cotisation d'un Employeur à hauteur de 1,50% TA pour ses salariés cadres, doit porter essentiellement

- + Sur des garanties Décès

- Sur des garanties Arrêt de travail
- Sur des garanties Santé

Le maintien de salaire versé à un salarié en Arrêt de travail au titre de la loi de mensualisation, intervient après un délai de

- 3 jours
- + 7 jours
- 10 jours
- 14 jours

La durée du maintien de salaire au titre de la loi de mensualisation est fonction

- + de l'ancienneté du salarié dans l'Entreprise

- de l'âge du salarié
- de la nature de son contrat de travail
- d'aucun paramètre, elle est identique pour tous

Grace à l'ANI du 11/01/2008, les chômeurs peuvent bénéficier, sous conditions, du maintien des régimes dont ils bénéficiaient dans leur ancienne Entreprise. Ce maintien ne peut toutefois excéder

- 3 mois
- + 9 mois
- 12 mois
- 15 mois

Les anciens salariés bénéficiaires du maintien des régimes complémentaires dont ils bénéficiaient dans leur ancienne Entreprise (ANI), sont les personnes

- Victimes d'une rupture de leur contrat de travail non consécutive à une faute lourde
- Ayant droit à la prise en charge par l'assurance chômage
- Ayant travaillé au moins un mois entier avec le dernier employeur

- + Vérifiant ces 3 critères

Les retraités peuvent bénéficier du strict maintien du régime complémentaire Santé dont ils bénéficiaient dans leur ancienne Entreprise, pour un tarif n'excédant pas x% du tarif des actifs.

- x = 25%
- + x = 50%
- x = 75%
- x = 100%

Les contributions Employeur aux régimes de Prévoyance et de Frais de santé, peuvent bénéficier d'exonérations de charges sociales :

- Sous conditions
- Dans certaines limites

+ Sous conditions et dans certaines limites

- Sans conditions et sans limites

Un régime de Prévoyance complémentaire d'Entreprise couvrant les salariés en CDI peut être qualifié de collectif

- Vrai

+ Faux

Pour pouvoir prétendre au bénéfice des exonérations de charges sociales sur les contributions Employeur à un régime de Prévoyance complémentaire d'Entreprise, le régime doit :

- Etre collectif mais pas forcément obligatoire
- Etre obligatoire mais pas forcément collectif

+ Etre collectif et obligatoire

Pour être responsable, un contrat complémentaire santé doit prévoir la prise en charge de x actes de prévention :

- x = 1
- + x = 2**
- x = 3
- x = 4

Considérons un contrat Complémentaire de Prévoyance lourde (Décès, Arrêt de travail) assuré auprès d'un Organisme Assureur « A ».

Un assuré est en incapacité de travail et perçoit à ce titre des indemnités journalières complémentaires de la part de « A ».

Le contrat d'assurance est résilié.

- L'assuré ne va plus percevoir d'indemnités journalières de la part de « A »
- L'assuré va continuer à percevoir les indemnités journalières de la part de « A » mais la rente invalidité ne sera pas versée si l'assuré venait à être classé en invalidité au-delà de la date de résiliation
- L'assuré va continuer à percevoir les indemnités journalières de la part de « A », va percevoir la rente invalidité s'il venait à être classé en invalidité, mais les prestations décès ne seraient pas versées s'il venait à décéder au-delà de la date de résiliation

+ Aucune de ces réponses n'est correcte

En cas de résiliation d'un contrat de Prévoyance Complémentaire, l'Organisme Assureur résilié « A »

+ a l'obligation de poursuivre le versement des rentes en cours de service à un niveau au moins égale à celui de la dernière prestation

- a l'obligation de revaloriser les rentes en cours de service
- a l'obligation de cesser le versement des rentes en cours de service et de transférer les provisions mathématiques au nouvel Organisme Assureur « B »
- n'a aucune obligation

En cas de résiliation d'un contrat de Prévoyance Complémentaire, l'Employeur a l'obligation

+ D'organiser la poursuite des revalorisations des rentes en cours de service

- D'organiser la poursuite des revalorisations des rentes en cours de service auprès de l'Organisme Assureur résilié « A »
- D'organiser la poursuite des revalorisations des rentes en cours de service auprès du nouvel Organisme Assureur « B »
- n'a aucune obligation

La franchise de 1€ est laissée à la charge de l'assuré :

- pour tout acte, consultation ou visite
- pour tout acte de biologie médicale
- pour tout examen de radiologie

+ pour l'ensemble de ces actes

Aucune franchise médicale n'est demandée sur les transports.

- Vrai
- + Faux

Quels individus doivent choisir un médecin traitant ?

- Les personnes âgées de plus de 6 ans
- + Les personnes âgées de plus de 16 ans
- Les personnes âgées de plus de 26 ans
- Tous les assurés

Les taxes à intégrer dans la prime commerciale d'un contrat complémentaire Santé sont

- La CMU
- La TCA
- + La CMU et la TCA
- Aucune taxe

La CMU est une taxe applicable sur les contrats complémentaires de Prévoyance lourde (Décès, Arrêt de travail)

- Vrai
- + Faux

Un des paramètres objectifs des assurés les plus déterminants dans la consommation Santé est

- + Le sexe
- La situation de famille (marié, pacsé, concubin / célibataire, veuf, divorcé)
- Le département de naissance

Un pic de consommation des dépenses de Santé est observé à l'adolescence. Ce pic correspond aux dépenses

- + Orthodontie
- Lunettes
- Hospitalisation
- Médicaments

En matière de dépenses de Santé, le coût des garanties complémentaires Santé pour les cadres est plus élevé que le coût des garanties complémentaires Santé pour les non-cadres

- Vrai
- + Faux

En matière de dépenses de Santé, l'effet d'aubaine correspond

- + au fait de profiter de garanties lorsqu'un régime est nouvellement mis en place
- au fait d'avoir de la chance et de sous-consommer
- au fait d'avoir de la chance et d'être peu hospitalisé au cours de la vie

En matière de tarification Santé, la méthode la plus couramment utilisée est appelée

- + coût moyen / fréquence
- coût / fréquence moyenne
- coût maximum / fréquence
- coût maximum / fréquence moyenne

Le BCAC a fourni des tables

- + De maintien en arrêt de travail
- De maintien en dépendance
- De maintien en activité
- De décès

Les tables du BCAC sont des tables utilisées pour la tarification des contrats complémentaires

- Santé

- Décès
- + Arrêt de travail

BCAC signifie

- + Bureau Commun des Assurances Collectives
- Bureau Collectif des Assurances Communes
- Bureau Commun des Activités Collectives
- Bureau Collectif des Activités Collégiales

Un des paramètres objectifs des assurés les plus déterminants dans le niveau du tarif Arrêt de travail est

- + Le sexe
- La situation de famille (marié, pacsé, concubin / célibataire, veuf, divorcé)
- Le département de naissance
- Le secteur géographique d'activité

En matière de tarification d'un contrat complémentaire Arrêt de travail, les paramètres imposés par la réglementation sont

- Une table de maintien
- Un taux technique
- Ces deux paramètres

- + Aucun paramètre

En matière de tarification d'un contrat complémentaire Santé, les paramètres imposés par la réglementation sont

- Une table de mortalité
- Un taux technique
- Ces deux paramètres

- + Aucun paramètre

En matière de provisionnement d'un contrat complémentaire Décès, le taux technique maximum imposé par la réglementation est

- + 60% TME
- 75% TME
- Aucun taux technique maximum n'est imposé
- 100% TME

En matière de provisionnement d'un contrat complémentaire Arrêt de travail, le taux technique maximum imposé par la réglementation est

- 60% TME
- + 75% TME
- Aucun taux technique maximum n'est imposé
- 100% TME

En matière de provisions, on ne constitue jamais de provisions PSAP/Tardifs au titre des sinistres Arrêt de travail

- Vrai
- + Faux

En matière de provisions, on constitue toujours des provisions pour sinistres en cours au titre de la Santé

- Vrai
- + Faux

Les provisions pour sinistres tardifs ont pour but

- + de couvrir les prestations de sinistres survenus mais non encore déclarés à l'Organisme Assureur
- de couvrir les prestations de sinistres non survenus et non encore déclarés à l'Organisme Assureur
- de couvrir les prestations de sinistres survenus et déclarés à l'Organisme Assureur, mais non encore réglées
- de couvrir les prestations de sinistres survenus et déclarés à l'Organisme Assureur et réglées

La méthode la plus couramment utilisée pour le calcul des provisions PSAP/Tardifs en Santé est

- aucune méthode, on ne constitue jamais de PSAP/Tardifs en Santé

+ la méthode dite « Chain-ladder »

- la méthode du « BCAC »

- la méthode de la « PRC »

Pour calculer les provisions Santé grâce aux triangles de liquidation, il est notamment nécessaire

- Aucune condition, on n'utilise jamais cette méthode en Santé

+ Que les règlements soient stables dans le temps

- Que l'Organisme Assureur soit connecté à la Sécurité Sociale via NOEMIE

- De disposer au moins de 10 ans d'historique

Pour calculer la provision au titre d'une rente éducation en cours de service, l'Organisme Assureur a l'obligation d'utiliser une loi de poursuite d'études

- Vrai

+ Faux

La loi de poursuite d'études imposée par la réglementation pour calculer la provision au titre d'une rente éducation encours de service est

- Une loi du BCAC

- Une loi INSEE

- Une loi TH00-02 / TF00-02

+ Aucune loi n'est imposée

Pour calculer la provision au titre d'une rente de conjoint en cours de service, l'Organisme Assureur utilise les barèmes fournis par le BCAC

- Vrai

+ Faux

Une provision d'égalisation est une provision dont l'objectif est

+ De lisser les fluctuations de sinistralité dans le temps

- De payer les revalorisations des rentes en cours de service en cas de résiliation du contrat d'assurance

- De permettre le paiement des garanties Décès aux personnes en Arrêt de travail au moment de la résiliation du contrat d'assurance

De combien de façon un Organisme Assureur peut-il présenter les comptes Prévoyance/Santé à une Entreprise souscriptrice d'un contrat ?

- 1

+ 2

- 3

- 4

L'obligation de présentation des comptes par l'Organisme Assureur à l'Entreprise souscriptrice d'un contrat est une obligation issue de

+ La Loi EVIN

- La réforme Douste-Blazy

- La loi de mensualisation

- L'ANI du 11 janvier 2008

La présentation des comptes d'un exercice N par l'Organisme Assureur à l'Entreprise souscriptrice d'un contrat, doit se faire au plus tard

- le 31 mai N+1

- le 30 juin N+1
- le 31 juillet N+1
- + le 31 août N+1

Au-delà des comptes de résultats, l'Organisme Assureur a également l'obligation de remettre chaque année à l'Entreprise souscriptrice d'un contrat

- + une note présentant les méthodes de calcul des provisions

- une note présentant les résultats du régime
- une note présentant les évolutions réglementaires de l'exercice à venir
- une note présentant les évolutions réglementaires de l'exercice passé

Un compte de résultat comptable de Prévoyance lourde (Décès, Arrêt de travail) permet d'émettre un avis sur l'équilibre technique du risque

- + Faux

- Vrai

Dans un compte de résultat analysé par exercice de survenance, le solde de chacun des exercices peut évoluer chaque année

- Faux

- + Vrai

Dans un compte de résultat analysé pour un exercice de survenance N, la somme des prestations payées au titre des sinistres survenus au cours de l'exercice N et des provisions constituées pour ces mêmes sinistres, doit rester stable au fil du temps (si les provisions ont été correctement évaluées)

- Faux

- + Vrai

L'assiette de calcul des produits financiers réalisés sur les provisions est

- la moyenne des provisions constituées sur l'exercice
- les provisions d'ouverture
- les provisions de clôture
- + définie contractuellement