

Glossaire

ACS (Aide à la complémentaire santé) : Aide créée par la loi du 13 août 2004 et mise en place en 2005, destinée aux personnes dont les revenus se situaient entre le seuil d'attribution de la CMU-C (voir CMU-C) et ce même seuil majoré de 35 %. Elle visait à les aider à financer un contrat d'assurance complémentaire santé individuel. La CMU-C (couverture maladie universelle complémentaire) et l'ACS (aide au paiement d'une complémentaire santé) ont été remplacées par la complémentaire santé solidaire depuis le 1^{er} novembre 2019. Les contrats ACS en cours à cette date pouvaient aller jusqu'à leur terme. Le dispositif ACS a été définitivement clôturé au 31 octobre 2020.

Affaires directes : Cotisations collectées, hors cotisations collectées au titre de la prise en réassurance, mais incluant les cotisations prises en substitution (voir substitution). Le concept d'affaires directes permet d'éviter les doubles comptes dus à la réassurance (voir réassurance).

Agrément : Les entreprises qui souhaitent exercer une activité d'assurance doivent être agréées par l'ACPR avant de pouvoir la pratiquer. À chaque branche d'activité assurantielle correspond un agrément.

Apériteur : En coassurance, désigne l'organisme qui gère pour le compte de tous les coassureurs.

Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution : L'ACPR est une autorité administrative chargée du contrôle des banques et des assurances. Elle veille à la préservation de la stabilité du système financier et à la protection des clients, assurés, adhérents et bénéficiaires des personnes soumises à son contrôle. Elle assure également la mission de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme. Le code monétaire et financier établit son indépendance pour l'exercice de ses missions et l'autonomie financière. Pour son fonctionnement, l'ACPR est adossée à la Banque de France, qui lui procure ses moyens, notamment humains et informatiques. L'ACPR supervise le secteur des assurances dans le cadre d'une harmonisation de la réglementation européenne promue par l'autorité européenne des assurances et des pensions professionnelles (EIOPA, ou AEAPP) et à laquelle l'ACPR participe activement.

Autres charges techniques : Partie des charges d'un organisme assureur incluant les autres charges liées à l'évolution des systèmes d'information, des exigences réglementaires, etc.

Branches : Il existe 25 branches d'assurance, correspondant à toutes les opérations qui peuvent être exercées par des organismes assureurs : maladie, incendie, responsabilité civile générale, vie-décès, etc. Pour pouvoir pratiquer dans une branche, un organisme assureur doit au préalable avoir reçu une autorisation spécifique, dénommée agrément, de la part de l'ACPR. Les activités de certaines branches (dommages aux biens, responsabilité civile par exemple) ne peuvent être exercées que par des entreprises d'assurance.

Charges de gestion : Charges liées au fonctionnement des organismes pour leur activité d'assurance. Elles comprennent les « frais de gestion des sinistres », les « frais d'acquisition » et les « frais d'administration et autres charges techniques nettes de produits techniques ».

Charges de prestations : Charges liées à l'indemnisation des assurés. Elles comprennent les « sinistres payés », les « variations de provisions » (estimation des sinistres qui restent à payer) et les « frais de gestion des sinistres ».

CMU-C (Couverture maladie universelle complémentaire) : Il s'agissait d'une complémentaire santé individuelle gratuite accordée aux plus modestes. La CMU-C pouvait être gérée, au choix du bénéficiaire, soit par son organisme d'Assurance maladie d'affiliation soit par un organisme complémentaire inscrit sur la liste nationale des organismes volontaires pour la gérer. Depuis le 1^{er} novembre 2019, la CMU-C (couverture maladie universelle complémentaire) et l'ACS (aide au paiement d'une complémentaire santé) ont été remplacées par la complémentaire santé solidaire.

Coassurance : Contrat permettant à plusieurs organismes d'assurance de s'associer pour couvrir un risque important soit en raison de l'importance des capitaux à assurer, soit en raison de la gravité des risques. C'est une technique de dispersion des risques, au même titre que la réassurance (voir réassurance).

Complémentaire santé : Activité d'assurance qui permet à l'assuré de se voir rembourser tout ou partie de ses frais de santé en complément des remboursements effectués par le régime obligatoire d'assurance maladie.

Complémentaire santé solidaire : Dispositif permettant la prise en charge, à titre gratuit ou moyennant une contribution financière modeste (selon le niveau de ressources de l'assuré), de la part complémentaire de ses frais de santé. La complémentaire santé solidaire a remplacé la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et l'aide à la complémentaire santé (ACS) depuis le 1^{er} novembre 2019. La complémentaire santé solidaire permet d'avoir accès au tiers payant intégral et donc, à une dispense d'avance de frais médicaux et de bénéficier de tarifs sans dépassements d'honoraires, quel que soit le secteur (1 ou 2), sur un large panier de soins (consultations médicales, hospitalisations, médicaments, etc.).

Contrats au premier euro : Les contrats dits « au premier euro » sont destinés aux personnes qui ne sont pas affiliées à l'assurance maladie (travailleurs frontaliers ou expatriés par exemple). Pour ce type de contrats, l'organisme d'assurance en santé rembourse l'assuré dès le premier euro dépensé, et non en complément d'un premier système d'assurance.

Contrats relevant du 1^o de l'article 998 du code général des impôts (CGI) : L'article 998-1^o du CGI prévoit une exonération de taxe pour les assurances de groupe et opérations collectives souscrites par une entreprise ou un groupe d'entreprises au profit de leurs salariés ou par un groupement professionnel représentatif d'entreprises au profit de ses salariés ou par une organisation représentative d'une profession non salariée ou d'agents des collectivités publiques au profit de ses membres, et dont 80 % au moins de la prime ou de la cotisation globale sont affectés à des garanties liées à la durée de la vie humaine, à l'invalidité, à l'incapacité de travail ou au décès par accident, à l'exclusion des remboursements des frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques ou dentaires.

Contrats responsables et solidaires : Un contrat santé est dit « responsable » lorsqu'il encourage le respect du parcours de soins coordonné, qu'il ne prend pas en charge les différentes franchises et participations forfaitaires mises en place par l'Assurance maladie afin de modérer la dépense de santé en responsabilisant l'assuré et respecte des minima et maxima de prise en charge (encadré 3). Un contrat santé est dit « solidaire » si l'organisme ne fixe pas les cotisations en fonction de l'état de santé des individus couverts, et, pour les adhésions ou souscriptions individuelles, ne recueille aucune information médicale. Les contrats à la fois responsables et solidaires bénéficient d'avantages sociaux et fiscaux.

Cotisation : Également appelée indistinctement « prime », il s'agit de la somme payée par l'assuré en contrepartie des garanties accordées par l'assureur. Il existe différentes notions techniques de cotisations détaillées ci-dessous.

Cotisation « acquise » : Lorsque la cotisation due ou payée par le client (ou estimée) correspond à une période de garantie qui dépasse le 31 décembre de l'exercice, la cotisation acquise est la fraction de la cotisation qui couvre les risques de la période qui se termine le 31 décembre de l'exercice. Dans ce cas, l'excédent de la cotisation est reporté, en comptabilité, sous forme de provision. Il constituera la provision pour cotisations non acquises à la clôture, en vue de l'exercice comptable suivant. De même, la provision de l'exercice précédent reportée afin de couvrir l'exercice courant est appelée provision pour cotisations non acquises à l'ouverture. Par exemple, pour un contrat dont la cotisation est annuelle et est émise au 1^{er} mai 2024, la cotisation acquise est la part de cette cotisation qui couvre la période comprise entre le 1^{er} mai 2024 et le 31 décembre 2024, tandis que la cotisation non acquise est la part de cette cotisation qui couvre la période comprise entre le 1^{er} janvier 2025 et le 30 avril 2025. Ainsi, le concept des cotisations acquises en comptabilité des assurances concorde avec le principe d'enregistrement sur la base des droits constatés dans les comptes nationaux, tandis que les cotisations émises correspondent à des dates de versements.

Cotisation « émise » : Cotisation demandée à la date d'anniversaire du contrat ou à la date d'échéance (contrats collectifs et contrats à cotisation fractionnée). La cotisation est considérée comme émise, dès que l'échéance est atteinte. L'émission de la cotisation entraîne sa mise en recouvrement. Dans ce rapport, les cotisations nettes émises s'entendent comme la somme des cotisations et accessoires émis et de la variation des cotisations à émettre nettes (cotisations à émettre nettes à la clôture moins cotisations à émettre nettes à l'ouverture), diminuée des charges d'annulations et des ristournes.

Cotisation « nette » : Une cotisation est qualifiée de « nette » lorsqu'elle ne tient pas compte des taxes (TSA ou TSCA, encadré 4). La cotisation totale, payée par le souscripteur, correspond à la somme de la cotisation nette et des taxes (TSA ou TSCA).

CTIP (Centre technique des institutions de prévoyance) : Le CTIP est une organisation professionnelle qui représente et défend les intérêts de l'ensemble des institutions de prévoyance.

Délégation de gestion d'un régime obligatoire : Certains organismes complémentaires (notamment des mutuelles de fonctionnaires) gèrent aussi les remboursements de certains groupes d'assurés au titre de l'Assurance maladie obligatoire. Ces organismes se voient alors accorder par le régime général des « remises de gestion » en contrepartie de cette gestion déléguée par l'Assurance maladie obligatoire.

Dettes privilégiées : Dans le passif d'une entreprise, les dettes privilégiées sont celles qui seront payées en priorité en cas de faillite. Il s'agit des dettes envers les salariés, les cotisations patronales et les impôts. Les autres dettes (dites subordonnées, principalement celles contractées auprès des fournisseurs) seront payées après les dettes privilégiées, dans la limite des actifs restant à liquider.

EIOPA (en français AEAPP, Autorité européenne des assurances et des pensions professionnelles) : Dans le cadre de la mise en œuvre de la réforme de la structure de la supervision financière européenne, cette autorité européenne a remplacé depuis le 1^{er} janvier 2011 le Comité européen des contrôleurs d'assurance et de pensions professionnelles (CECAP). Les missions confiées à l'EIOPA visent notamment à améliorer la protection des consommateurs et des assurés, à harmoniser les règles de contrôle à travers l'Union européenne, à renforcer la surveillance des groupes transfrontaliers et à soutenir la stabilité du système financier.

Engagements réglementés : La législation impose aux organismes d'être capables à tout moment d'acquitter les dettes qu'ils ont envers leurs assurés, c'est-à-dire à indemniser tous les sinistres des assurés qui en ont acquis le droit. L'ACPR veille donc à ce que les actifs détenus par les organismes d'assurance soient suffisamment sûrs, diversifiés, rentables et liquides pour permettre à tout moment (et notamment en cas de faillite) de rembourser les engagements réglementés, c'est-à-dire à verser les prestations mais aussi les dettes privilégiées (salaires, cotisations, impôts) qui sont prioritaires sur les prestations.

Entreprises d'assurance : Sociétés soumises au code des assurances. Deux grands types d'entreprises d'assurance existent :

- Les compagnies d'assurance sont des sociétés commerciales à but lucratif. Le financement de ces sociétés s'effectue d'abord par les actionnaires qui reçoivent ensuite les bénéfices sous forme de dividendes.
- Les sociétés d'assurance mutuelles (ou mutuelles d'assurance) sont des sociétés civiles à but non lucratif. Le financement de la société se fait par les cotisations mensuelles des assurés, alors dénommés sociétaires. Les bénéfices sont réinvestis au service de l'activité d'assurance, dans les cotisations, les prestations, les niveaux des garanties, l'action sociale, etc.

Exigence de marge de solvabilité : Minimum de fonds propres qu'un organisme d'assurance doit détenir réglementairement. Les actifs détenus par l'assureur doivent être supérieurs à ses engagements ; l'écart constitue un matelas de sécurité qui doit être supérieur aux exigences réglementaires. En assurance Vie, elle sera fonction des provisions mathématiques des contrats en euros et des contrats en unités de compte, et des capitaux sous risques. En assurance Non vie, elle dépendra du montant des cotisations ou des sinistres. La réassurance peut également être prise en compte. Notons que le vocabulaire évolue : avec Solvabilité 2, les notions d'« exigences de fonds propres » ou de « capital requis » sont utilisées.

FNMF (Fédération nationale de la Mutualité Française) : La FNMF est une organisation professionnelle qui représente et défend les intérêts de 443 mutuelles.

Fonds C2S : Fonds qui finançait la complémentaire santé solidaire entre le 1^{er} novembre 2019 et le 1^{er} janvier 2021, et qui avait succédé au Fonds CMU qui finançait la CMU-C et l'ACS. Le Fonds C2S était un établissement public national à caractère administratif, comme le Fonds CMU qui avait été créé par la loi du 27 juillet 1999. Ses trois missions principales étaient (1) financer la complémentaire santé solidaire, (2) suivre et analyser le fonctionnement des dispositifs et à ce titre formuler des propositions

d'amélioration et (3) élaborer et publier la liste nationale des organismes complémentaires habilités à gérer la complémentaire santé solidaire. Le Fonds C2S a été dissous le 1^{er} janvier 2021, et ses missions ont été réaffectées à la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS), désormais renommée Urssaf Caisse nationale, et aux ministères chargés des solidarités et de la santé, au titre de leurs compétences respectives. En particulier, un fonds comptable de financement de la complémentaire santé solidaire a été créé auprès de la CNAM.

Fonds CMU : Voir « Fonds C2S ».

Fonds de retraite professionnelle supplémentaire (FRPS) : Voir « Organisme de retraite professionnelle supplémentaire (ORPS) ».

Fonds propres : Les fonds propres d'un organisme assureur sont la différence entre l'expression comptable du total de ses actifs et l'expression comptable du total de son passif. Ils sont parfois désignés comme actif net. Les fonds propres sont les capitaux ou réserves dont dispose l'organisme. Ils ont été soit apportés par les actionnaires, soit acquis par l'activité économique. Plus un organisme possède de fonds propres, moins il a recours à l'endettement et plus il est résistant en cas de difficultés.

Frais d'acquisition : Partie des charges des organismes assureurs qui inclut les commissions d'acquisition, les frais des réseaux commerciaux et des services chargés de l'établissement des contrats, de la publicité, du marketing, ou exposés à leur profit.

Frais d'administration : Partie des charges des organismes assureurs qui inclut les commissions d'apérition (voir apériteur), de gestion et d'encaissement, les frais des services chargés de la surveillance du portefeuille de contrats, de la réassurance et du contentieux lié aux cotisations.

Frais de gestion des sinistres : Partie des charges des organismes assureurs qui inclut les frais occasionnés par le traitement des dossiers sinistres (ouverture des dossiers, règlement, etc.), les commissions versées au titre de la gestion des sinistres ainsi que les frais de contentieux liés aux sinistres. Dans le code des assurances, le terme utilisé est « Frais de règlement des sinistres ».

France Assureurs : France Assureurs, anciennement appelée Fédération française de l'assurance (FFA), est une organisation professionnelle qui représente et défend les intérêts de 253 entreprises d'assurance et de réassurance opérant en France. Depuis juillet 2016, France Assureurs réunit la Fédération française des sociétés d'assurances (FFSA) et le Groupement des entreprises mutuelles d'assurance (GEMA) au sein d'une seule organisation.

Fusion (transfert/absorption) : Les organismes peuvent fusionner avec d'autres entités en transférant leur portefeuille de contrats avec les droits et obligations qui s'y rattachent. Les organismes considérés comme absorbés sont dès lors intégralement dissous. Cette procédure est validée par l'ACPR et fait l'objet d'une publication au Journal Officiel.

Garantie : Couverture d'un risque par l'organisme assureur en contrepartie d'une cotisation.

Institutions de prévoyance : Personnes morales de droit privé à but non lucratif régies par le code de la sécurité sociale. Elles ont été créées par la loi d'août 1994 obligeant la séparation des activités retraite et prévoyance-santé au sein des caisses de retraite complémentaire. Les institutions de prévoyance sont dirigées paritairement par les représentants des employeurs et des salariés. Les risques qui peuvent être couverts par une institution de prévoyance sont l'assurance Vie, la santé, les autres dommages corporels (incapacité, invalidité, dépendance) et le chômage.

Institution de retraite professionnelle supplémentaire (IRPS) : Voir « Organisme de retraite professionnelle supplémentaire (ORPS) ».

Intermédiaire : En assurance, les intermédiaires sont des personnes physiques ou morales qui, contre rémunération, proposent ou aident à conclure des contrats d'assurance ou de réassurance. Les activités consistant uniquement à gérer, estimer ou liquider des sinistres ne sont pas considérées comme de l'intermédiation.

Marge de solvabilité (Solvabilité 1) : Voir « Exigence de marge de solvabilité ».

MCR (minimum capital requirement, Solvabilité 2) : Minimum de capital requis dans le cadre de la réglementation européenne Solvabilité 2. Le MCR correspond au montant minimum de fonds propres réglementaire, dont le non-respect constitue le seuil déclencheur du retrait d'agrément.

Mutuelles : Personnes morales de droit privé à but non lucratif relevant du code de la mutualité. Les mutuelles sont financées par les cotisations de leurs adhérents. Les mutuelles ne peuvent assurer que certains risques comme la santé, le chômage, l'invalidité suite à un accident du travail, l'assurance Vie, la protection juridique et la caution immobilière. Certaines mutuelles, dites « du livre II », pratiquent des opérations d'assurance, de réassurance et de capitalisation, tandis que d'autres, dites « du livre III » pratiquent la prévention, l'action sociale et la gestion de réalisations sanitaires et sociales. L'article L111-1 du code de la mutualité précise les activités que peuvent avoir les mutuelles, et indique en particulier qu'elles doivent choisir de façon exclusive entre les activités du livre II et celles du livre III. Une exception est que les mutuelles du livre II (assurance) peuvent exercer des activités du livre III mais uniquement de façon accessoire.

Mutuelle de retraite professionnelle supplémentaire (MRPS) : Voir « Organisme de retraite professionnelle supplémentaire (ORPS) ».

Noémie (Norme ouverte d'échange entre la maladie et les intervenants extérieurs) : Application qui permet le transfert dématérialisé des décomptes de remboursement de la Sécurité sociale vers les assureurs complémentaire santé. Cette application simplifie les démarches pour l'assuré et accélère le processus de remboursement complémentaire des frais médicaux.

Organisme de retraite professionnelle supplémentaire (ORPS) : Depuis le 1^{er} janvier 2018, les contrats de retraite professionnelle supplémentaire peuvent être gérés par ce nouveau type d'organismes. Créés par la loi relative à la transparence, à la lutte contre la corruption et à la modernisation de la vie économique du 9 décembre 2016, dite « loi Sapin II », ils bénéficient d'une contrainte de fonds propres moins élevée que celle en vigueur auparavant. Les organismes d'assurance ont eu la possibilité de transférer leurs portefeuilles de retraite existants vers des ORPS jusqu'à la date limite du 31 décembre 2022. Un ORPS peut être soit un fonds de retraite professionnelle supplémentaire (FRPS), s'il est régi par le code des assurances, soit une institution de retraite professionnelle supplémentaire (IRPS), s'il est régi par le code de la sécurité sociale, soit une mutuelle de retraite professionnelle supplémentaire (MRPS), s'il est régi par le code de la mutualité.

Participations légales : Financements qui étaient reçus, avant la mise en place de la complémentaire santé solidaire, par les organismes d'assurance de la part du Fonds CMU en échange de la prise en charge d'assurés bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) ou de l'aide à la complémentaire santé (ACS).

Plus-value (ou moins-value) latente : Écart, positif ou négatif, entre la valeur de réalisation d'un actif (valeur de marché, c'est-à-dire la valeur que cet actif aurait s'il était vendu sur le marché à la date de l'inventaire) et sa valeur au bilan (valeur d'achat nette de l'amortissement).

Prévoyance : Couverture des risques « autres dommages corporels » (incapacité de travail – indemnités journalières, invalidité, dépendance, etc.), décès (vie entière, temporaire), perte d'emploi et famille. La prévoyance permet, selon les garanties souscrites, d'assurer un maintien partiel ou total des revenus, de bénéficier d'un complément financier ou de percevoir un capital ou une rente. Elle complète les prestations des régimes obligatoires de sécurité sociale.

Produits financiers : Les cotisations perçues par les organismes avant la matérialisation du risque et le paiement des prestations peuvent être investies, sous forme d'actions, d'obligations, de placements immobiliers ou encore de prêts et dépôts afin de les faire fructifier (respectivement dividendes, coupons, loyers ou intérêts). Les produits financiers issus de ces placements viennent alors s'ajouter aux ressources des organismes d'assurance. Ces produits financiers peuvent aussi inclure des honoraires et commissions sur activité de gestions d'actifs, des reprises de provisions pour dépréciations, des profits sur réalisation (vente d'actifs) et réévaluation des placements, etc.

Provisions mathématiques (assurance Vie) : Les organismes assureurs contractent des engagements auprès de leurs assurés en échange du paiement d'une cotisation. Pour les opérations d'assurance sur la vie, la provision mathématique prend ainsi en compte l'écart entre la valeur actuelle de l'engagement pris par l'organisme assureur et celle de l'engagement résiduel éventuel de l'assuré. Cela s'apparente donc à l'engagement « net » de l'organisme assureur vis-à-vis de l'assuré.

Provisions pour sinistres à payer : Provisions lorsque le sinistre a eu lieu mais n'a pas encore été réglé, soit parce que le sinistre a été déclaré à l'organisme assureur mais non encore indemnisé (dossier non finalisé), soit parce que le sinistre n'a pas encore été déclaré mais qu'il est statistiquement prévisible.

Provisions techniques : Elles représentent pour les organismes une évaluation du coût futur des prestations à verser aux assurés. En assurance Non vie, elles représentent les dépenses à prévoir pour faire face à la sinistralité déclarée mais non encore réglée ou à la sinistralité non déclarée mais statistiquement prévisible des contrats en cours (provisions pour sinistres à payer). En assurance Vie, il s'agit des provisions mathématiques.

Réassurance : La réassurance correspond à un contrat par lequel une société spécialisée (le réassureur ou le cessionnaire) prend en charge une partie (il s'agit d'« acceptations ») des risques souscrits par un organisme assureur (la cédante) auprès de ses assurés. Par cette opération, le réassureur s'engage à rembourser à l'organisme assureur en cas de réalisation du risque, une partie des sommes versées au titre des sinistres et perçoit en contrepartie une cotisation ou une portion des cotisations originales versées par le ou les assurés. La réassurance permet de mieux disperser les risques.

Remises de gestion : Montants versés par l'Assurance maladie obligatoire à certains organismes complémentaires, telles que les mutuelles de fonctionnaires, en contrepartie de leur gestion du régime obligatoire de certains groupes d'assurés en lieu et place de l'Assurance maladie (voir « Délégation de gestion d'un régime obligatoire »).

Résultat net : Bénéfice ou perte de l'exercice. Différence entre l'ensemble des ressources et l'ensemble des charges, que ces ressources et charges soient techniques, c'est-à-dire liées à l'activité assurantielle, ou non techniques, comme les produits financiers issus des placements des fonds propres, la fiscalité, etc.

Résultat technique : Différence entre les ressources (cotisations et produits financiers) et les charges (indemnisation des sinistres, charges de gestion, etc.) liées à un périmètre d'activité assurantielle.

SCR (Solvency Capital Requirement, Solvabilité 2) : Capital cible requis dans le cadre de la réglementation européenne Solvabilité 2. Le SCR correspond au montant de fonds propres estimé comme nécessaire pour absorber le choc provoqué par une sinistralité exceptionnelle et limiter le risque de ruine à un an à 0,5 %. Son calcul est basé sur l'exposition aux risques liés à l'activité des organismes d'assurance, c'est-à-dire principalement le risque de souscription, le risque de crédit, le risque opérationnel, le risque de liquidité et le risque de marché. Les compagnies peuvent choisir entre deux modèles de calcul du SCR : une approche standard ou un modèle interne.

Sinistre : Survenance du risque prévu par le contrat d'assurance ; il entraîne la mise en jeu de la garantie.

Solvabilité 2 : Nom donné à la directive 2009/138/CE du Parlement européen et du Conseil du 25 novembre 2009 ainsi qu'aux règles qu'elle met en place en matière de régulation des organismes d'assurance (mutuelles et institutions de prévoyance incluses). Les exigences de Solvabilité 2 sont réparties en trois piliers. Le premier pilier porte sur les règles de valorisation des actifs et des passifs, ainsi que les exigences de capital, le deuxième pilier regroupe les exigences qualitatives telles que les règles de gouvernance et de gestion des risques, enfin le troisième harmonise au niveau européen les informations publiées par les organismes d'assurance ainsi que celles remises aux superviseurs.

Souscripteur : Entité (personne physique ou morale) qui signe le contrat d'assurance et paie la cotisation, et qui peut être différent de l'assuré (entité qui court le risque). En assurance décès collective par exemple, l'entreprise souscrit, le salarié est l'assuré, et les ayant-droits sont les bénéficiaires.

Substitution : Une convention de substitution permet à une mutuelle (dite « substituée ») de transférer son risque assurantiel à une autre mutuelle (dénommée « substituante »), tout en conservant une autonomie juridique et la relation avec ses adhérents. La conclusion d'une telle convention n'entraîne pas la disparition de l'entité substituée, contrairement à la fusion, opération au terme de laquelle la mutuelle absorbée est dissoute. La substitution diffère de la réassurance principalement sur le plan juridique : les mutuelles substituées ne sont pas soumises aux dispositions fixant les règles prudentielles et n'ont donc pas besoin d'un agrément pour exercer leur activité. En revanche, la substituante doit obligatoirement être agréée pour les branches prises en substitution. Pour une

mutuelle substituante, les opérations prises en substitution sont considérées comme des opérations directes et doivent être intégrées dans les comptes de l'organisme.

Surcomplémentaire santé : Assurance santé qui vient étendre la couverture de la complémentaire santé classique (appelée aussi couverture de troisième niveau). Elle s'adresse notamment aux salariés qui souhaitent une meilleure couverture que celle offerte par la complémentaire santé imposée par leur entreprise.

TSA : Taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance, prélevée en France sur tous les contrats de complémentaire santé (y compris sur les contrats d'indemnités journalières), et finançant la complémentaire santé solidaire (encadré 4).

Union de mutuelles : Entité regroupant plusieurs mutuelles. Il peut s'agir soit d'une plateforme comme « MFP services » qui n'est pas un organisme d'assurance en tant que tel mais permet de mettre en commun des moyens techniques, soit d'une véritable mutuelle du livre II prenant en substitution un ensemble d'autres mutuelles.

Unités de compte (contrats en) : Contrat sur lequel l'assureur garantit non pas la valeur d'un capital, mais un nombre d'unités de compte (exemple : nombre d'actions d'une entreprise, et non la valeur de ces actions). Dans les contrats en unités de compte, c'est l'assuré, et non l'assureur, qui porte le risque financier lié à l'évolution des marchés.