



Session d'automne 2026

Lettre de session de l'ASA

2 septembre 2026

Conseil national

Recommandation	Date	Objet parlementaire	Page
 Adopter	16.9	25.089 OCF. Loi sur la surveillance des assurances. Révision partielle (intermédiation en réassurance et droit de l'assainissement)	3
 Adopter	16.9	26.4048 Po. CER-N. Évaluation de la structure et des pratiques de surveillance des marchés financiers	–
 Rejeter	23.9	25.4416 Mo. CEATE-E. Soutien financier de la Confédération en cas de catastrophes naturelles	4
 Rejeter	29.9	21.453 Iv.pa. Hurni. Pas de rémunération excessive des dirigeants et dirigeantes de caisses sur le dos des assurés et assurées	5
 Ne pas entrer en matière	30.9	24.095 Attribution à la Confédération d'une compétence en matière de financement de la réparation des dommages causés aux bâtiments par les tremblements de terre. Arrêté fédéral	6

Conseil des États

 Rejeter	15.9	21.4209 Mo. Romano. Assurance perte de gain obligatoire en cas de maladie	7
 Adopter avec remarques	22.9	25.075 OCF. Loi fédérale sur les systèmes d'information des assurances sociales (LSIAS)	8
 Adopter	22.9	26.3002 Mo. CSSS-N. Mesures contre les certificats médicaux de complaisance et lacunaires au détriment des employeurs et des assurances sociales	9
 Ne pas entrer en matière	22.9	25.097 OCF. Loi sur le libre passage. Modification	10

	Rejeter selon remarques	23.9	26.3749	Mo. Germann. Abroger le modèle tarifaire illicite de la Finma dans le domaine des assurances complémentaires d'hospitalisation	11
	Rejeter	23.9	26.3578	Mo. Poggia. Soumettre la Finma à la loi fédérale sur la transparence dans l'administration	–
	Rejeter	1.10	24.3406	Mo. Quadri. Introduire les plaques d'immatriculation personnalisées en Suisse	12

Initiatives parlementaires 1ère phase

	Ne pas entrer en matière	15.9	25.457	Iv.pa. Schmezer. Améliorer la protection des travailleurs dans l'assurance collective d'entreprise contre les accidents et la maladie (modification de l'art. 95a LCA)	13
	Ne pas entrer en matière	15.9	26.400	Iv.pa. CSSS-N. Bonifications de vieillesse LPP. Deux taux au lieu de quatre	14
	Ne pas entrer en matière	15.9	26.401	Iv.pa. CSSS-N. Épargne vieillesse LPP à partir du 1er janvier qui suit le 19e anniversaire	15

Interventions parlementaires de catégorie IV

	Rejeter	30.09	25.3609	Mo. Candan. Verfassungswidrige Diskriminierungen bei Fahrzeugversicherungen umgehend verbieten	–
	Rejeter	30.9	25.3279	Mo. Groupe des Vertes. Doter la Finma de la compétence d'ordonner des perquisitions	–

OCF. Loi sur la surveillance des assurances. Révision partielle (intermédiation en réassurance et droit de l'assainissement)



Adopter

L'ASA soutient la révision partielle de la LSA et de l'OS selon le message du Conseil fédéral et recommande son **adoption**.

- Ces modifications font l'unanimité et leur mise en œuvre est urgente pour la préservation de la place de réassurance. La révision partielle élimine les désavantages concurrentiels existants de manière pragmatique et ciblée, sans porter atteinte à la protection des clients privés.
- Les points qui vont au-delà des modifications proposées dans le message du Conseil fédéral doivent faire l'objet d'un traitement séparé.

Analyse

L'Association Suisse d'Assurances ASA soutient expressément la modification de loi proposée conformément au message du Conseil fédéral. Celle-ci porte sur la mise en œuvre de la motion 24.3208 visant à éliminer les inconvénients liés à la place économique dans le domaine de l'intermédiation de contrats de réassurance (cf. art. 2 al. 2 let. g LSA).

Le projet précise que les dispositions relatives à la surveillance des intermédiaires ne s'appliquent pas au courtage en réassurance. Élaborée en collaboration avec la SIF et la FINMA, cette solution est incontestée, pragmatique et renforce la compétitivité de la place de réassurance Suisse sans porter atteinte à la protection des clients privés.

Pour les compagnies de réassurance domiciliées en Suisse, une mise en œuvre rapide s'impose afin d'éviter de nouveaux développements défavorables. En effet, tant que la révision n'est pas appliquée, elles perdent des affaires au profit de leurs concurrents étrangers, et la Suisse demeure peu attractive comme site d'implantation pour de nouveaux réassureurs.

Dans un souci de clarté législative, l'ASA soutient également les autres modifications du projet proposées dans le message du Conseil fédéral.

Mo. CEATE-E. Soutien financier de la Confédération en cas de catastrophes naturelles



Rejeter

L'ASA recommande le **rejet** de cette motion.

- L'effondrement à Blatten a montré que le dispositif actuel de gestion des catastrophes fonctionne. Flexibilité, décentralisation, pragmatisme et solidarité active, ces principes ont permis de déboucher rapidement sur des solutions efficaces.
- Les cantons doivent conserver leur rôle de chefs de file et les décisions être prises là où l'événement se produit et où la situation est la mieux à même d'être évaluée.

Analyse

L'effondrement à Blatten a montré que le dispositif actuel de gestion des catastrophes fonctionne. L'évacuation a été ordonnée à temps. La collaboration entre la commune, le canton, la Confédération, l'armée et le secteur de l'assurance s'est avérée à la fois efficace et flexible. Les mesures n'ont cessé d'être adaptées à l'évolution de la situation. Cette faculté d'adaptation est le principal point fort de notre système décentralisé qui intervient à titre subsidiaire.

Pour pouvoir formuler des dispositions juridiques dans un certain domaine, la Confédération a besoin que cela soit expressément prévu dans la Constitution (art. 3 et 42 al. 1 Cst.; compétence générale subsidiaire des cantons). Or, la Confédération ne détient pas de compétence législative générale en matière d'aide en cas de catastrophes naturelles ou de tout autres événements dommageables. La compétence première revient donc aux cantons.

Notre système fédéraliste présente des avantages indéniables: ce sont les acteurs sur place (communes, cantons, experts locaux) qui connaissent le mieux la situation. Ils peuvent réagir très rapidement, organiser des évacuations et mobiliser des ressources. La Confédération apporte son soutien de manière subsidiaire, là où cela est nécessaire, par exemple en demandant à l'armée d'intervenir. Toute aide financière complémentaire demeurant l'exception.

Cette répartition des tâches selon le principe de subsidiarité a fait ses preuves depuis des décennies. Les décisions doivent être prises là où l'événement se produit et où la situation est la mieux à même d'être évaluée.

Après l'effondrement de Blatten, des bénévoles, des œuvres d'entraide, des communes voisines et des donateurs privés ont rapidement apporté leur soutien avec pragmatisme. C'est la solidarité active. Parallèlement, le Pool pour les dommages naturels initié par les assureurs privés est entré en action: il permet la répartition solidaire des dommages naturels entre les compagnies d'assurances en fonction de leurs parts respectives sur le marché domestique et veille ainsi à l'amortissement de la charge financière entre tous. Cette combinaison d'aide publique et de solidarité privée s'avère efficace et viable.

Le système actuel n'a pas besoin d'être modifié en profondeur. Flexibilité, décentralisation, pragmatisme et solidarité active, ces principes ont fait leurs preuves. Ils permettent de trouver rapidement des solutions adaptées, et c'est bien là le principal dans les situations de crise.

En dépit de ces considérations, le Parlement a adopté en septembre 2025 le postulat 25.3669 «Aide rapide de la Confédération en cas de catastrophe». Le Conseil fédéral élabore actuellement un rapport correspondant sur les éventuelles lacunes dans ce domaine. Une nouvelle motion ne saurait être adoptée sur ce sujet avant que les conclusions y relatives n'aient été formulées.

Iv.pa. Hurni. Pas de rémunération excessive des dirigeants et dirigeantes de caisses sur le dos des assurés et assurées



Rejet

L'ASA recommande le **rejet** de l'application de cette initiative parlementaire.

- L'ASA s'engage en faveur de réformes ayant des effets mesurables et rejette les initiatives politiques purement symboliques. Comme les rémunérations des membres des organes dirigeants des assureurs LAMal représentent seulement 0,02 pour cent des primes, ce projet ne permet pas vraiment de réaliser des économies. Par contre, il engendre un surcroît de travail administratif.
- La réforme vise exclusivement les assureurs et leur impose des exigences de transparence supplémentaires. Or, aucune exigence comparable ne s'applique aux autres acteurs du secteur de la santé, aux pouvoirs publics ni aux entreprises parapubliques. Une telle inégalité de traitement n'est objectivement pas justifiée et n'apporte aucune valeur ajoutée mesurable aux personnes assurées.

Analyse

L'Association Suisse d'Assurances ASA estime aussi que des mesures sont nécessaires pour endiguer la hausse des coûts de la santé et limiter la charge financière pesant sur les ménages.

La présente réforme n'est toutefois pas de nature à y contribuer. Comme le soulignent la commission elle-même dans son rapport explicatif et le Conseil fédéral dans son analyse, les modifications de loi proposées pourraient tout au plus entraîner une baisse minime des frais administratifs des assureurs LAMal. Dans la mesure où les indemnités versées aux membres des organes dirigeants de ces assureurs représentent seulement 0,02 pour cent des primes, l'initiative parlementaire se concentre sur un poste de dépenses aux effets négligeables sur l'évolution globale des coûts. Pour l'ASA, il est incompréhensible qu'une réforme législative soit envisagée qui relève uniquement d'une politique du symbole et ne présente aucune utilité pour les assurés.

Si le Parlement souhaite réellement réduire les coûts, pourquoi se limite-t-il à ces acteurs et en néglige-t-il d'autres, comme les fournisseurs de prestations dont les salaires sont financés par l'AOS? Le potentiel d'économies y est nettement plus important. Il serait souhaitable d'approfondir ce point afin de présenter des chiffres illustrant les répercussions concrètes que ces mesures auraient si la réforme tenait compte de différents autres acteurs.

En outre, la proposition suggère que les assureurs LAMAL publient désormais la rémunération et le taux d'occupation de chacun des membres de leurs organes dirigeants, avec mention de leur nom. La réforme impose ainsi aux assureurs LAMal une transparence qui n'est pas applicable sous cette

forme aux pouvoirs publics, aux entreprises parapubliques ni aux autres acteurs du secteur de la santé. Or, ceux-ci opèrent pourtant parfois sur des marchés bien plus réglementés, voire ne sont pas du tout soumis aux règles de l'économie de marché. Une telle inégalité de traitement n'est objectivement pas justifiée.

Cette réforme qui, selon les dires tant du Conseil fédéral que de la CSSS-N, n'apporte manifestement aucun allègement aux assurés, engendre néanmoins lors de sa mise en œuvre une charge administrative importante pour les pouvoirs publics et les assureurs-maladie. Ce surcroît de travail se vérifierait aussi en cas d'extension à la LCA. En conséquence, l'ASA rejette en particulier la proposition de la minorité qui prévoit des prescriptions supplémentaires en matière de transparence portant sur les indemnités versées aux membres des organes de direction des assureurs en maladie complémentaire relevant de la LCA.

Cette proposition est arbitraire. En effet, aucune disposition similaire n'est prévue dans le domaine de la fourniture des prestations, pourtant générateur de la majorité des coûts. Une telle mesure ne concernerait que le domaine facultatif et privé de l'assurance-maladie, lequel repose actuellement sur le bon fonctionnement du libre jeu de la concurrence. Les assurances complémentaires contribuent énormément à la diversité de l'offre, promeuvent l'innovation et encouragent la prévention. De telles règles de transparence ne feraient qu'alourdir la charge réglementaire sans apporter un quelconque avantage concret aux personnes assurées.

Financement de la réparation des dommages causés aux bâtiments par les tremblements de terre. Arrêté fédéral



Ne pas entrer en matière

L'ASA recommande de **ne pas entrer en matière** sur le projet.

- Les risques sismiques sont assurables. La pénétration de cette assurance ne cesse de progresser depuis des années et les capacités en la matière sont suffisantes. Une intervention de l'État n'est donc pas indiquée.
- La coexistence d'une assurance tremblements de terre privée et d'un système d'engagements conditionnels n'est pas réaliste. L'assurance privée est facultative et couvre les dommages subis en propre par la personne assurée. Le système d'engagements conditionnels, par contre, consiste en une taxe obligatoire inscrite dans la loi dont les prestations sont fonction de l'ensemble des dommages. Ce système comporte aussi son lot de lacunes de couverture. Si le seuil de déclenchement n'est pas atteint, aucune indemnité ne sera versée, même en cas de dommage total.

Analyse

Le risque sismique remplit les conditions de l'assurabilité: les tremblements de terre sont des événements aléatoires, indépendants les uns des autres, clairement définissables, et le risque est calculable à partir d'une quantité exceptionnelle de données.

En conséquence, les assurances privées en Suisse proposent une large gamme de couvertures en cas de tremblements de terre. La grande majorité des prestataires ne fixent pas de limites de responsabilité ou optent alors pour des plafonds très élevés. Le secteur mondial de la réassurance est en mesure de mettre à disposition des capacités équivalant aux quelque 22 milliards de francs censés être couverts par le système d'engagements conditionnels. Il l'a démontré par le passé lors d'un certain nombre d'événements survenus à l'étranger. Là où le marché fonctionne, point n'est besoin d'une garantie par les pouvoirs publics.

Depuis plusieurs années, la pénétration de l'assurance en cas de tremblements de terre ne cesse de progresser. À l'heure actuelle, 21 pour cent environ des valeurs immobilières sont assurées en conséquence en Suisse (cantons avec établissements monopolisés et cantons GUSTAVO). Depuis 2014, cette proportion a plus que doublé. Les assureurs transfèrent une partie des risques à des réassureurs internationaux. Ainsi, une part importante des dommages sont assumés par des assureurs étrangers. Après le dernier grand séisme survenu en Nouvelle-Zélande (5,2 millions d'habitants), par exemple, plus de 80 pour cent des dommages assurés ont été indemnisés par des réassureurs étrangers. Un système d'engagements conditionnels se prive du marché international de la réassurance comme élément de la solution. Il en résulterait que les dommages qui sont aujourd'hui supportés par les marchés mondiaux devraient à l'avenir être assumés uniquement par les propriétaires, les locataires et les contribuables en Suisse.

Quant à savoir si une indemnisation sera effectivement versée en cas de sinistre, rien n'est moins sûr: les dommages estimés par modélisation juste après un sinistre s'écartent parfois sensiblement de ceux effectivement constatés a posteriori. Il faudrait donc patienter un certain temps avant de savoir si le seuil de déclenchement est atteint et si le système d'engagements conditionnels va produire ses effets. Le projet promet une protection, mais ne garantit pas à coup sûr une indemnisation en cas de sinistre. En outre, cela impliquerait la coexistence de deux systèmes incompatibles: une assurance privée facultative et une taxe publique obligatoire, régies par des règles différentes en matière de déclenchement, de financement et de prestations. Cela ne ferait que complexifier la situation au lieu de la clarifier.

Le déclenchement dépend en outre fortement de la densité de population: les sinistres survenant dans des zones densément peuplées atteindraient plus facilement le seuil que des sinistres comparables dans des régions moins densément peuplées. Il profiterait dès lors surtout aux grandes villes et désavantagerait les régions montagneuses et périphériques.

À cela s'ajoute le fait que les milliards promis ne seraient pas immédiatement disponibles en cas de catastrophe. Il faudrait d'abord commencer par les réclamer à tous les propriétaires immobiliers, ceci en pleine crise. C'est précisément au moment de la reconstruction que serait prélevée une taxe supplémentaire d'ordre parafiscal. Le système d'engagements conditionnels risquerait d'aggraver la situation économique plutôt que de la redresser. En cas de catastrophe, se pose donc la question de son applicabilité.

Le système d'engagements conditionnels est censé être inscrit dans la Constitution, bien que des questions centrales ne soient toujours pas résolues, notamment celles de sa mise en œuvre, de sa gestion ou de son financement. Une mesure d'une telle portée ne se justifie pas dans ces circonstances.

Mo. Romano. Assurance perte de gain obligatoire en cas de maladie



Rejet

L'ASA recommande le **rejet** de cette motion.

- Il ressort d'un sondage représentatif réalisé par la Confédération que 84 pour cent des personnes actives en Suisse sont couvertes par une assurance facultative d'indemnités journalières en cas de maladie (ass. IJM). Pour les autres, il n'est pas rare que les employeurs optent pour des solutions internes et décident de trouver seuls une solution appropriée. Uniquement 0,5 pour cent des entreprises se sont vu refuser la conclusion d'une assurance IJM par un assureur.
- Une obligation d'assurance reviendrait à intervenir sur un marché qui fonctionne bien et s'exercerait justement au détriment des entreprises qui prennent déjà au sérieux la protection de la santé au travail. Ces dernières devraient s'attendre à une augmentation de leurs primes et à un subventionnement croisé en faveur de celles qui investissent moins dans la prévention et la gestion de la santé.

Analyse

L'ASA s'oppose à l'introduction d'une obligation en matière d'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie (ass. IJM). La solution actuelle est facultative et rencontre une large adhésion. Par ailleurs, elle remplit sa fonction puisqu'elle permet de combler la période entre l'obligation légale de poursuite du versement du salaire par l'employeur et les prestations des assurances sociales. Ce système est bien rodé et offre des solutions pratiques et rationnelles. Les données disponibles aussi vont à l'encontre d'une obligation généralisée: selon une enquête réalisée pour le compte de la Confédération, 84 pour cent des salariés en Suisse bénéficient d'une assurance d'indemnités journalières en cas de maladie souscrite par leur employeur. D'après les auteurs de ce sondage mené auprès des entreprises, «aucun élément n'indique que la souscription d'une assurance d'indemnités journalières en cas de maladie serait compliquée, voire impossible, pour les entreprises». Il ressort au contraire que près de 80 pour cent des sociétés sans assurance IJM n'ont tout simplement pas cherché à en souscrire une. Elles ont souvent recours à des solutions individuelles qui leur permettent, surtout aux employeurs d'une certaine taille, de mettre eux-mêmes en place une couverture d'assurance appropriée.

Uniquement 0,5 pour cent des entreprises se sont vu refuser la conclusion d'une assurance IJM par un assureur. En conséquence, une assurance obligatoire ne viendrait absolument pas combler une quelconque lacune de protection, mais équivaldrait à intervenir sur un marché qui fonctionne bien. Le système actuel, qui repose sur le partenariat social, permet aux entreprises de décider si elles veulent souscrire ou non une assurance IJM et d'opter pour des solutions qui correspondent à leurs besoins propres et à leur profil de risques respectif. Une assurance relevant d'une obligation légale ne laisserait plus une telle liberté et évincerait du marché des solutions existantes, pourtant parfaitement opérationnelles.

Une obligation impliquerait surtout une répartition différente des coûts. Face à la multiplication des arrêts maladie, notamment liés aux troubles de la santé mentale, les assurances d'indemnités journalières ont déjà du mal à assumer les coûts à leur charge. Si cette assurance devenait obligatoire, cela ne manquerait pas de générer des effets pervers, d'intensifier la pression sur les coûts et d'entraîner une hausse généralisée des primes. Les entreprises qui investissent avec constance dans la prévention, la gestion de la santé et la réinsertion se retrouveraient, du fait de l'augmentation de leurs primes, à devoir cofinancer celles qui investissent nettement moins dans la prévention des arrêts maladie. De telles mesures perdraient ainsi de leur attrait, et la responsabilité des entreprises s'en trouverait affaiblie. Cela s'avèrerait contre-productif, car une prévention efficace, une intervention précoce, un *case management* professionnel et la réinsertion des personnes malades sont essentiels.

La branche a déjà adopté des mesures concrètes visant à renforcer l'assurabilité et à corriger les éventuelles lacunes. Elles portent notamment sur le développement de la convention de libre passage dans le cadre de l'assurance collective d'indemnités journalières en cas de maladie. À partir de janvier 2027, celle-ci prévoit une obligation d'avancer les prestations en cas d'incertitude sur l'assureur compétent, ainsi qu'un mécanisme d'attribution pour les entreprises n'ayant pas réussi à conclure de contrat en dépit de leurs efforts. Ces derniers se verraient ainsi soit réintégrés auprès de leur assureur précédent soit affectés à un autre assureur.

Le 19 août dernier, le Conseil fédéral a déclaré que le système actuel a fait ses preuves. Une modification fondamentale n'est donc pas indiquée à l'heure actuelle. L'ASA recommande de rejeter cette motion et de poursuivre sur la voie empruntée d'un développement judicieux de la solution en place, laquelle est en phase avec la pratique et soutenue par les partenaires sociaux.

OCF. Loi fédérale sur les systèmes d'information des assurances sociales (LSIAS)



Adopter avec prise en compte des remarques

L'ASA soutient dans leurs principes les objectifs de la LSIAS et la numérisation progressive des assurances sociales. Elle recommande en conséquence d'adopter la loi sous réserve des considérations suivantes:

- L'ASA préconise une approche qui repose sur l'intégration et le perfectionnement des processus et des plateformes électroniques existants.
- La réalisation des objectifs de numérisation hors premier pilier (assurances sociales telles que les assurances maladie et accidents) ne relève pas d'une infrastructure centrale. Il s'agit de mettre en place des échanges de données standardisés, un niveau élevé de protection des données et une collaboration coordonnée entre tous les acteurs.

Analyse

La loi s'inscrit dans la stratégie de numérisation de la Confédération qui bénéficie du soutien de l'Association Suisse d'Assurances ASA et de ses membres. Non seulement la numérisation est nécessaire, mais elle présente aussi une opportunité d'évolution pour le secteur.

En assurance-vie, des processus importants du marché de la prévoyance sont déjà numérisés: 70 pour cent des assurés utilisent un portail de prévoyance et, à partir de 2026, environ 80 pour cent des caisses de pension proposeront un certificat de prévoyance numérique. Pour les assureurs-vie, la numérisation du premier pilier est une condition essentielle à un conseil exhaustif en prévoyance.

De leur côté, les assureurs-accidents échangent déjà une partie des données par voie électronique avec les employeurs, notamment via des normes comme celles de Swissdec (ELM, KLEE). Pour les assureurs-accidents, la numérisation des assurances sociales constitue le premier pas vers la possibilité d'un traitement entièrement électronique, par exemple en matière de coordination des rentes entre la LAA et l'AI. L'ASA souligne néanmoins que le lien entre les nouvelles dispositions de la LPGA et d'autres projets de numérisation dans le domaine des assurances sociales, en particulier l'initiative Digisanté en assurance-maladie, n'est pas très clair.

Indépendamment de l'infrastructure choisie, il est essentiel de garantir une étroite collaboration lors de la définition des exigences techniques ainsi qu'un développement coordonné.

L'ASA estime que les objectifs de numérisation hors premier pilier pourront être atteints sans avoir recours à une plateforme centrale. L'ASA soutient une approche fondée sur le marché, qui mise sur la décentralisation et la force d'innovation des acteurs impliqués. Dès lors, elle salue expressément

le fait que les assureurs soumis à la LPGA puissent communiquer via leurs propres plateformes. Pour les assureurs-accidents privés, la possibilité de continuer à utiliser les portails clientèle existants est primordiale.

Un traitement électronique efficace de la part des institutions de prévoyance-vieillesse et des assureurs-accidents présuppose des ensembles de données transférables et standardisés ainsi qu'un processus simple de validation du partage des données par les personnes assurées. Il faut que les assurés puissent garder la main sur le partage des données les concernant et l'approuver en toute transparence, par exemple via une procédure de consentement ou de validation clairement définie, conforme aux exigences légales et au principe de souveraineté des données.

L'ASA soutient la codification dans la LPGA des dispositions déterminantes relatives à la communication électronique et à l'échange de données entre les assurances sociales. Elle approuve également la modification de l'art. 96a P-LAA qui simplifie et élargit l'accès aux données de la CdC pour les assureurs-accidents. Par contre, l'ASA insiste sur la nécessité de compléter la disposition de l'art. 37a P-LPGA en ce sens que les assureurs-accidents et les employeurs, entre autres, puissent continuer leurs échanges via les canaux numériques *machine to machine* existants (normes ELM ou KLE de Swissdec) ou que les assureurs-accidents soient toujours en mesure d'accéder au DEP.

La protection des données est un élément central de la future solution et doit être assurée à chaque étape du projet. Cela implique une analyse d'impact relative à la protection des données, laquelle doit être effectuée à chaque étape du projet afin de concilier sécurité juridique et marge de manœuvre lors de l'application.

Mo. CSSS-N. Mesures contre les certificats médicaux de complaisance et lacunaires au détriment des employeurs et des assurances sociales



Adopter

L'ASA recommande **l'adoption** de la motion.

- Des certificats médicaux clairs, objectifs et nuancés selon les fonctions exercées sont indispensables pour des prises de décision équitables en matière de prestations et la prévention de coûts inutiles pour les employeurs et les assurances sociales.
- Une évaluation différenciée et l'encouragement de la capacité de travail partielle permettent une réinsertion plus rapide, stabilisent les conditions de travail et réduisent la durée et les coûts des prestations.

Analyse

Les certificats médicaux de complaisance ou lacunaires sont de plus en plus problématiques pour les employeurs ainsi que pour les assurances sociales et privées. Ils attestent parfois d'incapacités de travail qui ne sont pas suffisamment avérées sur le plan médical ou qui ne reposent pas sur une évaluation nuancée selon la fonction exercée. Les conséquences directes sont multiples: maintien inutile du paiement du salaire, hausse des prestations en assurance d'indemnités journalières en cas de maladie, en assurance-accidents et en assurance-invalidité ainsi que charges administratives et juridiques accrues lors de l'analyse des dossiers. Parallèlement, ils compromettent l'établissement d'attestations médicales correctes et une gestion efficace des prestations, ce qui induit des effets pervers dans le système.

Pour les employeurs et les assureurs, des certificats médicaux justifiés et objectifs sont une condition essentielle à des décisions correctes et conformes à la loi en termes de prestations. L'évaluation différenciée entre capacité de travail et capacité de travail partielle est décisive en la matière. Les certificats qui font uniquement la distinction entre «apte au travail» et «inapte au travail» multiplient les absences inutilement longues et compliquent le retour progressif au travail. Dans le cas de troubles de la santé mentale, les personnes présentent souvent une capacité de travail au moins partielle qui pourrait être exploitée si l'avis médical le permettait. La prise en compte systématique de la capacité de travail partielle contribue de manière significative à la stabilisation des relations de travail, à l'allègement de la charge des personnes concernées et à la réduction de la durée et des coûts des prestations.

La motion n'a pas pour objet une remise en cause globale du corps médical. Elle vise plutôt le renforcement du devoir de diligence des médecins et l'amélioration de la qualité des certificats d'incapacité de travail.

Des exigences minimales claires, des normes plus précises et des mesures appropriées en cas de certificats systématiquement lacunaires ou abusifs favorisent une évaluation minutieuse de la capacité de travail au regard de la fonction exercée. Cela permet non seulement la prise de décisions justes et transparentes en matière de prestations, mais détermine aussi les conditions d'une réinsertion précoce et progressive.

Dans l'ensemble, la motion contribue de manière non négligeable à la viabilité financière des assurances sociales et privées, à l'allègement des employeurs et à la stabilité du système. En améliorant la qualité des avis médicaux et en insistant systématiquement sur la capacité de travail partielle, elle participe à la réduction des coûts inutiles, des effets pervers et des incertitudes juridiques.

Loi sur le libre passage. Modification



Ne pas entrer en matière

L'ASA recommande de **ne pas entrer en matière** sur le projet.

- Le projet vise à prévenir le fait que des personnes assurées subissent des pertes de placement lors de la sortie d'un plan de prévoyance 1e. La solution proposée ne permet toutefois pas d'atteindre cet objectif: le délai de deux ans est trop court pour que d'éventuelles pertes puissent à coup sûr être compensées.
- En outre, les obligations prévues en matière de clarification et de recherche entraîneraient une charge administrative et des coûts supplémentaires.

Analyse

La motion adoptée «Protéger l'avoir de prévoyance en cas de sortie d'un plan de prévoyance 1e» (21.4142) charge le Conseil fédéral d'amender la loi sur le libre passage (LFLP) en ce sens que le salarié qui quitte un employeur proposant un plan de prévoyance 1e pour prendre un poste auprès d'un employeur ne disposant pas d'un tel plan n'ait pas forcément à subir de pertes sur sa prestation de libre passage. Le Conseil fédéral propose l'ajout d'un art. 3a dans la LFLP qui permettrait aux assurés de placer leur prestation de sortie pendant une durée maximale de deux ans auprès d'une institution de libre passage et de déterminer eux-mêmes la date du transfert à la nouvelle caisse. Cette approche ne résout rien. Un cycle conjoncturel durant près d'une dizaine d'années, un délai de deux ans s'avère souvent insuffisant pour compenser des pertes.

Il serait plus pragmatique de s'appuyer sur la réglementation existante en vertu de laquelle, en l'absence de notification correspondante, une prestation de sortie doit être transférée à l'institution supplétive au plus tard deux ans après la sortie (art. 4 al. 2 LFLP). De la même manière, une personne quittant un plan 1e devrait pouvoir laisser sa prestation de sortie auprès de son ancienne institution de prévoyance 1e pendant deux ans au maximum. Le capital continuerait ainsi d'être investi selon la stratégie de placement initiale. Cela permettrait d'éviter une cession immédiate des placements, et l'assuré pourrait attendre une reprise du marché pour compenser d'éventuelles pertes comptables.

Lors de sa sortie, l'assuré est tenu d'indiquer à son ancienne institution de prévoyance la nouvelle institution à laquelle la prestation de sortie doit être transférée (art. 3 LFLP). Si une personne n'entre pas dans une nouvelle institution de prévoyance, elle est censée notifier à quelle institution de libre passage la prestation de sortie doit être versée.

Si elle entre à une date ultérieure dans une nouvelle institution de prévoyance, elle doit le notifier à l'institution de libre passage afin que cette dernière puisse transférer l'avoir à la nouvelle institution (art. 4 LFLP). Bien que les dispositions soient plus claires, les institutions de libre passage continuent de détenir un volume considérable d'avoirs censés être transférés à une institution de prévoyance.

Le Contrôle fédéral des finances a donc recommandé des mesures visant à améliorer ce transfert afin qu'il soit conforme aux dispositions réglementaires. Les propositions correspondantes du Conseil fédéral (art. 3 al. 1^{bis}, 1^{er}, art. 4 al. 2^{bis}, 2^{er} ainsi que l'art. 11 al. 2, 3 P-LFLP) sont en décalage avec la réalité. Le changement d'institution de prévoyance s'effectue surtout par voie numérique lorsque le nouvel employeur déclare le nouvel assuré à son institution. Il n'existe pas de procédure où l'assuré transmettrait des informations à l'institution de prévoyance ou confirmerait par écrit leur exactitude.

Dans l'optique d'une mise en œuvre efficace des dispositions relatives au transfert du capital de prévoyance, il convient de s'appuyer sur l'obligation de notification à la Centrale du deuxième pilier. En vertu de la LFLP, les institutions de prévoyance qui gèrent des comptes de libre passage doivent déclarer chaque année à la Centrale toutes les personnes pour lesquelles elles ont géré un avoir au cours du mois de décembre de l'année précédente. Si les institutions de libre passage devaient être tenues par la loi de vérifier chaque année si leurs assurés font à nouveau partie d'une institution de prévoyance et, le cas échéant, de transférer le capital de prévoyance à l'institution concernée, le volume des avoirs de libre passage soumis à l'obligation de transfert s'en trouverait réduit.

Mo. Germann. Abroger le modèle tarifaire illicite de la FINMA dans le domaine des assurances complémentaires d'hospitalisation



Rejeter selon les recommandations

L'ASA recommande le **rejet** de cette motion.

- La motion repose sur la supposition qu'il existe un «modèle tarifaire illicite de la FINMA» dans le domaine des assurances complémentaires d'hospitalisation. De fait, les principes actuellement en vigueur pour la facturation des prestations supplémentaires ont été élaborés par le secteur en concertation avec les fournisseurs de prestations, ceci dans le cadre d'un projet sectoriel largement plébiscité par les acteurs concernés. Ils garantissent la transparence, la traçabilité et la sécurité juridique pour les personnes assurées, les fournisseurs de prestations et les assureurs.
- Une abrogation de ces principes remettrait en cause les progrès réalisés ces dernières années. Les personnes disposant d'une assurance complémentaire ont un intérêt légitime à ce que les prestations relevant de l'assurance de base soient clairement distinctes de celles financées par l'assurance complémentaire. Le libre jeu de la concurrence et l'innovation dans le domaine de l'assurance complémentaire d'hospitalisation présupposent que les prestations supplémentaires soient reconnaissables et facturables en toute transparence.

Analyse

Fin 2020, la FINMA a formulé ses attentes en matière de transparence et de clarté des prestations en assurance complémentaire d'hospitalisation. Bien consciente de ce besoin avéré, la branche a développé, entre 2021 et 2025, le projet sectoriel «Prestations supplémentaires selon la LCA». Il s'agissait de jeter les bases d'une offre d'assurances complémentaires d'hospitalisation modernes, concurrentielles et transparentes.

Tout est parti de la distinction entre les prestations relevant de l'assurance obligatoire des soins et celles découlant de l'assurance complémentaire qui offrent une réelle valeur ajoutée. À cette fin, onze principes contraignants ainsi que des exigences envers les prestations supplémentaires d'ordre médical, modèles tarifaires compris, ont été élaborés en 2021. Ces lignes directrices constituent le socle de conventions transparentes et claires passées entre les assureurs, les hôpitaux et les médecins hospitaliers indépendants.

La motion donne l'impression que la branche aurait fixé des tarifs uniformes ou déterminé des clauses standardisées pour les conventions. Ce n'est pas le cas. Les lignes directrices sectorielles se contentent de définir des exigences minimales en matière de transparence, de clarté et de facturation des prestations supplémentaires. Les conventions et en particulier les tarifs continuent de faire l'objet de négociations *ad hoc* conformément au libre jeu de la concurrence. Les autorités en matière de concurrence ont été informées en toute transparence des travaux menés par la branche. Il ne saurait donc être question d'un accord cartellaire illicite ni d'un modèle tarifaire collectif. Il ressort des mesures de fin de projet prises en avril 2026 que 94,1 pour cent des conventions sont conformes aux lignes directrices sectorielles. Les cas restants concernent des situations où aucune

convention n'a encore pu être passée et où les négociations se poursuivent.

La motion touche toutefois un point sensible: la FINMA intervient de plus en plus dans le partenariat tarifaire fondé sur les principes de l'économie de marché, entre les assureurs et les fournisseurs de prestations. L'autorité de surveillance a pour mission d'empêcher toute dérive des tarifs. Elle n'a toutefois pas pour mission légale de vérifier l'adéquation économique de chaque tarif négocié ni de substituer ses propres propositions tarifaires aux résultats de négociations. La surveillance en matière d'abus n'est pas une surveillance des prix. Une intervention ne se justifie qu'en cas de preuve concrète d'un abus avéré, et non par le simple constat de prix élevés. Par ailleurs, une extension de la surveillance à l'examen de chacun des tarifs négociés ne manquerait pas d'entraîner des effets indésirables pour l'ensemble du système de santé. Si les tarifs obtenus dans le domaine de l'assurance complémentaire font l'objet de pressions réglementaires, la pression tarifaire s'accroît par ricochet en assurance maladie obligatoire. Cela conduit en fin de compte à un transfert des coûts vers l'assurance de base et, par conséquent, à une charge supplémentaire pour les payeurs de primes. Une telle évolution ne serait ni judicieuse sur le plan de la politique sociale, ni dans l'intérêt d'un système de santé durable au niveau financier.

L'ASA rejette donc la motion Germann sur les points qui remettent en cause le principe des prestations supplémentaires. Si la motion était réduite à la demande visant à ramener la FINMA à ses compétences légales essentielles et à empêcher que la surveillance en matière d'abus ne soit élargie à une surveillance des tarifs ressortant des négociations avec les acteurs relevant de la LCA, l'ASA pourrait la soutenir.

Mo. Quadri. Introduire les plaques d'immatriculation personnalisées en Suisse



Rejet

L'ASA recommande le **rejet** de cette motion.

- La possibilité offerte aux cantons de passer si nécessaire à des plaques d'immatriculation à sept chiffres constituerait une solution pragmatique au problème de capacité. Une extension du système aux lettres ne s'impose donc pas en la matière.
- Des plaques d'immatriculation personnalisées n'apportent aucune valeur ajoutée en termes de sécurité routière, d'immatriculation ni d'assurance. Par contre, une telle mesure ne manquerait pas de générer une surcharge de travail tant au niveau technique qu'administratif.

Analyse

La réserve de plaques d'immatriculation à six chiffres est bientôt épuisée, surtout dans les cantons densément peuplés. L'introduction de plaques d'immatriculation à sept chiffres constituerait une solution pragmatique à ce problème de capacité. Le canton de Zurich est autorisé depuis le 1^{er} janvier 2026 à délivrer de telles plaques minéralogiques. Il n'est donc pas nécessaire d'étendre le système aux lettres. Avec cette nouvelle solution, les cantons disposent théoriquement de 234 millions de numéros supplémentaires. Cela correspond à 9 millions de nouvelles plaques d'immatriculation par canton et concerne surtout Zurich et Berne, où les besoins sont les plus importants.

Toute modification des règles implique l'adaptation des systèmes informatiques des acteurs concernés. En l'espèce, la validation de plaques personnalisées nécessiterait la modification des systèmes informatiques des assureurs afin que ces nouvelles plaques puissent être correctement enregistrées et traitées. De telles adaptations informatiques mobilisent des ressources, engendrent des coûts et viennent s'ajouter à d'autres développements des systèmes en cours. Elles risquent de complexifier davantage encore la situation, sans compter que leur application est loin d'être évidente.

Même si de telles plaques d'immatriculation existent à l'étranger, il n'est pas possible de reprendre telles quelles les solutions informatiques qui y sont en place. La Suisse présente des particularités juridiques et administratives dont il convient de tenir compte dans les systèmes. L'Association Suisse d'Assurances ASA estime qu'une telle modification entraînerait des coûts à six chiffres pour chaque assureur opérant sur le marché suisse.

Même si un tel changement pourrait être avantageux pour certains acteurs, notamment les cantons qui auraient ainsi l'opportunité de mettre en vente des plaques d'immatriculation particulièrement recherchées, la décision ne saurait être prise pour cette seule raison. Une telle approche ferait abstraction des coûts encourus par les autres acteurs du système, sans pour autant apporter de bénéfice supplémentaire en matière de sécurité routière.

Si, en dépit de ces réserves, le Parlement devait poursuivre l'introduction de plaques personnalisées, une planification soignée s'imposerait en la matière. Il faudrait accorder aux acteurs concernés un délai de mise en œuvre de 18 mois environ afin qu'ils puissent adapter leurs systèmes et processus en conséquence.

L'ASA prend acte avec satisfaction du fait que la Commission des transports et des télécommunications du Conseil des États a proposé à l'unanimité, le 14 août, à son conseil de rejeter la motion. L'ASA estime qu'une décision similaire du Conseil des États serait la bienvenue.

Iv. pa. Schmezer. Améliorer la protection des travailleurs dans l'assurance collective d'entreprise contre les accidents et la maladie (modification de l'art. 95a LCA)



Ne pas entrer en matière

L'ASA recommande de **ne pas entrer en matière** sur cette initiative parlementaire.

- Sa mise en œuvre engendrerait de l'insécurité juridique et des effets pervers. En effet, les employeurs ne seraient plus vraiment incités à acquitter les primes dans les délais. Cela entraînerait une augmentation généralisée des primes au détriment des employeurs et de leurs salariés.
- Par ailleurs, passer par la modification de l'art. 95a de la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA) est juridiquement inapproprié, car cela contrevient au principe inhérent au droit des assurances en vertu duquel les prestations sont versées contre le paiement d'une prime.

Analyse

L'objectif visé par l'initiative parlementaire est légitime: les travailleurs ne sauraient être pénalisés lorsque l'employeur n'a pas acquitté les primes d'assurances. La solution proposée via la loi sur le contrat d'assurance (LCA) n'est toutefois ni compatible avec la logique du système actuel, ni appropriée sur le plan juridique. Une obligation de verser des prestations en dépit du non-paiement de la prime contrevient au principe fondamental de «prestation contre prime» relevant du droit des assurances et génère de l'insécurité juridique.

En outre, l'initiative ne s'inscrit pas dans le bon cadre réglementaire. Sous peine de privation de liberté ou d'amende, l'employeur est déjà tenu par la loi de retenir sur les salaires les cotisations dues et d'acquitter les primes en conséquence. En cas de non-respect de cette obligation, les employés peuvent déjà élever des demandes de dommages-intérêts à l'encontre de leur employeur. Si ces droits à des dommages-intérêts sont considérés comme insuffisants, il faut plutôt rechercher une solution au niveau du droit du travail que de celui des assurances.

En outre, la disposition proposée ne manquerait pas de s'accompagner d'effets pervers. Les employeurs seraient nettement moins incités à payer les primes dans les délais puisque les assureurs seraient de toute façon tenus de verser les prestations. Par ailleurs, les assureurs ne disposeraient plus vraiment de moyens de recours réalistes et n'auraient d'autre choix que de lancer des procédures de faillite à l'encontre des entreprises. Dans la pratique, les cas sont très rares où un salarié se voit refuser des prestations du fait de l'interruption de couverture consécutive à un non-paiement des primes par l'employeur. Dans les quelques dossiers portés à notre connaissance il s'agit surtout d'entreprises individuelles ou de Sàrl ou SA à associé unique. En l'espèce, ce

sont les propriétaires, les associés ou les fondateurs de l'entreprise, engagés comme gérants, qui se retrouvent en incapacité de travail. Dans de tels cas, ce ne sont donc pas des salariés au sens strict qui sont concernés.

Si les assureurs se voyaient obligés de verser des prestations aux assurés sans percevoir de primes en contrepartie, cela ne manquerait pas de se traduire par une augmentation des coûts. Cette hausse serait alors répercutée sur l'ensemble des preneurs d'assurance sous forme de primes plus élevées, y compris sur les employeurs ayant réglé leurs primes dans les délais et dans leur intégralité. La limitation des effets négatifs de cette obligation de verser les prestations en dépit de l'absence du paiement des primes impliquerait des coûts supplémentaires ainsi qu'une charge administrative accrue. Cela comprendrait notamment des examens renforcés de la solvabilité, une surveillance plus étroite des paiements de primes et la complexification des procédures. La charge administrative des assureurs et des entreprises s'en trouverait inévitablement alourdie.

La comparaison de l'auteur de l'initiative avec les assurances responsabilité civile obligatoires n'est pas concluante, car ces dernières visent à protéger des tiers non impliqués au regard de risques encourus qui sont difficilement contrôlables. En revanche, l'assurance collective d'indemnités journalières en cas de maladie porte sur des prestations clairement délimitées et régies par contrat.

Dans l'ensemble, l'initiative n'offre aucune protection supplémentaire. Elle est inappropriée au niveau juridique et contrevient à la logique du système en place. En outre, elle ne manquerait pas d'entraîner des ruptures importantes de la législation du contrat d'assurance, des effets pervers et des risques économiques.

Iv.pa. CSSS-N. Bonifications de vieillesse LPP. Deux taux au lieu de quatre



Ne pas entrer en matière

L'ASA recommande de **ne pas entrer en matière** sur cette initiative parlementaire.

- Quant à savoir si la réduction du nombre de taux appliqués pour le calcul des bonifications de vieillesse incitera effectivement davantage les employeurs à engager du personnel âgé, rien n'est moins sûr.
- Pour les personnes assurées qui verraient leurs cotisations, et donc leurs futures prestations de vieillesse, baisser sur la durée de cotisation restante, il faudrait mettre en place des mesures de compensation, lesquelles ne manqueraient pas d'entraîner des coûts non négligeables.

Analyse

L'initiative parlementaire vise à remplacer par deux taux les quatre taux appliqués actuellement pour le calcul des bonifications de vieillesse en pour-cent du salaire coordonné (7%, 10%, 15%, 18%) dans la prévoyance professionnelle obligatoire selon la LPP. Il s'agit d'inciter davantage les employeurs à embaucher du personnel plus âgé.

Dans le cadre de la «réforme LPP 21», il a été proposé de simplifier l'échelonnement des bonifications en fonction de l'âge. La mesure prévoyait un taux de 9 % jusqu'à l'âge de 44 ans et de 14 % à partir de 45 ans. Elle faisait partie d'un train de mesures visant la compensation d'une grande partie des pertes financières alors subies par les personnes assurées.

Selon les déclarations du Conseil fédéral, la compensation des pertes de rente résultant de cette modification coûterait près d'1 milliard de francs par an. Ces versements devraient toutefois être effectués sur une période d'au moins 20 ans. L'expérience montre qu'aucune solution de financement ne semble susceptible de rallier la majorité des voix.

Si ces nouveaux taux des bonifications de vieillesse ne s'appliquaient qu'aux assurés qui entament juste leur processus d'épargne, deux régimes différents coexisteraient pendant 40 ans. Cela ne manquerait pas d'entraîner de nombreuses distorsions sur le marché du travail. Ainsi, par exemple, le taux unique de bonification de vieillesse appliqué aux jeunes assurés qui commencent à épargner serait supérieur à celui des personnes assurées légèrement plus âgées ayant débuté le processus d'épargne avant l'introduction du nouveau régime. De plus, le fonctionnement en parallèle des deux

régimes complexifierait davantage encore toutes révisions ultérieures de la LPP.

Par ailleurs, l'efficacité de taux uniformes de bonifications de vieillesse pour améliorer les perspectives d'emploi du personnel plus âgé n'est pas prouvée estime le Conseil fédéral. Ainsi, un salarié de 60 ans ne coûte à l'employeur, par rapport à un salarié de 45 ans, que 70 francs environ de plus par mois pour un revenu annuel de 80 000 francs. Dans le cas d'un revenu annuel de 60 000 francs, ces coûts supplémentaires pour l'employeur sont ramenés à 42 francs par mois.

L'argument selon lequel des taux de cotisation plus bas pour les salariés plus âgés amélioreraient leurs chances de trouver un emploi sur le marché du travail n'est donc pas convaincant et ne se vérifie pas vraiment sur le terrain.

Tout employeur qui assure son personnel au-delà du régime obligatoire peut d'ores et déjà mettre en place des cotisations d'épargne aplanies ou uniformes. C'est le cas d'un grand nombre de PME, et les institutions de prévoyance proposent des solutions adaptées.

Iv.pa. CSSS-N. Épargne vieillesse LPP à partir du 1^{er} janvier qui suit le 19^e anniversaire



Ne pas entrer en matière

L'ASA recommande de **ne pas entrer en matière** sur cette initiative parlementaire.

- Les coûts liés à l'avancement de la date de début de l'épargne sont élevés pour des avantages financiers plutôt faibles.
- Il est d'ores et déjà possible de commencer à épargner plus tôt dans le cadre de la prévoyance professionnelle surobligatoire. De nombreux employeurs et institutions de prévoyance recourent d'ailleurs activement à cette possibilité.

Analyse

L'initiative parlementaire a pour objectif de décider «d'élaborer un projet visant à fixer au 1^{er} janvier qui suit le 19^e anniversaire la date à partir de laquelle les personnes assurées sont soumises à la prévoyance professionnelle obligatoire selon la LPP pour l'épargne vieillesse».

Dans le cadre de la «réforme LPP 21», la proposition visant à abaisser l'âge de début de l'épargne dans la LPP à 20 ans a été présentée par la CSSS-N au cours de la procédure parlementaire. Les coûts supplémentaires annuels de cette mesure ont été estimés entre 700 et 800 millions de francs. Toutefois, cette proposition a été écartée au cours des délibérations et n'a donc pas été intégrée à la réforme, laquelle a été rejetée par le peuple le 22 septembre 2024.

Un avancement de l'obligation de cotiser à la LPP imposerait une charge inutile aux jeunes gens, dont les revenus sont généralement faibles, à une période de leur vie où les frais de formation et le coût de la vie sont élevés. Pour beaucoup d'autres, en revanche, cela n'aurait aucun effet, puisque plus de 45 pour cent des 20-25 ans sont encore en formation ou ne perçoivent pas de revenu soumis à la LPP.

Même en cas d'activité professionnelle ininterrompue, l'effet supplémentaire en termes de prévoyance demeurerait marginal au regard des bas salaires considérés et de la courte durée de cotisation et n'aurait guère d'influence sur le montant de la retraite future.

Une épargne anticipée dans le domaine surobligatoire de la prévoyance professionnelle est d'ores et déjà possible, et d'ailleurs ponctuellement mise à profit. Par ailleurs, les jeunes actifs ont à leur disposition suffisamment d'instruments facultatifs, notamment le pilier 3a, pour se constituer une prévoyance vieillesse de leur propre chef, ceci bien avec leurs 25 ans.

Un abaissement de l'âge de début de l'épargne LPP n'est donc ni pertinent ni nécessaire.

**Interlocuteur auprès de
l'Association Suisse d'Assurances ASA**

Nicolas Jutzet

Chef du département des affaires publiques

nicolas.jutzet@svv.ch

Conrad-Ferdinand-Meyer-Strasse 14

8002 Zurich

Mobile +41 79 841 55 05