Van: OCM-CDZ(SMA_VMOB) [mailto:sma_vmob@ocm-cdz.be]
Verzonden: dinsdag 27 juni 2017 14:30

Onderwerp: Mededeling/communication 2017/06 - 22/06/2017

Geachte,

In bijlage vindt u de mededeling 2017/06 van 22 juni 2017 betreffende de publicatieverplichting van de door de VMOB's gehanteerde segmentatiecriteria .

Met vriendelijke groeten,

****

Madame, Monsieur,

Vous trouverez, en annexe, la communication 2017/06 du 22 juin 2017 relative à l'obligation de publication des critères de segmentation appliqués.

Cordialement,

Ann De Corte
Secrétariat Laurent Guinotte, Administrateur général
Office de contrôle des mutualités
Avenue de l'Astronomie 1 | 1210 Bruxelles
✉ email: secr.ag@ocm-cdz.be | ☎ téléphone : +32 2 209 19 02| website: http://www.ocm-cdz.be

22 juni 2017

Mededeling 2017/06

MEDEDELING AAN VMOB'S BETREFFENDE DE PUBLICATIEVERPLICHTING VAN DE DOOR HEN GEHANTEERDE SEGMENTATIECRITERIA

1. Inleiding

De wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen bevat een aantal bepalingen betreffende segmentering door verzekeringsondernemingen, opgenomen in artikelen 42 tot en met 46.

De wettelijke bepalingen zijn van toepassing op een aantal limitatief bepaalde soorten verzekeringen die als basisverzekeringen voor consumenten worden beschouwd, waaronder de verzekering bepaald in artikel 201, § 1, 1°, van de wet van 4 april 2014, nl. de ziektekostenverzekering, zijnde "*de verzekering die in geval van ziekte of in geval van ziekte en ongeval, prestaties waarborgt met betrekking tot elke preventieve, curatieve of diagnostische medische behandeling welke noodzakelijk is voor het behoud en/of het herstel van de gezondheid.*"

Hieronder vallen dus bij voorbeeld door VMOB's aangeboden hospitalisatieverzekeringen, tandzorgverzekeringen, en verzekeringen die in een tegemoetkoming voorzien voor bepaalde medische kosten buiten een hospitalisatie.

Artikel 44 van de wet van 4 april 2014 bepaalt dat elke segmentering op het vlak van acceptatie, tarifering en/of de omvang van de dekking objectief moet worden gerechtvaardigd door een legitiem doel en dat de middelen voor het bereiken van dat doel passend en noodzakelijk moeten zijn.

De artikelen 45 en 46 van de wet van 4 april 2014 bepalen de voorwaarden waaronder een verzekeraar mag segmenteren.

Eén van deze verplichtingen houdt in dat een verzekeraar op zijn website per type van verzekeringsovereenkomst (bedoeld is bv. de ziektekostenverzekering) de gehanteerde segmenteringcriteria op het vlak van acceptatie, tarifering en/of de omvang van de dekking, te publiceren.[1] Op de website van de verzekeraar moet op een duidelijke en voor de verzekeringnemer begrijpelijke wijze worden toegelicht waarom deze criteria worden gehanteerd.

De wet voorziet dat bij koninklijk besluit, vastgesteld na overleg in de Ministerraad, en genomen na advies van de FSMA, desgevallend per type van verzekeringsovereenkomst, kan bepaald worden welke segmenteringscriteria mogen worden gehanteerd door de verzekeraar, dan wel aanduiden welke criteria niet gebruikt mogen worden.[2] Dergelijk koninklijk besluit is momenteel nog niet uitgevaardigd.

De CDZ heeft vastgesteld dat alle VMOB's momenteel zijn overgegaan tot publicatie van een document op hun website of op de website van de aangesloten ziekenfondsen of van de ziekenfondsen die een afdeling ervan uitmaken.

Aan de hand van een eerste nazicht van deze documenten, en voortgaande op de statutaire bepalingen van de VMOB's, heeft de CDZ een aantal "verwachtingen" vastgelegd betreffende een aantal punten. Aan de sector wordt gevraagd om hun gepubliceerde teksten hieraan te toetsen en waar nodig aan te passen.

Er wordt evenwel opgemerkt dat de verwachtingen van de CDZ, zoals opgenomen in punt 2.1., gebaseerd zijn op een aantal segmentatiecriteria op het vlak van acceptatie, tarifering en/of de omvang van de dekking die veel voorkomen in de statutaire voorwaarden van VMOB's, uiteraard geen afbreuk doen aan de verplichting voor een VMOB om over alle gebruikte segmentatiecriteria uitleg te verstrekken in het op de website te publiceren document.

[1] Artikel 45, § 1, van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen.
[2] Artikel 45, § 2, van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen.

2. Publicatieverplichting in hoofde van VMOB's - verwachtingen van de CDZ

2.1. Door VMOB's te verstrekken toelichting over gehanteerde segmentatiecriteria

2.1.1. Criterium "leeftijd"

(1) Leeftijdsgrens voor aansluiting bij een bepaald verzekeringsproduct dat kadert binnen de "ziektekostenverzekeringen"

De Raad is van oordeel dat indien in het kader van een bepaalde door de VMOB georganiseerde ziektekostenverzekering, een leeftijdsgrens voor aansluiting wordt gehanteerd, deze leeftijdsgrens uitdrukkelijk vermeld dient te worden in het document betreffende segmentatie dat op de website wordt gepubliceerd. Hierbij is de Raad van oordeel dat de keuze voor een welbepaalde leeftijdsgrens (bv. 65 jaar) niet gemotiveerd dient te worden. Voorwaarde is dat een leeftijdsgrens wordt gehanteerd die redelijk en niet disproportioneel is..

(2) Premies - tariefdifferentiatie in functie van de leeftijd

Een tariefdifferentiatie in functie van de leeftijd dient ook toegelicht te worden in het door VMOB's gepubliceerde document. De Raad is van oordeel dat de keuze van een VMOB voor bepaalde specifieke leeftijden bij afbakening van een premiecategorie (bv. een premiecategorie van personen tussen 25 en 35 jaar op het ogenblik van de invordering van de premie), niet moeten worden gemotiveerd door de VMOB. Voorwaarde is dat de VMOB's opteren voor leeftijdsgrenzen die redelijk en niet disproportioneel zijn.

Het is in dat geval voldoende dat in het op de website gepubliceerde document over de segmentatiecriteria vermeld wordt dat de leeftijd van de verzekeringnemer / verzekerde(n) een invloed heeft op de premie.

(3) Invloed van de leeftijd op de dekking binnen een product

Indien het criterium "leeftijd" een invloed heeft op de dekking die binnen een product wordt aangeboden, bv. de vereiste dat na aansluiting bij een bepaald verzekeringsproduct een langere wachttijd dient doorlopen te worden door personen boven een bepaalde leeftijd (bv. 65 jaar) dan door andere personen, dan is de Raad van oordeel dat dit vermeld dient te worden in de segmentatiecriteria.

Het is in dat geval voldoende dat in het op de website gepubliceerde document over de segmentatiecriteria vermeld wordt dat de leeftijd van de verzekeringnemer / verzekerde(n) een invloed heeft op de aangeboden dekking.

2.1.2. Criterium "gezondheid"

Indien een VMOB in de contractvoorwaarden opgenomen in haar statuten, een verschil maakt in dekking in functie van de gezondheidstoestand, bv. een beperktere dekking voor personen met een vooraf bestaande ziekte of aandoening gedurende een bepaalde periode, dient dit in het gepubliceerde document te worden vermeld.

Het is in dat geval voldoende dat in het op de website gepubliceerde document over de segmentatiecriteria vermeld wordt dat de gezondheidstoestand van de verzekeringnemer / verzekerde(n) (vooraf bestaande ziekte of aandoening) een invloed heeft op de aangeboden dekking, waarbij wordt aangegeven op welke vlakken deze invloed een rol speelt.

Een voorbeeld: indien een bepaalde VMOB gedurende de eerste vijf jaar van aansluiting geen tegemoetkoming geeft voor aangerekende honorarium- en kamersupplementen bij hospitalisaties ten gevolge van een vooraf bestaande aandoening of ziekte, dient dit te worden vermeld in het document op de website.

2.1.3. Aard van de verzekering waarbij een verzekeringnemer voorafgaand bij zijn aansluiting bij de VMOB was verzekerd – onderscheid tussen een voorafgaande mutualistische verzekering en een voorafgaande commerciële verzekering

Indien een VMOB een onderscheid maakt op het vlak van acceptatie, tarifering en/of de omvang van de dekking, in functie van de aard van de verzekering waarbij de kandidaat-verzekeringnemer voorafgaand aan zijn aansluiting bij de VMOB was aangesloten (nl. een aansluiting bij een commerciële dan wel bij een "mutualistische" verzekering aangeboden door een andere VMOB), is de Raad van oordeel dat de VMOB in het gepubliceerde document aan te geven dat dit onderscheid een invloed heeft op, naargelang het geval, acceptatie, tarifering, en/of omvang van de dekking, en dient het gebruik van deze segmentatie kort te worden gemotiveerd.

Het betreft statutaire bepalingen gehanteerd door bepaalde VMOB's die al naar gelang het geval:

- in een vermindering van de te doorlopen wachttijd voorzien met betrekking tot een bepaald verzekeringsproduct, voor personen die voorafgaandelijk aan hun aansluiting bij de VMOB, aangesloten waren bij een gelijkaardige verzekering georganiseerd door een VMOB, zonder dat in een zelfde vermindering van de wachttijd is voorzien voor personen die aangesloten waren bij een gelijkaardige commerciële verzekering;
- een onderscheid maken tussen premiebedragen, waarbij een voordeliger tarief wordt voorzien voor personen die voorafgaandelijk aangesloten waren bij een gelijkaardige verzekering georganiseerd door een VMOB, zonder dat dit tarief wordt toegekend aan personen die bij een gelijkaardige verzekering waren aangesloten georganiseerd door een commerciële verzekeringsonderneming;
- in een uitzondering voorzien wat de verplichting betreft om een medische vragenlijst in te vullen in het kader van de aansluiting bij een product, voor personen die (al dan niet gedurende een bepaalde minimale periode) voorafgaandelijk aangesloten waren bij een gelijkaardige verzekering georganiseerd door een VMOB;
- in een uitzondering voorzien op de leeftijdsgrens voor aansluiting bij een bepaald verzekeringsproduct, enkel voor personen die voorafgaandelijk aangesloten waren bij een gelijkaardige verzekering georganiseerd door een VMOB;
- wat een vooraf bestaande toestand betreft, in een vermindering voorzien van de periode waarvoor een beperkte vergoeding wordt toegekend, voor personen die overstappen van uit een gelijkaardige mutualistische verzekering, waarbij de periode waarin in een beperkte vergoeding voorzien is, verminderd wordt met het aantal maanden van voorafgaande aansluiting bij een vorige gelijkaardige mutualistische verzekering;
- in een vermindering voorzien van de vereiste minimumperiode van aansluiting in hoofde van de ouder met het oog op de aansluiting van een pasgeboren of geadopteerd kind, waarbij de minimumperiode verminderd wordt met het aantal maanden van voorafgaande aansluiting bij een vorige gelijkaardige mutualistische verzekering.

Deze problematiek werd reeds voorgelegd aan de Raad van de CDZ in 2016. Er werd door de sector naar volgende argumenten gewezen om het toegepaste onderscheid te motiveren:
- het specifiek kenmerk van mutualistische verzekeringen nl. het feit dat een verandering van ziekenfonds de beëindiging van de verzekering bij een VMOB impliceert, rechtvaardigt een soepele behandeling van personen die voorafgaandelijk bij een andere VMOB waren aangesloten;
- het behoud van de "levenslange" dekking die een ziektekostenverzekering biedt, ook in geval van overstap naar een gelijkaardige mutualistische ziekteverzekeringsovereenkomst;
- het vrijwaren van de mogelijkheid om van ziekenfonds te veranderen (keuzevrijheid van ziekenfonds);
- het vermijden van antiselectie en het aantrekken van slechte risico's.

De Raad was van oordeel dat de argumenten verstrekt door de sector redelijk zijn, en dat er geen kennelijke schending is van het niet-discriminatiebeginsel. Bijgevolg betreft het evenmin verboden vormen van segmentatie.

Niettemin geldt ook voor deze vormen van segmentatie, dat dit dient te worden verduidelijkt op de website van de VMOB. De Raad is van oordeel dat een korte verduidelijking kan volstaan.

2.2. <u>De website waarop het document met toelichting van de door een VMOB gehanteerde segmentatiecriteria wordt gepubliceerd</u>

Er werd vastgesteld dat een aantal VMOB's die niet over een eigen website beschikken, het document met de gehanteerde segmentatiecriteria op de website van de aangesloten ziekenfondsen publiceren.

De Raad is van oordeel dat dergelijke publicatie beantwoordt aan de wettelijke vereiste tot publicatie door de verzekeraar op "zijn" website, rekening houdende met het specifiek karakter van de mutualistische verzekeringssector, waarbij:
- de aansluiting van een persoon bij een bepaald ziekenfonds dat de VMOB heeft opgericht (of een afdeling uitmaakt van een VMOB) een wettelijke voorwaarde is om te kunnen aansluiten en aangesloten te blijven bij een VMOB;
- het gebruikelijk is dat een lid van een ziekenfonds, dat tevens verzekeringsnemer, verzekerde of kandidaat-verzekeringnemer is, de website van zijn ziekenfonds (of "ziekenfondsgroep") consulteert, om informatie over de verzekeringsproducten georganiseerd door de VMOB te bekomen, waaronder de door deze VMOB gehanteerde segmentatiecriteria. Het is immers via dit ziekenfonds dat de verzekering kan worden afgesloten.

Indien bepaalde VMOB's over een eigen website beschikken, vraagt de Raad om redenen van transparantie en duidelijkheid voor de (kandidaat)-verzekeringnemer/verzekerde, dat de tekst betreffende de door een VMOB gehanteerde segmentatiecriteria, zowel op de website van de aangesloten ziekenfondsen (of ziekenfondsgroep) zou worden gepubliceerd als op de website van de VMOB zelf. Het is immers via een van deze ziekenfondsen dat de verzekering kan worden afgesloten.Hierbij kan op de website van de ziekenfondsen uiteraard gebruik gemaakt worden van een link naar de betreffende tekst zoals gepubliceerd op de website van de VMOB.

2.3. Zichtbaarheid van het op de website gepubliceerde document over de segmentatiecriteria

Er wordt gevraagd dat het document met toelichting over de gehanteerde segmentatiecriteria gemakkelijk toegankelijk zou zijn via een duidelijk leesbare rubriek bv. "segmentatiecriteria", op de plaats waar toelichting wordt gegeven over de verzekeringsproducten van de VMOB. Er dient bv. vermeden te worden dat de informatie over de segmentatiecriteria geraadpleegd kan worden via een rubriek in zeer kleine, nauwelijks waarneembare letters aan de onderkant van het scherm.

3. Eventuele aanpassingen van de segmentatiecriteria

Aan de VMOB's wordt gevraagd om:

- de door hen gepubliceerde tekst zo nodig aan te passen aan de verwachtingen van de Raad uiterlijk tegen **30 september 2017**;
- de link(en) naar de plaats op de website(s) waarop de tekst werd gepubliceerd, door te sturen aan de CDZ tegen deze datum;

Le 22 juin 2017

Communication 2017/06

COMMUNICATION AUX SMA CONCERNANT L'OBLIGATION DE PUBLICATION DES CRITERES DE SEGMENTATION APPLIQUES

1. Introduction

La loi du 4 avril 2014 relative aux assurances contient un certain nombre de dispositions relatives à la segmentation par les entreprises d'assurances, reprises dans les articles 42 à 46 inclus.

Ces dispositions légales sont applicables à certains types d'assurances précisées de manière exhaustive, qui sont considérées comme des assurances de base pour les consommateurs, dont l'assurance visée à l'article 201, § 1er, 1°, de la loi du 4 avril 2014, à savoir l'assurance soins de santé, définie comme l'assurance « *qui garantit, en cas de maladie ou en cas de maladie et d'accident, des prestations relatives à tout traitement médical préventif, curatif ou diagnostique nécessaire à la préservation et/ou au rétablissement de la santé.* »

Cette assurance comprend donc par exemple les assurances hospitalisation, les assurances soins dentaires et les assurances qui prévoient une intervention pour certains frais médicaux en dehors d'une hospitalisation, qui sont organisées par les SMA.

L'article 44 de la loi du 4 avril 2014 dispose que toute segmentation opérée sur le plan de l'acceptation, de la tarification et/ou de l'étendue de la couverture doit être objectivement justifiée par un objectif légitime, et que les moyens pour réaliser cet objectif doivent être appropriés et nécessaires.

Les articles 45 et 46 de la loi du 4 avril 2014 fixent les conditions dans lesquelles un assureur peut segmenter.

Une de ces obligations implique qu'un assureur doit publier sur son site web, par type de contrat d'assurance (par ex. l'assurance soins de santé), les critères de segmentation au niveau de l'acceptation, de la tarification et/ou de l'étendue de la couverture.[1] L'assureur doit également expliquer sur son site web de manière claire et compréhensible pour le preneur d'assurance pourquoi ces critères sont utilisés.

La loi prévoit qu'un arrêté royal délibéré en Conseil des ministres et pris sur avis de la FSMA peut déterminer, le cas échéant par type de contrat d'assurance, les critères de segmentation qui peuvent être utilisés par l'assureur et ceux qui ne peuvent pas l'être.[2] Un tel arrêté royal n'a pour l'instant pas encore été pris.

L'OCM a constaté que toutes les SMA ont actuellement procédé à la publication d'un document sur leur site web ou le site web des mutualités affiliées ou des mutualités qui en constituent une section.

Suite à une première vérification de ces documents et sur la base des dispositions statutaires des SMA, l'OCM a établi un certain nombre d'attentes concernant certains aspects. Il est demandé au secteur de confronter leurs textes publiés à ces attentes et de les adapter si nécessaire.

Il est toutefois remarqué que les attentes de l'OCM, telles que reprises au point 2.1., qui sont basées sur un certain nombre de critères de segmentation au niveau de l'acceptation, de la tarification et/ou de l'étendue de la couverture qui reviennent fréquemment dans les conditions statutaires des SMA, ne portent pas préjudice à l'obligation pour une SMA de fournir dans le document à publier sur le site web, une explication à propos de chaque critère de segmentation utilisé.

---

[1] Article 45, § 1er, de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances.
[2] Article 45, § 2, de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances.

2. Obligation de publication pour les SMA - attentes de l'OCM

2.1. Explication à donner par les SMA sur les critères de segmentation utilisés

2.1.1. Critère de l'âge

(1) Limite d'âge pour l'affiliation à un produit d'assurance déterminé qui relève des « assurances soins de santé »

Le Conseil estime que si une limite d'âge pour l'affiliation est appliquée dans le cadre d'une assurance soins de santé organisée par la SMA, cette limite d'âge doit être mentionnée explicitement dans le document relatif à la segmentation qui est publié sur le site web. Le Conseil est d'avis que le choix d'une limite d'âge déterminée (par ex. 65 ans) ne doit pas être motivé. La condition est d'utiliser une limite d'âge raisonnable et non disproportionnée.

(2) Primes - différentiation tarifaire en fonction de l'âge

Une différentiation tarifaire en fonction de l'âge doit également être expliquée dans le document à publier par les SMA. Le Conseil estime que le choix de certains âges spécifiques posé par une SMA pour la délimitation d'une catégorie de prime (par ex. une catégorie de personnes entre 25 et 35 ans au moment de l'encaissement de la prime), ne doit pas être motivé par la SMA. La condition est que les SMA optent pour des limites d'âge raisonnables et non disproportionnées.

Il est dans ce cas suffisant de mentionner dans le document publié sur le site web relatif aux critères de segmentation que l'âge du preneur d'assurance / de l'/des assuré(s) a une incidence sur la prime.

(3) Influence de l'âge sur la couverture d'un produit

Si le critère de l'âge a une incidence sur la couverture offerte dans le cadre d'un produit, par ex. l'exigence qu'après l'affiliation à un produit d'assurance déterminé, un stage plus long doit être accompli par les personnes au-delà d'un âge déterminé (par ex. 65 ans), le Conseil estime que cela doit être mentionné dans les critères de segmentation.

Il est dans ce cas suffisant de mentionner dans le document publié sur le site web relatif aux critères de segmentation que l'âge du preneur d'assurance / de l'/des assuré(s) a une incidence sur la couverture offerte.

2.1.2. Critère de la santé

Si une SMA prévoit une différence en fonction de l'état de santé dans les conditions contractuelles reprises dans ses statuts, par ex. une couverture limitée pendant une certaine période pour les personnes avec une maladie ou affection préexistante, il y a lieu de le mentionner dans le document publié.

Il est dans ce cas suffisant de mentionner dans le document publié sur le site web relatif aux critères de segmentation que l'état de santé du preneur d'assurance / de l'/des assuré(s) (maladie ou affection préexistante) a une incidence sur la couverture offerte, en indiquant à quels niveaux cette incidence joue un rôle.

Un exemple : si une SMA déterminée ne donne pas d'intervention, pendant les cinq premières années, pour les suppléments d'honoraires et de chambre facturés pour des hospitalisations résultant d'une affection ou maladie préexistante, il y a lieu de le mentionner dans le document publié sur le site web.

2.1.3. Nature de l'assurance par laquelle un preneur d'assurance était couvert avant son affiliation à la SMA - distinction entre une assurance mutualiste préalable et une assurance commerciale préalable

Si une SMA opère une distinction au niveau de l'acceptation, de la tarification et/ou de l'étendue de la couverture en fonction de la nature de l'assurance par laquelle le candidat preneur d'assurance était couvert avant son affiliation à la SMA (à savoir une affiliation à une assurance commerciale ou à une assurance « mutualiste » offerte par une autre SMA), le conseil estime que la SMA doit indiquer dans le document à publier que cette distinction a une incidence sur, selon le cas, l'acceptation, la tarification et/ou l'étendue de la couverture, et l'utilisation de cette segmentation doit être brièvement motivée.

Il s'agit de dispositions statutaires appliquées par certaines SMA qui, selon le cas :

- prévoient une diminution du stage à accomplir dans le cadre d'un produit d'assurance déterminé, pour les personnes qui, avant leur affiliation à la SMA, étaient affiliées à une assurance similaire organisée par une SMA, sans qu'une même diminution du stage ne soit prévue pour les personnes qui étaient affiliées à une assurance commerciale similaire ;
- opèrent une distinction entre les montants des primes, un tarif plus avantageux étant prévu pour les personnes qui étaient auparavant affiliées à une assurance similaire organisée par une SMA, sans que ce tarif ne soit octroyé aux personnes qui étaient affiliées à une assurance similaire organisée par une entreprise d'assurances commerciale ;
- prévoient une exception concernant l'obligation de compléter un questionnaire médical dans le cadre de l'affiliation à un produit, pour les personnes qui (durant une période minimale déterminée ou non) étaient auparavant affiliées à une assurance similaire organisée par une SMA ;
- prévoient une exception à la limite d'âge pour l'affiliation à un produit d'assurance déterminé, uniquement pour les personnes qui étaient auparavant affiliées à une assurance similaire organisée par une SMA ;
- en ce qui concerne un état préexistant, prévoient une diminution de la période pendant laquelle une indemnisation limitée est octroyée, pour les personnes qui bénéficiaient d'une assurance mutualiste similaire. La période pendant laquelle une indemnisation limitée est octroyée est réduite à concurrence du nombre de mois d'affiliation préalable à une assurance mutualiste similaire ;
- prévoient une diminution de la période minimale d'affiliation requise dans le chef du parent en vue de l'affiliation d'un nouveau-né ou d'un enfant adopté, la période minimale étant diminuée à concurrence du nombre de mois d'affiliation préalable à une assurance mutualiste similaire.

Cette problématique a déjà été soumise au Conseil de l'OCM en 2016. Le secteur a avancé les arguments suivants pour motiver la distinction opérée :

- la caractéristique spécifique des assurances mutualistes, à savoir le fait qu'un changement de mutualité implique la cessation de l'assurance auprès d'une SMA, justifie un traitement souple de personnes qui étaient auparavant affiliées à une autre SMA ;
- le maintien de la couverture « à vie » qu'offre une assurance maladie, même en cas de passage à un contrat d'assurance maladie mutualiste similaire ;
- la préservation de la possibilité de changer de mutualité (liberté de choisir sa mutualité) ;
- éviter l'anti-sélection et l'attraction des mauvais risques.

Le Conseil a estimé que les arguments du fournis par le secteur sont raisonnables et qu'il n'y a pas de violation manifeste du principe de non-discrimination. Il ne s'agit par conséquent pas non plus de formes de segmentation interdites.

Ces formes de segmentation doivent néanmoins également être précisées sur le site web de la SMA. Le Conseil estime qu'une courte explication peut suffire.

2.2. Le site web sur lequel est publié le document relatif aux critères de segmentation utilisés par une SMA

Il a été constaté qu'un certain nombre de SMA qui ne disposent pas d'un site web propre, publient le document relatif aux critères de segmentation utilisés sur le site web des mutualités affiliées.

Le Conseil estime qu'une telle publication suffit pour satisfaire à l'exigence légale de publication par l'assureur sur « son » site web, compte tenu du caractère spécifique du secteur des assurances mutualistes, à savoir :

- que l'affiliation d'une personne à une mutualité déterminée qui a créé la SMA (ou qui constitue une section d'une SMA) est une condition légale pour pouvoir s'affilier et rester affilier à une SMA ;
- qu'il est fréquent qu'un membre d'une mutualité, qui est en outre preneur d'assurance, assuré ou candidat preneur d'assurance, consulte le site web de sa mutualité (ou du « groupe mutualiste ») pour obtenir des informations sur les produits d'assurance organisés par la SMA, comme les critères de segmentation utilisés par cette SMA. C'est en effet via cette mutualité que l'assurance peut être conclue.

Si certaines SMA disposent d'un site web propre, le Conseil demande, pour des raisons de transparence et de clarté pour le (candidat) preneur d'assurance/assuré, que le texte relatif aux critères de segmentation utilisés par une SMA, soit publié tant sur le site web des mutualités affiliées (ou du groupe mutualiste) que sur le site web de la SMA-même. C'est en effet via une de ces mutualités que l'assurance peut être conclue. Sur le site web des mutualités, un lien peut évidemment être placé vers le texte concerné publié sur le site web de la SMA.

2.3. Visibilité du document relatif aux critères de segmentation publié sur le site web

Il est demandé que le document expliquant les critères de segmentation appliqués soit facilement accessible via une rubrique clairement lisible, par ex. « critères de segmentation », dans la partie du site où des informations sont données à propos des produits d'assurance de la SMA. Il faut par exemple éviter que les informations relatives aux critères de segmentation ne puissent être consultées que via un lien en petits caractères à peine visible dans le bas d'une page.

3. Adaptations éventuelles des critères de segmentation

Il est demandé aux SMA :

- d'adapter si nécessaire aux attentes du Conseil le texte qu'elles ont publié, et ce pour le **30 septembre 2017** au plus tard ;
- de transmettre à l'Office pour cette date le ou les liens vers la ou les pages web sur lesquelles le texte a été publié.