



curafutura

Die innovativen Krankenversicherer
Les assureurs-maladie innovants
Gli assicuratori-malattia innovativi



santésuisse

Accordo settoriale sugli intermediari

delle Associazioni

- **santésuisse - Gli assicuratori-malattia svizzeri**
- e**
- **curafutura - Gli assicuratori-malattia innovativi**

riguardante

**la qualità della consulenza e le provvigioni per gli intermediari nella
prospezione commerciale di nuovi clienti.**

Valido a partire dal 1° gennaio 2021

Accordo settoriale sugli intermediari

1. Preambolo

L'Accordo settoriale sugli intermediari¹ si basa sulla volontà di sottoporre le attività praticate dagli assicuratori malattia, relative all'intermediazione, a principi che siano determinanti per un corretto esercizio dell'attività. L'Accordo settoriale deve garantire l'applicazione quanto più ampia possibile di tali principi. Gli assicuratori che hanno aderito intendono adoperarsi affinché il Consiglio federale dichiari l'Accordo settoriale obbligatorio per tutti gli assicuratori.

2. Scopo

Il presente Accordo, che poggia sull'Art. 19 cpv. 3 della LVAMal e sull'Art. 31a della LSA mira a:

- migliorare la qualità della consulenza e delle stipule (conclusioni) dei contratti,
- limitare le provvigioni versate agli intermediari e
- rinunciare alle acquisizioni telefoniche a freddo, migliorare in particolare la qualità della consulenza telefonica e combattere gli abusi.

La garanzia sul lungo periodo di un sistema di assicurazione malattie liberale richiede un comportamento responsabile da parte dei vari partner che agiscono sul mercato. Con il presente quadro normativo si stabiliscono degli standard di qualità autovincolanti.

3. Ambito di validità

L'Accordo settoriale vale per tutte le assicurazioni malattia, secondo l'Art.2 della LVAMal e per gli assicuratori che offrono l'assicurazione complementare all'assicurazione sociale contro le malattie, secondo l'Art.2 cpv. 1 lett. a e b della LSA e che dichiarano di aderire a questo accordo.

4. Adesione all'Accordo

1. A questo Accordo possono aderire gli assicuratori secondo l'Art. 2 della LVAMal e l'Art. 2 cpv.1 lett. a e b della LSA. L'adesione deve essere annunciata in forma scritta a santésuisse o a curafutura.
2. L'adesione implica il pieno riconoscimento dell'Accordo.
3. Se la dichiarazione di adesione perviene a santésuisse o curafutura entro 3 mesi dalla stipula dell'Accordo, tale adesione ha valore legale a partire dalla data di entrata in vigore dell'Accordo. Se l'adesione all'Accordo perviene successivamente, la sua validità legale decorre da quando l'adesione viene ricevuta da santésuisse o da curafutura.
4. L'adesione di un gruppo di assicurazioni è valida e vincolante solo se tutte le persone giuridiche di tale gruppo soggette all'ambito di validità hanno aderito al presente Accordo settoriale.
5. santésuisse e curafutura pubblicano sui rispettivi siti internet l'elenco aggiornato degli assicuratori malattia che hanno aderito.

¹ La terminologia "intermediario" comprende sia il genere maschile che quello femminile della parola. Per una migliore leggibilità nel documento si usa soltanto la forma maschile.

5. Definizioni

Prodotti interessati

Il presente Accordo regola le seguenti categorie di prodotti:

- Prodotti secondo la LAMal,
- Prodotti assicurativi malattia e infortunio che presuppongono un'autorizzazione per il ramo assicurativo delle assicurazioni sulla vita: assicurazioni contro gli infortuni e contro le malattie (rispettivamente A4 e A5 secondo la definizione dei rami assicurativi della FINMA)
- Prodotti assicurativi malattia e infortunio che presuppongono un'autorizzazione per il ramo assicurativo delle assicurazioni contro i danni, contro gli infortuni e malattia (rispettivamente B1 e B2 secondo la definizione dei rami assicurativi della FINMA).

In linea generale con questo Accordo si regola solo l'attività riguardante i clienti privati, compresa l'attività di assicurazione collettiva. Tutti gli altri prodotti assicurativi non sono toccati da questo regolamento.

Intermediari

Con il termine intermediari si intendono tutte le organizzazioni, i collaboratori ad esse legati e le persone che forniscono a clienti finali prestazioni di consulenza e distribuzione per prodotti e servizi nell'ambito dei "Prodotti interessati" e che trasmettono all'assicuratore, come risultato della loro attività, delle proposte di assicurazione dietro pagamento di provvigioni.

Sono considerati intermediari anche i servizi di confronto dei premi se vengono loro versate delle provvigioni da parte degli assicuratori per prestazioni di consulenza e distribuzione (ad es. Comparis.ch, bonus.ch).

Non sono considerate intermediari le persone che intrattengono un rapporto lavorativo ai sensi dell'Art. 319 e seguenti del CO per conto di un assicuratore o di una società appartenente a maggioranza allo stesso gruppo dell'assicuratore, il quale/la quale distribuisca prodotti rientranti nella definizione di "Prodotti interessati" e che stipulano contratti per questi prodotti per conto del loro datore di lavoro.

Anche gli intermediari che intrattengono un rapporto lavorativo con un assicuratore e che distribuiscono "Prodotti interessati" per una compagnia di assicurazioni terza, ricadono nella definizione di intermediario.

Provvigioni

Le provvigioni sono definite come il complesso di prestazioni pecuniarie versate agli intermediari, in particolare per le seguenti attività: generazione di un contatto (i leads), consulenza per la stipula e salvaguardia del portafoglio.

Le prestazioni pecuniarie versate agli intermediari nel quadro della loro fidelizzazione (ad es. l'invito ad eventi, pranzi e regali di Natale secondo le tradizionali consuetudini sociali) sono consentite nel quadro del regolamento di compliance specifico di ogni assicuratore e devono essere oggetto di un regolamento interno. Questo tipo di prestazioni non fa parte delle provvigioni.

Premio

Il premio su cui si basa il calcolo del limite massimo delle provvigioni per prodotti assicurativi complementari secondo la LCA (Legge sul contratto d'assicurazione) corrisponde al premio secondo la tariffa dopo aver detratto tutti gli sconti attuariali autorizzati dalla FINMA.

A tal proposito vale quel premio che è archiviato nei sistemi dell'assicuratore al momento della stipula dell'assicurazione.

Outsourcing (esternalizzazione)

Un outsourcing volto ad aggirare le disposizioni contenute in questo Accordo non è consentito.

6. Standard di qualità: assicuratori

Gli assicuratori si impegnano a:

- mettere sistematicamente in pratica i requisiti di qualità dichiarati a seguire;
- rispettare tassativamente le disposizioni di legge in vigore - in particolare le regole di concorrenza (segnatamente le disposizioni della LCS e i principi della Commissione svizzera per la lealtà), le regole relative alla protezione dei dati (LPD) e la legislazione in materia di assicurazioni (LAMal, LVAMal, LCA, LSA) – e, oltre a questo:
- garantire, tramite misure appropriate, nella propria pubblicità e nelle acquisizioni collaboratori formati che i clienti esistenti e potenziali ricevano una consulenza esperta e competente;
- rinunciare alle cosiddette acquisizioni telefoniche a freddo² effettuate da propri collaboratori o partner esterni;
- rispettare tassativamente i seguenti standard di qualità per il telemarketing e a collaborare solo con intermediari che si impegnano anch'essi a rispettare questi standard:
 - Menzione di nome, azienda e scopo all'inizio della chiamata telefonica;
 - Utilizzo di numeri di telefono non nascosti o verificabili;
 - Indicazione della provenienza dell'indirizzo e del numero di telefono;
 - Nessuna tecnica di vendita suggestionante o aggressiva;
 - Svolgimento della chiamata conformemente ad una guida della conversazione e ad un argomento;
 - Rispetto della legge sulla protezione dei dati e rispetto delle menzioni di blocco negli elenchi degli operatori telefonici (ad es. inserimento di un asterisco negli elenchi di Swisscom Directories AG). Costituiscono eccezione i rapporti con i clienti esistenti al momento o antecedenti (che non siano più vecchi di 36 mesi) o la rinuncia all'opt-out;
 - Protezione della sfera privata, vale a dire nessuna chiamata telefonica prima delle ore 08.00 e dopo le ore 20.30, al sabato prima delle ore 9.00 e dopo le ore 16.00 così come alla domenica e nei giorni festivi generali (eccezioni: gli appuntamenti concordati con i clienti);
 - Conferma scritta delle stipule contrattuali telefoniche con la concessione di un diritto di recesso entro 14 giorni;
 - Svolgimento della chiamata esclusivamente da parte di collaboratori che abbiano ricevuto una formazione sul telemarketing;
 - Per le campagne telefoniche di ogni tipo valgono i principi di verità e chiarezza. In particolare non si può simulare o utilizzare come giustificazione del conversazione telefonica alcun sondaggio o incarico relativo a ricerche di mercato, demoscopiche o sociali o di altre istituzioni, se lo scopo della telefonata consiste nell'avviare una vendita o concordare un appuntamento per una consulenza.

Gli assicuratori rifiutano qualsiasi collaborazione con degli intermediari o la interrompono, se le attività degli intermediari sono incompatibili con la legge quanto a forma, contenuto o per altre ragioni oppure se tali attività contraddicono gli standard di qualità dell'Accordo settoriale, nella sostanza o nello spirito.

² Con il termine acquisizione a freddo si intendono i primi contatti stabiliti nei confronti di potenziali clienti, con i quali non esiste alcuna relazione d'affari o che non sono più clienti da più di 36 mesi, che hanno fatto uso dell'opt-out o per i quali il contatto non nasce da una raccomandazione di una persona terza nota al cliente potenziale.

7. Standard di qualità: intermediari

Presupposti della società di intermediazione

Gli assicuratori si impegnano a stipulare un contratto con degli intermediari (persone fisiche o giuridiche) o a prolungarlo solo se questi sono in possesso dei seguenti documenti e tali documenti non contengono anomalie:

- l'estratto del registro delle esecuzioni o l'estratto di un sistema di solvibilità dell'azienda, del proprietario e delle persone responsabili della direzione aziendale;
- l'estratto del casellario giudiziale del proprietario e delle persone responsabili della direzione aziendale;
- l'estratto del registro di commercio.

L'assicuratore deve controllare la completezza della documentazione sia in occasione della stipula del contratto di collaborazione che nel corso dell'intera durata contrattuale effettuando dei controlli a campione.

Presupposti consulente

Gli intermediari, i loro collaboratori o le persone ad essi affiliate che eseguono servizi di consulenza, pubblicità e distribuzione verso clienti finali, relativamente a prodotti e servizi nell'ambito dei Prodotti interessati, devono essere membri di CICERO.

Mediante autocertificazione o controlli a campione gli assicuratori si accertano che questi standard di qualità siano rispettati anche dai consulenti di eventuali sub-intermediari. Gli assicuratori inseriscono questi obblighi nel quadro dei contratti di intermediazione da essi stipulati.

In caso di comportamento fraudolento dell'intermediario gli assicuratori sporgono denuncia o forniscono supporto ai clienti che lo fanno.

8. Standard di qualità: proposte e stipule di assicurazioni

Acquisto appuntamenti presso call center

Gli assicuratori garantiscono, a livello contrattuale, che tutti gli intermediari che lavorano per loro rinuncino nel processo di acquisizione alla cosiddetta acquisizione telefonica a freddo. Questo comprende, da un lato, tutte le attività che sono eseguite direttamente dall'intermediario stesso.

Dall'altro l'intermediario garantisce, a livello contrattuale, di procurarsi presso i call center esclusivamente appuntamenti o contatti che sono stati generati senza l'impiego dell'acquisizione telefonica a freddo.

L'assicuratore obbliga gli intermediari a documentare l'origine di un appuntamento e a presentare i giustificativi in caso di reclamo o nel quadro di controlli a campione. Deve essere in grado di esporre in modo ricostruibile il rispetto delle direttive in materia di qualità.

Verbali della consulenza

Gli assicuratori si impegnano a corrispondere le provvigioni per le proposte di assicurazione presentate dagli intermediari solo se queste sono accompagnate da un verbale della consulenza, che soddisfi gli standard minimi definiti.

Il verbale della consulenza deve contenere, come minimo:

- la data della consulenza,
- il nome del/dei cliente/i e del/dei consulente/i,
- la conferma che l'appuntamento per la consulenza, che ha portato alla proposta, non è stato fissato a seguito di un'acquisizione telefonica a freddo,
- la conferma delle informazioni ai sensi dell'Art. 45 della LSA,
- il consenso del/dei cliente/i e del/dei consulente/i.

Proposte di assicurazione

Gli assicuratori si impegnano ad accettare le proposte di assicurazione presentate dagli intermediari solo se alla proposta:

- sono allegati la copia di una carta d'identità valida o di un passaporto di chi ha formulato la proposta o la copia della polizza del precedente assicuratore (con l'eccezione dei neonati),
- e i dati completi e corretti del cliente.

In caso contrario agli intermediari assicurativi non vengono corrisposte le provvigioni.

9. Provvigioni

9.1 Limite superiore

Prodotti secondo la LAMal

Gli assicuratori si impegnano a non superare per le provvigioni l'importo massimo di CHF 70.00 per assicurato.

Prodotti secondo la LCA

Gli assicuratori si impegnano a non superare per le provvigioni l'importo massimo di dodici premi mensili per prodotto oggetto di stipula.

9.2 Restituzione della provvigione (storno)

Per la restituzione della provvigione riguardo a tutti i prodotti valgono le seguenti condizioni, indipendentemente dalla data di inizio dell'assicurazione (al 1° gennaio o nel corso dell'anno), rimanendo comunque la decisione sull'ammontare effettivo a discrezione dell'assicuratore:

- a) Se la durata del contratto è compresa tra 0 e 365 giorni, l'intermediario deve restituire il 100% della provvigione;
- b) Se la durata del contratto è compresa tra 366 e 730 giorni, l'intermediario deve restituire almeno il 50% della provvigione ricevuta.
- c) A partire dal 731° giorno, ogni assicuratore decide in autonomia l'ammontare della provvigione da restituire.

Per il calcolo si deve tenere conto degli anni bisestili. In caso di morte di una persona assicurata entro i termini che prevedono una restituzione, l'assicuratore può rinunciare interamente o in parte a detta restituzione.

9.3 Provvigioni per la distribuzione interna

Gli assicuratori malattia si impegnano a non aggirare l'Accordo settoriale con assunzioni fittizie. Si è in presenza di un'assunzione fittizia in particolare quando l'intermediario viene assunto con uno stipendio fisso insolitamente basso per il settore.

9.4 Intermediazione di affari già conclusi

Tutti i contratti con gli intermediari esterni vengono adattati al presente Accordo o rescissi, a decorrere dal 31.12.2020. Tutti gli impegni derivanti da stipule antecedenti la data di introduzione dell'Accordo devono essere onorati entro i tre mesi successivi alla data di entrata in vigore dell'Accordo.

10. Convenzione arbitrale e sanzioni

- Una supposta violazione delle disposizioni del presente Accordo settoriale viene giudicata da un tribunale arbitrale designato contrattualmente dalle parti.
- La sede del tribunale arbitrale si trova a Berna.
- Il tribunale arbitrale è composto da tre membri. Le parti contraenti santésuisse e curafutura nominano ognuna un giudice arbitro scegliendolo tra i propri membri. Le parti contraenti nominano un terzo giudice arbitro proveniente dal settore della protezione dei consumatori. Se le organizzazioni dei consumatori non mettono a disposizione alcun rappresentante, i partner contrattuali designano congiuntamente un'altra persona.
- Ogni giudice arbitro dispone di un voto. Le decisioni sono prese a maggioranza semplice.
- Il tribunale arbitrale stabilisce il procedimento in autonomia.
- Per il resto valgono le norme del Codice di procedura civile svizzero (CPC), in qualità di diritto dispositivo.
- Il procedimento arbitrale è da ritenersi pendente, non appena una parte fa appello al tribunale arbitrale. Sono autorizzati a depositare una richiesta di arbitrato gli assicurati, gli assicuratori e le associazioni di assicuratori, gli intermediari e le organizzazioni dei consumatori.
- Le parti contraenti istituiscono un organo comune che riceve le comunicazioni relative ad una presunta violazione e le inoltra al tribunale arbitrale.
- Le domande di arbitrato chiaramente infondate, incomplete o di contenuto querulomane devono essere formalmente rifiutate con procedura semplificata.
- Il tribunale arbitrale può pronunciare delle sanzioni. Queste comprendono:
 - Multe fino a 100.000 franchi per violazioni delle disposizioni dell'Accordo riguardanti l'assicurazione di base e fino a 500.000 franchi se le violazioni riguardano l'assicurazione complementare. Gli importi delle multe vengono versati annualmente e integralmente dalle parti contraenti all'ufficio di mediazione dell'assicurazione malattie.
 - Pubblicazione dell'assicuratore che ha commesso la violazione.
- È fatta salva la prerogativa delle autorità di imporre sanzioni sulla base di norme di legge aventi valore determinante.
- Il giudizio arbitrale (lodo arbitrale) può essere impugnato, conformemente all'Art. 356 cpv. 1 del CPC presso il tribunale cantonale di competenza.
- Le parti contraenti si fanno carico congiuntamente dei costi del tribunale arbitrale e del segretariato. A tal scopo le parti mettono a punto un regolamento.

11. Disdetta e Recesso

Il presente Accordo può essere disdetto dalle associazioni che lo hanno sottoscritto, con un preavviso di 12 mesi, alla fine di un anno civile, con la prima data possibile per la disdetta fissata al 31/12/2023.

Gli assicuratori, conformemente al paragrafo 4, possono comunicare, con un preavviso di 12 mesi, il loro recesso dal presente Accordo, alla fine di un anno civile, con la prima data possibile per il recesso fissata al 31/12/2023. La dichiarazione di recesso deve essere indirizzata a santésuisse o a curafutura.

12. Entrata in vigore e periodi transitori

L'accordo settoriale vale a partire dal 01/01/2021.

Le proposte di assicurazione che vengono sottoscritte dopo il 31/01/2021 sono soggette al presente Accordo.

La disposizione che prevede l'obbligo di iscrizione a CICERO entrerà in vigore il 01/07/2022.

Bern, 24.01.2020

curafutura



Josef Dittli
Presidente

Pius Zängerle
Direttore

santésuisse



Heinz Brand
Presidente

Verena Nold
Direttrice