



curafutura

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



santésuisse

Accordo settoriale sugli «intermediari» (ASI)

delle associazioni

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

in materia di

**qualità della consulenza e remunerazione degli intermediari
nell'acquisizione di clienti.**

Valido dal 1° settembre 2023

Accordo settoriale sugli «intermediari»

1. Premesse

L'Accordo settoriale sugli «intermediari» (ASI) si basa sulla volontà di sottoporre le attività praticate dagli assicuratori malattie, relative all'intermediazione, a principi che siano determinanti per un corretto esercizio dell'attività. La presente versione ha lo scopo di portare avanti i principi del primo Accordo settoriale delle associazioni santésuisse e curafutura del 24 gennaio 2020, tenendo conto delle nuove disposizioni legali della legge federale sul disciplinamento dell'attività degli intermediari assicurativi del 16 dicembre 2022 nonché della relativa ordinanza che consente di applicare il carattere obbligatorio generale a tutti gli assicuratori malattie svizzeri. Il presente Accordo sostituisce l'Accordo settoriale del 24 gennaio 2020. Il suo scopo consiste nel conferimento del carattere obbligatorio generale alle disposizioni che contiene. Non appena l'adesione al presente Accordo raggiunge un numero di assicuratori che rappresentano insieme almeno il 66% delle persone assicurate, viene richiesto il conferimento del carattere obbligatorio generale.

2. Scopo

Il presente Accordo, che poggia sull'articolo 19b capoverso 1 della LVAMal e sull'articolo 31a capoverso 1 della LSA mira a:

- migliorare la qualità della consulenza e delle stipulazioni dei contratti,
- limitare le provvigioni versate agli intermediari e
- rinunciare alle acquisizioni telefoniche a freddo, aumentare 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 malattie secondo l'articolo 2 della LVAMal, e per gli assicuratori che offrono l'assicurazione complementare all'assicurazione sociale contro le malattie in base all'articolo 2 capoverso 1 lettere 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'articolo 2 della LVAMal e l'articolo 2 capoverso 1 lettere 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 stipulazione 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 a partire dalla data di ricezione dell'adesione da parte di santésuisse o 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 malattie che hanno aderito.

5. Definizioni

5.1 Prodotti interessati

Il presente Accordo regola le seguenti categorie di prodotti.

- Prodotti secondo la LAMal
- Assicurazioni complementari all'assicurazione sociale contro le malattie (rami assicurativi A5 e B2)

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

5.2 Intermediari

Sono considerati intermediari le persone secondo la definizione dell'articolo 19a LVAMal e dell'articolo 40 LSA.

5.3 Intermediazione assicurativa

Nell'intermediazione assicurativa rientrano le attività di cui all'articolo 182a OS.

5.4 Provvigioni

5.4.1

Le provvigioni ai sensi dell'Accordo settoriale sono definite come il complesso di prestazioni pecuniarie variabili legate alla stipulazione, versate agli intermediari per l'intermediazione assicurativa secondo il paragrafo 5.3.

5.4.2

Il totale delle provvigioni per le attività d'intermediazione secondo l'articolo 5.3 corrisposte non deve superare l'importo massimo stabilito al paragrafo 9.1 per persona assicurata (AOMS). L'insieme delle provvigioni versate all'intermediario in ambito LCA nel complesso deve essere verificabile sia sul piano economico-aziendale sia da parte dell'autorità.

5.4.3

Le prestazioni pecuniarie versate agli intermediari nell'ambito della loro fidelizzazione (ad es. 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.

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 ai clienti esistenti e potenziali una consulenza esperta e competente;
- rinunciare alle cosiddette acquisizioni telefoniche a freddo da parte di collaboratori propri o partner esterni - 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;
- rispettare tassativamente i seguenti standard di qualità per il telemarketing e collaborare solo con intermediari che si impegnano a loro volta al rispetto di 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 a una guida alla conversazione e a un argomento;
 - rispetto della legge sulla protezione dei dati e osservanza 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, di sabato prima delle ore 9.00 e dopo le ore 16.00 così come di domenica e nei giorni festivi generali (eccezioni: gli appuntamenti concordati con i clienti);
 - conferma scritta delle stipulazioni 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 genere valgono i principi di verità e chiarezza; in particolare non è lecito simulare o giustificare la conversazione telefonica con un sondaggio o un incarico di ricerca di mercato, demoscopica o sociale oppure da parte di altre istituzioni, se lo scopo della telefonata consiste nella vendita o nell'ottenimento di un appuntamento per una consulenza.

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

7. Standard di qualità: intermediari

7.1 Collaborazione

Gli assicuratori si impegnano a stipulare un contratto con degli intermediari (persone fisiche o giuridiche) o a prolungarlo solo qualora questi presentino i seguenti documenti in regola.

Per le persone giuridiche:

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

Per le persone fisiche:

- estratto del registro delle esecuzioni o estratto per la verifica della solvibilità;
- estratto del casellario giudiziale.

L'assicuratore è tenuto a verificare la completezza della documentazione sia in occasione della stipulazione del contratto di collaborazione che nel corso dell'intera durata contrattuale mediante controlli a campione.

7.2 Presupposti del consulente

Si applicano gli standard minimi per la formazione e la formazione continua di cui all'articolo 190 OS. Gli standard minimi secondo OS valgono altresì per i consulenti che svolgono l'intermediazione assicurativa nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

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 o collaborazione da essi stipulati.

In caso di comportamento fraudolento dell'intermediario gli assicuratori provvedono essi stessi a sporgere denuncia oppure offrono sostegno ai clienti che lo fanno.

8. Standard di qualità: proposte e stipulazioni assicurative

8.1 Acquisto appuntamenti presso call center

Gli assicuratori garantiscono per contratto che tutti i loro intermediari attivi nel processo di acquisizione rinunciano all'acquisizione telefonica a freddo. Questo, per quanto concerne tutte le attività eseguite direttamente dall'intermediario stesso.

Dal canto suo, l'intermediario garantisce per contratto che gli appuntamenti o i contatti ottenuti presso i call center sono stati generati esclusivamente senza l'impiego dell'acquisizione telefonica a freddo.

L'assicuratore esige dagli intermediari la documentazione dell'origine di un appuntamento e la presentazione, in qualsiasi momento, dei relativi 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.

8.2 Verbali della consulenza

Gli assicuratori si impegnano a corrispondere le provvigioni per le proposte di assicurazione presentate dagli intermediari solo se corredate da un verbale della consulenza in linea con 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 a una proposta non è stato ottenuto mediante un'acquisizione telefonica a freddo,
- la conferma delle informazioni ai sensi dell'articolo 45 della LSA,
- il consenso del/dei cliente/i e del/dei consulente/i oppure del gestore digitale responsabile mediante firma in originale o conferma in forma digitale.

8.3 Proposte di assicurazione

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

- copia di una carta d'identità / un passaporto valido o di un documento equivalente rilasciato da autorità pubbliche che confermi l'identità della persona, oppure copia della polizza del precedente assicuratore (con l'eccezione dei neonati),
- dati completi e corretti del cliente (cognome, nome, data di nascita).

9. Provvigioni

9.1 Limite superiore

Per le provvigioni variabili legate alla stipulazione di prodotti secondo la LAMal gli assicuratori si impegnano a non superare l'importo massimo di CHF 70.00 per assicurato.

9.2 Restituzione della provvigione (storno)

La restituzione di provvigioni legate a prodotti LAMal è soggetta alle seguenti condizioni, indipendentemente dalla data di inizio dell'assicurazione (al 1° gennaio o nel corso dell'anno). La decisione sull'ammontare effettivo resta comunque 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 liberamente 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.

10. Centro di notifica

10.1

Le associazioni mettono a disposizione un centro di notifica esterno, al quale gli assicurati e le organizzazioni dei consumatori possono comunicare eventuali violazioni delle disposizioni del presente Accordo. Attraverso la consulenza e l'informazione, il centro di notifica si impegna a chiarire gli equivoci tra gli assicurati e i loro assicuratori nonché a mediare in caso di disaccordo.

10.2

Il centro di notifica non può adottare decisioni vincolanti né imporre sanzioni. Gli assicuratori sono tenuti a partecipare attivamente al chiarimento dei casi.

10.3

Se l'autorità di vigilanza ha già avviato un procedimento a carico di un assicuratore, la fattispecie alla base del procedimento non può più essere giudicata dal centro di notifica.

10.4

Tutte le informazioni di cui il centro di notifica viene a conoscenza nell'esercizio delle sue funzioni sono confidenziali e non si possono trasmettere all'autorità di vigilanza né rendere note.

10.5

Inoltre, il centro di notifica emana un regolamento organizzativo, che deve essere approvato dalle associazioni.

11. Disdetta e recesso

11.1

Il presente Accordo può essere disdetto per iscritto dalle associazioni che lo hanno sottoscritto, con un preavviso di 12 mesi, alla fine di un anno civile, per la prima volta con effetto al 31 dicembre 2026.

11.2

A seguito della disdetta o di un accordo di risoluzione di entrambe le associazioni, per gli assicuratori che vi hanno aderito l'Accordo si estingue alla data di effetto della disdetta o dell'accordo di risoluzione.

11.3

La disdetta da parte di un'associazione non comporta la risoluzione dell'Accordo, il quale continua a sussistere tra gli assicuratori che vi hanno aderito, a prescindere che siano o meno membri dell'associazione che recede o dell'associazione restante.

11.4

Gli assicuratori di cui al paragrafo 4, osservando un preavviso di 6 mesi possono comunicare il loro recesso dal presente Accordo alla fine di un anno civile, per la prima volta con effetto al 31 dicembre 2026.

11.5

Gli assicuratori possono recedere dal presente Accordo con un termine di 6 mesi, a patto che

- il Consiglio federale, su richiesta degli assicuratori, non abbia conferito carattere obbligatorio al presente Accordo nei 10 mesi dalla sua entrata in vigore,
- il Consiglio federale non abbia predisposto la sospensione del carattere obbligatorio, oppure
- un'associazione non disdica l'Accordo, indipendentemente se gli assicuratori siano o meno membri della stessa associazione.

11.6

La dichiarazione di recesso deve essere indirizzata a *santésuisse* o a *curafutura*.

12. Entrata in vigore

12.1

Il presente Accordo entra in vigore dopo la sottoscrizione di entrambe le associazioni, con effetto al 1° settembre 2023 e sostituisce l'accordo del 24 gennaio 2020. Con l'Accordo del 24 gennaio 2020 si estingue anche il regolamento procedurale e sanzionatorio del 22 ottobre 2020.

12.2

Non appena l'adesione al presente Accordo raggiunge un numero di assicuratori che rappresentano insieme almeno il 66% delle persone assicurate, al Consiglio federale può essere richiesto il conferimento del carattere obbligatorio generale.

13. Disposizioni transitorie

13.1 Attuazione vendita propria

L'attuazione dei nuovi obblighi legati alla vendita propria di cui al paragrafo 5.4 (Provvigioni) avviene al più tardi entro il 31 dicembre 2024. Le proposte di assicurazione che l'assicuratore riceve per l'elaborazione prima del 31 dicembre 2024 possono essere remunerate secondo i precedenti accordi contrattuali con gli intermediari al massimo fino al 31 gennaio 2025.

13.2 Formazione e formazione continua

Fino all'entrata in vigore degli standard minimi per la formazione e la formazione continua degli intermediari secondo il paragrafo 7.2, gli assicuratori collaborano esclusivamente con gli intermediari che soddisfano gli standard settoriali in materia di formazione e formazione continua attualmente validi.

13.3 Commissione di Vigilanza

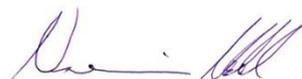
La valutazione da parte della Commissione di Vigilanza ASI delle notifiche pervenute fino al 31 agosto 2023 non si protrarrà oltre il 15 marzo 2024.

2 settembre 2023

santésuisse



Martin Landolt
Presidente



Verena Nold
Direttrice

curafutura



Konrad Graber
Presidente



Pius Zängerle
Direttore