



curafutura

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



santésuisse

Accord de branche concernant les «intermédiaires »

des associations

- **santésuisse – Les assureurs-maladie suisses**
- et**
- **curafutura – Les assureurs-maladie innovants**

concernant

**la qualité du conseil et l'indemnisation des intermédiaires lors de la
prospection de nouveaux clients.**

Valable à partir du 1^{er} janvier 2021

Accord de branche concernant les «intermédiaires»

1. Préambule

L'accord de branche concernant les «intermédiaires»¹ repose sur la volonté de soumettre l'intermédiation des affaires pratiquées par les assureurs-maladie à des principes qui soient déterminants pour un bon exercice de leur activité. L'accord de branche doit garantir une application la plus exhaustive possible de ceux-ci. Les assureurs signataires entendent demander au Conseil fédéral qu'il déclare cet accord de branche contraignant pour tous les assureurs.

2. But

Le présent accord s'appuie sur les art. 19 al. 3 LSAMal et 31a LSA, et a pour objectif:

- l'amélioration de la qualité du conseil et des conclusions de contrats (souscriptions),
- la limitation des indemnités versées aux intermédiaires et
- la renonciation à la prospection téléphonique à froid, l'amélioration de la qualité du conseil téléphonique en particulier et la lutte contre les abus.

L'existence durable d'un système libéral d'assurance-maladie implique un comportement responsable des différents partenaires agissant sur le marché. Le présent cadre permet d'instaurer des normes de qualité autocontraignantes.

3. Champ d'application

L'accord de branche s'applique à toutes les caisses-maladie selon l'art. 2 LSAMal ainsi qu'aux assureurs qui proposent l'assurance complémentaire à l'assurance-maladie sociale conformément à l'art. 2 al. 1 let. a et b LSA et ayant adhéré au présent accord.

4. Adhésion à l'accord

1. Peuvent adhérer au présent accord les assureurs selon l'art. 2 LSAMal ainsi que l'art. 2 al. 1 let. a et b LSA. L'adhésion doit être déclarée par écrit à santésuisse ou à curafutura.
2. L'adhésion implique la pleine reconnaissance de l'accord.
3. Si la déclaration d'adhésion est transmise à santésuisse ou curafutura dans les trois mois suivant la conclusion de l'accord, elle est considérée comme valide dès l'entrée en vigueur du contrat. Si la déclaration d'adhésion est adressée ultérieurement, elle est valide dès sa réception par santésuisse ou curafutura.
4. L'adhésion d'un groupe d'assurances n'est valable et contraignante que lorsque toutes les personnes morales relevant du champ d'application considéré ont adhéré au présent accord de branche.
5. santésuisse et curafutura publient la liste actualisée des assureurs-maladie adhérents sur leur site Internet respectif.

¹ Le terme d'«intermédiaire» s'applique indifféremment pour les genres masculin comme féminin. Aux fins de lisibilité, seule la forme masculine sera employée dans le présent document.

5. Définitions

Produits concernés

Le présent accord régit les catégories de produits suivantes:

- produits selon la LAMal,
- produits d'assurance-accidents et maladie qui requièrent un agrément pour la branche de l'assurance-vie, de l'assurance-accidents ou maladie (A4 ou A5 selon la définition des branches d'assurance de la FINMA) ou
- produits d'assurance-accidents et maladie qui requièrent un agrément pour la branche de l'assurance de dommages, de l'assurance-accidents ou maladie (B1 ou B2 selon la définition des branches d'assurance de la FINMA).

D'une manière générale, cet accord régit uniquement les affaires de particuliers, affaires d'assurance-maladie collective comprises. Les autres produits d'assurance ne sont pas touchés par la présente réglementation.

Intermédiaires

Sont considérés comme des intermédiaires les organisations ainsi que leurs collaborateurs et les personnes qui fournissent au client final des prestations de conseil et de distribution relatives aux produits et prestations relevant des «produits concernés», et qui transmettent aux assureurs contre indemnisation des propositions d'assurance, en guise de résultat de leur activité.

Sont également considérés comme des intermédiaires les moteurs de comparaison de primes dans la mesure où ils sont indemnisés par les assureurs pour leurs prestations en matière de conseil et de distribution (par ex. Comparis.ch, bonus.ch).

N'ont pas la qualité d'intermédiaires les personnes qui travaillent, au sens de l'art. 319 s. CO, pour le compte d'un assureur ou d'une société appartenant pour l'essentiel au même groupe que l'assureur, lequel/laquelle distribue des produits relevant de la définition des «produits concernés», et qui sont chargées de la souscription de ces produits pour le compte de leur employeur.

Les intermédiaires qui ont signé un contrat de travail avec un assureur et qui distribuent les «produits concernés» pour une compagnie d'assurances tierce relèvent également de cette définition de l'intermédiaire.

Indemnisation

L'indemnisation est définie comme étant l'ensemble des prestations pécuniaires versées aux intermédiaires en particulier pour les activités suivantes: génération d'un contact (leads), conseil en vue d'une souscription et sauvegarde du portefeuille.

Les prestations pécuniaires versées aux intermédiaires dans le cadre de leur suivi (par ex. invitations à des événements, repas et cadeaux de Noël dans les proportions habituelles) sont autorisées conformément au règlement de compliance propre à chaque assureur et doivent faire l'objet d'un règlement interne. Celles-ci ne font pas partie de l'indemnisation.

Prime

La prime sur laquelle le calcul du plafond de l'indemnisation des produits d'assurance complémentaire selon la LCA est basé, correspond à la prime selon le tarif après déduction de tous les rabais actuariels validés par la FINMA.

Est dès lors applicable la prime enregistrée dans le système de l'assureur à la date de la souscription de l'assurance.

Externalisation (outsourcing)

Toute externalisation ayant pour objectif de contourner les dispositions du présent accord est interdite.

6. Normes de qualité: assureurs

Les assureurs s'engagent:

- à appliquer de manière systématique les critères de qualité définis ci-après;
- à strictement respecter les dispositions légales en vigueur – en particulier les règles de la concurrence (notamment les dispositions de la LCD et les principes de la Commission suisse pour la loyauté), celles applicables à la protection des données (LPD) et les lois concernant les assurances (LAMal, LSAMal, LCA, LSA) – dans le cadre de leurs activités d'acquisition; par ailleurs,
- à prendre des mesures appropriées dans le cadre de leur propre activité de publicité et d'acquisition afin que les clients existants et potentiels bénéficient d'un conseil professionnel et compétent;
- à renoncer à toute prospection téléphonique à froid², qu'elle soit réalisée par leurs propres collaborateurs ou par des partenaires externes;
- à strictement respecter les normes de qualité suivantes relatives au marketing téléphonique et à travailler exclusivement avec des intermédiaires qui s'engagent à également respecter ces mêmes normes:
 - indication du nom, de l'entreprise et du but de l'appel dès le début de la conversation;
 - utilisation de numéros de téléphone non masqués et vérifiables;
 - indication de la provenance de l'adresse et du numéro de téléphone du prospect;
 - pas de techniques de vente suggestives ni agressives;
 - déroulement de l'appel conformément à un guide d'entretien et à un argumentaire prédéfini;
 - respect de la loi sur la protection des données et des avis de blocage des annuaires des opérateurs téléphoniques (par ex. mention d'un * sur les annuaires de Swisscom Directories SA). À l'exception des relations clientèles existantes ou passées (datant de moins de 36 mois) ou de renonciation à l'option de refus (*opting-out*);
 - protection de la sphère privée, c'est-à-dire aucun appel avant 8h00 ou après 20h30, ni le samedi avant 9h00 ou après 16h00, ni les dimanches et les jours fériés (sauf rendez-vous téléphoniques convenus avec le client);
 - confirmation écrite des accords contractuels passés par téléphone avec droit de rétractation de 14 jours;
 - réalisation des appels exclusivement par des collaborateurs formés au marketing téléphonique;
 - les principes de vérité et d'exactitude s'appliquent à toutes les campagnes téléphoniques de toutes sortes. En particulier, il ne faut prétexter aucun sondage ni aucune enquête de marché, d'opinion ou encore d'enquête sociale ni d'aucune autre institution si le but de l'appel consiste en fait à vendre un produit ou à convenir d'un rendez-vous pour un entretien-conseil.

Les assureurs refusent toute collaboration avec des intermédiaires ou mettent fin à de telles collaborations si l'activité de ces derniers est incompatible avec la loi en termes de forme, de contenu ou d'une autre manière, ou si celles-ci contreviennent aux normes de qualité de l'accord de branche que ce soit sur la forme ou sur le fond.

² On entend par prospection à froid les premiers contacts établis avec des clients potentiels avec lesquels il n'existe aucune relation de clientèle ou qui ne sont plus clients depuis plus de 36 mois, qui ont choisi un *opting-out* ou pour lesquels le contact n'est pas dû à une recommandation d'un tiers connu du client potentiel.

7. Normes de qualité: intermédiaires

Condition de l'entreprise d'intermédiation

Les assureurs s'engagent à conclure un contrat ou à prolonger les contrats conclus avec des intermédiaires (personnes physiques ou morales) uniquement s'ils sont en possession des documents suivants et que ceux-ci ne contiennent pas d'anomalies:

- l'extrait du registre des poursuites ou l'extrait d'un système de solvabilité de l'entreprise, du propriétaire ou des personnes à la tête de l'entreprise;
- l'extrait du casier judiciaire du propriétaire et des personnes à la tête de l'entreprise;
- l'extrait du registre du commerce.

L'assureur doit vérifier qu'il dispose bien de l'intégralité des documents requis, ceci aussi bien à la conclusion du contrat de collaboration que pendant toute la durée contractuelle en procédant à des contrôles aléatoires par échantillonnage.

Condition concernant le conseiller

Les intermédiaires, leurs collaborateurs ou les personnes qui leur sont affiliées et qui exécutent des missions de conseil, de promotion publicitaire et de vente à l'encontre des clients finaux pour les produits et les prestations relevant des produits concernés doivent être membres de CICERO.

Par l'intermédiaire de déclarations spontanées ou de contrôles par échantillonnage, les assureurs veillent à ce que ces normes de qualité soient respectées également par les conseillers de sous-intermédiaires éventuels. Les assureurs inscrivent cette obligation dans les contrats qu'ils signent avec les intermédiaires.

En cas de comportement frauduleux de l'intermédiaire, les assureurs peuvent déposer plainte ou soutenir le client dans cette démarche.

8. Normes de qualité: propositions et souscriptions d'assurance

Achat à terme auprès de centres d'appel

Les assureurs s'assurent par contrat que tous les intermédiaires exerçant pour eux renoncent à la prospection téléphonique à froid dans le cadre de leur processus d'acquisition. Cela comprend d'une part toutes les activités qui sont assumées directement par l'intermédiaire lui-même.

D'autre part, l'intermédiaire garantit par contrat qu'il se procure auprès des centres d'appel uniquement des rendez-vous ou des contacts qui n'ont pas été générés dans le cadre d'une prospection téléphonique à froid.

L'assureur oblige les intermédiaires à documenter l'origine d'une prise de rendez-vous et à présenter les justificatifs correspondants en cas de réclamation ou lors des contrôles par échantillonnage. Il doit pouvoir présenter des garanties du bon respect des normes de qualité.

Compte-rendu de l'entretien-conseil

Les assureurs s'engagent à n'indemniser les propositions d'assurance transmises par les intermédiaires que si celles-ci sont accompagnées du compte-rendu de l'entretien-conseil, lequel doit correspondre aux normes minimales prédéfinies.

Le compte-rendu de l'entretien-conseil mentionne a minima:

- la date de l'entretien-conseil,
- les noms du ou des client(s) et du ou des conseiller(s),

- la confirmation que la date du rendez-vous de conseil, qui a débouché sur la proposition, n'a pas été fixée lors d'une prospection téléphonique à froid,
- la confirmation des informations selon l'art. 45 LSA,
- l'accord du ou des client(s) et du ou des conseiller(s).

Propositions d'assurance

Les assureurs s'engagent à n'accepter les propositions d'assurance transmises par les intermédiaires que si la proposition:

- est accompagnée d'une copie de la carte d'identité ou du passeport valide du proposant ou de la copie de la police de l'assureur précédent (sauf pour les nouveau-nés),
- ainsi que de l'intégralité des données clients, lesquelles doivent être correctes.

Dans le cas contraire, les intermédiaires d'assurance ne reçoivent aucune indemnisation.

9. Indemnisation

9.1 Limite supérieure

Produits selon la LAMal

Les assureurs s'engagent à ne pas verser d'indemnisation de frais supérieure à 70,00 CHF au maximum par assuré.

Produits selon la LCA

Les assureurs s'engagent à ne pas verser d'indemnisation supérieure à douze primes mensuelles par produit souscrit.

9.2 Remboursement de l'indemnisation (annulation)

En matière de remboursement de l'indemnisation, les conditions suivantes sont applicables quel que soit le produit considéré et indépendamment de la date de début de l'assurance (au 1^{er} janvier ou en cours d'année) – la décision concernant le montant exact étant néanmoins laissée à la libre appréciation de l'assureur:

- a) si le contrat a duré entre 0 et 365 jours, l'intermédiaire doit rembourser l'intégralité de l'indemnisation;
- b) si le contrat a duré entre 366 et 730 jours, l'intermédiaire doit rembourser au moins 50% de l'indemnisation perçue.
- c) À partir du 731^e jour, chaque assureur peut fixer lui-même le niveau du remboursement.

Les années bissextiles doivent être prises en compte en conséquence. En cas de décès d'une personne assurée pendant les délais donnant lieu à remboursement, l'assureur peut renoncer à tout ou partie de ce dernier.

9.3 Indemnisation pour distribution interne

Les assureurs-maladie s'engagent à ne pas contourner l'accord de branche avec des emplois fictifs. Il y a emploi fictif lorsque l'intermédiaire est employé par la compagnie d'assurances en échange d'un salaire fixe inhabituellement bas pour la branche.

9.4 Intermédiation d'affaires déjà conclues

Tous les contrats passés avec les intermédiaires externes seront adaptés au présent accord avec effet au 31 décembre 2020 ou résiliés. Tous les engagements découlant de contrats conclus avant la date d'introduction du présent accord doivent être honorés dans les trois mois suivant son entrée en vigueur.

10. Convention d'arbitrage et sanctions

- Toute infraction présumée aux dispositions du présent accord de branche doit être jugée par un tribunal arbitral mandaté contractuellement par les parties.
- Le siège du tribunal arbitral se trouve à Berne.
- Le tribunal arbitral comprend trois membres. Les parties au contrat santésuisse et curafutura nomment chacune un juge-arbitre de leur cercle. Les parties au contrat nomment un troisième arbitre issu de la protection des consommateurs. Si les organisations de consommateurs ne dépêchent aucun représentant, les parties au contrat déterminent ensemble une tierce personne.
- Chaque juge-arbitre dispose d'une voix. Les décisions sont prises à la majorité simple.
- Le tribunal arbitral détermine lui-même la procédure.
- Sont par ailleurs applicables les dispositions du Code de procédure civile (CPC) au titre de dispositions du droit dispositif.
- La procédure d'arbitrage est engagée dès que l'une des parties appelle le tribunal arbitral. Peuvent déposer une demande d'arbitrage les assurés, les assureurs et les associations d'assureurs, les intermédiaires ainsi que les organisations de consommateurs.
- Les parties au contrat constituent un organe commun qui réceptionne les déclarations d'infraction présumée et les transmettent au tribunal arbitral.
- Les demandes clairement infondées, incomplètes ou procéduriales doivent formellement être rejetées sans autre forme de procès.
- Le tribunal arbitral peut prononcer des sanctions. Celles-ci comprennent:
 - Des amendes pouvant atteindre 100 000 CHF pour toute infraction aux prescriptions de l'accord relatif à l'assurance de base ou 500 000 CHF dans le cas de l'assurance complémentaire. Les parties au contrat versent chaque année et dans leur intégralité les amendes au service de médiation de l'assurance-maladie.
 - Publication de l'assureur ayant commis une faute.
- Demeurent réservées les sanctions administratives conformément aux dispositions légales déterminantes.
- La décision arbitrale peut être attaquée par le tribunal cantonal compétent en vertu de l'art. 356 al. 1 CPC.
- Les parties au contrat assument conjointement les coûts du tribunal arbitral et du secrétariat. À cet effet, elles établissent un règlement.

11. Résiliation et dénonciation

Le présent accord peut être résilié par les associations signataires pour la fin d'une année civile moyennant un préavis de 12 mois, pour la première fois au 31 décembre 2023.

Les assureurs au sens du chiffre 4 peuvent résilier le présent contrat pour la fin d'une année civile moyennant un préavis de 12 mois, pour la première fois au 31 décembre 2023. La déclaration correspondante doit être adressée à santésuisse ou curafutura.

12. Entrée en vigueur et délais transitoires

L'accord de branche est valable à partir du 1^{er} janvier 2021.

Les propositions d'assurance signées après le 31 janvier 2021 relèvent du présent accord.

L'application de la qualité de membre CICERO est effective à partir du 1^{er} juillet 2022.

Lieu et date

curafutura

santésuisse

Josef Dittli
Président

Pius Zängerle
Directeur

Heinz Brand
Président

Verena Nold
Directrice