



**curafutura**

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



**santésuisse**

# **Accord de branche concernant les intermédiaires (ABI)**

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<sup>er</sup> septembre 2023**

# Accord de branche concernant les «intermédiaires»

## 1. Préambule

L'accord de branche concernant les «intermédiaires» (ABI) 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. La présente version entend poursuivre les principes de l'accord de branche initial du 24 janvier 2020 conclu par les associations santésuisse et curafutura, dans le respect des nouvelles dispositions légales fixées par la loi fédérale du 16 décembre 2022 sur la réglementation de l'activité des intermédiaires d'assurance et par l'ordonnance correspondante, lesquelles permettent de déclarer l'ABI obligatoire pour tous les assureurs-maladie suisses. Le présent accord a vocation à remplacer l'accord de branche du 24 janvier 2020 concernant les intermédiaires. Le but est de déclarer l'obligation générale de ses différentes dispositions. Dès que l'accord aura été ratifié par un nombre d'assureurs représentant au moins 66% des assurés, l'obligation générale sera demandée.

## 2. But

Le présent accord s'appuie sur les art. 19b, al. 1, LSAMal et 31a, al. 1, LSA. Il a pour objectif:

- l'amélioration de la qualité du conseil et des conclusions de contrats (souscriptions);
- la limitation des indemnités versées aux intermédiaires;
- 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 réglementaire permet d'instaurer des normes de qualité autocontraignantes.

## 3. Champ d'application

L'accord de branche s'applique à tous les assureurs-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 ont adhéré au présent accord.

## 4. Adhésion à l'accord

1. Peuvent adhérer à cet accord les assureurs visés à l'art. 2 LSAMal ainsi qu'à 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 suppose la pleine reconnaissance de l'accord.
3. Si la déclaration d'adhésion parvient à santésuisse ou curafutura dans les trois mois suivant la conclusion de l'accord, elle prend effet dès l'entrée en vigueur de l'accord. Si la déclaration d'adhésion parvient ultérieurement, elle prend effet 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 à jour des assureurs-maladie adhérents sur leur site Internet respectif.

## **5. Définitions**

### **5.1 Produits concernés**

Le présent accord régit les catégories de produits suivantes:

- produits selon la LAMal;
  - assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale (branches d'assurance A5 et B2).
- D'une manière générale, cet accord régit uniquement les affaires de particuliers, y compris les affaires d'assurance-maladie collective. Les autres produits d'assurance ne sont pas concernés par la présente réglementation.

### **5.2 Intermédiaires**

Ont qualité d'intermédiaires les personnes visées aux art. 19a LSAMal et 40 LSA.

### **5.3 Intermédiation en assurance**

Sont considérées comme une intermédiation en assurance les activités définies à l'art. 182a OS.

### **5.4 Indemnisation**

#### **5.4.1**

L'indemnisation au sens de l'accord de branche est définie comme l'ensemble des prestations pécuniaires variables liées aux conclusions, qui sont versées aux intermédiaires effectuant une activité d'intermédiation en assurance selon le chiffre 5.3.

#### **5.4.2**

Les activités d'intermédiation selon le chiffre 5.3 sont généralement indemnisées à hauteur maximale de la limite supérieure par personne assurée (AOS) définie au chiffre 9.1. L'ensemble de l'indemnisation versée aux intermédiaires dans le domaine de la LCA doit pouvoir être contrôlé par les autorités et selon les principes de l'économie d'entreprise.

#### **5.4.3**

Les prestations pécuniaires pour les intermédiaires dans le cadre de leur suivi (p. 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. Ces prestations ne font pas partie de l'indemnisation.

## **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 dans le cadre de leurs activités d'acquisition, 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); 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 froid, qu'elle soit réalisée par leurs propres collaborateurs ou par des partenaires externes. 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 ne découle pas d'une recommandation d'un tiers connu du client potentiel;

- à strictement respecter les normes de qualité suivantes relatives au marketing téléphonique et à travailler exclusivement avec des intermédiaires qui s'engagent à 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 prédéfinis;
  - respect de la loi sur la protection des données ainsi que des avis de blocage des annuaires des opérateurs téléphoniques (par ex. mention d'un \* sur les annuaires de Swisscom Directories SA). Font exception les relations clientèle actuelles ou passées (datant de moins de 36 mois) ou la 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 et après 16h00, ni les dimanches et 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 aux campagnes téléphoniques de toutes sortes. En particulier, il ne faut prétexter aucun sondage, aucune enquête de marché ou d'opinion ni aucune enquête sociale ou autre si le but de l'appel consiste 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 sur le plan de la forme, du contenu ou d'une autre manière, ou si elle contrevient aux normes de qualité de l'accord de branche, que ce soit sur la forme ou sur le fond.

## **7. Normes de qualité: intermédiaires**

### **7.1 Collaboration**

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 présentent pas d'irrégularités:

Pour les personnes morales:

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

Pour les personnes physiques:

- extrait du registre des poursuites ou attestation de solvabilité;
- extrait du casier judiciaire.

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

## **7.2 Condition concernant le conseiller**

Les normes minimales applicables à la formation initiale et à la formation continue visées à l'art. 190 OS s'appliquent. Ces normes concernent aussi les conseillers qui réalisent une activité d'intermédiation en assurance dans le domaine de l'assurance obligatoire des soins.

Par des déclarations spontanées ou des contrôles par échantillonnage, les assureurs garantissent que ces normes de qualité sont également respectées par les conseillers de sous-intermédiaires éventuels. Les assureurs règlent cette obligation dans les contrats qu'ils signent avec les intermédiaires ou les contrats de collaboration qu'ils concluent.

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**

### **8.1 Achat à terme auprès de centres d'appel**

Les assureurs garantissent contractuellement 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 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.

### **8.2 Compte-rendu de l'entretien-conseil**

Les assureurs s'engagent à n'indemniser les propositions d'assurance transmises par les intermédiaires que si elles s'accompagnent d'un compte-rendu de l'entretien-conseil, lequel doit correspondre aux normes minimales définies.

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

- la date de l'entretien-conseil;
- les noms du ou des clients et du ou des conseillers;
- 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 client ainsi que celui du conseiller ou de l'opérateur numérique responsable, soit par une signature originale, soit par une confirmation sous forme numérique.

### **8.3 Propositions d'assurance**

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

- s'accompagne d'une copie de la carte d'identité ou du passeport en vigueur du proposant ou de celle d'un autre document administratif équivalent prouvant l'identité de la personne, ou d'une copie de la police de l'assureur précédent (sauf pour les personnes disposant déjà d'une couverture d'assurance et pour les nouveau-nés);

- comportent les données relatives au client, lesquelles doivent être complètes et correctes (nom, prénom, date de naissance).

## **9. Indemnisation**

### **9.1 Limite supérieure**

Pour les produits selon la LAMal, les assureurs s'engagent à ne pas verser plus de 70,00 CHF par personne assurée en ce qui concerne l'indemnisation des frais variable liée aux conclusions.

### **9.2 Remboursement de l'indemnisation (annulation)**

S'agissant du remboursement de l'indemnisation pour les produits LAMal, les conditions suivantes s'appliquent indépendamment de la date de début de l'assurance (au 1<sup>er</sup> janvier ou en cours d'année), la décision quant au montant exact étant laissée à l'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<sup>e</sup> 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.

## **10. Centrale de notification**

### 10.1

Les associations mettent à disposition une centrale de notification externe auprès de laquelle les assurés et les organisations de consommateurs peuvent signaler toute violation du présent accord. La centrale de notification s'emploie à régler les désaccords entre assureurs et assurés par un conseil et une information, et à servir de médiateur en cas de divergence d'opinion.

### 10.2

La centrale de notification n'est pas habilitée à prendre des décisions contraignantes ni à prononcer des sanctions. Les assureurs sont tenus de contribuer activement au règlement des cas.

### 10.3

Si l'autorité de surveillance a déjà engagé une procédure à l'encontre d'un assureur, les faits à l'origine de cette procédure ne peuvent plus être jugés par la centrale d'annonce.

### 10.4

Toutes les informations que la centrale de notification reçoit dans l'exercice de sa mission sont confidentielles. Elles ne doivent pas être transmises à l'autorité de surveillance ni être portées à sa connaissance.

### 10.5

La centrale de notification édicte au demeurant un règlement d'organisation qui doit être approuvé par les associations.

## **11. Résiliation et dénonciation**

### 11.1

Le présent accord peut être résilié par écrit par les associations signataires pour la fin d'une année civile moyennant un préavis de 12 mois, pour la première fois au 31 décembre 2026.

### 11.2

Toute résiliation ou tout accord d'annulation par les deux associations rend caduc le présent accord vis-à-vis des assureurs signataires à la date de prise d'effet de la résiliation ou de l'accord d'annulation.

### 11.3

La résiliation par une seule des deux associations n'entraîne pas la résiliation de l'accord. Celui-ci continue de s'appliquer aux assureurs-maladie signataires – qu'ils soient ou non membres de l'association dénonciatrice – ainsi que pour l'association restante.

### 11.4

Les assureurs au sens du chiffre 4 peuvent résilier le présent accord pour la fin d'une année civile moyennant un préavis de six mois, pour la première fois au 31 décembre 2026.

### 11.5

Les assureurs peuvent se retirer du présent accord moyennant un préavis de six mois si:

- le Conseil fédéral ne déclare pas la force obligatoire générale de l'accord dans les dix mois suivant son entrée en vigueur, ainsi que le réclament les assureurs;
- la force obligatoire générale de l'accord est suspendue par le Conseil fédéral; ou
- une association dénonce l'accord, indépendamment du fait que les assureurs soient membres ou non de cette association.

### 11.6

La déclaration correspondante doit être adressée à santésuisse ou curafutura.

## **12. Entrée en vigueur**

### 12.1

Le présent accord entre en vigueur à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2023 après signature par les deux associations. Il remplace l'accord du 24 janvier 2020. Le règlement des sanctions et de la procédure de sanction du 22 octobre 2020 devient caduc en même temps que l'accord du 24 janvier 2020.

### 12.2

Dès que des assureurs représentant collectivement au moins 66% des assurés auront signé l'accord, ils demanderont au Conseil fédéral de déclarer la force obligatoire générale de celui-ci.

## **13. Dispositions transitoires**

### **13.1 Mise en œuvre de la vente directe par les collaborateurs**

La mise en œuvre des nouvelles obligations liées au chiffre 5.4 (indemnisation) pour la vente directe par les collaborateurs doit avoir lieu au plus tard le 31 décembre 2024. Les propositions d'assurance reçues par l'assureur avant cette date en vue de leur traitement peuvent faire l'objet d'une indemnisation au plus tard jusqu'au 31 janvier 2025, aux conditions prévalant jusqu'à cette date dans les accords contractuels conclus avec les intermédiaires.

### 13.2 Formation initiale et formation continue

En attendant l'entrée en vigueur des normes minimales applicables à la formation initiale et à la formation continue des intermédiaires en assurance conformément au chiffre 7.2, les assureurs sont tenus de travailler uniquement avec des intermédiaires qui remplissent les critères actuels de la branche en matière de formation initiale et de formation continue.

### 13.3 Commission de surveillance

La commission de surveillance ABI évalue jusqu'au 15 mars 2024 au plus tard les plaintes qui lui sont adressées jusqu'au 31 août 2023.

le 2 septembre 2023

santésuisse



Martin Landolt  
Président



Verena Nold  
Directrice

curafutura



Konrad Graber  
Président



Pius Zängerle  
Directeur