

Rapport annuel 2008-2009



Ombudsman
des assurances de
personnes



OmbudService
for Life & Health
Insurance

OAP • OLHI

Ombudsman
des assurances de
personnes



OmbudService
for Life & Health
Insurance

OAP • OLHI

Table des matières

- P.01** Faits saillants + Volume total des activités
- P.02** Message du président du conseil d'administration
- P.03** Message de la directrice générale
- P.04** Normes
- P.05** Processus de traitement des plaintes
- P.06** Statistiques sur les plaintes
- P.07** Étude de cas no 1
- P.08** Statistiques sur les enquêtes
- P.09** Étude de cas no 2
- P.10** Statistiques sur les demandes de renseignements
- P.11** Étude de cas no 3
- P.12** Évaluation indépendante
- P.13** Données financières
- P.19** Sociétés membres
- P.20** Bureaux et membres du conseil d'administration

À propos de l'OAP

L'Ombudsman des assurances de personnes (OAP) est un service indépendant de renseignement et de règlement des plaintes offert à tous les Canadiens qui souscrivent une assurance de personnes, qu'il s'agisse d'une assurance vie, d'une assurance invalidité, de prestations maladies pour les employés, d'une assurance voyage ou de produits de placement comme des rentes ou des fonds distincts.

Organisme sans but lucratif établi en 2002, l'OAP a été connu sous le nom de Service de conciliation des assurances de personnes du Canada jusqu'au 17 août 2009. Notre conseil d'administration a accepté la désignation Ombudsman des assurances de personnes (OAP) plus tôt cette année pour mettre l'accent sur notre rôle de service indépendant de renseignements et de résolution de différends.

L'OAP est membre du Réseau de conciliation du secteur financier (RCSF), un service pancanadien de résolution de différends appuyé par les organismes de réglementation du secteur financier et les sociétés de services financiers canadiens. Notre personnel affecté aux renseignements et au traitement des plaintes possède une connaissance approfondie des produits, des services et des pratiques en assurance de personnes et est en mesure de répondre rapidement aux préoccupations, aux questions ou aux plaintes des consommateurs, et ce gratuitement, dans les deux langues officielles, pendant les heures habituelles de travail et sur notre site web au www.oapcanada.ca.

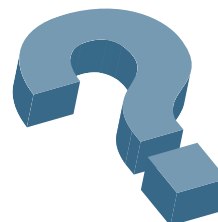
Mount Mitchener photographié par Wally Randall de Parson, BC.
Droits d'auteur © Wally Randall

Faits saillants + Volume total des activités

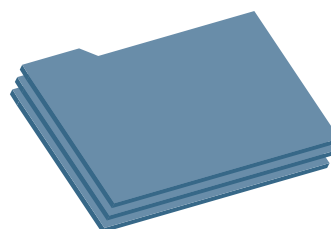
Faits saillants :

- **Première évaluation indépendante complète des activités et plan stratégique triennal** (voir à la page 12)
- **Nouveau nom d'opération :** Ombudsman des assurances de personnes (OAP)/Ombudservice for Life & Health Insurance (OLHI)
- **Nouveau site Web :** www.oapcanada.ca (français) et www.olhi.ca (anglais)
- **Adoption d'un protocole de traitement des plaintes systémiques** (conseil d'administration, juin 2008)
- **Hausse de 17 %** du nombre de plaintes écrites par rapport à l'année dernière
- **L'assurance invalidité et l'assurance vie** continuent d'être l'objet de la majorité des plaintes et des enquêtes
- **L'assurance pour les visiteurs, l'assurance voyage et l'assurance maladie complémentaire** continuent de faire l'objet de la majorité des demandes de renseignements

Analyse du volume total des activités



Demandes de renseignements 31 089



Plaintes écrites 570



Plaintes téléphoniques 1 514



Enquêtes 18

Message du président du conseil d'administration

Bernard Bonin

*Président du conseil d'administration,
Ombudsman des assurances de personnes*

Pour notre service de conciliation, l'année qui vient de s'écouler en fut une d'évolution et d'événements marquants.

Une nouvelle directrice générale s'est jointe à nous au cours de notre septième année d'opération, pendant laquelle nous avons participé à notre toute première évaluation indépendante qui portait sur nos six premières années d'activité.

Le nouveau nom de notre organisme — Ombudsman des assurances de personnes (OAP) ou OmbudService for Life & Health Insurance (OLHI) — a été sélectionné par les membres du conseil d'administration en vue de mettre en lumière le rôle que nous jouons en tant que service indépendant d'information et de règlement des différends. Nous avons également un nouveau site Web qui explique clairement les services que nous offrons et en améliore l'accessibilité pour les consommateurs. La nouvelle présentation de notre rapport annuel inclut désormais nos états financiers ayant fait l'objet d'une vérification.

L'innovation la plus marquante de cette dernière année fut toutefois la réalisation de l'évaluation indépendante, par laquelle nos activités ont été analysées à la lumière du Cadre de collaboration (le « Cadre »), une entente intervenue entre les trois services de conciliation de l'industrie, et le comité de règlement des différends du Forum conjoint des autorités de réglementation du marché financier et du ministère des finances du Canada. Ce Cadre définit les principes et les lignes directrices conçus pour aider l'OAP et les autres services de conciliation de l'industrie à s'acquitter de leur mandat d'intérêt public.

Le rapport rédigé au terme de cette évaluation confirme que notre organisme s'est bâti de solides assises au cours de ses six premières années d'opération, en plus de nous exhorter à passer à la « nouvelle génération » de services. Dans ce rapport, on nous invite à affirmer davantage notre indépendance, à améliorer notre accessibilité et notre visibilité auprès du public, et à soigner nos méthodes de travail.

Conformément au processus établi dans ce Cadre, le conseil d'administration de l'OAP, de façon indépendante, a analysé le rapport, puis préparé une réponse. Cette réponse se trouve essentiellement dans un plan stratégique triennal. Ce plan prévoit la mise en œuvre des recommandations qui sont de la responsabilité propre de l'OAP, et l'établissement d'un processus de consultation des parties prenantes en vue de la mise en œuvre des recommandations qui nécessitent leur contribution et leur collaboration.

Depuis la dernière réunion du conseil d'administration qui s'est tenue en juin, notre directrice générale s'est empressée de mettre en place les initiatives relevant de l'OAP et approuvées par le conseil telles que, l'enregistrement et la diffusion de notre nouveau nom, l'élaboration et la mise en fonction de notre nouveau site Web, ainsi qu'une nouvelle présentation de notre rapport annuel.

Au cours de l'année qui vient, durant laquelle nous nous consacrerons à la mise en œuvre des recommandations qui nécessitent la contribution et la collaboration des parties prenantes externes, nous continuerons à miser sur nos nombreux atouts, notamment le soutien de l'industrie et de nos sociétés membres.



Nous poursuivons la collaboration entreprise avec l'industrie et nos sociétés membres en sollicitant leurs commentaires et leur appui au sujet des recommandations qui les concernent et touchent leurs propres modes d'action. En premier lieu, et c'est là le sujet le plus important pour lequel nous demanderons leur contribution, nous devons nous pencher sur les modifications proposées à nos règlements.

Le conseil d'administration de l'OAP a accepté ces propositions d'amendements aux règlements, qui permettront également de maintenir et d'améliorer la reddition de comptes et la transparence à l'endroit des parties prenantes. De telles modifications s'imposent pour réaffirmer l'indépendance de l'OAP et aligner sa structure de gouvernance et de décision sur celle des autres services de conciliation. Il s'agit là de recommandations issues du Cadre de collaboration auxquelles les organismes de réglementation accordent une grande importance.

Nous considérons de plus que les modifications proposées constituent, pour l'industrie et nos sociétés membres, une excellente occasion de manifester leur soutien inconditionnel à un service d'Ombudsman indépendant mais parrainé par l'industrie dans le secteur des assurances de personnes.

Outre ces modifications proposées aux règlements, l'OAP prévoit, au cours de l'année qui vient, recruter un nouveau membre de son conseil d'administration afin d'y représenter officiellement les consommateurs. L'OAP cherchera également à identifier et à rejoindre de nouveaux organismes représentatifs des consommateurs.

Nous continuerons à accroître la visibilité et l'accessibilité de nos services auprès des consommateurs canadiens en menant à terme les initiatives décrites dans notre premier plan de communications et de marketing, et en s'assurant qu'elles seront pleinement mises en œuvre.

Le conseil d'administration envisage une autre année de progrès pour l'Ombudsman des assurances de personnes au cours de laquelle l'évolution vers une « nouvelle génération » de services et des relations toujours plus étroites avec les parties prenantes, sera l'axe principal de son action.

Bernard Bonin
Président du conseil d'administration, OAP

Message de la directrice générale

Holly Nicholson

Directrice générale,
Ombudsman des assurances de personnes



Une année de réflexion et d'innovations

En mai 2008, j'ai eu l'honneur de rejoindre les rangs de l'OAP, qui m'a confié le mandat de réfléchir sur les six premières années d'opération de l'organisme, d'en analyser l'efficacité organisationnelle et d'élaborer un plan triennal basé sur les conclusions tirées de l'évaluation indépendante, qui était alors en cours de réalisation. Je suis heureuse de vous apprendre que nous avons atteint, voire dépassé, ces objectifs au cours de la dernière année, grâce au soutien des membres du conseil d'administration, de notre personnel dévoué et des parties prenantes.

Nous avons entamé l'exercice financier en mettant en œuvre un protocole visant à identifier, puis à traiter les « plaintes systémiques », c'est-à-dire qui peuvent affecter plusieurs consommateurs. Élaboré en consultation avec les sociétés membres, par l'intermédiaire de l'association de l'industrie, ce protocole fait maintenant partie du processus de traitement des plaintes énoncé dans notre mandat. L'élaboration et la mise en œuvre de ce protocole systémique répondent à l'une des principales recommandations du Cadre de collaboration, et je suis fière de dire que nous avons été le premier service de conciliation de l'industrie à mettre en œuvre un tel protocole.

Cette année, l'une de nos principales réalisations fut la mise en opération d'un nouveau système informatisé qui permet de colliger les données sur les plaintes et les enquêtes, et de produire les rapports plus efficacement. Grâce à la capacité accrue de production de rapports de ce système, nous avons été en mesure de publier des données supplémentaires dans le rapport annuel de cette année, tels que le « volume total de travail » et le nombre de plaintes écrites qui ont nécessité l'ouverture d'un dossier.

La majeure partie de notre travail d'opération a porté, cette année, sur la préparation de notre plan stratégique triennal et les diverses initiatives découlant de l'évaluation indépendante. Je suis heureuse de confirmer que plusieurs de ces initiatives ont été complètement mises en œuvre. Certaines d'entre elles ont même été complétées.

Notre nouveau site Web est un outil important pour accroître la visibilité de notre organisme, car il présente des explications complètes et « intelligibles » des services que nous offrons et une description de notre processus de traitement des plaintes. Cet outil nous donne aussi la capacité d'observer et de consigner le volume et la nature des consultations émanant du public. Ce site permet également d'accroître l'accessibilité de notre organisme en offrant au public la capacité d'obtenir des renseignements, de poser des questions et de soumettre des plaintes tous les jours de la semaine, à toute heure du jour ou de la nuit. Le rapport d'évaluation indépendante, de même que notre réponse à celui-ci, sont également affichés sur notre site Web, qui constitue une importante tribune pour communiquer avec les parties prenantes.

Nous avons accentué notre autonomie et notre indépendance en reprenant l'administration quotidienne d'un grand nombre de nos principales fonctions, notamment la gestion financière et les services technologiques de l'information.

Au chapitre des politiques et des méthodes du travail, nous avons harmonisé le fonctionnement de nos deux bureaux, embauché des employés ayant de l'expérience en matière de règlement officiel des différends et pris les dispositions nécessaires pour offrir de la formation supplémentaire à notre personnel.

Les statistiques présentées dans le rapport annuel de cette année confirment le rôle vital que l'OAP joue à titre d'intermédiaire indépendant entre les consommateurs canadiens et leurs sociétés d'assurances de personnes. La demande visant nos services de traitement des plaintes écrites a augmenté de 17 % au cours de la dernière année. Le nombre de cas d'enquêtes a également augmenté, et nous recevons toujours plus de 30 000 appels chaque année. Les nombreuses initiatives mises de l'avant cette année ont été conçues pour soutenir cet important travail, qui est notre véritable raison d'être.

Tourné vers l'avenir

Les initiatives internes ayant été la priorité de l'année qui s'est écoulée, l'année qui vient sera l'occasion d'amorcer avec les parties prenantes l'identification des priorités, les échéanciers, et les méthodes nécessaires pour mettre en œuvre les recommandations qui nécessitent une collaboration externe.

Il va sans dire que l'évaluation exhaustive de nos activités d'opération a généré un volume de travail important qui nous tiendra fort occupés au cours des prochaines années. Toutefois motivée par les réalisations de l'année qui vient de s'écouler, j'ai l'intime conviction que nos initiatives soutiennent un service qui répond à un besoin important de la population.

Avec enthousiasme, j'entreprends d'amorcer cette nouvelle année qui nous fera progresser dans l'accomplissement de notre mandat, qui consiste à offrir à davantage de consommateurs l'accès à des services d'information et de règlement des différends, indépendants et gratuits, dans le secteur canadien des assurances de personnes.

Holly Nicholson

Directrice générale et avocate-conseil, OAP

Normes

L'OAP a établi des normes de service visant à guider le travail et les activités de son personnel qualifié et s'est volontairement engagé à respecter ces normes. L'OAP s'engage à offrir aux consommateurs un service conforme à ce qui suit :

Accessibilité

L'OAP est facilement accessible grâce à nos lignes sans frais (1 866-582-2088), par la poste, par courrier électronique (info@olhi.ca), par télécopieur (514-845-6182) et par son site Web (www.oapcanada.ca). Nos services sont offerts gratuitement, en français et en anglais.

Rapidité de la réponse

L'OAP répond rapidement aux questions et aux plaintes des consommateurs. Du personnel répond immédiatement à la plupart des questions soumises par téléphone. Quant aux messages laissés dans les boîtes vocales et aux questions soumises par télécopieur ou courriel, le personnel y répond promptement.

Courtoisie

Les consommateurs sont traités de manière courtoise, professionnelle et respectueuse.

Transparence

L'OAP donne des renseignements clairs et précis par téléphone ou par écrit. Notre objectif est de faire en sorte que le consommateur comprenne parfaitement la situation et la position de chacune des parties.

Exactitude

Tous les renseignements recueillis par l'OAP ayant trait à la situation seront précis et aussi complets et à jour que possible afin de bien répondre à la question ou d'aider au traitement de la plainte.

Équité et impartialité

L'OAP offre aux consommateurs une aide impartiale. L'OAP ne favorise ni le consommateur ni la société d'assurances.

Constance

L'OAP traite les plaintes dans le respect de son mandat et s'efforce de traiter les cas semblables de façon semblable.

Connaissance

Les renseignements transmis aux consommateurs qui s'adressent à l'OAP sont le reflet d'une connaissance et d'une compréhension approfondie du sujet. Le personnel de l'OAP possède les compétences et la connaissance de produits et services d'assurance de personnes nécessaires pour répondre aux questions des consommateurs et traiter leurs plaintes.

Protection et confidentialité des renseignements

Tous les renseignements recueillis par l'OAP sont confidentiels et sont la propriété de l'OAP, conformément à l'énoncé sur la protection et la confidentialité des renseignements personnels de l'OAP.

Indépendance et objectivité

L'OAP est un organisme sans but lucratif, sans lien avec les gouvernements ou l'industrie. La société est administrée par un conseil d'administration dont la majorité des membres n'ont aucun lien avec l'industrie de l'assurance des personnes.

Processus de traitement des plaintes

Première étape

Lorsqu'un consommateur communique avec l'OAP en vue de formuler une plainte, un des conseillers aux plaintes de l'OAP doit d'abord vérifier si ce consommateur a complété le processus de règlement des différends de sa société d'assurance de personnes. Dans la négative, le conseiller aux plaintes explique le processus interne de règlement des différends de la société, et donne au consommateur des conseils relatifs à la nature et au type de renseignements nécessaires au traitement de sa plainte dans le cadre de ce processus. Le processus terminé, la société d'assurances expédiera une lettre expliquant sa décision finale.

Deuxième étape

Un consommateur qui a reçu la lettre expliquant la décision finale de la société d'assurances de personnes membre de l'OAP, et n'est pas satisfait du résultat, peut se prévaloir du processus gratuit et indépendant de résolution des plaintes de l'OAP.

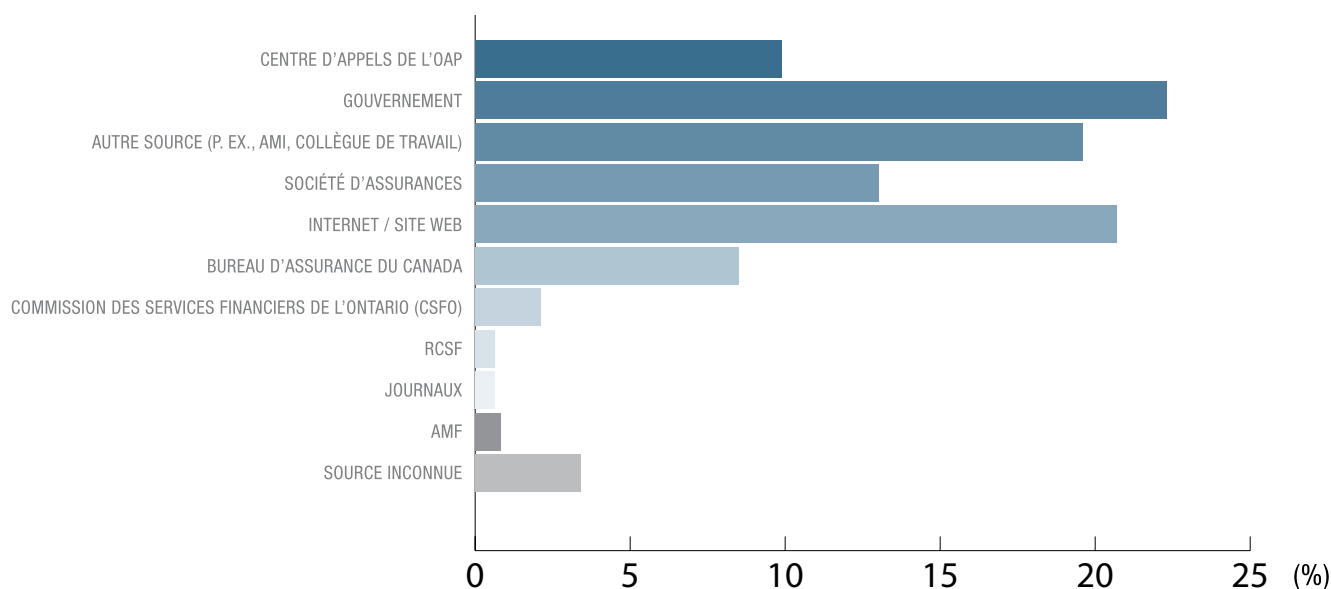
À cette étape, un conseiller aux plaintes chevronné étudie la plainte de manière impartiale, recueille tous les renseignements et faits pertinents, puis indique au consommateur la meilleure façon de procéder pour en arriver à un règlement; ceci peut signifier d'envoyer de l'information supplémentaire à l'assureur ou de communiquer avec lui avec l'aide de l'OAP.

Troisième étape

Si la plainte n'est toujours pas résolue au terme de la deuxième étape, l'OAP peut, à sa discrétion, acheminer la plainte à un conciliateur aux fins d'enquête et de conciliation. Ce conciliateur collabore avec le consommateur et la société membre en vue de la résolution volontaire de la plainte. Le conciliateur communique avec les deux parties afin de recueillir tous les renseignements supplémentaires nécessaires, puis évalue la plainte de manière à trouver un terrain d'entente entre les parties.

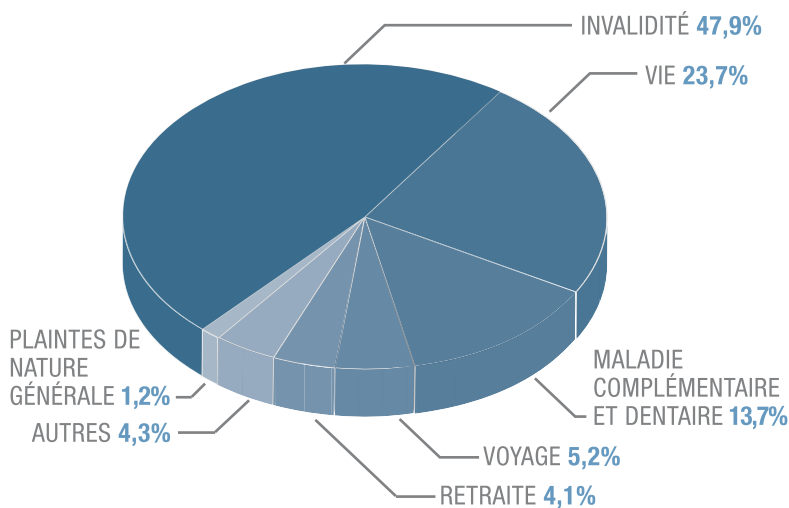
Au besoin, une plainte peut être soumise à une autre révision, qui donnera lieu à une recommandation non exécutoire pour le consommateur et la société membre.

Plaintes par source



Statistiques sur les plaintes

Plaintes par produit



TOTAL 2 084

Plaintes par province

ONT.	876
QC	791
C.-B.	150
ALB.	124
N.-É.	39
N.-B.	19
SASK.	13
MAN.	33
T.-N.-L.	8
I.-P.-É.	8
Territoires (3)	3
États-Unis et étranger	17
Provenance inconnue	3
Total	2 084

Aperçu

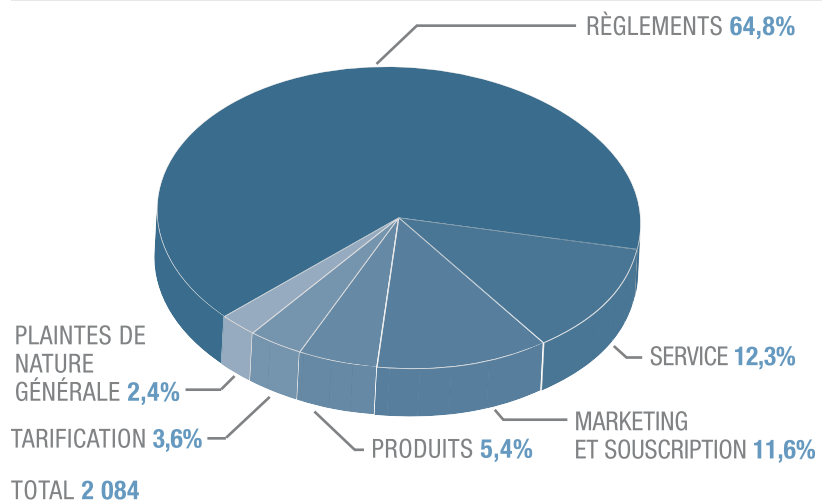
Quelques 2 084 plaintes sont parvenues à l'OAP au cours du dernier exercice financier. De ce nombre, 570 plaintes écrites ont nécessité l'ouverture d'un dossier, ce qui représente, par rapport à l'année précédente, une augmentation de 17 % qui continue la tendance à la hausse observée au cours des trois dernières années.

Cette hausse du volume des plaintes écrites confirme qu'une proportion croissante des plaintes que l'OAP reçoit sont de plus en plus complexes.

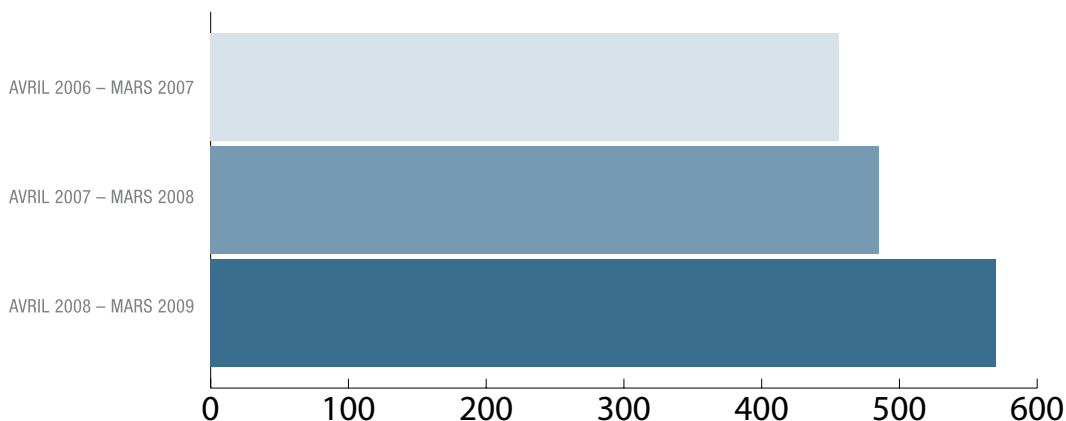
La région centrale du Canada continue d'être le foyer de la majorité des plaintes. Comme par les années précédentes, la plupart des plaintes ont trait à des produits d'assurance invalidité et d'assurance vie et concernent les services de règlements.

Le nombre de plaintes relatives au service a poursuivi le recul observé au cours des trois dernières années, tandis que les plaintes visant les opérations de marketing et de souscription ont connu une hausse constante durant la même période.

Plaintes par fonction au sein de la société



Volume des plaintes écrites



À qui le tour ?

Au moment d'acheter sa remorque, M. G. a souscrit au régime d'assurance collective des créanciers offert par son concessionnaire. La documentation afférente confirmait que M. G. avait demandé de bénéficier d'une assurance vie et d'une assurance invalidité pour protéger le financement de sa remorque.

Étant devenu invalide, M. G. a communiqué avec le concessionnaire en vue de soumettre une demande de prestations d'invalidité pour le remboursement de son prêt pendant la période où il était incapable de travailler. C'est alors que M. G. a appris que le prêt relatif à sa remorque était assorti d'une assurance vie seulement, contrairement à ce qu'affirmait la documentation qu'il avait en sa possession.

M. G. a donc rencontré un représentant de son concessionnaire afin de discuter du problème posé par les garanties de son contrat d'assurance. Le représentant a admis la responsabilité du concessionnaire et confirmé son erreur. Il a même offert, à un certain moment, de payer les primes d'assurance invalidité pour le compte de M. G., une offre qu'il a par la suite retirée.

Au moment où il a communiqué avec l'OAP, M. G. avait déjà tenté à plusieurs reprises de régler le dossier lui-même, mais sans succès. Il éprouvait beaucoup de frustration, plus particulièrement parce qu'il ne savait pas à quelle partie s'adresser. Devait-il poursuivre ses démarches auprès du concessionnaire, du tiers partie administrateur du régime ou de la société d'assurance elle-même ? À première vue, M. G. semblait avoir été désavantagé par les décisions du concessionnaire, et non celles de la société d'assurance ou de l'administrateur du régime. La collecte de données supplémentaires s'imposait donc pour déterminer la meilleure démarche pour régler la situation.

Une conseillère aux plaintes de l'OAP a d'abord communiqué avec le tiers partie administrateur, dont le rôle est de veiller à l'administration du régime d'assurance pour le compte de l'assureur. La démarche a permis de confirmer que seul un certificat d'assurance vie avait été émis pour M. G. et qu'il ne bénéficiait d'aucune protection en cas d'invalidité. C'est à ce moment que notre conseillère a commencé à craindre que l'assureur refuse d'examiner les demandes de prestations d'invalidité de M. G., même si celui-ci ou le concessionnaire acceptait de payer la prime de l'assurance invalidité. La conseillère a donc écrit au responsable du traitement des plaintes de la société d'assurance pour lui faire part de la situation et lui demander si l'assureur accepterait les demandes de prestations de M. G. s'il recevait les versements de la prime.

Le responsable du traitement des plaintes de la société d'assurance a informé l'OAP qu'il procédait à une enquête sur le sujet. Ayant déjà joint le concessionnaire, il tentait de communiquer avec M. G. afin de connaître sa version de la situation. Un suivi a été effectué par notre conseillère aux plaintes, qui a encore une fois tenté de savoir

« M. G. avait déjà tenté à plusieurs reprises de régler le dossier lui-même, mais sans succès. »

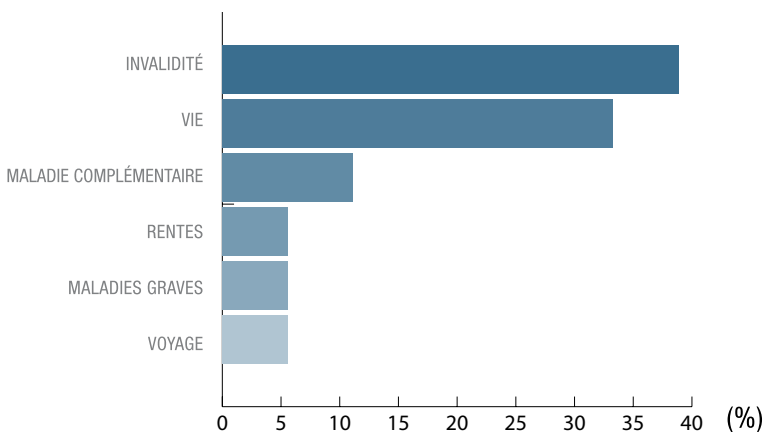
si l'assureur accepterait d'assumer la responsabilité des demandes de prestations dans l'éventualité où l'enquête révélerait que la faute incombe au concessionnaire et où la prime serait ultérieurement payée. C'est ainsi que notre conseillère a appris que le responsable du traitement des plaintes de l'assureur soumettrait la question à l'attention de la haute direction de la société.

Les parties ont fini par convenir d'un règlement, en vertu duquel le concessionnaire acceptait de payer la moitié de la prime d'assurance invalidité, M. G. devant s'acquitter de l'autre moitié, et l'assureur s'engageait à accepter les demandes de prestations de M. G. sur réception du paiement total de la prime. M. G. s'est dit très reconnaissant de l'aide que l'OAP lui a fournie relativement à ce règlement, grâce auquel ses demandes de prestations seraient désormais acceptées, conformément à ses attentes initiales selon lesquelles il était protégé en cas d'invalidité.

Démenti : Dans l'exemple précédent les noms, lieux et événements ont été modifiés dans le but de protéger la vie privée des personnes concernées.

Statistiques sur les enquêtes

Enquêtes par type de produit

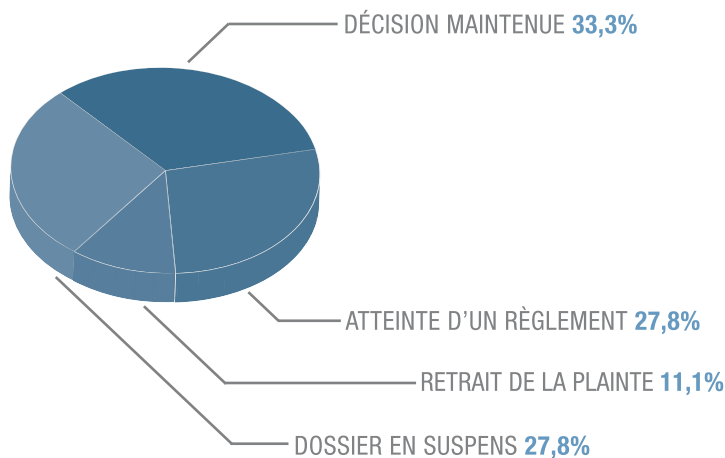


Aperçu

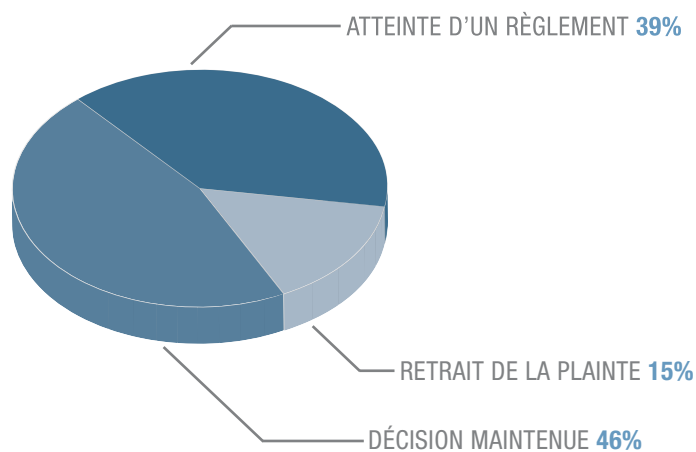
L'OAP a mené dix-huit (18) enquêtes cette année, ce qui représente une hausse par rapport aux sept (7) enquêtes réalisées l'année dernière.

- Comme ce fut le cas dans le passé, la majorité des enquêtes portaient sur les demandes de prestations d'invalidité, suivi des prestations d'assurance vie et des enquêtes relatives au marketing et souscription.
- Soixante-douze pour cent (72 %) des enquêtes ont été complétées dans l'année. De ce nombre, trente-neuf pour cent (39 %) ont fait l'objet d'un règlement.
- Depuis le début de l'exercice 2008-2009, l'OAP consigne les enquêtes par exercice financier plutôt que par année civile, de sorte que les rapports statistiques des enquêtes couvrent la même période que les rapports de plaintes.
- Les données sur les enquêtes sont maintenant enregistrées sur la base du nombre total de dossiers ouverts au cours de l'année, ce qui nous permettra de mieux évaluer la demande de ce service et d'établir une norme pour une composante clé du service, c'est-à-dire, le délai nécessaire pour conclure une enquête.

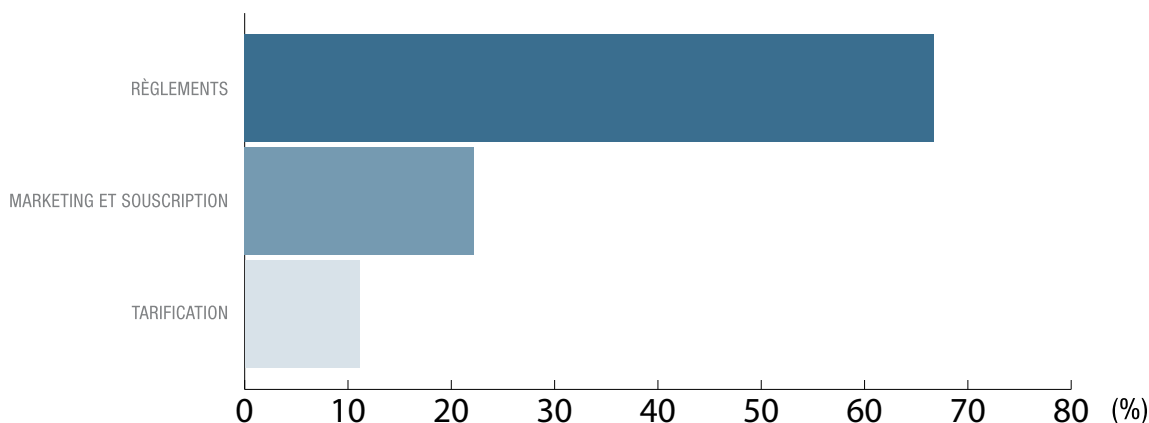
Issue des dossiers ouverts



Issue des dossiers réglés



Enquêtes par fonction au sein de la société



Réouverture des canaux de communication

Mme M. a communiqué avec l'OAP en vue d'obtenir de l'aide pour le rétablissement de ses prestations d'invalidité. La première communication entre Mme M. et l'un de nos conseillers aux plaintes a révélé que la cliente recevait des prestations d'invalidité de longue durée depuis plus de deux ans lorsque les versements ont été interrompus parce que Mme M. ne collaborait pas au programme de réadaptation mis à sa disposition par sa société d'assurance, comme le prouvent les nombreuses séances de traitement auxquelles elle ne s'est pas présentée. De plus, l'assureur soupçonnait Mme M. de « simuler » ses problèmes de santé. La plainte a donc été acheminée à l'un de nos conciliateurs, aux fins d'examen détaillé.

Conformément à la pratique, le régime collectif d'assurance invalidité de Mme M. prévoit le versement de prestations pendant une période de 24 mois, à condition que la cliente prouve de façon satisfaisante qu'elle est incapable d'exécuter les tâches reliées à l'emploi qu'elle occupait avant son invalidité. Pour continuer à recevoir des prestations au-delà de cette période, Mme M. devait prouver de manière satisfaisante qu'elle était incapable d'occuper tout emploi pour lequel elle serait « raisonnablement qualifiée » étant donné ses études, sa formation ou son expérience.

Le conciliateur affecté au dossier a remarqué que l'assureur avait continué de reconnaître l'invalidité de Mme M. au-delà de la période initiale de 24 mois, mais qu'il commençait à s'inquiéter de l'éventuelle durée du règlement étant donné la relative jeunesse de Mme M. L'assureur a donc exigé que Mme M. suive un programme de réadaptation en vue d'évaluer sa capacité à réintégrer le monde du travail.

Après avoir longuement discuté avec l'assurée, le conciliateur évalua que la meilleure façon de traiter la plainte serait de procéder à un examen indépendant du dossier de règlement de l'assureur. Ce dernier accepta immédiatement.

Au cours de son enquête et de son analyse, le conciliateur a noté la présence de préoccupations et de points de vue contradictoires entre les deux parties. Les préoccupations que l'assureur entretenait relativement au règlement étaient parfaitement compréhensibles. Le conciliateur accorde du crédit à la société d'assurance, pour avoir poursuivi le versement des prestations bien au-delà de la période initiale de 24 mois, et pour avoir décidé d'assumer les coûts de réadaptation de Mme M. Toutefois l'examen du conciliateur suggère que le programme de réadaptation proposé par l'assureur ne convenait peut-être pas à l'état de santé de Mme M.

Le conciliateur était également préoccupé par la suspicion profonde de

« Qui plus est, l'assureur soupçonnait Mme M. de « simuler » sa blessure. »

l'assureur qu'il y avait « simulation » par Mme M, suspicion qui ne semblait d'ailleurs pas appuyée par des faits. En effet, les observations du médecin traitant ne corroboraient aucunement l'allégation de « simulation », non plus que la collaboration de Mme M. à des traitements de substitution conçus pour atténuer les effets de son invalidité.

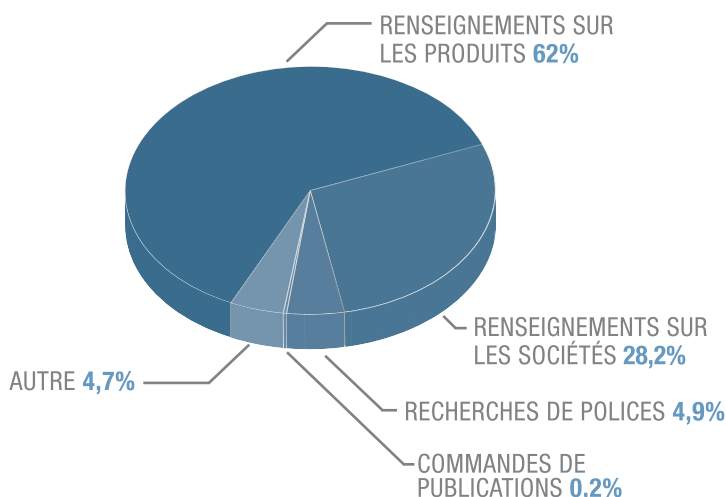
Au terme de son examen, le conciliateur a rédigé une proposition détaillée à l'intention de l'assureur. Reconnaisant, d'une part, le soutien accordé par l'assureur à la demande de règlement et sa décision d'investir dans la réadaptation de Mme M., le conciliateur a rappelé, d'autre part, que l'invalidité de la cliente n'était pas remise en cause selon les termes du contrat et que son manque d'assiduité aux séances de réadaptation était vraisemblablement justifiée par le fait que le programme ne convenait pas à son état de santé, plutôt que dû à un manque de « collaboration » à un programme adapté. Ayant eu la possibilité d'examiner la plainte d'un point de vue indépendant, le conciliateur a laissé entendre que les soupçons de simulation de l'assureur n'étaient pas appuyés sur les faits.

Ayant accepté de tenir compte du point de vue du conciliateur, la société d'assurance a rapidement répondu avec une offre qui a permis de résoudre le dossier à la satisfaction des deux parties. En résumé, l'assureur a accepté de rétablir rétroactivement le versement des prestations de Mme M. à condition que celle-ci se soumette à un nouveau programme de réadaptation convenant à son état de santé et préparé en consultation avec son médecin traitant. Les deux parties ont été satisfaites du résultat et nous avons appris que Mme M. suit avec succès son nouveau programme de réadaptation.

Démenti : Dans l'exemple précédent les noms, lieux et événements ont été modifiés dans le but de protéger la vie privée des personnes concernées.

Statistiques sur les demandes de renseignements

Pourquoi nous a-t-on appelé ?



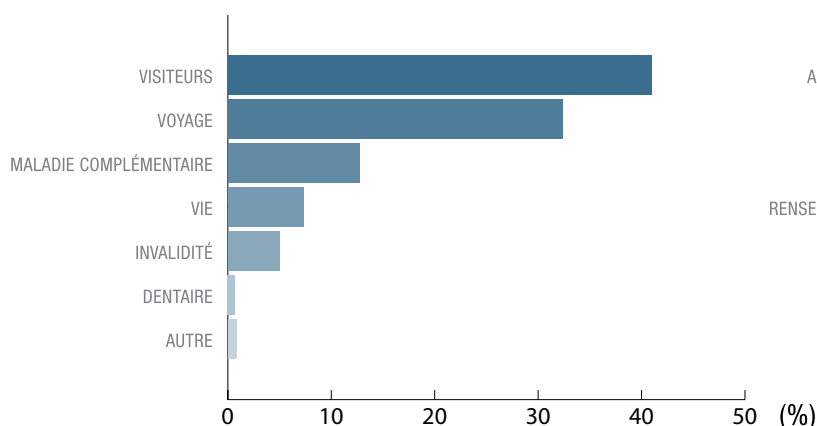
Aperçu

Par le truchement de ses centres d'appels sans frais de Toronto et de Montréal, l'OAP offre aux consommateurs canadiens des renseignements généraux sur les produits et les services d'assurances de personnes. Nous distribuons également de nombreuses brochures destinées aux consommateurs, en plus d'aider ces derniers à retrouver des polices d'assurance vie perdues.

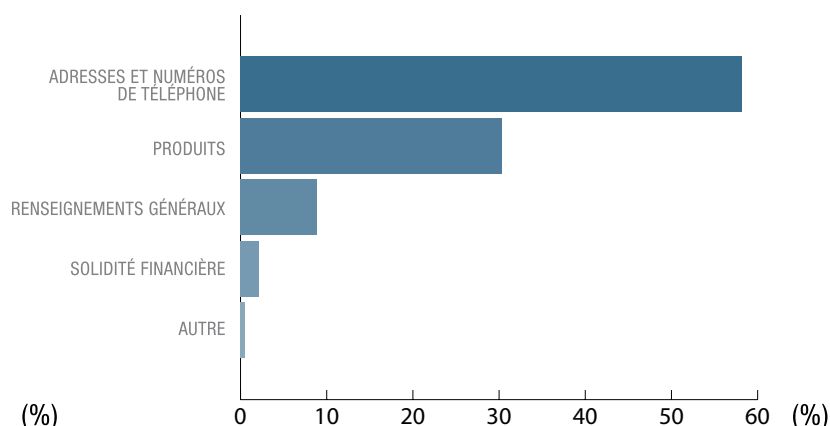
Au cours de l'exercice 2009, les services d'information de l'OAP ont répondu à 31 089 appels, concernant plus de 35 000 sujets relatifs à l'assurance de personnes. La majorité de ces appels concernaient des demandes de renseignements sur l'assurance voyage, l'assurance des visiteurs et l'assurance santé pour employés. Nous avons également reçu 1 736 demandes de recherche de polices d'assurance vie.

Depuis août 2009, nos nouveaux sites Web français et anglais contiennent un formulaire de demande de renseignements en ligne, ce qui accroît l'accessibilité de nos services d'information. Les consommateurs peuvent désormais s'en prévaloir tous les jours, à toute heure du jour ou de la nuit.

Analyse des demandes de renseignements sur les produits



Analyse des demandes de renseignements sur les sociétés



D'où nous a-t-on appelé ?

Ontario	14 284	45,9%
Québec	13 278	42,7%
Prairies	1 392	4,5%
C.-B.	922	3,0%
Maritimes	644	2,1%
É.-U. et étranger	549	1,7%
Territoires (3)	20	0,1%
Total	31 089	100%

Deux couvertures, mais aucune prestation

M. R a envoyé un courriel à l'OAP parce qu'il rencontrait des difficultés lors de l'administration de ses demandes de règlement d'assurance maladie complémentaire. M. R est titulaire d'une police d'assurance maladie individuelle de la société A, et est couvert en vertu du régime d'assurance collective de son épouse auprès de la société B.

Depuis de nombreuses années, M. R envoie d'abord ses demandes de règlement à l'assureur de sa police individuelle, c'est-à-dire la société A, avant de soumettre à l'assureur du régime collectif de son épouse, la société B, une demande de règlement visant toutes les dépenses non remboursées par sa police individuelle. La société A lui demande toutefois d'envoyer désormais ses demandes de règlement d'abord à l'assureur du régime collectif de son épouse, ce à quoi M. R se conforme. Or, la société B refuse elle aussi d'agir à titre de premier payeur. Lorsque M. R communique la position de la société B à la société A, celle-ci lui répond de régler le problème lui-même.

À titre d'information, parmi les lignes directrices de l'industrie de l'assurance, la ligne directrice sur la coordination des prestations (CDP) décrit l'ordre dans lequel les prestations doivent être versées et la façon de coordonner le versement des prestations de soins médicaux ou de soins dentaires de tous les régimes collectifs en vigueur. Bien qu'aucune ligne directrice ne détermine l'ordre de versement des prestations dans le cas des régimes individuels, il existe, au sein de l'industrie, un consensus général selon lequel les fournisseurs de régimes collectifs devraient être les premiers payeurs. La société A s'appuyait sur cette règle non écrite lorsqu'elle a demandé à M. R d'envoyer d'abord ses demandes de règlement à la société responsable du régime collectif de son épouse.

La situation était d'autant plus compliquée que l'émetteur du régime collectif, la société B, ne figurait pas parmi les sociétés membres de l'OAP et que notre conseiller ne pouvait donc pas communiquer avec la société B pour le compte de M. R.

Il convient de rappeler que toutes les sociétés d'assurance de personnes régies par le gouvernement fédéral sont tenues d'appartenir à un service indépendant de règlement des plaintes. La plupart choisissent d'adhérer à l'OAP en raison de notre vaste expertise dans le domaine. Les assureurs régis par les gouvernements provinciaux ne sont toutefois pas soumis aux mêmes exigences, même si bon nombre d'entre eux décident quand même de s'inscrire auprès de l'OAP.

« Il était insatisfait de l'administration de ses demandes de règlement d'assurance maladie complémentaire. »

S'efforçant de trouver une solution, le conseiller de l'OAP a écrit au responsable du service des plaintes de la société A, pour lui laisser savoir qu'il n'était pas juste de pénaliser M. R ou d'exiger de lui qu'il règle le problème lui-même, mais il ne pouvait pas communiquer avec la société B, puisque celle-ci n'est pas une société membre de l'OAP. Notre conseiller a donc proposé que la société A communique directement avec la société B au nom du titulaire de police afin de trouver une solution acceptable pour tous.

La société A nous a répondu le jour même. À l'instar de notre conseiller, elle reconnaissait que M. R, en tant qu'assuré, n'avait pas à être pénalisé par la situation, ni à régler le problème lui-même. Par la suite, la société A a confirmé qu'elle recommencerait à agir comme premier payeur des demandes de règlement de M. R, compte tenu des problèmes que celui-ci a connus avec la société B. M. R était évidemment ravi que l'OAP ait facilité l'atteinte d'un règlement qui garantissait que les deux assureurs continueraient d'administrer ses demandes et de verser ses prestations de soins médicaux, contrairement à la situation précédente, où personne ne traitait, ni ne remboursait ses dépenses.

Démenti : Dans l'exemple précédent les noms, lieux et événements ont été modifiés dans le but de protéger la vie privée des personnes concernées.

Évaluation indépendante

Une évaluation indépendante des services de l'Ombudsman des assurances de personnes a été effectuée au cours du dernier exercice financier.

Cette évaluation indépendante avait pour objet de mesurer la qualité de nos activités à la lumière des lignes directrices définies dans le Cadre de collaboration (le « Cadre »), une entente intervenue entre les trois services de conciliation de l'industrie qui sont membres du Réseau de conciliation du secteur financier (RCSF) incluant l'OAP, le comité de règlement des différends du Forum conjoint des autorités de réglementation du marché financier et le ministère des finances du Canada.

Le Cadre définit des principes et des lignes directrices conçus pour aider les membres du RCSF à s'acquitter de leur mandat d'intérêt public. Les lignes directrices sont :

- 1) Indépendance ;**
- 2) Accessibilité ;**
- 3) Étendue des services ;**
- 4) Équité ;**
- 5) Méthodes et réparations ;**
- 6) Reddition de comptes et transparence ; et**
- 7) Évaluation par un tiers.**

L'évaluation a été réalisée, conformément à un plan de travail approuvé par le conseil d'administration, par l'entreprise Leslie H. Macleod & Associates, une firme spécialisée dans la conception et l'implantation de processus alternatifs de règlement des différends. Ce plan de travail prévoyait des entrevues avec les parties prenantes (y compris des représentants des sociétés membres), l'examen de nos documents de gouvernance (incluant les règlements, le mandat ainsi que les procès-verbaux des réunions du conseil d'administration), l'examen de nos pratiques et procédés de traitement des plaintes, des entrevues avec le personnel, de même qu'un examen confidentiel des dossiers de plaintes des consommateurs et des dossiers d'enquêtes. Il s'agissait manifestement d'une évaluation détaillée qui visait tous les aspects de nos opérations.

Le rapport rédigé au terme de cette évaluation révèle que l'OAP se conforme à bon nombre de normes que les pouvoirs de réglementation et l'organisme lui-même ont endossées. Ce rapport met également en lumière les nombreux points forts de l'organisme, notamment le soutien des sociétés membres et de l'industrie, le dévouement des membres du conseil, de la direction et du personnel, ainsi que nos efforts manifestes pour mettre en œuvre des mesures conformes au Cadre.

Comme on peut s'y attendre dans le cadre d'une évaluation aussi exhaustive, le rapport cerne les aspects qui nécessitent des améliorations et présente des recommandations visant à aider l'OAP à s'acquitter de son mandat d'intérêt public. L'évaluation a permis de déterminer trois domaines prioritaires :

- 1) une plus grande affirmation et protection de l'indépendance de l'OAP ;**
- 2) une visibilité et une accessibilité accrues des services de l'OAP au bénéfice des consommateurs canadiens ; et**
- 3) une suite d'améliorations aux politiques et procédés.**

Conformément au processus établi par le Cadre, le conseil d'administration de l'OAP, de façon indépendante, a analysé le rapport, puis préparé une réponse. Notre réponse consiste essentiellement en un plan stratégique triennal pour la mise en œuvre des recommandations qui relèvent de l'OAP, et l'établissement d'un processus de consultation auprès des parties prenantes en vue de la mise en œuvre des recommandations qui dépendent de leur contribution et de leur collaboration.

La première année du plan stratégique sera consacrée à la mise en œuvre des recommandations relatives aux trois aspects prioritaires définis dans le rapport, en particulier celles qui relèvent du contrôle interne de l'OAP. Pour la deuxième année, le plan prévoit de terminer la mise en œuvre des principales initiatives internes et d'amorcer le processus de collaboration avec les parties prenantes externes afin de définir les priorités et d'établir les échéanciers et les méthodes de mise en œuvre des initiatives qui nécessitent leur collaboration. Enfin, la troisième année du plan stratégique sera consacrée à l'achèvement des recommandations internes et externes dont la mise en œuvre n'est pas complétée.



KPMG LLP
Chartered Accountants
Suite 3300 Commerce Court West
PO Box 31 Stn Commerce Court
Toronto ON M5L 1B2
Canada

Telephone (416) 777-8500
Fax (416) 777-8818
Internet www.kpmg.ca

RAPPORT DES VÉRIFICATEURS

Aux membres du Service de conciliation des assurances de personnes du Canada

Nous avons vérifié le bilan du Service de conciliation des assurances de personnes du Canada au 31 mars 2009 et les états des résultats et de la variation du solde du fonds de fonctionnement et des flux de trésorerie de l'exercice terminé à cette date. La responsabilité de ces états financiers incombe à la direction de la société. Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur ces états financiers en nous fondant sur notre vérification.

Notre vérification a été effectuée conformément aux normes de vérification généralement reconnues du Canada. Ces normes exigent que la vérification soit planifiée et exécutée de manière à fournir l'assurance raisonnable que les états financiers sont exempts d'inexactitudes importantes. La vérification comprend le contrôle par sondages des éléments probants à l'appui des montants et des autres éléments d'information fournis dans les états financiers. Elle comprend également l'évaluation des principes comptables suivis et des estimations importantes faites par la direction, ainsi qu'une appréciation de la présentation d'ensemble des états financiers.

À notre avis, ces états financiers donnent, à tous les égards importants, une image fidèle de la situation financière de la société au 31 mars 2009 ainsi que des résultats de son fonctionnement et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date selon les principes comptables généralement reconnus du Canada. Conformément aux exigences de la Loi sur les corporations canadiennes, nous déclarons que, à notre avis, ces principes ont été appliqués de la même manière qu'au cours de l'exercice précédent.

Comptables agréés, experts-comptables autorisés

Toronto, Canada
Le 8 mai 2009

Données financières

Bilan

Au 31 mars 2009, avec chiffres correspondants de 2008

Actif

Actif à court terme	2009	2008
Trésorerie et équivalents de trésorerie (note 2)	\$ 614 688	\$ 541 066
Débiteurs	72	5 385
Acomptes	18 080	8 456
	632 840	554 907
Immobilisations (note 3)	34 818	71 016
	\$ 667 658	\$ 625 923

Passif et solde du fonds

Passif à court terme		
Créditeurs et charges à payer	\$ 71 472	\$ 78 487
Incitatifs à la location reportés	2 862	6 869
	74 334	85 356
Incitatifs à la location reportés	-	2 862
Solde du fonds		
Fonds de fonctionnement :		
Investissement en immobilisations	34 818	71 016
Fonds non affectés	558 506	466 689
	593 324	537 705
Engagements (note 5)	\$667 658	\$625 923

Se reporter aux notes afférentes aux états financiers.

État des résultats et de la variation du solde du fonds de fonctionnement

Exercice terminé le 31 mars 2009, avec chiffres correspondants de 2008

Produits	2009	2008
Cotisations générales	\$ 1 485,000	\$ 1 266 105
Placements	12 417	17 673
	1 497 417	1 283 778
Charges		
Frais de personnel et services de règlement des litiges	776 680	600 185
Honoraires du conseil d'administration	121 979	110 811
Réunions du conseil et déplacements	39 304	34 089
Réunions du personnel et déplacements	16 131	7 030
Loyers	89 699	91 687
Frais de gestion (note 4)	77 490	88 830
Technologie de l'information	69 761	70 954
Amortissement des immobilisations	37 880	40 578
Télécommunications	25 744	25 643
Honoraires professionnels	102 135	22 137
Coûts liés au RCSF	17 412	17 689
Fournitures et services	19 987	16 404
Assurances	10 833	12 742
Traduction	7 587	12 057
Frais des installations – Toronto	5 320	2 095
Communications	6 179	4 676
Recrutement	16 734	41 146
Sondage auprès des consommateurs	-	12 174
Formation et perfectionnement	943	509
Charges avant l'élément qui suit	1 441 798	1 211 436
Remboursement des frais d'adhésion au RCSF	-	(19 793)
	1 441 798	1 191 643
Excédent des produits sur les charges	55 619	92 135
Solde du fonds de fonctionnement au début de l'exercice	537 705	445 570
Solde du fonds de fonctionnement à la fin de l'exercice	\$ 593 324	\$ 537 705

Se reporter aux notes afférentes aux états financiers.

Données financières

État des flux de trésorerie

Exercice terminé le 31 mars 2009, avec chiffres correspondants de 2008

Rentrées (sorties) de fonds liées aux activités suivantes :

Activités de fonctionnement	2009	2008
Excédent des produits sur les charges	\$ 55 619	\$ 92 135
Éléments sans incidence sur la trésorerie		
Amortissement des immobilisations	37 880	40 578
Amortissement des incitatifs à la location	(6 869)	(6 869)
Variation des soldes hors trésorerie liés au fonctionnement		
Débiteurs	5 314	(3 041)
Dépenses recouvrables et acomptes	(9 624)	-
Créditeurs et charges à payer	(7 015)	18 983
	75 305	141 786
Activités d'investissement		
Nouvelles immobilisations	(1 683)	(27 809)
Augmentation de la trésorerie et des équivalents de trésorerie	73 622	113 977
Trésorerie et équivalents de trésorerie au début de l'exercice	541 066	427 089
Trésorerie et équivalents de trésorerie à la fin de l'exercice	\$ 614 688	\$ 541 066

Se reporter aux notes afférentes aux états financiers.

Notes afférentes aux états financiers

Exercice terminé le 31 mars 2009

Le Service de conciliation des assurances de personnes du Canada (le « SCAPC ») est un organisme sans but lucratif constitué en vertu de la Partie II de la Loi sur les corporations canadiennes dans le but de venir en aide aux consommateurs souhaitant exposer un problème ou formuler une plainte au sujet d'un service ou d'un produit d'assurances de personnes au Canada. Le SCAPC est exonéré d'impôts sur le bénéfice en vertu de la Loi de l'impôt sur le revenu (Canada), sous réserve de certaines dispositions de cette loi.

1.Principales conventions comptables

Les présents états financiers ont été dressés conformément aux principes comptables généralement reconnus du Canada.

a) Instruments financiers

Les instruments financiers sont classés dans l'une ou l'autre des cinq catégories suivantes : détenus à des fins de transaction, détenus jusqu'à leur échéance, prêts et créances, actifs financiers disponibles à la vente et autres passifs financiers. Tous les instruments financiers, y compris les dérivés, sont comptabilisés à la juste valeur au bilan, à l'exception des prêts et créances, des placements détenus jusqu'à leur échéance et des autres passifs financiers, qui sont comptabilisés au coût après amortissement. Les évaluations et variations subséquentes de la juste valeur dépendent du classement initial, de la manière suivante : les actifs financiers détenus à des fins de transaction sont évalués à la juste valeur et les variations de la juste valeur sont comptabilisées en résultat net; et les instruments financiers disponibles à la vente sont évalués à la juste valeur et les variations de la juste valeur sont inscrites dans les autres éléments du résultat étendu jusqu'à ce que l'investissement soit sorti du bilan ou déprécié, les montants étant alors comptabilisés en résultat net. Le SCAPC classe ses placements à court terme comme étant détenus à des fins de transaction et les évalue à la juste valeur. Les variations de la juste valeur sont portées en résultat net.

L'Institut Canadien des Comptables Agréés (« ICCA ») a publié deux nouveaux chapitres du Manuel de l'ICCA, à savoir le chapitre 3862, « Instruments financiers – informations à fournir », et le chapitre 3863, « Instruments financiers – présentation ». Ces nouveaux chapitres modifient et améliorent l'obligation d'information énoncée dans le chapitre 3861 du Manuel de l'ICCA, « Instruments financiers – informations à fournir et présentation ».

Le 15 octobre 2008, le Conseil des normes comptables du Canada a déterminé que les organismes sans but lucratif pouvaient continuer à suivre le chapitre 3861 plutôt que d'adopter les chapitres 3862 et 3863. Par conséquent, le SCAPC a choisi de continuer à appliquer les dispositions du chapitre 3861.

b) Comptabilité par fonds

Les présents états financiers sont établis selon la méthode de comptabilisation par fonds affecté. Le fonds de fonctionnement rend compte des ressources non affectées.

c) Constatation des produits

Les cotisations générales sont constatées à titre de produits du fonds de fonctionnement dans l'exercice au cours duquel la somme est reçue ou est à recevoir.

d) Immobilisations

Les immobilisations sont comptabilisées au prix coûtant moins l'amortissement cumulé. Le mobilier et le matériel de bureau sont amortis selon la méthode du solde dégressif au taux annuel de 20 %. Le matériel informatique est amorti selon la méthode de l'amortissement linéaire sur quatre ans. Les améliorations locatives sont amorties selon la méthode linéaire sur la durée résiduelle du contrat de location.

e) Incitatifs à la location

Les incitatifs à la location reçus du propriétaire à l'égard des locaux loués sont reportés et amortis selon la méthode linéaire sur la durée du bail. L'amortissement est déduit du loyer qui figure à l'état des résultats.

f) Incertitude relative à la mesure

La préparation d'états financiers exige que la direction fasse des estimations et pose des hypothèses qui influent sur la valeur comptable des actifs et des passifs à la date du bilan ainsi que sur les montants inscrits au titre des produits et des charges de l'exercice. Les résultats réels pourraient différer de ces estimations.

2. Trésorerie et équivalents de trésorerie

La trésorerie et les équivalents de trésorerie comprennent le solde bancaire et les placements à court terme qui sont constitués d'acceptations bancaires. La trésorerie et les équivalents de trésorerie se composent des montants suivants inclus au bilan :

	2009		2008	
	Valeur comptable	Juste valeur	Valeur comptable	Juste valeur
Trésorerie	\$ 214 861	\$ 214 861	\$ 52 216	\$ 52 216
Placements à court terme	399 827	399 827	488 850	488 850
	\$ 614 688	\$ 614 688	\$ 541 066	\$ 541 066

Les placements à court terme, d'un montant de capital totalisant 399 827 \$ (488 850 \$ en 2008), sont constitués d'acceptations bancaires portant intérêt à des taux effectifs variant de 0,40 % à 3,63 % (1,90 % à 3,63 % en 2008). Les intérêts sont encaissables à l'échéance.

Données financières

3. Immobilisations

	Prix coûtant	Amortissement cumulé	2009 Valeur comptable nette	2008 Valeur comptable nette
Mobilier de bureau	\$ 17 687	\$ 11 315	\$ 6 372	\$ 7 965
Matériel de bureau	11 216	6 861	4 355	5 444
Matériel informatique	29 492	14 325	15 167	27 263
Améliorations locatives	78 537	69 613	8 924	30 344
	\$ 136 932	\$ 102 114	\$ 34 818	\$ 71 016

4. Opérations effectuées avec l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes inc. (l'« ACCAP »)

Au cours de l'exercice, l'ACCAP a fourni des services de gestion au SCAPC, soit principalement des services d'administration et de technologie de l'information, ainsi que des services financiers, qui ont totalisé 137 235 \$ (154 252 \$ en 2008), ce qui comprend les taxes applicables.

5. Engagements

Le SCAPC loue des bureaux à Toronto et à Montréal. Le 12 mars 2009, il a signé une nouvelle entente relativement à ses bureaux de Toronto, car le bail existant vient à échéance le 31 août 2009. Les loyers annuels minimums à verser aux termes du nouveau bail et des autres baux existants s'établissent comme suit :

Exercice se terminant le 31 mars	Bureaux
2010	\$ 37 245
2011	44 191
2012	44 191
2013	44 191
2014	27 649
2015 et par la suite	160 916

Sociétés membres

Toutes les sociétés d'assurances de personnes régies par les gouvernements fédéral ou provinciaux du Canada peuvent être membre de l'OAP. Les sociétés d'assurances de personnes membres de l'OAP sont appelées «sociétés membres». Les clients des sociétés membres ont accès au service de résolution de différends indépendant de l'OAP.

Nous sommes heureux de vous présenter les sociétés membres au 22 septembre 2009 :

Acadia Life	Groupe Promutuel	SCOR Global Life
ACE INA Life Insurance	Hartford Life Insurance Company	Scotia Life Insurance Company
Actra Fraternal Benefit Society	Household Life Insurance Company	SSQ Financial Group
Aetna Life Insurance Company	Industrial Alliance Insurance and Financial Services Inc.	SSQ, Life Insurance Company Inc.
Allianz Life Insurance Company of North America	Industrial Alliance Pacific Insurance and Financial Services	Standard Life Assurance Limited
American Bankers Insurance Company of Florida	John Hancock Life Insurance Company	Standard Life Trust Company
American Bankers Life Assurance Company of Florida	Knights of Columbus	State Farm International Life Insurance Company Ltd.
American Health and Life Insurance Company	L'Alternative, compagnie d'assurance sur la vie	Stonebridge Life Insurance Company
Assumption Mutual Life Insurance Company	L'Entraide Assurance Mutual Company	Sun Life Assurance Company of Canada
Assurant Life of Canada	La Capitale Civil Service Insurer Inc.	Sun Life Insurance (Canada) Limited
Assurant Solutions	La Capitale Insurance and Financial Services Inc.	Swiss Re Life & Health Canada
AXA Assurances Inc.	Legacy General Insurance Company	Swiss Reinsurance Company
Blue Cross Life Insurance Company of Canada	Life Insurance Company of North America	TD Life Insurance Company
BMO Life Assurance Company	London Life Insurance Company	Teachers Life Insurance Society (Fraternal)
BMO Life Insurance Company	LS Mutual Life Insurance Company	The Canada Life Assurance Company
Canadian Premier Life Insurance Company	Lutheran Life Insurance Society of Canada	The Canada Life Insurance Company of Canada
Canassurance Hospital Service Association	Manulife Canada Ltd.	The Empire Life Insurance Company
Canassurance Insurance Company	Manulife Financial	The Equitable Life Insurance Company of Canada
CIGNA Life Insurance Company of Canada	MD Life Insurance Company	The Excellence Life Insurance Company
Co-operators General Insurance Company	Medavie Blue Cross	The Great-West Life Assurance Company
Co-operators Life Insurance Company	MetLife Canada	The Independent Order of Foresters
Combined Insurance Company of America	Metropolitan Life Insurance Company	The International Life Insurance Company
CompCorp Life Insurance Company	Munich Reinsurance Company	The Manufacturers Life Insurance Company
Connecticut General Life Insurance Company	National Bank Life Insurance Company	The Standard Life Assurance Company (2006)
CT Financial Assurance Company	New York Life Insurance Company	The Standard Life Assurance Company of Canada
CUMIS Life Insurance Company	Optimum Reassurance Inc.	The Union Life, A Mutual Assurance Company / UL Mutual
CUNA Mutual Insurance Society	Partner Reinsurance Company Ltd.	The Wawanesa Life Insurance Company
Desjardins Financial Security Life Assurance Company	PartnerRe SA	TIC Travel Insurance Coordinators Ltd.
Employers Reassurance Corporation	Penncorp Life Insurance Company	Transamerica Life Canada
FaithLife Financial	Primerica Life Insurance Company of Canada	Triton Insurance Company
First North American Insurance Company	Principal Life Insurance Company	Union of Canada Life Insurance
Foresters	Promutuel Vie Inc.	Unity Life of Canada
General American Life Insurance Company	RBC General Insurance Company	Western Life Assurance Company
Gerber Life Insurance Company	RBC Insurance Company of Canada	
GMS Insurance Inc.	RBC Life Insurance Company	
Green Shield Canada	Reassure America Life Insurance Company	
Group Medical Services	Reliable Life Insurance Company	
	RGA Life Reinsurance Company of Canada	

Bureaux et membres du conseil d'administration

BUREAUX

Ombudsman des assurances de personnes

1001, boul. de Maisonneuve O., bureau 640
Montréal (Québec)
H3A 3C8

OmbudService for Life & Health Insurance

401, rue Bay, boîte postale 7
Toronto (Ontario)
M5H 2Y4

MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION 2008-2009

Président

Bernard Bonin *

Ancien premier sous-gouverneur de la Banque du Canada

Administrateurs indépendants

Lea Algar **

Présidente du conseil d'administration, Service de conciliation en assurance de dommages, et ancienne ombudsman des assurances de l'Ontario

Dr. Janice MacKinnon *

Professeure à l'Université de la Saskatchewan, et ancienne ministre des Finances de la Saskatchewan

Yves Rabeau **

Professeur d'économie, Université du Québec à Montréal (UQAM)

Reginald Richard **

Ancien surintendant des assurances du Nouveau-Brunswick

Peter Maddaugh, c.r. *

Professeur de droit, Université de Victoria, et ancien associé, Torys LLP

Administrateurs sectoriels

Claude Garcia **

Administrateur de sociétés, et ancien président, Compagnie d'assurance Standard Life

Christopher McElvaine *

Administrateur, Foresters, et ancien Foresters, président, L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie

* Membre du Comité de gouvernance

** Membre du Comité des normes