

2011-2012 Rapport annuel



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 de la présidente du conseil d'administration
- P.03** Message de la directrice exécutive
- P.04** Processus de traitement des plaintes
- P.06** Statistiques sur les plaintes
- P.08** Étude de cas : 1
- P.09** Statistiques sur les enquêtes
- P.10** Étude de cas : 2
- P.11** Statistiques sur les demandes de renseignements
- P.12** Étude de cas : 3
- P.13** Statistiques sur les sites Web
- P.14** Normes
- P.15** États financiers
- P.21** Sociétés membres
- P.22** Bureaux + 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) 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.

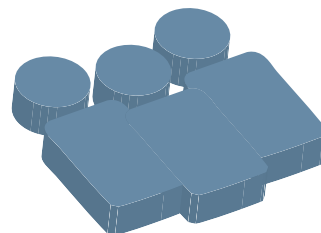
Illustration de la page couverture : «Shimmering Waters»
Collagraphie en taille-douce par Doug Forsythe
(www.dougforsythegallery.com) © Doug Forsythe 1989

Faits saillants + Volume total des activités

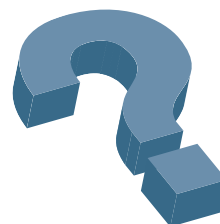
Highlights:

- Troisième année du plan stratégique triennal terminée
- Mise en application de 56 des 60 recommandations issues de l'évaluation indépendante
- Mise en place du nouveau processus de traitement des plaintes
- Adoption du plan triennal de consultation des parties intéressées
- Amélioration des méthodes de gouvernance
- Augmentation de 26 % des interactions avec le public
- Accueil de deux nouvelles sociétés membres

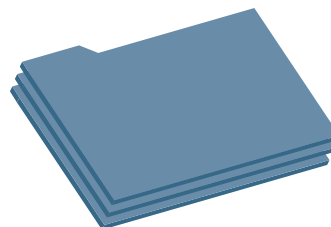
Analyse du volume total des activités



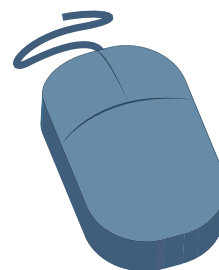
Total des interactions 70 140



Demandes de renseignements 31 579



Plaintes 2 444



Visiteurs des sites Web 36 117

Message de la présidente du conseil d'administration

Dr. Janice MacKinnon

Présidente du conseil d'administration,
Ombudsman des assurances de personnes

« Une performance extraordinaire se voit toujours dans le cadre d'attentes ambitieuses »

Charles F. Kettering (inventeur, ingénieur, homme d'affaires)

L'année écoulée a été fort trépidante, très productive et marquée de nombreuses réalisations.

PLAN STRATÉGIQUE

Nous avons terminé, avec succès, la dernière année de notre plan stratégique triennal. Un des éléments clés de ce plan était l'adoption des 60 recommandations découlant de la première évaluation indépendante, et à la fin de mars, toutes les recommandations sauf quatre avaient été mises en œuvre. En raison de circonstances extérieures, la mise en œuvre de ces quatre recommandations a dû être reportée à l'exercice 2012-2013. Nous avons également jeté les bases de la deuxième évaluation indépendante, laquelle se déroulera au cours de l'exercice qui vient.

GOVERNANCE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le conseil d'administration connu une année particulièrement occupée, en particulier en ce qui a trait aux comités. En effet, les trois comités permanents se sont réunis à six reprises pour traiter de questions importantes nécessitant l'opinion et l'approbation du conseil. Parmi les sujets abordés mentionnons le plan triennal de consultation des parties intéressées, les mécanismes de consultation des consommateurs, la deuxième évaluation indépendante et le manuel de politiques sur les ressources humaines. Le fait de débattre des sujets en comité avant de les soumettre au conseil pour approbation assure une diligence raisonnable accrue et une utilisation plus efficiente des ressources du conseil.

Le conseil a également examiné ses façons de faire en vue de les améliorer. C'est ainsi que nous avons mis en œuvre au cours de l'exercice terminé un code de déontologie et une politique générale régissant les conflits d'intérêts à l'intention des administrateurs et des dirigeants et défini le mandat de notre Comité sur la gouvernance. Le conseil prévoit examiner un ou deux éléments chaque année.

RESPONSABILITÉ FINANCIÈRE

La prudence en ce qui a trait aux questions financières, tout en veillant à respecter les buts et les objectifs de l'organisme, demeure une priorité pour le conseil. Cette année, le conseil a approuvé une très légère augmentation du budget, rendue nécessaire par l'augmentation du nombre de réunions du conseil et des comités et le coût prévu de la deuxième évaluation indépendante.

RECONNAISSANCE AUPRÈS DES CONSOMMATEURS

Ainsi qu'indiqué dans le rapport de la directrice exécutive, le nombre total d'interactions de l'OAP avec le public a augmenté de façon appréciable au cours des trois derniers exercices. Cette augmentation est le résultat des efforts spéciaux mis de l'avant par l'OAP pour mieux faire connaître ses services, notamment la mise en place des sites Web en français et en anglais, les intermédiaires qui traitent avec les consommateurs et les sociétés membres qui distribuent maintenant les dépliants de l'OAP. Nous continuons de surveiller cet aspect de nos activités de très près pour nous assurer d'en tirer le maximum. Le sondage indépendant de satisfaction auprès des consommateurs que nous effectuerons au cours du prochain exercice constituera une première évaluation officielle des mesures de



communication avec les consommateurs que nous avons mises de l'avant.

RELATIONS AVEC LES PARTIES INTÉRESSÉES

Dans la foulée des développements et des discussions sur la scène internationale, le conseil s'est particulièrement intéressé, au cours de l'exercice terminé, aux relations avec les parties intéressées et au rôle de l'Ombudsman des assurances de personnes. C'est ainsi que le conseil et la direction de l'OAP ont profité de chaque occasion pour confirmer l'engagement de l'OAP à assurer l'équilibre entre les droits des sociétés membres et notre mandat de protéger l'intérêt du public. En pratique, cela signifie que nous devons travailler en étroite collaboration avec les sociétés membres et les parties intéressées afin d'offrir aux consommateurs un processus rapide et efficace de résolution des différends qui ne devient pas un système de justice parallèle. L'adoption de notre nouveau processus de traitement des plaintes et du plan de consultation des parties intéressées témoigne de cet engagement. De plus, l'OAP continue d'assister aux réunions du Comité de règlement des différends du Forum conjoint des autorités de réglementation du marché financier.

PERSPECTIVES D'AVENIR

L'exercice qui vient s'annonce au moins tout aussi excitant car nous procéderons à la deuxième évaluation indépendante et à la toute première évaluation officielle de la satisfaction des consommateurs.

En conclusion, l'OAP est privilégié de pouvoir compter sur un conseil d'administration dont les membres sont aussi compétents et engagés et sur une équipe d'employés et de dirigeants aussi dévouée. Je tiens à les remercier, tous, de leur confiance et de leur soutien. Enfin, je remercie aussi les sociétés membres et les autres parties intéressées pour leur soutien et leur collaboration à l'avancement de la mission de l'OAP ainsi que pour avoir rendu possible la création d'une tribune indépendante axée sur la protection des consommateurs.

Dr. Janice MacKinnon

Présidente du conseil d'administration, OAP

Cette année, l'OAP a perdu un collaborateur de grande qualité en la personne de M. Peter Maddaugh décédé le 20 juin 2012. Membre du conseil d'administration depuis de nombreuses années et très engagé envers l'OAP, son absence se fera sentir. Il nous manquera beaucoup.

Message de la directrice exécutive

Holly Nicholson

Directrice exécutive et avocate-conseil,
Ombudsman des assurances de personnes

« Se mettre ensemble, c'est un début, rester ensemble, c'est du progrès et travailler ensemble, c'est le succès »

Henry Ford (innovateur, ingénieur, homme d'affaires)

L'exercice terminé a été, sans contredit, le meilleur dans l'histoire récente de l'OAP. En effet, nous avons pu récolter les fruits de notre collaboration avec les parties intéressées.

PLAN STRATÉGIQUE

La réalisation la plus importante cette année sur le plan de l'exploitation a été l'achèvement de la dernière étape de notre plan stratégique triennal. Ce plan qui avait été approuvé par notre conseil d'administration en 2009 avait pour but de nous permettre de mettre en œuvre les recommandations découlant de la première évaluation indépendante. Au total, 56 des recommandations ont été mises en œuvre au cours des trois dernières années. Au nombre des projets clés entrepris au cours de l'année, mentionnons l'adoption d'un plan triennal de consultation, le développement des mécanismes de consultation des consommateurs et la mise en place de nouveaux processus de traitement des plaintes.

Je suis particulièrement fière de notre collaboration très réussie avec l'industrie et les sociétés membres à la mise en place des nouveaux processus de traitement des plaintes. Ces processus ont pour but de mieux faire connaître le service de traitement des plaintes de l'OAP et d'en améliorer l'efficacité et ont exigé des modifications des façons de faire tant de l'OAP que des sociétés membres.

Les consommateurs peuvent dorénavant faire appel à l'OAP si leur plainte n'est pas réglée par la société d'assurance dans les 90 jours du dépôt et sont informés des services offerts par l'OAP par leur société d'assurance lorsque leur plainte passe à une autre phase. En outre, l'OAP a adopté des critères concernant le règlement des plaintes et les sociétés membres ont accepté de collaborer au respect de ces critères et se sont engagées à fournir à l'OAP toute la documentation pertinente à la plainte dans les 30 jours.

Ces nouveaux processus ont connu un immense succès. Les plus récentes statistiques indiquent que 88 % des plaintes reçues par l'OAP sont résolues en moins de 60 jours, ce qui est bien au-delà de notre critère de 80 % en moins de 120 jours. Les statistiques confirment également que les sociétés membres fournissent à l'OAP la documentation pertinente à la plainte en moins de 25 jours en moyenne.

ACCROISSEMENT DE LA SENSIBILISATION

Cette année nous avons constaté une augmentation appréciable au chapitre de la reconnaissance des services de l'OAP auprès du grand public et des consommateurs pour une troisième année consécutive. Le nombre total d'interactions avec le public dépasse 70 000, soit une augmentation de 25,9 % par rapport à l'exercice précédent et de 52,9 % pour les trois derniers exercices. On remarque aussi une croissance du nombre des visites reçues par nos sites Web et du nombre de plaintes de l'ordre de 27,3 % et de 22,9 %, respectivement par rapport à l'exercice 2010-2011.

Il est important de noter que l'OAP a reçu 2 444 plaintes au cours de l'exercice terminé, soit le volume le plus important jamais enregistré en dix ans. La consultation des pages du site Web portant sur le processus de règlement des plaintes a augmenté



de 27,3 % par rapport à l'exercice précédent. L'OAP a enregistré plus de 9 100 consultations de ces pages au cours de l'exercice terminé.

La forte augmentation des interactions avec le public est le résultat des efforts mis de l'avant par l'OAP pour mieux faire connaître ses services, notamment la mise en place des sites Web axés sur les consommateurs et une promotion auprès des intermédiaires qui traitent avec les consommateurs, comme les Membres du Parlement et les législateurs provinciaux. En plus, afin de nous adresser directement au grand public nous avons pris part à la foire commerciale «Zoomer», le plus important événement au Canada axé sur le style de vie qui s'adresse aux 45+. Nous avons ainsi pu faire la promotion de nos services auprès de plus de 27 000 visiteurs.

L'augmentation du nombre de plaintes enregistré est le résultat de ces efforts promotionnels, et de notre collaboration avec l'industrie et les sociétés membres.

RÉSUMÉ

Au cours des trois derniers exercices, le conseil d'administration de l'OAP, le personnel et les parties intéressées ont travaillé avec diligence et ensemble pour atteindre l'objectif de mettre en œuvre les recommandations découlant de la première évaluation indépendante. Chaque recommandation mise en œuvre nous rapprochait de notre objectif, soit de faire de l'OAP un organisme de résolution de différends efficient, efficace et indépendant.

Nous sommes présentement à préparer la deuxième évaluation indépendante, qui se déroulera au cours de l'exercice 2012-2013, et nous avons hâte de constater les progrès accomplis et ce que nous pouvons continuer à améliorer pour pouvoir affirmer que nous nous acquitons de notre mandat à la satisfaction de toutes les parties intéressées.

Holly Nicholson, LL.B.

Directrice exécutive et avocate-conseil, OAP

Processus de traitement des plaintes

1

Interactions avec les consommateurs

- Fournir au consommateur des directives générales relatives à l'industrie et aux processus de traitement des plaintes de l'OAP
- Aiguiller le consommateur vers la société membre, aux fins d'application du processus interne, le cas échéant

2

Examen par conseiller du service de traitement des plaintes

- Déterminer si une plainte relève du mandat de l'OAP¹
- Le consommateur soumet un énoncé de prise de position définitif, ainsi que l'information connexe
- Le conseiller aux plaintes détermine s'il y a des motifs de conciliation avec l'assureur
- Si aucun motif ne justifie la tenue d'une telle conciliation, on préparera une lettre d'examen et on cernerá les options éventuelles

3

Examen par conciliateur

- Si des motifs justifient une tentative de conciliation, le conciliateur discutera de la plainte avec les parties concernées afin d'obtenir toute information supplémentaire nécessaire
- Le conciliateur tentera de favoriser la résolution volontaire de la plainte par le truchement de la conciliation

4

Examen par expert en règlement des litiges

- Si des motifs justifient la poursuite du traitement de la plainte, l'expert en règlement des litiges (l'ERL) passera la plainte en revue et la soumettra à un examen
- Les parties peuvent discuter avec l'ERL si elles le souhaitent
- L'ERL préparera un rapport écrit qui présente des recommandations non exécutoires

¹ L'OAP n'accepte pas les plaintes :

- qui ne concernent pas l'assurance de personnes ou qui ne visent pas une de ses sociétés membres ;
- qu'il a déjà traitées, ni les plaintes qui ont déjà été ou qui sont actuellement examinées par une cour ou un tribunal ou soumises à un autre processus de règlement des différends ;
- qui sont soumises par des fournisseurs de services de tierce partie ou qui ont trait à un régime non assuré dont l'administration est assurée par une société membre.

Première étape

Un conseiller du service de traitement des plaintes de l'OAP détermine si le consommateur a reçu une lettre expliquant la décision finale de son assureur, ce qui marque la fin du processus interne de résolution des plaintes de celui-ci. Si le consommateur n'a pas reçu un tel énoncé, le conseiller du service de traitement des plaintes lui recommandera de se prévaloir du processus interne de résolution des plaintes de son assureur et offrira des lignes directrices générales sur la nature et le type de renseignements dont l'entreprise aura besoin en vue de traiter la plainte.

Deuxième étape

Un consommateur qui a reçu la lettre expliquant la décision finale de la société d'assurance 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.

Quatrième étape

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.



Statistiques sur les plaintes

Aperçu

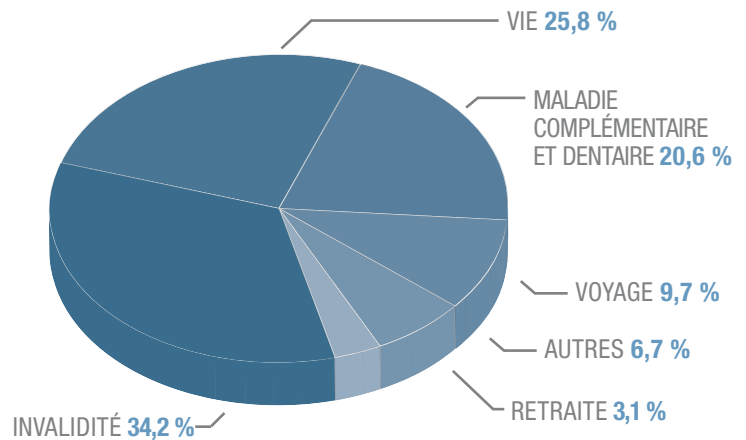
Cette année, l'OAP a reçu 2 444 plaintes, comparativement à 1 989 au cours de l'exercice précédent. Il s'agit du volume le plus important jamais enregistré, soit une augmentation de 22,9 % par rapport à l'exercice 2010-2011. Cette augmentation est directement attribuable aux efforts mis de l'avant au cours de l'exercice terminé pour mieux faire connaître les services offerts par l'OAP, notamment des notifications supplémentaires transmises aux consommateurs par les sociétés membres au moment du traitement initial d'une plainte.

Comme au cours des exercices précédents, ce sont les plaintes touchant à l'assurance invalidité, à l'assurance vie et à l'assurance soins dentaires et maladie complémentaire qui ont été les plus nombreuses, soit 80,6 % du total enregistré.

Cela dit, le nombre des plaintes touchant à l'assurance invalidité a diminué et est passé de 41,6 % au cours de l'exercice 2010-2011 à 34,2 % au cours de l'exercice terminé. Cette diminution a été compensée, en grande partie, par une augmentation des plaintes concernant l'assurance soins dentaires et maladie complémentaire qui représente 20,6 % de l'ensemble des plaintes. Les plaintes touchant à l'assurance vie sont demeurées stables à 25,8 %.

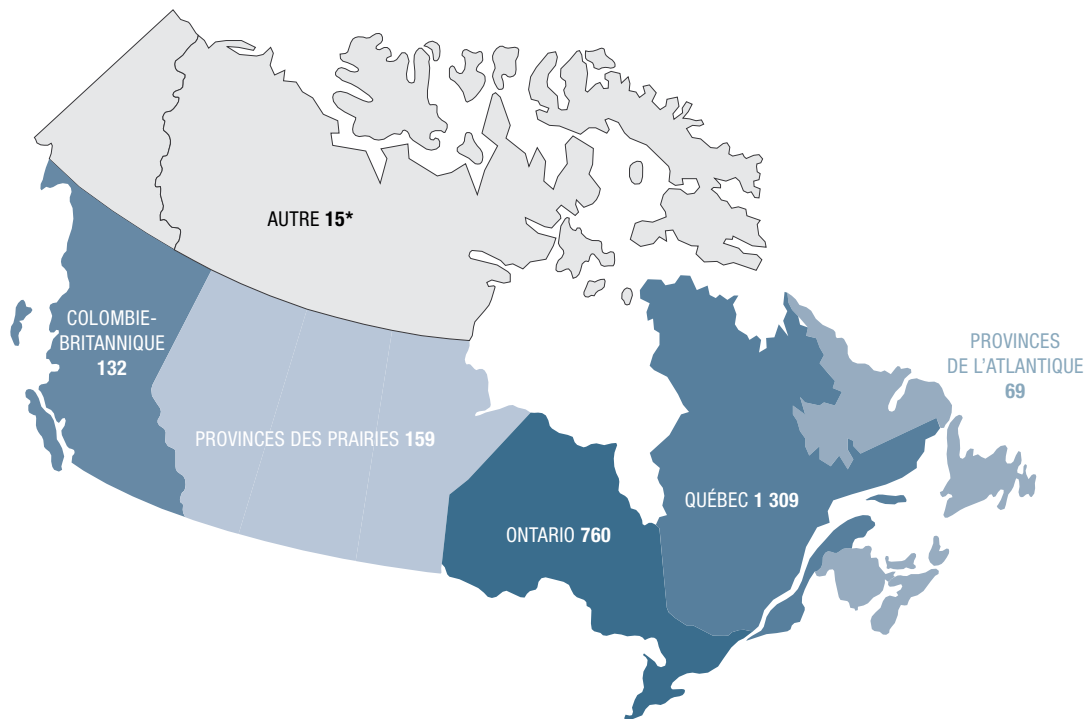
Comme au cours des exercices précédents, l'Ontario et le Québec continuent d'enregistrer le plus grand nombre de plaintes par région. Cependant, pour la troisième année consécutive le nombre des plaintes venant du Québec a augmenté tandis que le nombre des plaintes venant de l'Ontario a diminué. Le nombre des plaintes venant des autres régions est quant à lui demeuré relativement stable.

Plaintes par produit



TOTAL 2 444

Plaintes par région



TOTAL 2 444

*Comprend les plaintes de l'extérieur du Canada

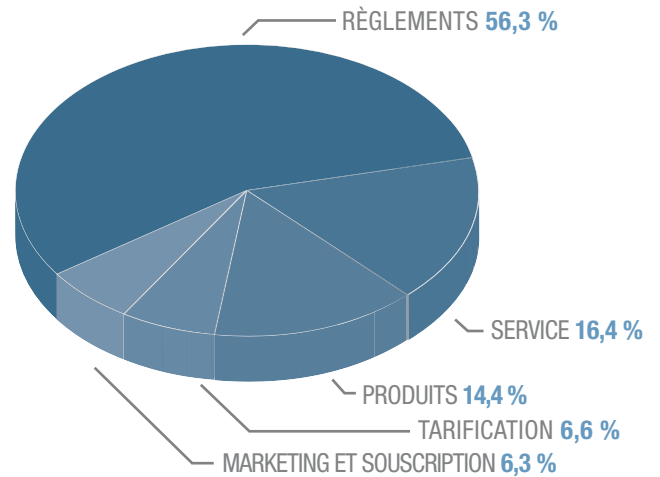
Aperçu

Selon le type de fonction au sein des sociétés membres, la catégorie des demandes de règlement continue de générer la plus forte proportion de plaintes (56,3 %), mais ce pourcentage est inférieur à celui enregistré pour l'exercice précédent (64 %). Les plaintes relatives au service et à la tarification ont plus que doublé depuis le dernier exercice financier et représentent maintenant 23 % du total des plaintes enregistré. En revanche, les plaintes relatives à la commercialisation et aux souscriptions ont diminué de près de la moitié. Le nombre des plaintes relatives à la conception des produits est demeuré relativement stable à 14,4 %.

Au cours de l'exercice terminé, le gouvernement a été la plus importante source de renvois de plaintes (27 %), suivi de l'Internet (22,1 %) et des sociétés d'assurances (12,8 %). Les renvois de plaintes des centres d'appel de l'OAP représentent 2,4 % pour l'exercice terminé, soit une importante diminution par rapport à l'année dernière et à la moyenne des trois derniers exercices qui se situait à 6,5 %.

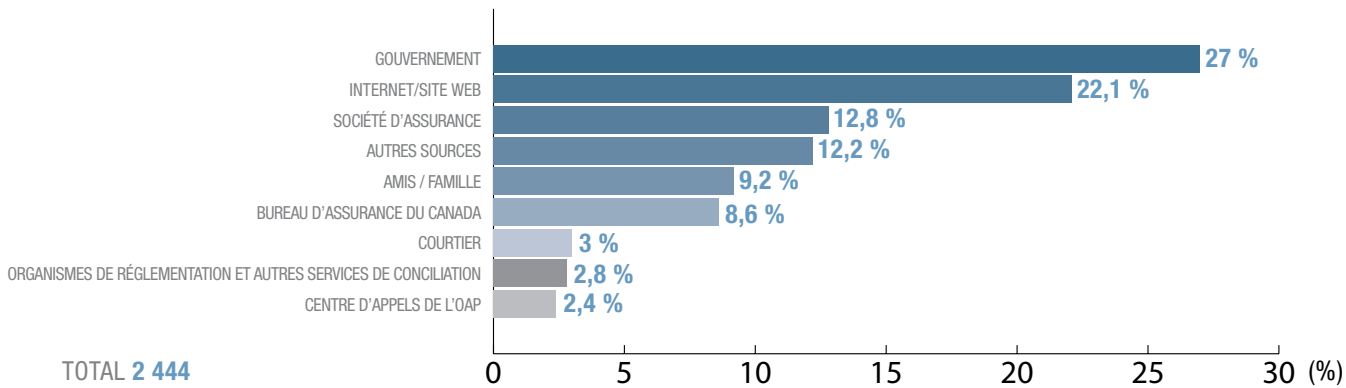
Au cours des trois derniers exercices, la répartition des plaintes venant de l'assurance collective, de l'assurance personnelle et de l'assurance crédit est demeurée à peu près stable. La répartition de celle-ci pour cette année est de 47,1 %, 43,2 % et 9,7 %, respectivement.

Plaintes par fonction au sein de la société



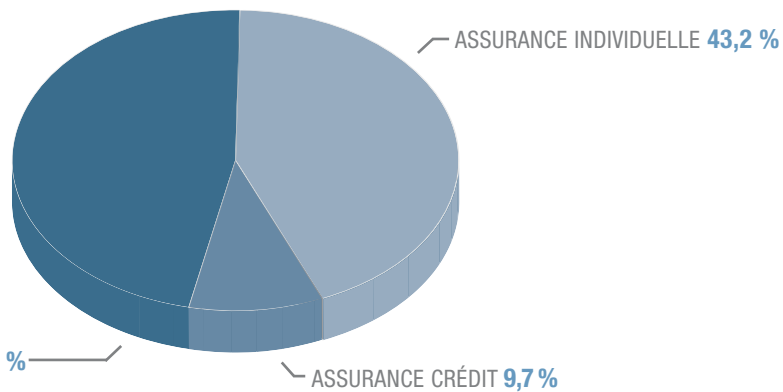
TOTAL 2 444

Plaintes par source



TOTAL 2 444

Plaintes par type de protection



TOTAL 2 444

Étude de cas : 1

Soulagement hypothécaire

M. S s'est adressé à l'OAP au début de l'année 2012. La conseillère aux plaintes qui a répondu à l'appel a appris que le consommateur était âgé de 61 ans et qu'il avait toujours travaillé dans le domaine de l'horticulture jusqu'à ce qu'il se blesse au dos il y a quatre ans. Incapable de travailler depuis l'accident, il a été déclaré « totalement invalide » par la Régie des rentes du Québec (RRQ). Pour toucher des prestations de la RRQ, M. S avait dû prouver que son incapacité était « grave et permanente ».

Le consommateur devait 20 000 \$ à son créancier hypothécaire. Après son accident, l'assureur avait effectué les versements hypothécaires en vertu de l'assurance crédit achetée avec l'hypothèque. Selon cette assurance, en cas d'incapacité, l'assureur s'engageait à payer 150 % des versements hypothécaires et autres frais liés. Cela signifiait qu'en plus de couvrir la totalité des versements hypothécaires, l'assurance de M. S couvrait 50 % des autres dépenses liées à l'hypothèque comme l'assurance habitation, les taxes foncières, etc. De plus, M. S n'avait plus à payer les primes mensuelles de l'assurance crédit. Toutefois, après 12 mois, l'assureur a cessé d'effectuer tous les paiements et a exigé que M. S paye les primes mensuelles de l'assurance crédit.

M. S s'est adressé à l'OAP pour obtenir le remboursement total de son hypothèque. Cette demande était justifiée, à son avis, car il avait été déclaré « totalement invalide » par la RRQ en 2008. Son état ne s'était pas amélioré depuis l'accident et il se jugeait incapable d'exercer quelque fonction que ce soit.

La conseillère lui a expliqué qu'il était normal que des prestations soient versées pendant un certain temps (12 mois dans ce cas-ci) compte tenu de l'incapacité de l'assuré à exercer ses fonctions. Toutefois, à l'issue de cette période, M. S allait devoir prouver son incapacité à exercer quelque fonction que ce soit pour que l'assureur continue de lui verser des prestations. Elle lui a également expliqué que le jugement de la RRQ ne signifiait pas nécessairement qu'il ne « pouvait exercer quelque fonction que ce soit », condition qu'il devait remplir pour recevoir les prestations en vertu de la police.

La conseillère a indiqué à M. S qu'avant de soumettre une plainte à l'OAP il devait d'abord soumettre sa plainte à son assureur. Elle lui a suggéré d'écrire à l'assureur et de lui demander une évaluation formelle de son dossier, et de fournir à son assureur tous les renseignements qu'il venait de partager avec l'OAP.

Quelques semaines plus tard, M. S a rappelé l'OAP indiquant qu'il avait reçu un appel de son assureur qui lui offrait de payer une portion de l'hypothèque. Il ne comprenait pas la raison de cette offre et ne savait pas si l'assureur acceptait son invalidité. Notre conseillère a suggéré à M. S de poser ces questions à l'assureur et de proposer une contre-offre.

« Toutefois, après 12 mois, l'assureur a cessé d'effectuer les paiements et a exigé que M. S paye les primes mensuelles de l'assurance crédit »

Plusieurs mois plus tard, M. S a rappelé la conseillère pour l'informer de l'évolution de son dossier. Il a expliqué qu'il avait eu plusieurs conversations avec son assureur et que plusieurs offres et contre-offres avaient été faites. Sa plainte avait enfin été transmise à l'Ombudsman de l'assureur. En fin de compte, l'assureur avait accepté de payer la totalité de l'hypothèque de 20 000 \$. En échange, M. S a accepté de renoncer à son droit des prestations supplémentaires de 50 % prévu au contrat et de renoncer au remboursement des primes d'assurance-crédit.

M. S était soulagé de ne plus avoir à s'inquiéter au sujet de son hypothèque, compte tenu de son âge et de son incapacité à travailler, et a remercié la conseillère de l'avoir aidé à comprendre le processus de règlement des plaintes de l'assureur.

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

Aperçu

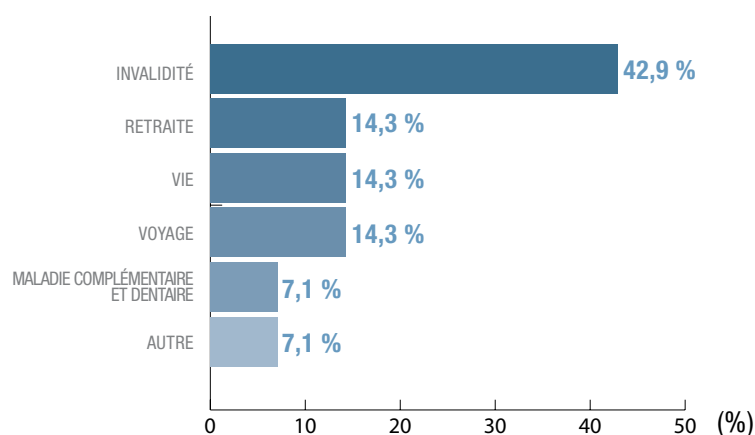
L'OAP a ouvert 14 dossiers d'enquête au cours de l'exercice comparativement à 18 en 2010-2011. La diminution du nombre d'enquêtes est attribuable aux améliorations apportées par l'OAP aux premières étapes de son processus de traitement des plaintes.

Lorsqu'on les classe par produits, les dossiers d'enquête relatifs à l'assurance invalidité représentent 42,9 % de l'ensemble des dossiers comparativement à 27,8 % pour l'exercice précédent. Cela met fin à la tendance à la baisse des trois derniers exercices. On a également noté des augmentations en ce qui concerne les dossiers relatifs à l'assurance voyage et à l'assurance soins dentaires et maladie complémentaire. En revanche, le nombre de dossiers d'enquête relatifs aux produits de retraite a chuté à 14,3 %, comparativement à 33,3 % pour l'exercice 2010-2011. Le pourcentage d'enquêtes visant des plaintes relatives à l'assurance vie continue de décliner pour une troisième année consécutive.

Lorsqu'on les classe selon les fonctions de l'entreprise, on constate que les enquêtes relatives aux réclamations montrent une augmentation constante au cours des trois dernières années. Le nombre des dossiers relatifs aux fonctions de commercialisation et de ventes reste au même niveau que l'an dernier.

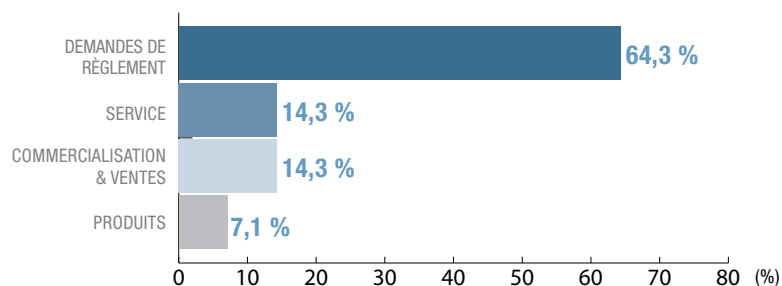
Treize enquêtes ont été conclues au cours de l'exercice. De ce nombre, cinq dossiers ont été transmis à l'expert en règlement des litiges. Des règlements ont été obtenus dans 38,5 % des cas, y compris ceux soumis à l'expert en règlement des litiges. Cela représente le plus fort taux de règlement depuis la création de l'OAP. Comme au cours des exercices précédents, les recommandations non exécutoires de l'expert en règlement des litiges ont été acceptées par les sociétés membres.

Enquêtes par type de produit



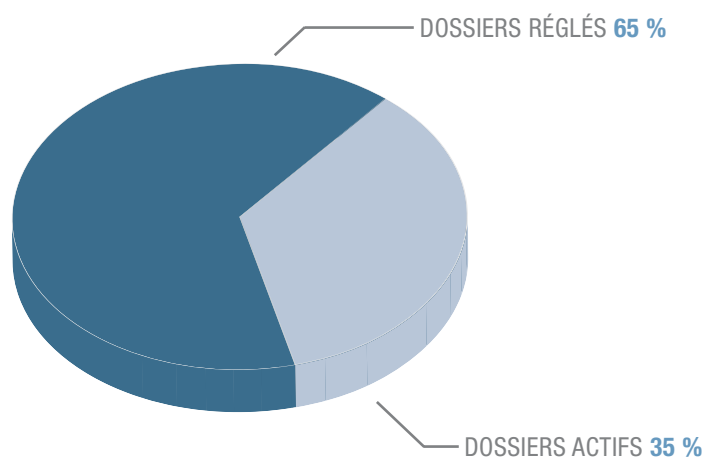
TOTAL 14

Enquêtes par fonction au sein de la société



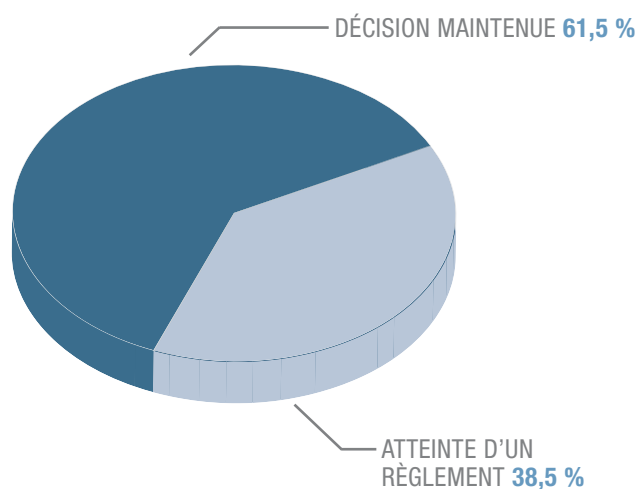
TOTAL 14

Situation en fin d'exercice



TOTAL 20

Issue des dossiers réglés



TOTAL 13

Étude de cas : 2

Un petit exercice de mémoire

M. T s'est adressé à l'OAP pour obtenir de l'aide avec le rétablissement de sa prestation de retraite en vertu de son assurance collective. Le conseiller aux plaintes qui a répondu à l'appel a appris que cette prestation avait été consentie il y a plusieurs années dans le cadre d'une offre de retraite anticipée négociée avec l'employeur. L'employeur était une société d'assurance-vie et d'assurance-maladie membre de l'OAP.

L'OAP a appris que cette situation n'avait pas causée de problème jusqu'à ce que l'ancien employeur de M. T lui ait envoyé une lettre qu'il n'a pas reçue parce que celle-ci avait été expédiée à une adresse postale erronée. Cette lettre avisait le consommateur qu'il devait fournir un certificat médical attestant de son invalidité pour continuer à recevoir la prestation d'assurance-vie. Cette lettre a été suivie, un mois plus tard, d'une deuxième lettre informant le consommateur que la prestation était annulée vue qu'il n'avait pas fourni le certificat médical exigé. Cette deuxième lettre a été expédiée à la bonne adresse.

M. T a indiqué à l'OAP qu'il a alors communiqué avec son ancien employeur pour discuter de la situation. C'est alors qu'il a appris que les lettres avaient été envoyées à des adresses différentes parce que l'employeur avait consulté des bases de données différentes pour retrouver son adresse. Après vérification, il a été établi que la base de données utilisée pour la première lettre n'avait pas été mise à jour. Mis au courant de cette erreur, M. T a demandé une confirmation écrite que sa prestation d'assurance-vie continuerait dans le cadre de son programme de retraite. À sa grande surprise, il a reçu plusieurs mois plus tard, une confirmation que la société ne rétablirait pas la prestation compte tenu qu'elle n'était pas tenue de le faire.

Heureusement, l'ancien employeur de M. T a choisi de traiter cette situation comme un dossier d'assurance, plutôt que comme une question liée à l'emploi. Par conséquent, il a communiqué sa décision finale par écrit et a invité M. T à s'adresser à l'OAP s'il était insatisfait de la décision. Comme d'habitude, la décision finale de l'assureur contenait les coordonnées de l'OAP et une brève explication du rôle impartial de l'OAP en matière de résolution des différends entre assureurs et consommateurs.

Après avoir discuté de la situation avec M. T et avoir examiné la position finale de l'assureur, l'OAP a jugé que la demande était motivée, et a transmis le dossier à un conciliateur. Ce dernier a étudié les renseignements fournis et a ensuite discuté avec le consommateur. Il a confirmé que l'entente conclue avec l'employeur concernant sa prestation de retraite anticipée datait de plusieurs années et qu'il s'agissait d'une entente verbale avec son supérieur de l'époque. Le consommateur était très inquiet car il se croyait maintenant non assurable et parce que certains des souscripteurs de l'époque avaient quittés l'entreprise.

Le conciliateur a ensuite préparé une proposition à l'intention de l'employeur, dans laquelle il a décrit les faits qui lui ont été présentés. Il a suggéré qu'en dépit de l'absence de confirmation écrite de la part de l'entreprise à verser à M. T une prestation de retraite, le fait que la

« L'adresse postale de M. T ayant changée, il n'a pas reçu l'avis »

prestation avait été versée pendant toutes ces années prouvait qu'il y avait eu entente. Il s'est dit d'avis que l'entente ne pouvait être annulée en raison d'une erreur dont le consommateur n'était pas responsable.

Éventuellement, l'employeur du consommateur a indiqué qu'il avait modifié sa position et qu'il s'était entendu avec le groupe des bénéficiaires de l'assureur pour rétablir l'avantage d'assurance-vie de groupe du consommateur. Comme annoncé, cet avantage dépendrait d'une certification médicale continue d'invalidité totale.

L'employeur a remercié l'OAP d'avoir porté le problème des bases de données à son attention et confirmé qu'il avait entrepris une vérification interne des coordonnées des employés. Cette vérification a amené l'entreprise à modifier ses pratiques en matière de tenue des dossiers des employés de manière à éviter que d'autres problèmes de cette nature ne se produisent dans l'avenir, avec M. T et d'autres anciens employés, actuels ou anciens.

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

Aperçu

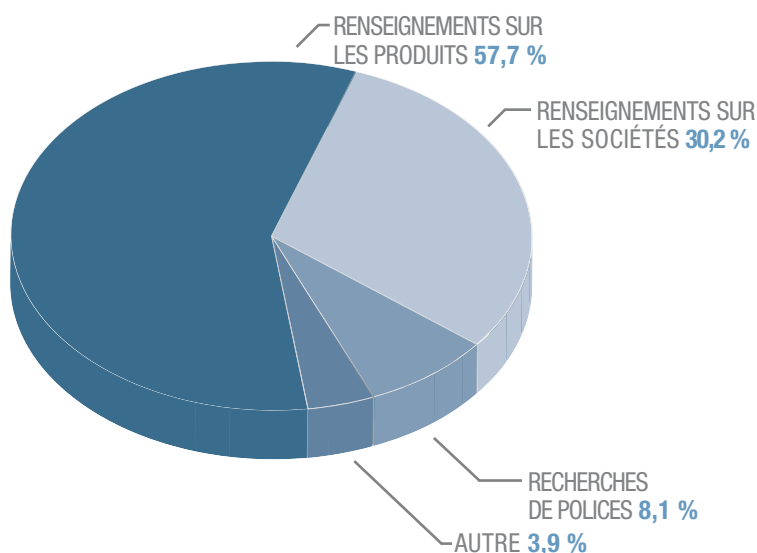
L'OAP fournit aux consommateurs canadiens des renseignements généraux sur les produits et les services d'assurance de personnes par le truchement de ses centres d'appels sans frais nationaux et de ses sites Web en français et en anglais. Nous offrons également de nombreux dépliants à l'intention des consommateurs et aidons ceux-ci à retrouver des polices d'assurance perdues.

Au cours de l'exercice terminé, l'OAP ont répondu à 31 579 demandes de renseignements. Bien que le nombre de demandes soit supérieur à celui de l'exercice précédent, le pourcentage des appels directs reçus par les conseillers de l'OAP a diminué de 8,3 %. Ces données confirment que les consommateurs se tournent de plus en plus vers les centres d'appels automatisés, et les sites Web de l'OAP pour des informations générales.

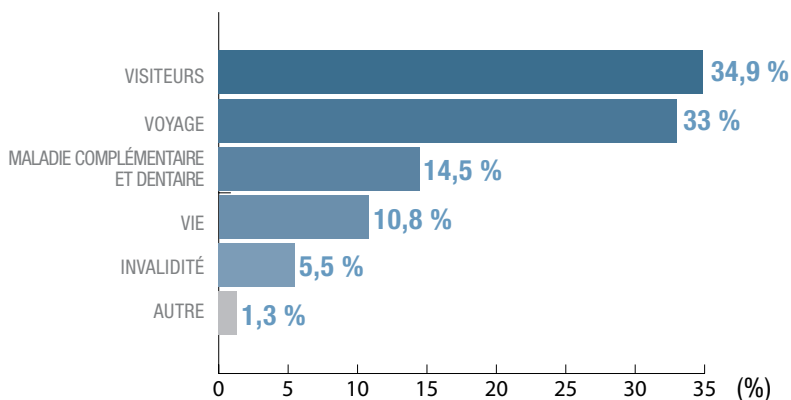
Les demandes d'informations portent en grande majorité sur les sociétés d'assurances et les produits et proviennent surtout de l'Ontario et du Québec. Comme par le passé, la presque totalité des demandes provenait directement des consommateurs.

Au cours de l'exercice terminé, l'OAP a reçu 1 290 demandes de recherche de police d'assurances. De ce nombre, 53 répondaient à ses critères de recherche et 25 ont abouti, ce qui représente une nette augmentation par rapport aux exercices précédents.

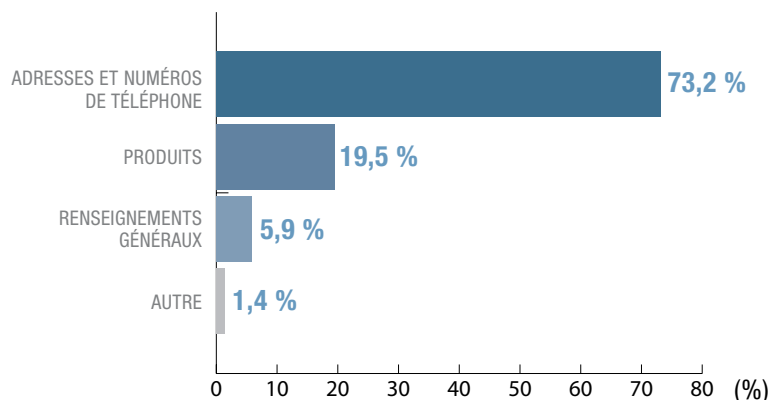
Pourquoi nous a-t-on appelé?



Analyse des demandes de renseignements sur les produits



Analyse des demandes de renseignements sur les sociétés



Demandes de renseignements par région

Québec	55,6 %
Ontario	30,4 %
Provinces des Prairies	5,3 %
Colombie-Britannique	3,2 %
Provinces de l'Atlantique	2,1 %
Autre	3,3 %
Total	100 %

Étude de cas : 3

Une question de temps

M. et Mme D ont chacun acheté un contrat à fonds distinct d'une durée de dix ans. Les sommes investies étaient garanties à 100 %, à condition que les placements soient conservés jusqu'à l'échéance.

Les sommes ont été investies dans des Régimes enregistrés d'épargne retraite (REÉR) et par conséquent, les investissements sont régis par les articles de la Loi de l'impôt sur le revenu du gouvernement fédéral (la Loi) visant ce type de placement. La Loi exige un retrait annuel minimum du REÉR à partir du moment où le cotisant atteint l'âge de 71 ans. Ce paiement annuel minimal est appelé «FERR».

Les consommateurs ont conservés les placements jusqu'à l'échéance. Plusieurs mois plus tard, ils ont communiqué avec l'OAP indiquant qu'ils n'avaient pas reçu le plein montant garanti de leur investissement parce que leur assureur avait prélevé les FERR immédiatement avant l'atteinte de l'échéance, contrairement aux instructions qu'ils lui avaient données.

Les plaintes ont été soumises à un de nos conciliateurs. Ce dernier s'est procuré des copies des contrats de l'assureur et a étudié les articles de la Loi portant sur les REÉR. Il a également parlé à l'assureur et aux consommateurs.

L'assureur a admis que les montants versés aux consommateurs étaient inférieurs à ceux annoncés. Cependant, il croyait que la Loi exigeait que les paiements en vertu du FERR commencent avant l'échéance. L'assureur a aussi fait valoir que son propre contrat précise que tout retrait avant l'échéance réduit le montant garanti du placement et s'accompagne d'une diminution proportionnelle de la garantie établie à la valeur du marché.

En parlant aux consommateurs, le conciliateur a appris qu'ils avaient demandé à l'assureur de ne leur verser les paiements annuels du FERR qu'après l'atteinte de l'échéance de leurs placements. Ils avaient aussi demandé que la totalité des montants garantis soit transférée à une autre institution financière à l'échéance. Le couple n'a découvert que les paiements du FERR avaient été prélevés avant l'échéance que lorsqu'il a reçu le dernier relevé de placement. C'est alors qu'il a porté plainte. Les consommateurs ont fait valoir que si les paiements du FERR avaient été faits après l'échéance ils auraient conservés 5 000 \$ de plus.

Par la suite, notre conciliateur a tenté d'amener les parties à conclure une entente. Il a fait remarquer à l'assureur que la Loi n'exige pas que les paiements du FERR commencent avant l'échéance des placements. L'assureur a rétorqué qu'en vertu de son contrat, il est tenu de le faire. L'OAP était d'avis que le contrat de l'assureur n'était pas clair sur cette question clé. Une entente n'a pu être conclue et les plaintes ont été transférées à l'experte en règlement des litiges.

Conformément au processus de règlement des plaintes de l'OAP, notre experte a étudié tous les documents et a rencontré les parties. Elle a ensuite remis un rapport écrit contenant ses conclusions et recommandations non obligatoires.

Elle en est arrivée à la conclusion que M. et Mme D ont acheté les contrats à fonds distinct parce que leurs placements étaient garantis. Ils savaient qu'il n'était

« leur assureur avait prélevé les FERR immédiatement avant l'atteinte de l'échéance, contrairement aux instructions qu'ils lui avaient données »

pas avantageux de retirer l'argent avant l'échéance des placements et n'ont fait aucun retrait, sauf les paiements obligatoires à partir de 71 ans.

L'experte en règlement des litiges a jugé que, dans le cas de Mme. D, l'assureur avait mal agi en effectuant les paiements du FERR avant la date d'échéance. En vertu du contrat, Mme D avait demandé que les paiements annuels soient fixés neuf mois plus tard et, au cours des années précédentes, l'assureur avait fait les paiements du FERR selon l'entente conclue. Elle a conclu que Mme D avait droit au montant garanti total et a recommandé que l'assureur comble la différence.

Cependant, dans le cas de M. D, la date annuelle choisie pour le paiement de son FERR avait été fixée à deux mois avant l'échéance du placement. L'assureur n'avait pas effectué le paiement à l'échéance. Il était donc normal qu'il effectue le paiement à la date d'échéance, et qu'il réduise le montant proportionnellement, conformément à son contrat, étant donné que ce rajustement aurait dû être fait deux mois plus tôt. Par conséquent, aucune compensation n'a été demandée.

L'assureur a rapidement accepté la recommandation non obligatoire de l'arbitre et a versé la somme due à Mme D. Bien que déçu de ne pas avoir droit à une indemnisation, M. D a aussi accepté les recommandations de l'arbitre.

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 sites Web

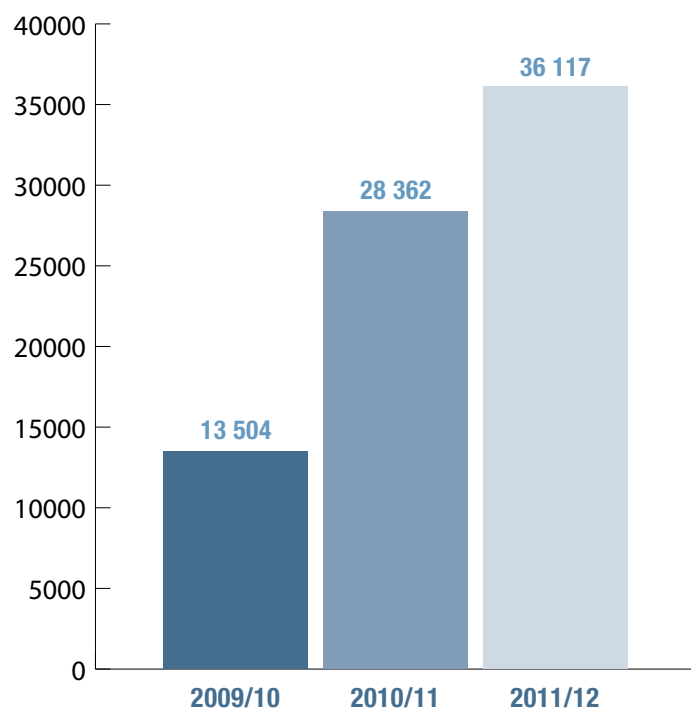
Aperçu

Au cours de l'exercice terminé, les sites Web de l'OAP ont reçu 36 117 visites, ce qui représente une augmentation de 27,3 % par rapport à l'exercice précédent. Encore une fois, une augmentation à deux chiffres. Cette tendance observée depuis le lancement de nos sites Web en 2009 se poursuit.

Au cours de l'exercice 2011-2012, nous avons continué à recevoir une forte proportion de nouvelles visites, ce qui indique que le public est davantage sensibilisé à nos services. Une proportion significative de ces visiteurs avait été aiguillée vers l'OAP par d'autres sites Web (42,9 %) et des moteurs de recherche (23,1 %). Google demeure le moteur de recherche le plus utilisé, tandis que les sites Web des gouvernements, de l'industrie et des sociétés membres sont responsables de la majorité des aiguillages. L'achalandage direct représente 34 % de toutes les visites reçues par nos sites. Cela signifie que les visiteurs connaissent maintenant les services offerts par l'OAP et que nos efforts de communication portent fruits.

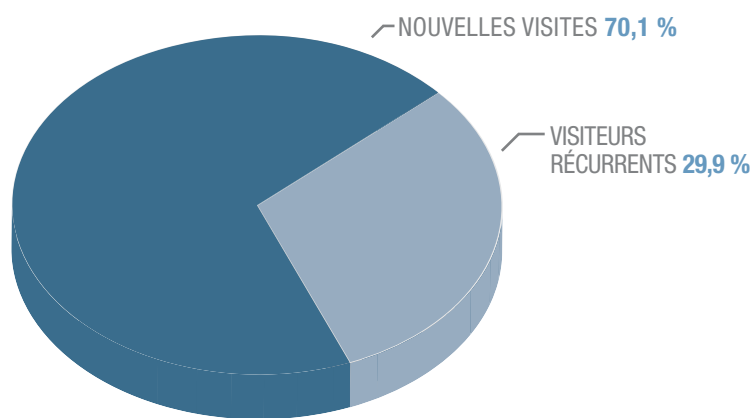
Les pages Services d'information/Information Services sont les plus consultées des sites Web de l'OAP et les visites enregistrées ont augmentées de 52,2 % par rapport à l'exercice précédent. Les pages Processus de règlement des plaintes/The Complaint Process, ont quant à elles connue une augmentation de 27,3 % du nombre des visites par rapport à l'exercice 2010-2011.

Visites aux sites Web 2009-2012



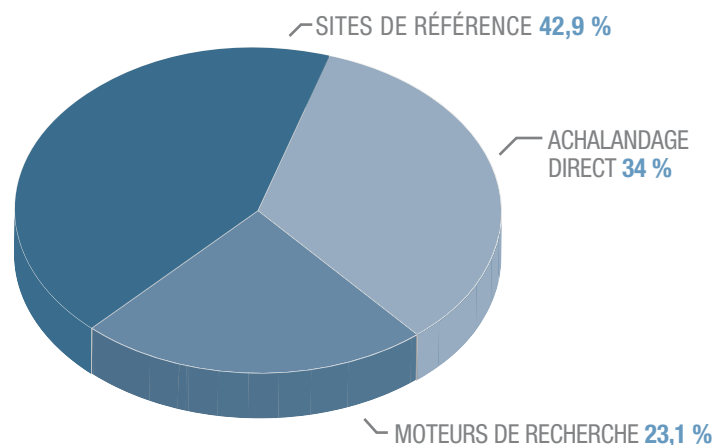
TOTAL 77 983

Nouvelles visites / Visiteurs récurrents



TOTAL 36 117

Sources d'achalandage



TOTAL 36 117

Les cinq pages Web les plus consultées

Services d'information	19 648	44,2 %
Le processus de règlement des plaintes	9 144	20,6 %
Sociétés membres	6 684	15,0 %
Recherche de polices	5 338	12,0 %
Outil recherche assureurs	3 634	8,2 %
Total	44 448	100 %

*Certains internautes consultent plusieurs pages Web

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.



KPMG s.r.l./S.E.N.C.R.L.
Comptables agréés
Bay Adelaide Centre
333, rue Bay, Bureau 4600
Toronto (Ontario) M5H 2S5
Canada

Téléphone 416-777-8500
Télécopieur 416-777-8818
Internet www.kpmg.ca

RAPPORT DES AUDITEURS INDÉPENDANTS

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

Rapport sur les états financiers

Nous avons effectué l'audit des états financiers ci-joints du Service de conciliation des assurances de personnes du Canada (faisant affaire sous le nom de l'Ombudsman des assurances de personnes), qui comprennent le bilan au 31 mars 2012, les états des résultats et des variations du solde du fonds de fonctionnement et des flux de trésorerie pour l'exercice clos à cette date, ainsi que les notes, qui comprennent un résumé des principales méthodes comptables et d'autres informations explicatives.

Responsabilité de la direction pour les états financiers

La direction est responsable de la préparation et de la présentation fidèle de ces états financiers conformément aux principes comptables généralement reconnus du Canada, ainsi que du contrôle interne qu'elle considère comme nécessaire pour permettre la préparation d'états financiers exempts d'anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs.

Responsabilité des auditeurs

Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers sur la base de notre audit. Nous avons effectué notre audit selon les normes d'audit généralement reconnues du Canada. Ces normes requièrent que nous nous conformions aux règles de déontologie et que nous planifiions et réalisions l'audit de façon à obtenir l'assurance raisonnable que les états financiers ne comportent pas d'anomalies significatives.

Un audit implique la mise en oeuvre de procédures en vue de recueillir des éléments probants concernant les montants et les informations fournis dans les états financiers. Le choix des procédures relève de notre jugement, et notamment de notre évaluation des risques que les états financiers comportent des anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs. Dans l'évaluation de ces risques, nous prenons en considération le contrôle interne de l'entité portant sur la préparation et la présentation fidèle des états financiers afin de concevoir des procédures d'audit appropriées aux circonstances, et non dans le but d'exprimer une opinion sur l'efficacité du contrôle interne de l'entité. Un audit comporte également l'appréciation du caractère approprié des méthodes comptables retenues et du caractère raisonnable des estimations comptables faites par la direction, de même que l'appréciation de la présentation d'ensemble des états financiers.

Nous estimons que les éléments probants que nous avons obtenus sont suffisants et appropriés pour fonder notre opinion d'audit.

Opinion

À notre avis, les états financiers donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière du Service de conciliation des assurances de personnes du Canada au 31 mars 2012 ainsi que des résultats de son exploitation et de ses flux de trésorerie pour l'exercice clos à cette date conformément aux principes comptables généralement reconnus du Canada.

Rapport sur d'autres obligations légales et réglementaires

Conformément aux exigences de la Loi sur les corporations canadiennes, nous déclarons qu'à notre avis, les méthodes comptables utilisées pour préparer et présenter les états financiers selon les principes comptables généralement reconnus du Canada ont été appliqués de la même manière qu'au cours de l'exercice précédent.

KPMG s.r.l./S.E.N.C.R.L.

Comptables agréés, experts-comptables autorisés
Le 21 juin 2012
Toronto, Canada

KPMG s.r.l./S.E.N.C.R.L., est une société canadienne à responsabilité limitée et un cabinet membre du réseau KPMG de cabinets indépendants affiliés à KPMG International, coopérative suisse. KPMG Canada fournit des services à KPMG s.r.l./S.E.N.C.R.L.

États financiers

Bilan

Au 31 mars 2012, avec chiffres correspondants de 2011

	2012	2011
Actif		
Actif à court terme		
Trésorerie et équivalents de trésorerie (note 2)	753 805 \$	744 522 \$
Dépenses recouvrables et acomptes	6 186	7 420
	759 991	751 942
Immobilisations (note 3)	64 289	77 168
	824 280 \$	829 110 \$

Passif et solde du fonds

Passif à court terme		
Créditeurs et charges à payer	84 278 \$	89 869 \$
Tranche à court terme des incitatifs à la location reportés	8 498	8 498
	92 776	98 367
Incitatifs à la location reportés	58 775	67 273
Solde du fonds		
Fonds de fonctionnement		
Investissement en immobilisations	64 289	77 168
Fonds non affecté	608 440	586 302
	672 729	663 470
Engagements (note 5)		
	824 280 \$	829 110 \$

Se reporter aux notes afférentes aux états financiers.

État des résultats et des variations du solde du fonds de fonctionnement

Exercice clos le 31 mars 2012, avec chiffres correspondants de 2011

	2012	2011
Produits		
Cotisations générales	1 614 732 \$	1 614 502 \$
Placements	6 264	4 161
	1 620 996	1 618 663
Charges		
Frais de personnel et services de règlement des litiges	902 964	917 997
Honoraires du conseil d'administration	172 444	113 944
Loyers	121 930	119 718
Honoraires professionnels	96 320	151 302
Réunions du conseil et déplacements	69 172	59 080
Technologie de l'information	59 860	54 494
Frais de gestion	44 070	43 290
Réunions du personnel et déplacements	42 629	37 180
Fourniture et services	36 887	31 173
Télécommunications	22 150	21 907
Assurances	11 210	11 382
Formation et perfectionnement	10 479	921
Amortissement des immobilisations	10 126	12 800
Frais des installations – Toronto	7 135	7 490
Traduction	4 165	887
Coûts reliés au RCSF	196	219
Recrutement	–	32 651
Perte à la cession d'immobilisations	–	1 736
	1 611 737	1 618 171
Excédent des produits sur les charges	9 259	492
Solde du fonds de fonctionnement au début de l'exercice	663 470	662 978
Solde du fonds de fonctionnement à la clôture de l'exercice	672 729 \$	663 470 \$

Se reporter aux notes afférentes aux états financiers.

États financiers

État des flux de trésorerie

Exercice clos le 31 mars 2012, avec chiffres correspondants de 2011

	2012	2011
Rentrées (sorties) de fonds liées aux activités suivantes		
Activités de fonctionnement		
Excédent des produits sur les charges	9 259 \$	492 \$
Éléments sans incidence sur la trésorerie		
Amortissements des immobilisations	10 126	12 800
Amortissement des incitatifs à la location	(4 493)	(4 493)
Perte à la cession d'immobilisations	–	1 736
Variation des soldes hors trésorerie liés au fonctionnement		
Dépenses recouvrables et acomptes	1 234	2 204
Créditeurs et charges à payer	(5 591)	8 345
	10 535	21 084
Activités de financement		
Incitatifs à la location	–	5 897
Activités d'investissement		
Nouvelles immobilisations	(1 252)	(5 422)
Augmentation de la trésorerie et des équivalents de trésorerie	9 283	21 559
Trésorerie et équivalents de trésorerie au début de l'exercice	744 522	722 963
Trésorerie et équivalents de trésorerie à la clôture de l'exercice	753 805 \$	744 522 \$

Se reporter aux notes afférentes aux états financiers.

Notes afférentes aux états financiers

Exercice clos le 31 mars 2012

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. Le SCAPC a commencé son exploitation à titre d'Ombudsman des assurances de personnes le 17 août 2009.

1. Principales méthodes comptables

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

a) Instruments financiers

Le SCAPC classe ses placements à court terme comme étant détenus à des fins de transaction et, par conséquent, ces placements sont évalués à la juste valeur.

La valeur comptable des autres actifs et passifs financiers se rapproche de leur juste valeur, étant donné l'échéance à court terme de ces instruments financiers.

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 duquel la somme est reçue ou à recevoir.

(d) Immobilisations

Les immobilisations sont comptabilisées au coût moins l'amortissement cumulé. Les actifs sont amortis sur leur durée estimative d'utilisation, selon les méthodes d'amortissement et les taux annuels suivants :

Actifs	Méthode	Taux
Mobilier de bureau	Solde dégressif	20 %
Matériel de bureau	Solde dégressif	20 %
Matériel informatique	Linéaire	4 ans
Améliorations locatives	Linéaire	Durée du contrat

(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. Les incitatifs à la location sont portés en diminution des charges locatives sur la durée du bail.

(f) Incertitude relative à la mesure

La préparation d'états financiers exige que la direction fasse des estimations et qu'elle pose des hypothèses sur la valeur comptable des actifs et passifs et sur les informations relatives aux actifs et aux passifs éventuels à la date des états financiers ainsi que sur la valeur comptable 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 un certificat de placement garanti à court terme. La trésorerie et les équivalents de trésorerie se composent des montants suivants :

	2012		2011	
	Juste valeur	Valeur comptable	Juste valeur	Valeur comptable
Trésorerie	49 769 \$	49 769 \$	394 809 \$	394 809 \$
Placements à court terme	704 036	704 036	349 713	349 528
	753 805 \$	753 805 \$	744 522 \$	744 337 \$

Les placements à court terme, d'un montant de capital global de 704 036 \$ (349 713 \$ en 2011), portent intérêt à des taux effectifs allant de 1,20 % à 1,30 % (0,85 % en 2011). Les intérêts sont encaissables mensuellement.

3. Immobilisations

	Coût	Amortissement cumulé	2012	2011
			Valeur comptable nette	Valeur comptable nette
Mobilier de bureau	27 139 \$	16 874 \$	10 265 \$	12 831 \$
Matériel de bureau	3 186	892	2 294	2 866
Matériel informatique	19 867	13 741	6 126	10 107
Améliorations locatives	60 485	14 881	45 604	51 364
	110 677 \$	46 388 \$	64 289 \$	77 168 \$

États financiers

4. Opérations effectuées avec l'Association canadienne des compagnies d'assurance 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, qui ont totalisé 87 010 \$ (85 470 \$ en 2011), ce qui comprend les taxes applicables.

5. Engagements

Le SCAPC loue des bureaux à Toronto et à Montréal. Les loyers annuels minimums à verser aux termes des baux existants s'établissent comme suit :

2013	52,000 \$
2014	35,000
2015	34,000
2016	35,000
2017	35,000
Par la suite	106,000

6. Instruments financiers et gestion des risques

Le SCAPC a adopté des politiques relatives à la détection, au suivi et à la réduction des risques liés aux instruments financiers. Les principaux risques liés aux instruments financiers sont les risques de crédit et les risques de taux d'intérêt. La façon dont le SCAPC gère chacun de ces risques est décrite ci-dessous :

a) Risque de crédit

Le risque de crédit désigne le risque qu'une contrepartie ne s'acquitte pas de son obligation à l'égard du SCAPC. L'exposition du SCAPC au risque de crédit est limitée étant donné qu'il détient une part importante des actifs en trésorerie et en acceptations bancaires émises par une banque de l'annexe I dont les instruments d'emprunt émis au Canada sont notés AAA. L'exposition maximale au risque de crédit au 31 mars 2012 se compose de trésorerie et d'équivalents de trésorerie s'élevant à 753 805 \$ (744 522 \$ en 2011).

b) Risque de taux d'intérêt

Le risque de taux d'intérêt désigne le risque que la valeur de marché des placements du SCAPC fluctue en raison des variations des taux d'intérêt du marché. Le risque est considéré comme négligeable étant donné que le SCAPC détient une part importante de ses actifs en trésorerie et en comptes d'épargne à intérêts élevés.

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 7 septembre 2012 :

Acadie Vie	Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie	Manitoba Blue Cross
Aetna Life Insurance Company	FaithLife Financial	Manuvie Canada Ltée
Allianz Life Insurance Company of North America	Financière Manuvie	Metropolitan Life Insurance Company
American Bankers Compagnie d'Assurances Générales de la Floride	First Canadian Insurance Corporation	Optimum Réassurance inc.
American Bankers Compagnie d'Assurances -Vie de la Floride	Foresters	Pacific Blue Cross
American, compagnie d'assurance-vie et d'assurance-maladie	Foresters, Compagnie d'assurance vie	Partner Reinsurance Europe Public Limited Company
Association d'Hospitalisation Canassurance	Gerber Life Insurance Company	Promutuel Vie Inc.
Assomption Compagnie Mutuelle d'Assurance-Vie	GMS Insurance Inc.	Reassure America Life Insurance Company
Assurance Standard Life limitée	Green Shield Canada	Saskatchewan Blue Cross
Assurance-Vie ACE INA	Group Medical Services	SCOR Global Life
Assurance-Vie Banque Nationale, Compagnie d'assurance-vie	Groupe Promutuel	Scotia-Vie compagnie d'assurance
Assurant Solutions	Hartford Life Insurance Company	Société d'Assurance Vie MD
Assurant Vie du Canada	Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.	Société de fiducie Standard Life
BMO Compagnie d'assurance-vie	L'Assurance Financière CT	SSQ Groupe financier
BMO Société d'assurance-vie	L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie	SSQ, Société d'assurance inc.
British Columbia Life & Casualty Company (BC Life)	L'Équitable Compagnie d'Assurance-Vie du Canada	SSQ, Société d'assurance-vie inc.
CAA Insurance Company (Ontario)	L'Excellence, Compagnie d'assurance-vie	Sun Life Assurances (Canada) limitée
Canassurance compagnie d'assurance	L'Ordre Indépendant des Forestiers	Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie
Chevaliers de Colomb	L'Union-Vie, compagnie mutuelle d'assurance	Swiss Reinsurance Company Ltd.
CIGNA du Canada compagnie d'assurance sur la vie	La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc.	TD, Compagnie d'assurance-vie
Co-operators, Compagnie d'Assurance-Vie	La Capitale assureur de l'administration publique inc.	The Wawanesa Life Insurance Company
Compagnie d'assurance Combined d'Amérique	La Compagnie d'Assurance Canada-Vie du Canada	Transamerica Vie Canada
Compagnie d'assurance générale RBC	La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie	Triton Insurance Company
Compagnie d'assurance RBC du Canada	La Compagnie d'Assurance Générale Co-operators	Western Life Assurance Company
Compagnie d'assurance Standard Life 2006	La Compagnie d'Assurance-Vie CUMIS	
Compagnie d'Assurance Standard Life du Canada	La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers	
Compagnie d'assurance-vie RBC	La Compagnie d'assurance-Vie North America	
Compagnie d'assurance-vie CIBC Limitée	La Compagnie d'Assurance-vie Penncorp	
Compagnie d'Assurance-Vie Croix Bleue du Canada	La Compagnie d'Assurance-vie Primerica du Canada	
Compagnie d'Assurance-Vie Household	La Great-West, compagnie d'assurance-vie	
Compagnie d'assurance-vie Première du Canada	La Munich, Compagnie de Réassurance	
Compagnie d'assurance-vie Principal	La Nord-américaine, première compagnie d'assurance	
Compagnie d'assurance-vie State Farm International Ltée	La Reliable, Compagnie D'Assurance-Vie	
Compagnie d'assurances générales Legacy	La société d'assurance-vie des enseignantes et enseignants (fraternelle)	
Compagnie d'assurances New York Life	La Société Fraternelle Actra	
Connecticut General Life Insurance Company	La Survivance, compagnie mutuelle d'assurance vie	
Coordinateurs en assurance voyage TIC Itée	La Survivance-Voyage, compagnie d'assurance	
Croix Bleue Medavie	Liberty Life Assurance Company of Boston	
	London Life, Compagnie d'Assurance-Vie	

Bureaux + 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 2011-2012

Présidente

Dr. Janice MacKinnon ^{1,3}

Professeure, Université de la Saskatchewan et ancienne ministre des Finances de la Saskatchewan

Administrateurs indépendants

Lea Algar ²

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

Bruce Cran ¹

Président, Association des consommateurs du Canada

Peter Maddaugh, c.r. ^{2,3}

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

Yves Rabeau ¹

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

Reginald Richard ^{2,3}

Ancien surintendant des assurances du Nouveau-Brunswick

Administrateurs sectoriels

Claude Garcia ²

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

Dr. Dieter Kays ¹

Ancien président et chef de la direction de FaithLife Financial

Dan Thornton ³

Ancien chef de l'exploitation de The Co-operators Life Insurance Company

¹ Membre du comité de gouvernance

² Membre du comité des normes

³ Membre du comité des ressources humaines