

Ombudsman
des assurances de
personnes



OmbudService
for Life & Health
Insurance

OAP • OLHI



2012-2013 **Rapport annuel**

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 d'information
 - P.12** Étude de cas : 3
 - P.13** Statistiques sur les sites Web
 - P.14** Normes
 - P.15** Sociétés membres
 - P.16** Bureaux + membres du conseil d'administration
- États financiers

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.

Félicitations à Dr. Janice MacKinnon à l'occasion de sa nomination à titre de membre de l'Ordre du Canada pour ses contributions à l'avancement de la politique publique aux échelons provincial et national, en tant qu'auteure, politicienne et universitaire.

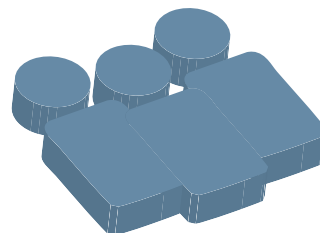
Illustration de la page de couverture : « Fundy Shores no. 1 »
Acrylique et huile sur toile, par Doug Forsythe
(www.dougforsythegallery.com) © Doug Forsythe

Faits saillants + Volume total des activités

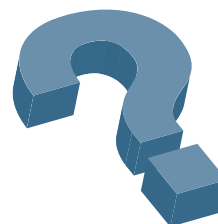
Faits saillants :

- 2e Évaluation indépendante
– L'OAP agit conformément à sa mission
- Augmentation des visites des sites Web
– 72 % en 3 ans
- Augmentation des recommandations
des sociétés membres
- Mise en valeur de notre image
dans l'Ouest canadien
- Mise en place du 1er Sondage de
satisfaction auprès des consommateurs
- Nouveau bureau de Montréal,
nouveaux systèmes téléphoniques
et des TI

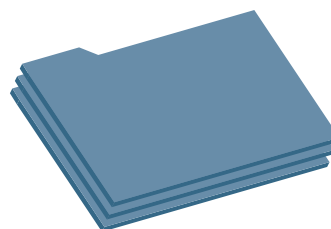
Analyse du volume total des activités



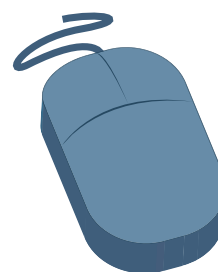
Total des interactions 66 004



Demandes d'information 14 865



Plaintes 2 350



Visiteurs des sites Web 48 789

Message de la présidente du conseil d'administration

Dr. Janice MacKinnon

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

« Le succès n'est ni magique ni mystérieux. Le succès est la conséquence naturelle de l'application systématique des principes fondamentaux. »

Jim Rohn (Entrepreneur, auteur)

L'année passée a été particulièrement formidable et gratifiante, alors que nous avons mis à exécution plusieurs initiatives majeures, la principale étant la reddition de la 2e Évaluation indépendante de l'OAP.

2E ÉVALUATION INDÉPENDANTE

Conformément au Cadre de collaboration, les ombudsmans financiers canadiens, dont l'OAP, sont requis d'entreprendre une évaluation indépendante de leurs opérations à quelques années d'intervalle, afin d'assurer qu'ils s'acquittent de leur mission. Au cours de l'exercice à l'étude, l'OAP a fait l'objet d'une deuxième évaluation de ce genre depuis le commencement de ses activités en 2002.

L'OAP a eu beaucoup de chance de retenir les services d'un consultant de la stature de l'honorable juge Robert Wells pour procéder à cette évaluation. Son expérience dans le règlement de différends en plus d'années d'exercice en tant que juge ont permis une étude impeccable et des recommandations pertinentes, perspicaces et réalisables. Le conseil d'administration de l'OAP est très satisfait de la manière dont l'évaluation a été conduite et se félicite des conclusions tirées. Le Rapport final a été remis à l'ACCAP, nos sociétés membres, nos autorités de réglementation et mis à la disposition du public, dans les deux langues, sur les sites Web de l'OAP. Les réactions provenant de tout secteur ont été positives.

La conclusion du Rapport final confirmait que l'OAP agit conformément à sa mission, telle qu'établie dans ses documents constitutifs, y compris selon les sept lignes directrices que contient le Cadre. Cela réitère que l'OAP a fait beaucoup d'efforts, au sein de son équipe comme auprès des parties intéressées en vue d'organiser son travail de manière efficace et indépendante en appliquant les 60 recommandations de la 1re Évaluation indépendante. Le Rapport propose 13 nouvelles recommandations conçues en vue de renforcer et d'améliorer les processus clés de l'OAP et de l'aider à atteindre son plein potentiel de fournisseur de services de règlement des différends entre les consommateurs et les assureurs, qui soient indépendants, justes et impartiaux.

Une recommandation, en particulier, a fait écho auprès du conseil d'administration. Celle-ci dit que la méthode actuelle de sélection des administrateurs ne devrait pas être modifiée. Étant donné certaines discussions en cours concernant la structure de la gouvernance des services d'ombudsman en général, c'était rassurant qu'une personne indépendante confirme que les mécanismes de gouvernance de l'OAP satisfont aux normes d'indépendance sous tous leurs aspects.

L'OAP a déjà pris des mesures pour appliquer plusieurs recommandations. Pour les principales, exigeant plus de planification, le personnel passera du temps cette année à rassembler l'information en vue de préparer un plan de mise en œuvre pour l'année suivante. Les parties intéressées ont été consultées et le seront tout au long du processus.

SONDAGE DE SATISFACTION AUPRÈS DES CONSOMMATEURS

De plus, nous attendons les résultats du premier Sondage de satisfaction auprès des consommateurs de l'OAP en vue d'incorporer ses conclusions dans le plan de mise en œuvre de l'évaluation. L'objectif du sondage est de déterminer les niveaux de satisfaction



des consommateurs par rapport aux différentes étapes et aspects du Processus de révision des plaintes de l'OAP. Après le travail préparatoire du sondage entrepris durant l'exercice 2012-2013, on attend le rapport final pour l'automne 2013.

RELATIONS AVEC LES ORGANISMES DE RÉGLEMENTATION

Les relations que l'OAP entretient avec ses autorités de réglementation continuent d'être saines, nonobstant les modifications actuelles dans le contexte environnant. À cet égard, le Forum conjoint des autorités de réglementation du marché financier a été dissous l'automne dernier et remplacé par le Comité de conciliation permanent de surveillance du CRRRA, un nouveau sous-comité du Conseil canadien des responsables de la réglementation d'assurance (CCRRA). La transition s'est faite sans heurts d'autant que de nombreux participants sont restés les mêmes et nous sommes heureux de continuer de collaborer sur des questions d'intérêt et de préoccupations mutuels.

Perspective d'avenir

L'an prochain promet d'être aussi formidable et exigeant. Nos initiatives principales comprennent :

- livrer le rapport final du premier Sondage de satisfaction auprès des consommateurs de l'OAP,
- créer un plan de mise en œuvre suite à la 2e Évaluation indépendante,
- sensibiliser davantage sur l'existence de l'OAP par des partenariats Web avec des organismes aux vues similaires,
- faire la transition vers la nouvelle Loi canadienne sur les organisations à but non lucratif.

Pour finir, j'aimerais remercier l'ensemble des parties et de l'équipe : le Conseil d'administration, la direction et le personnel de l'OAP, les sociétés membres et autres parties prenantes dont le travail, le dévouement et la coopération ont contribué à poursuivre davantage le mandat de l'OAP et qui ont permis un forum indépendant de protection des consommateurs.

Dr. Janice MacKinnon

Présidente du conseil d'administration, OAP

Message de la directrice exécutive

Holly Nicholson

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

« Seuls nous pouvons faire si peu; ensemble, nous pouvons faire beaucoup. »

Helen Keller

Ce fut une autre année couronnée de succès pour l'OAP d'autant que nous avons obtenu des résultats positifs de notre 2e Évaluation indépendante et pris des mesures en vue d'accroître l'efficacité opérationnelle et notre indépendance.

NOUVEAU BUREAU À MONTRÉAL ET NOUVEAUX SYSTÈMES OPÉRATIONNELS

Du point de vue des opérations, le nouvel exercice a débuté par la décision du conseil de remplacer les systèmes téléphoniques et du réseau des TI de l'OAP.

Depuis sa création, l'OAP fonctionnait, à chaque emplacement de ses bureaux, avec des réseaux distincts de téléphone et des TI. On a estimé qu'il était temps pour l'OAP d'assurer que ces systèmes soient totalement indépendants, placés sous son contrôle direct et harmonisés dans toute la compagnie.

Une bonne partie du printemps et de l'été a été consacrée à l'étude de propositions de fournisseurs potentiels et à négocier en vue de conclure une entente. L'automne a été consacré à la mise en place des nouveaux systèmes et à la formation du personnel. Le fait que nos principaux systèmes soient adaptés à nos exigences et normalisés dans toute la compagnie assure que nous répondrons efficacement à nos besoins opérationnels actuels et futurs.

La fin de l'exercice a été marquée par le transfert de notre bureau de Montréal. Ce déménagement a eu lieu suite à l'échéance de notre bail avec l'ACCAP, mais était prévu depuis plusieurs années, puisque la recommandation de trouver des locaux distincts avait été suggérée lors de la 1re Évaluation indépendante. Nous demeurons au cœur du centre-ville de Montréal.

2E ÉVALUATION INDÉPENDANTE

L'évaluation du juge Wells avait comme principal objectif de vérifier l'efficacité du processus de traitement des plaintes de l'OAP. Après des mises à jour substantielles de notre processus de plainte ces quatre dernières années, nous étions heureux de voir que les conclusions de l'évaluation confirmaient que nous répondons aux normes en vigueur.

Naturellement, plusieurs recommandations ont été émises suite à l'Évaluation. Parmi celles-ci, mentionnons :

- une escalade d'un nombre plus grand de cas aux 2e et 3e étapes du processus des plaintes,
- la provision de fonds supplémentaires, afin que l'OAP puisse solliciter des conseils professionnels spécialisés,
- la publication d'un plus grand nombre d'études de cas de l'OAP.

Notre conseil d'administration a accepté ces recommandations en principe comme des mesures importantes en vue d'améliorer la transparence des processus de plaintes de l'OAP et d'accroître sa crédibilité auprès des parties intéressées, notamment les consommateurs. Durant l'année en cours, nous recueillerons l'information nécessaire afin de planifier la mise en œuvre de ces recommandations. Les parties intéressées ont été consultées sur ces questions et continueront de l'être.



REMARQUES ET SENSIBILISATION DES CONSOMMATEURS

L'OAP a eu plus de 66 000 interactions avec le public l'an passé. Il ne fait aucun doute que les visites des sites Web forment la plus grande part de celles-ci, dans la mesure où les Canadiens se tournent de plus en plus vers l'Internet pour trouver de l'information. L'OAP a reçu 48 789 visites de ses sites Web anglais et français, une augmentation de 72% au cours des 3 dernières années.

Cette année, l'OAP a fait des démarches destinées à sensibiliser davantage le public de l'Ouest canadien. En février, nous avons un stand au salon « Zoomer » de Vancouver, une occasion de promouvoir nos services auprès de plus de 15 000 participants. Ces efforts semblent avoir porté leurs fruits, puisque nous avons vu au cours de l'année écoulée une augmentation de nos services par les Canadiens de l'Ouest.

Une autre tendance importante à relever est le nombre croissant de consommateurs qui entendent parler des services de traitement des plaintes de l'OAP de la part de leur assureur. C'est une conséquence directe de l'entente conclue avec nos sociétés membres l'an passé, d'aviser les consommateurs de l'existence de l'OAP dans le cadre du processus de plaintes interne de la société.

RÉSUMÉ

À ce jour, les clés du succès de l'OAP se reflètent dans la collaboration avec les parties intéressées, une planification stratégique et l'exécution méticuleuse de projets privilégiés. Le travail considérable du Conseil et de tout le personnel de l'OAP et leur dévouement ont joué un rôle crucial.

Les résultats positifs de la 2e Évaluation indépendante conduite cette année et une prise de conscience croissante de nos services de la part du public démontrent que cette approche s'est avérée judicieuse. Nous efforçons d'atteindre notre plein potentiel à titre d'organisme indépendant de règlement des différends, au service des consommateurs et des assureurs de personnes, nous concentrerons nos efforts de collaboration, de concertation et de travail.

A handwritten signature in black ink that reads "Holly Nicholson".

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 aux 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 aux 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

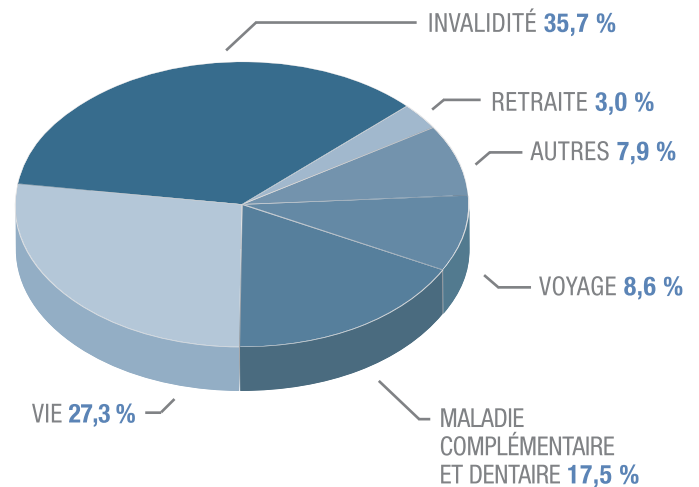
Cette année, l'OAP a reçu 2 350 plaintes au total. Tandis que ce chiffre est légèrement inférieur aux 2 444 plaintes de l'an passé, il représente une hausse de 18 % par rapport au volume de cas d'il y a deux ans. Cette augmentation générale des plaintes est directement liée aux diverses initiatives entreprises depuis 2011 pour mieux faire connaître les services offerts par l'OAP, notamment les notifications supplémentaires transmises aux consommateurs par les sociétés membres durant leurs processus internes de traitement des plaintes.

À l'instar des exercices précédents, les trois principales catégories de plainte sur les produits concernent l'assurance invalidité, l'assurance vie et maladie complémentaire et dentaire. Ensemble, elles représentent 80,5 % de toutes les plaintes.

Pour la deuxième année consécutive, les plaintes sur l'invalidité sont inférieures aux niveaux record, à 35,7 % du total des plaintes cette année, contre 41,6 %, il y a deux ans. En revanche, durant la même période, les demandes d'indemnisation d'assurance maladie complémentaire et dentaire suivent une tendance à la hausse. Les plaintes concernant l'assurance vie restent relativement stables à 27,3 %, cette année.

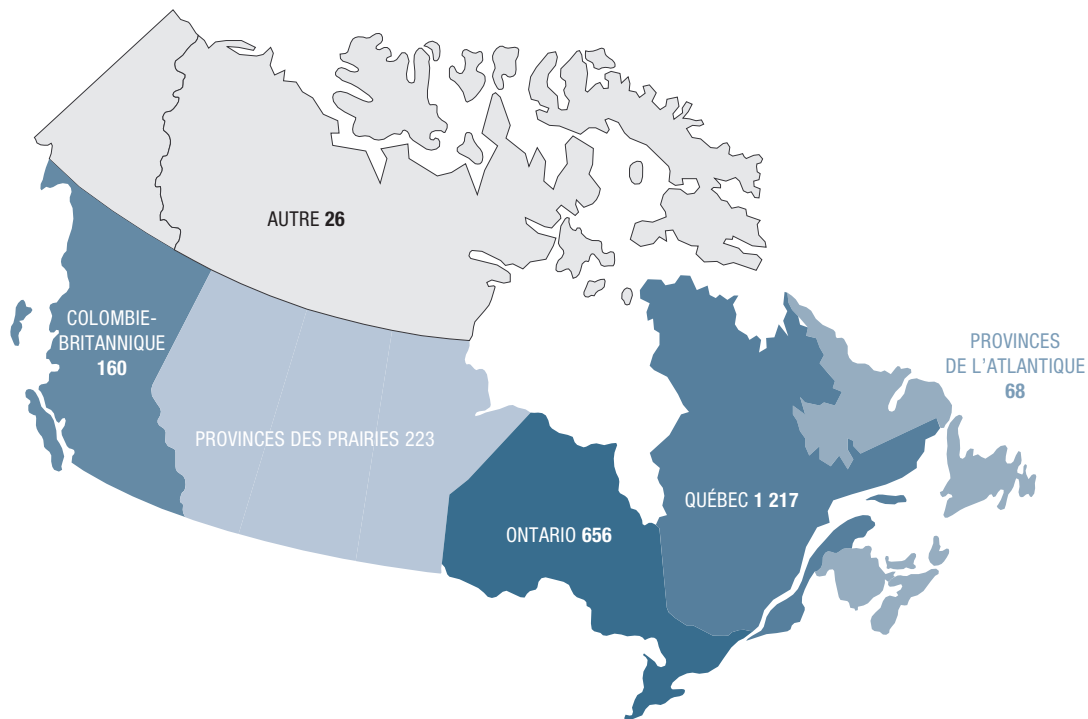
Il y a eu davantage de plaintes en provenance de C.-B. et des Provinces des Prairies, associées à une régression du nombre en provenance du Québec et de l'Ontario. Les plaintes provenant de ces deux régions demeurent relativement stables.

Plaintes par produit



TOTAL 2 350

Plaintes par région



TOTAL 2 350

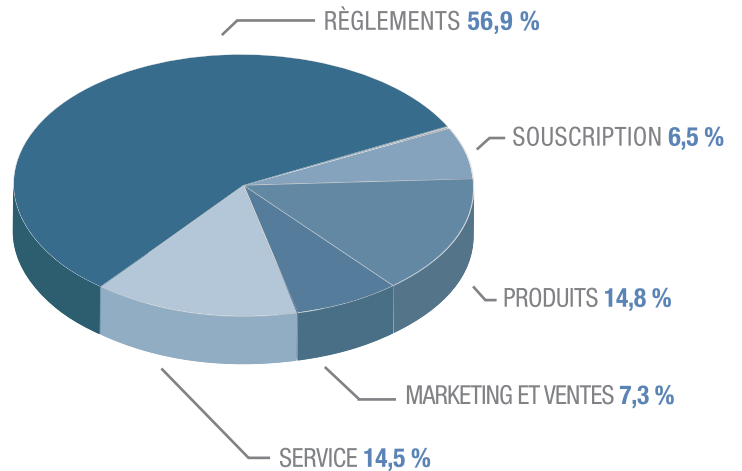
Aperçu

Selon le type de fonction de la société, la catégorie des demandes de règlement continue de générer de loin la plus forte proportion de plaintes avec 56,9 % pour cet exercice financier. Le nombre des plaintes relatives à la conception des produits et aux services est à peu près égal avec un pourcentage de 14,8 % et 14,5 %, respectivement. Les catégories les moins élevées sont le marketing et les ventes (7,3 %) et les souscriptions (6,5 %). Les pourcentages des quatre dernières catégories sont semblables à ceux de l'exercice passé.

Pour ce qui est de la source d'où proviennent les plaintes, des changements intéressants se sont produits. Il n'est pas surprenant de constater que la méthode que les consommateurs utilisent pour identifier les services de l'OAP est l'internet et les sites Web. Puis, cette année, au deuxième rang en importance on trouve les sociétés membres référant leurs clients à l'OAP. Cette catégorie a subi une hausse relativement forte, passant de 12,8 % à l'exercice 2011-2012 à 18,5 % pour l'exercice financier en cours. En revanche, les recommandations émanant du gouvernement (non réglementaire) ont chuté fortement passant de 27 % à 16,1 %.

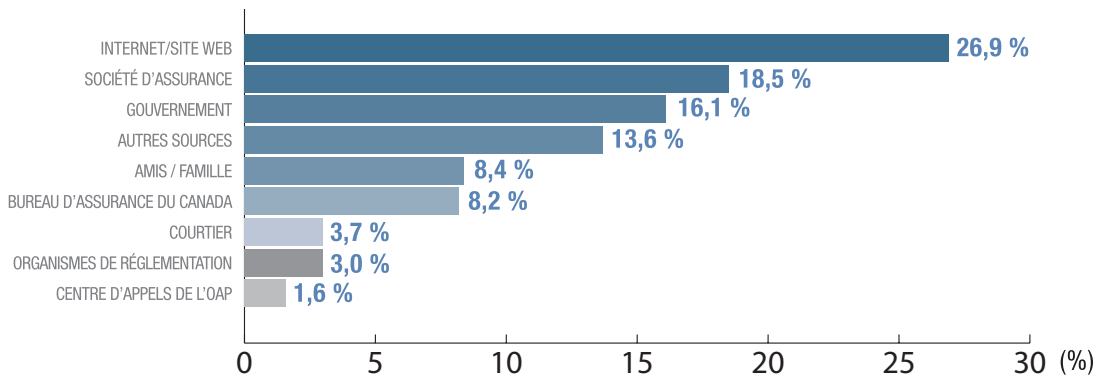
La répartition des plaintes par catégorie provenant de l'assurance collective, personnelle et crédit est demeurée également stable et semblable aux exercices précédents.

Plaintes par fonction au sein de la société



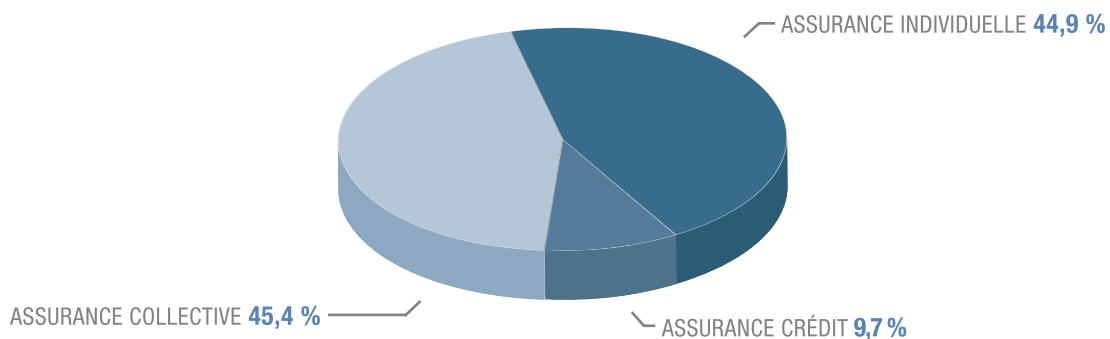
TOTAL 2 350

Plaintes par source



TOTAL 2 350

Plaintes par type de protection



TOTAL 2 350

Étude de cas : 1

Divulgence complète

M. M a appelé l'OAP après réception d'une lettre de l'assureur de sa femme rejetant sa demande de règlement au titre de l'assurance voyage. Sa femme et lui avaient contracté une assurance de soins médicaux et d'hospitalisation d'urgence hors du pays pour les couvrir dans le cadre d'un prochain voyage aux É.-U. L'assurance avait été souscrite au téléphone et les réponses aux questions médicales avaient été données oralement par M. M et sa femme.

Hélas, Mme M fut hospitalisée et dut subir d'urgence une opération du cœur pendant les vacances. Après être rentrée à la maison, elle a fait une demande d'indemnisation à l'assureur pour ses frais d'hospitalisation et médicaux aux É.-U. Du fait que Mme M avait passé deux semaines à l'hôpital, les dépenses étaient élevées. L'assureur a refusé la demande d'indemnisation invoquant le fait que Mme M avait omis de déclarer tous ses antécédents médicaux. M. M a soutenu que sa femme avait divulgué tous les problèmes d'ordre médical nécessaires.

Puisque l'assureur avait émis sa lettre de position définitive, notre conseiller aux plaintes a avisé M. M que l'OAP pourrait ouvrir un dossier de plainte en vue de déterminer s'il y avait motif à réviser la décision de l'assureur. Afin d'entamer le processus, Mme M dut signer et soumettre le formulaire d'autorisation standard de l'OAP et tous les documents pertinents, dont un exemplaire de la lettre de position définitive de l'assureur.

Au cours de l'appel initial à l'OAP, M. M a demandé si la demande de règlement de sa femme faisait l'objet d'un « délai de prescription », c'est-à-dire s'il y avait un délai prescrit pour tenter des actions en justice contre l'assureur en vue de recouvrer les dépenses de sa femme. On lui avait dit que le délai de prescription avait été suspendu tandis que sa plainte faisait l'objet d'un examen de la part de l'OAP. Nous l'avons avisé de consulter un avocat s'il se demandait quel était le délai de prescription s'appliquant à la demande de règlement de sa femme, puisque l'OAP n'est pas en mesure de fournir des conseils juridiques.

Conformément à la pratique standard de l'industrie, une fois que Mme M avait déposé une demande son assureur avait obtenu des copies de son dossier médical. Ce dossier médical avait été fourni à l'assureur en vertu d'un consentement écrit signé par Mme M au moment où elle avait déposé sa demande d'indemnisation. L'assureur a fourni une copie du dossier médical à l'OAP, après que le dossier de plainte de Mme M ait été ouvert.

Lors de l'examen du dossier médical de Mme M, notre conseiller aux plaintes a découvert que Mme M avait consulté son médecin de famille à trois reprises juste avant d'acheter son assurance voyage. Ces consultations avaient eu lieu en raison de plaintes de douleurs à la poitrine. Le médecin avait prescrit un examen pour connaître les causes possibles des symptômes, lequel rendez-vous avait été annulé à la demande de Mme M jusqu'à son retour de vacances. Par contre, lorsqu'elle avait acheté son assurance voyage, Mme M avait dit à l'assureur qu'elle n'avait pas consulté de médecin « en dehors des visites de routine au cours des douze derniers mois ». En somme, l'assureur avait rejeté la demande de remboursement des dépenses de Mme M, du fait que Mme M avait été investiguée pour une condition préexistante au cours de cette période.

« Mme M avait omis de divulguer tous ses antécédents médicaux quand elle a souscrit à une assurance voyage »

Pour Mme M, sa position était que : les trois consultations chez son médecin étaient liées à une « affection mineure », permise en vertu de la police. Son argument était qu'elle n'avait pas « d'affection préexistante » et que ses visites chez le médecin n'étaient aucunement liées à un état sous-jacent. La police définissait « affection mineure » comme une maladie qui ne requiert pas plus d'une visite de suivi chez son médecin.

Le conseiller aux plaintes de l'OAP a conclu que Mme M ne souffrait pas d'une affection mineure puisque son état avait requis deux visites de suivi. Par conséquent, la clause « d'affection préexistante » de la police a été appliquée. De ce fait, elle a dû divulguer à son assureur la totalité de son dossier médical, y compris toutes les consultations de médecins, au cours des douze mois précédents pour « des raisons en dehors de la simple routine ».

En fin de compte, Mme M n'a pas divulgué l'intégralité de ses antécédents médicaux quand elle a souscrit à une assurance voyage et l'assureur avait légitimement le droit de rejeter sa demande de paiement. Mme M a été avisée qu'il n'y avait aucune raison que l'OAP examine la plainte qu'elle avait faite à l'assureur et son dossier de l'OAP a été fermé.

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

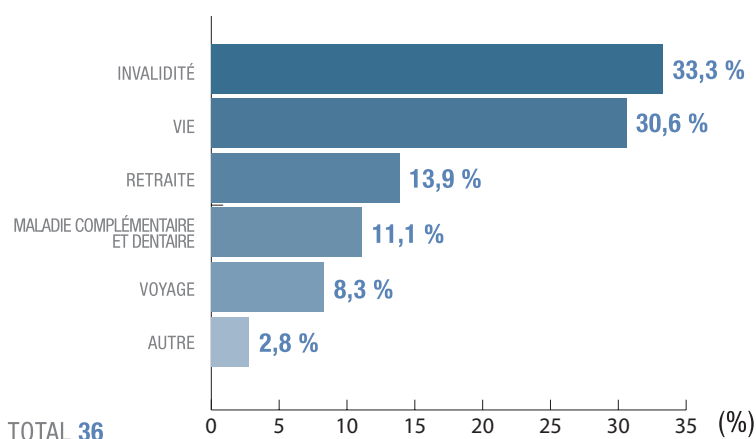
Comparativement à l'exercice financier précédent, le nombre d'enquêtes a plus que doublé, passant de 14 à 36. Rien ne prouve que cette augmentation reflète une tendance permanente ou qu'elle soit une anomalie, si l'on se base sur la nature et la complexité des plaintes reçues l'an passé. Le nombre d'enquêtes pour l'année à venir fournira des éclaircissements sur ce point.

Selon une classification par produits, les dossiers de plaintes concernant l'assurance invalidité représentent la catégorie la plus grande de cas recommandés à l'OAP à l'étape de l'enquête. Par contre, cette année, ils ont diminué en nombre d'à peu près 10 % par rapport à l'an passé. D'autre part, il y a eu une hausse vertigineuse des enquêtes concernant l'assurance vie. Elles sont passées à 30,6 %, comparativement à 14,3 % pour l'exercice financier précédent. Les dossiers d'assurance maladie complémentaire et dentaire et d'autres produits ont connu de légères hausses par rapport aux chiffres précédents.

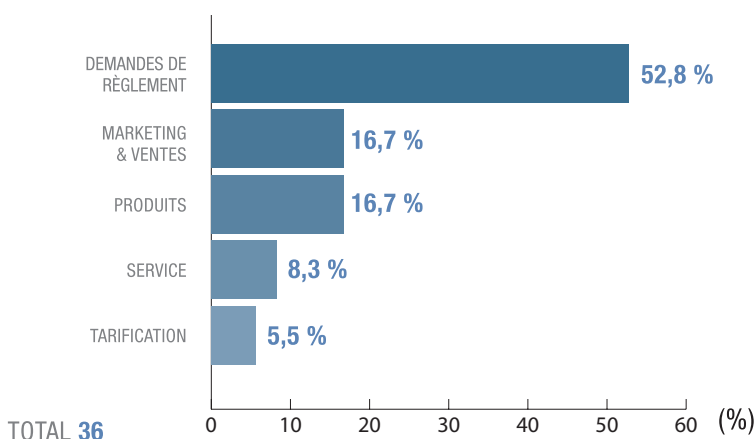
Si on les classe selon les fonctions de la société, les enquêtes des demandes de règlement continuent de se placer en tête, suivies des enquêtes de marketing et de ventes et conception de produits, les deux représentant 16,7 % du total.

37 enquêtes, au total, ont été traitées et conclues durant l'exercice. 11 d'entre elles ont été réglées en faveur du consommateur, soit un ratio de règlement de près de 30 %. Ce chiffre est comparable au ratio de règlement d'autres ombudsmans financiers internationaux.

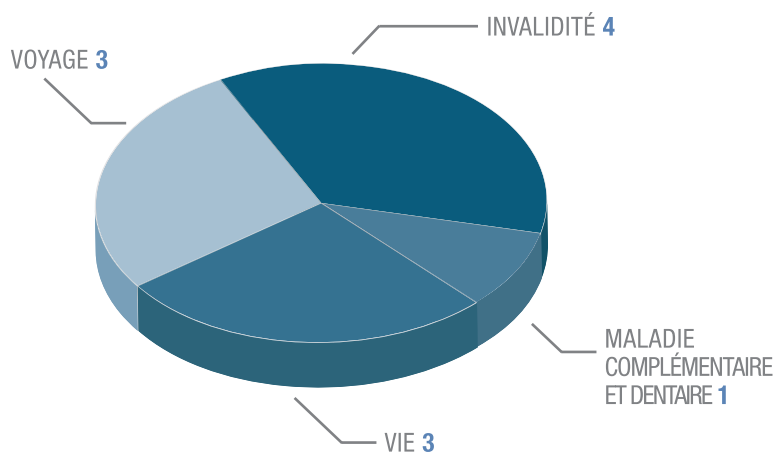
Enquêtes par type de produit



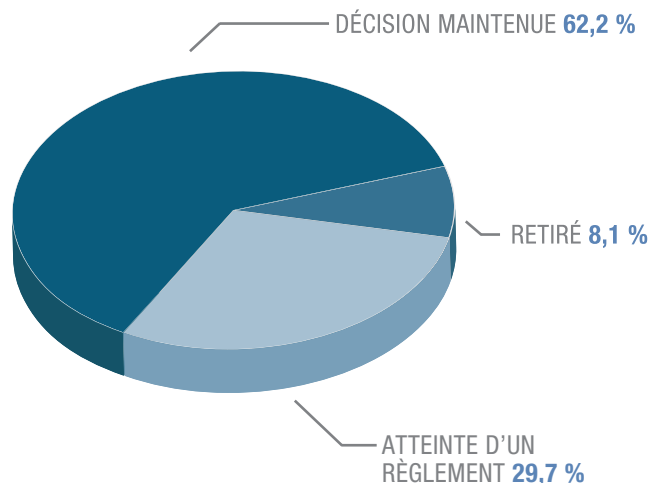
Enquêtes par fonction au sein de la société



Cas réglés



Issue des dossiers réglés



Étude de cas : 2

Résolution de messages contradictoires

Mme A a contacté l'OAP afin qu'on l'aide avec ses prestations d'assurance collective pour les soins médicaux. Son assureur avait refusé de payer les soins recommandés pour l'infirmité motrice cérébrale de son fils et lui avait remis une lettre recommandant qu'elle s'adresse à l'OAP si elle souhaitait donner suite à sa plainte. Tous les assureurs de personnes canadiens, qui sont membres de l'OAP, envoient une lettre de ce type, appelée « lettre de position définitive », une fois que le processus interne de plainte de leur société est terminé.

Aux vues de leur conversation, le conseiller aux plaintes a conclu que l'OAP pourrait procéder à un examen indépendant de la plainte de Mme A après qu'elle ait signé et remis le formulaire d'autorisation de l'OAP. Une lettre a ensuite été envoyée à Mme A confirmant l'ouverture d'un dossier de plainte et qu'elle pouvait s'attendre à recevoir une réponse de l'OAP dans les 60 à 90 jours. Mme A et son assureur ont dû remettre des exemplaires de tous les documents liés à la plainte, notamment la brochure des garanties collectives et tout le courrier échangé.

Le conseiller aux plaintes a procédé à un examen de tous les documents soumis par les deux parties, et il a relevé que la définition de « dépense admissible » dans la police d'assurance et la brochure des avantages sociaux comportait plusieurs conditions. Néanmoins, il n'était pas convaincu que les termes du contrat de l'assureur expliquaient pourquoi et comment la demande de règlement n'était pas admissible. Il a noté qu'il se pouvait que des messages contradictoires aient été transmis par l'assureur. En conséquence, il a recommandé que la plainte soit escaladée à un conciliateur de l'OAP, en vue d'un réexamen.

À réception du dossier de plainte, le conciliateur a examiné les procédures effectuées à ce jour, ainsi que les documents soumis par les deux parties. Par la suite, il a eu une très longue conversation avec Mme A, chez qui les communications de l'assureur avaient semé la confusion.

Il a appris qu'à l'origine on avait dit à Mme A que les traitements seraient pris en charge. Puis on l'avait avisée, par écrit, que les traitements proposés n'étaient pas admissibles parce qu'ils n'étaient pas considérés comme étant « raisonnables » et que l'assureur offrait de reconsidérer sa position si elle pouvait démontrer que les traitements étaient prescrits médicalement. En se basant sur cette information, Mme A a obtenu une lettre du médecin de son fils justifiant les traitements, mais encore là l'assureur a rejeté la demande.

Entre-temps, un représentant de l'assureur avait mentionné à Mme A que des traitements de cette nature avaient préalablement été autorisés, à titre individuel.

Le conciliateur a contacté l'assureur afin de mieux cerner la position de ce dernier. Il voulait notamment comprendre pourquoi la demande de Mme A avait été rejetée après qu'elle avait soumis la preuve médicale qui, de prime abord, semblait confirmer que les traitements étaient raisonnables sur le plan médical. On lui a dit que les traitements proposés n'étaient

« Le libellé de la police n'expliquait pas clairement pourquoi la demande n'était pas admissible »

pas admissibles à un remboursement, car l'article de la police s'y référant prévoyait uniquement la couverture des coûts de l'équipement médical et non des traitements eux-mêmes.

Un examen plus approfondi du dossier de demande de règlement de l'assureur par le conciliateur a révélé que la position que seul l'équipement médical serait couvert avait fait surface après que l'assureur avait avisé Mme A, par écrit, que des traitements « raisonnables médicalement » seraient remboursés.

C'est à ce moment-là que le conciliateur a préparé une soumission détaillée à l'intention de l'assureur. Il recommandait qu'à la lumière du manque de clarté du libellé de la police et du fait de messages contradictoires et déroutants communiqués à la consommatrice, qu'il devrait envisager d'approuver la demande de règlement, sans affecter la tarification de la police collective.

L'assureur a accepté de le faire et les séances de traitement ont été autorisées.

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 d'information

Aperçu

Pour l'exercice en cours, l'OAP a répondu à près de 15 000 demandes de consommateurs sur les services et produits d'assurance de personnes, y compris des appels en direct et sur les lignes d'assistance libre-service*. Sur trois ans, ce nombre n'a cessé de diminuer année après année. Au même moment, les visites des sites Web de l'OAP ont augmenté exponentiellement, attestant que les Canadiens ont davantage recours à l'Internet pour trouver de l'information.

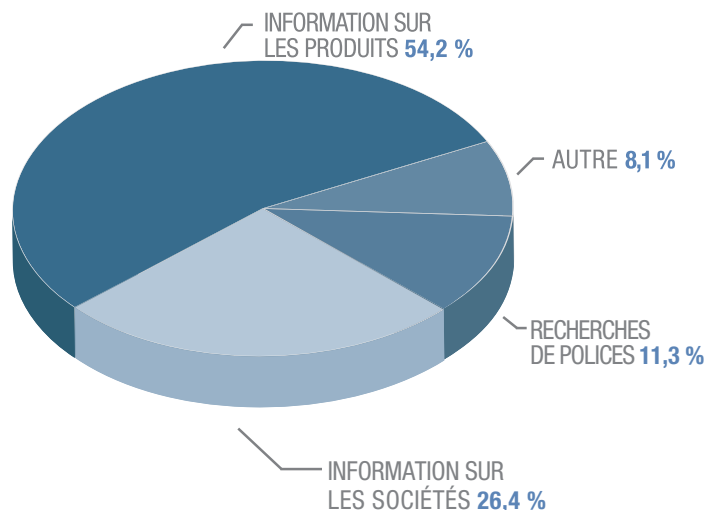
L'information concernant les produits et les sociétés constitue toujours la majeure partie des sujets des demandes. Cependant, la catégorie de recherche de police d'assurance grandit d'année en année, avec une hausse de 5,8 % en 2010-2011 et de 11,3 % pour l'exercice financier en cours.

Comme pour les années précédentes, la majorité des demandes de produits concerne l'information sur les voyages et sur les visiteurs. Pour ce qui est des demandes sur les sociétés, les demandes des coordonnées des sociétés membres arrivent toujours en tête de liste, mais par contre le volume a diminué au cours de l'exercice avec l'apport d'une nouvelle catégorie « Acquisitions et fusions des sociétés membres ».

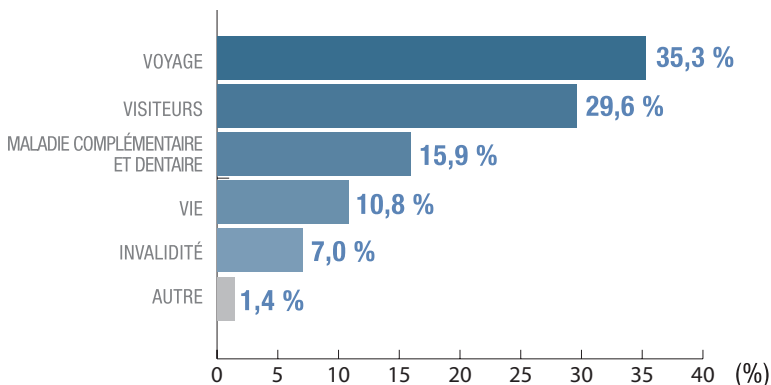
De même que pour les exercices passés, la majorité des demandes proviennent du Québec, suivi de l'Ontario, les Provinces des Prairies, la Colombie-Britannique et les Provinces de l'Atlantique.

**Remarque : L'installation du nouveau système téléphonique de l'OAP en 2012 a révélé que les volumes des appels automatisés étaient surestimés pour les années antérieures et leur quantité est en baisse depuis que les sites Web de l'OAP ont été créés en 2009.*

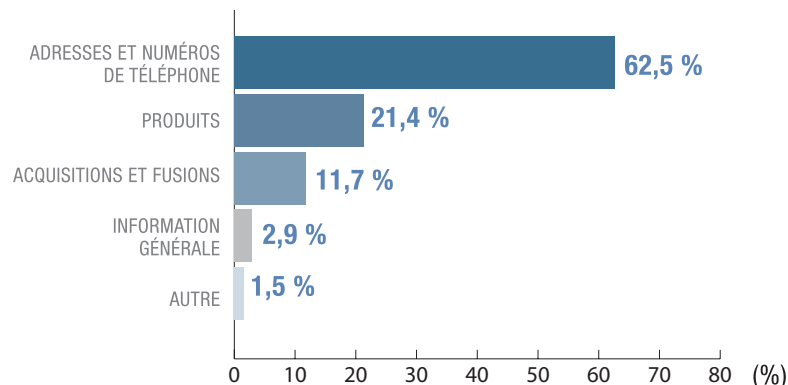
Pourquoi nous a-t-on appelé?



Demandes d'information sur les produits



Demandes d'information sur les sociétés



Demandes d'information par région

Québec	58,2 %
Ontario	27,8 %
Provinces des Prairies	5,4 %
Colombie-Britannique	3,0 %
Provinces de l'Atlantique	2,1 %
Autre	3,5 %
Total	100 %

Étude de cas : 3

Aboutissement à un compromis

M. S a communiqué avec l'OAP cherchant de l'aide en vue de voir approuvées ses prestations d'invalidité. La conseillère aux plaintes de l'OAP ayant répondu à l'appel a appris que M. S avait acheté un véhicule il y a quelques années et contracté un emprunt pour l'achat. À cette époque, il avait souscrit à une assurance-crédit collective qui couvrirait ses remboursements mensuels de prêt automobile en cas d'invalidité totale. Par la suite, M. S a appris qu'il avait une maladie incurable. Il a fait une demande de prestations d'invalidité, mais sa demande a été rejetée du fait qu'elle n'avait pas été soumise dans les délais requis.

Pendant l'appel, notre conseillère aux plaintes a été en mesure de déterminer que M. S n'avait pas reçu la lettre de position définitive de l'assureur. Elle a avisé M. S qu'il aurait besoin de compléter le processus interne de plaintes de son assureur avant que l'OAP puisse examiner sa plainte. Nous avons fourni à M. S les coordonnées du responsable des plaintes de son assureur.

Environ un mois après, M. S a rappelé à réception de la lettre de position définitive de son assureur. La conseillère lui a expliqué que l'OAP ouvrirait un dossier de plainte une fois que M. S aurait signé et remis le formulaire d'autorisation de l'OAP ainsi que d'autres documents pertinents. Ensuite, l'OAP demanderait des documents à l'assureur, puis le consommateur et l'assureur seraient avisés par écrit que le traitement de la plainte par l'OAP était en cours.

À réception des documents des deux parties, notre conseillère aux plaintes a constaté que M. S avait un argument raisonnable et elle a recommandé le transfert de la plainte à un conciliateur pour une enquête plus approfondie.

Le conciliateur a revu l'ordre des événements. Le dernier emploi de M. S s'était terminé en octobre 2010. En 2009, il avait acheté une nouvelle automobile et par l'intermédiaire du concessionnaire avait souscrit une assurance-crédit collective et invalidité. Il avait une prime unique dont le montant était réparti sur la totalité de ses mensualités pour l'auto. Après qu'il ait reçu son diagnostic d'invalidité à l'automne 2010, il a fait une demande de prestations d'invalidité du RPC et sa demande a été approuvée en juin 2011. M. S avait eu l'impression, à tort, qu'il devait faire une demande de prestations d'invalidité du RPC avant toute autre demande de prestations. L'anxiété déclenchée à réception de son diagnostic d'invalidité et le fait que par conséquent il devait désormais se concentrer à des tâches de la vie quotidienne lui avaient fait perdre de vue le fait qu'il avait souscrit à une assurance-crédit en cas d'invalidité.

M. S a fait sa demande de prestations en août 2011. La police d'assurance exigeait qu'il avise son assureur des circonstances l'ayant mené à son invalidité, et ce, dans un délai de moins de 30 jours. De plus, il devait fournir des preuves médicales afin d'établir une réclamation dans un délai de 90 jours suivant le début de l'invalidité. Par conséquent, la lettre de position définitive de l'assureur refusait la réclamation en précisant que la demande avait été déposée trop tard.

« Il a fait une demande de prestations d'invalidité, mais sa demande a été rejetée du fait qu'elle n'avait pas été soumise dans les délais requis »

Le conciliateur a parlé à M. S et lui a expliqué les raisons pour lesquelles l'assureur était dans ses droits d'appuyer son argument sur le temps imparti figurant dans la police. Par contre, le conciliateur a suggéré qu'il serait peut-être possible d'obtenir un règlement dans lequel les remboursements du prêt pourraient être couverts à partir de la date à laquelle l'assureur avait reçu la demande de réclamation. M. S a volontiers approuvé que ce serait un règlement acceptable de sa plainte.

Subséquemment, le conciliateur a présenté son argument écrit à l'assureur, en suggérant que ce dernier paie les prestations à partir d'août 2011. Cette suggestion était fondée sur le fait que l'invalidité avait été clairement établie et que l'assureur ne subissait pas de préjudice si la réclamation était admise à partir de la date du dépôt de la réclamation.

L'assureur a répondu promptement approuvant la prise en compte de la réclamation à partir de la date où il avait reçu l'avis. Ceci a permis que M. S se fasse rembourser les paiements qu'il avait lui-même effectués alors qu'il contestait la réclamation avec l'assureur et pour la période équivalente au processus de plainte de l'OAP. L'assureur a également payé les versements mensuels à partir de ce moment-là.

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

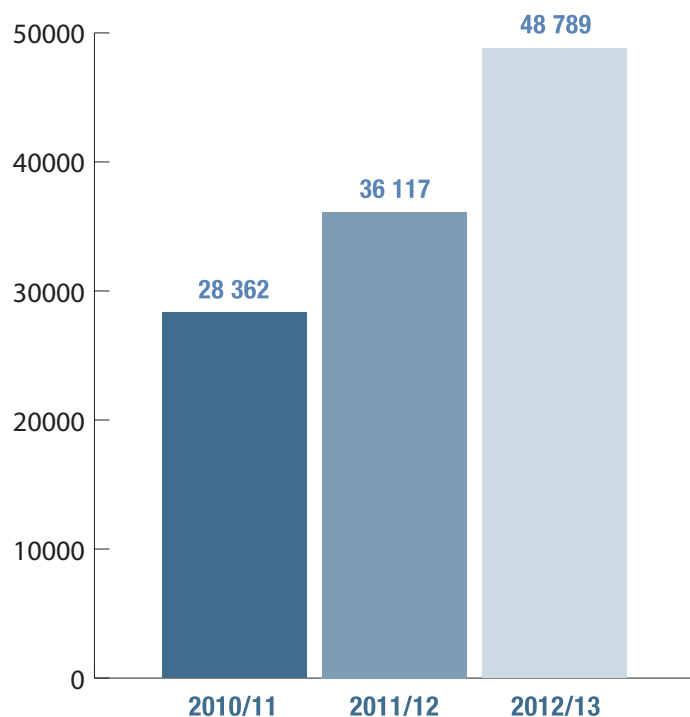
Les visites des sites Web ont augmenté de 72 % ces 3 dernières années, passant de 28 362 en 2010-2011 à 48 789 en 2012-2013.

Comme pour les exercices précédents, une grande proportion (plus des deux tiers de tous les visiteurs) de nouveaux visiteurs a visité les sites de l'OAP, par rapport à des visiteurs connus. Ceci confirme la prise de conscience en perpétuelle croissance des services de l'OAP par le public.

La distribution des sources de trafic est restée également relativement stable. La majorité du trafic provenait de sites de référence (41,6 %), suivi par le trafic direct (32,3 %) et les moteurs de recherche (26,1 %). Google reste le plus populaire à acheminer du trafic vers les sites Web de l'OAP.

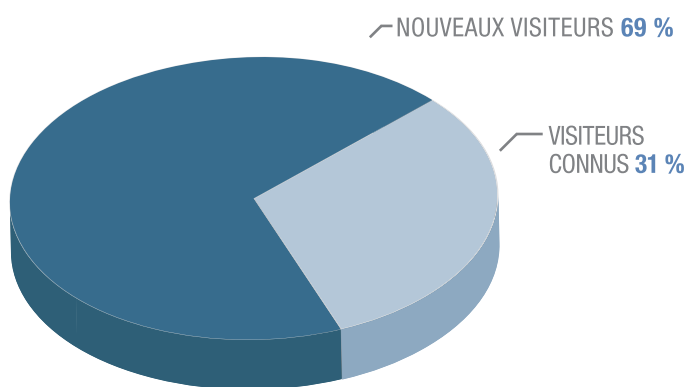
La page des Services d'information reste la page consultée le plus souvent, aussi bien en anglais qu'en français. Les visites de cette page ont pratiquement doublé au cours de l'année dernière, passant de 19 648 vues en 2011-2012 à 38 601 pour l'exercice financier en cours. Les vues des pages du processus de règlement des plaintes continuent de croître avec régularité chaque année, enregistrant une hausse de 19,8 % cet exercice, comparativement à l'exercice financier 2011-2012.

Visites aux sites Web 2010-2013



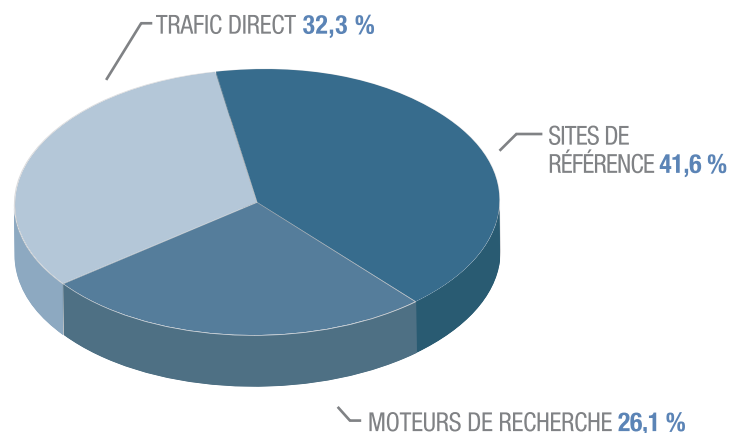
TOTAL 113 268

Nouveaux visiteurs / Visiteurs connus



TOTAL 48 789

Sources de trafic



TOTAL 48 789

Les cinq pages Web les plus consultées

Services d'information	38 601	47,7 %
Outil recherche assureurs	17 824	22,0 %
Le processus de règlement des plaintes	10 956	13,6 %
Sociétés membres	7 569	9,4 %
Recherche de polices	5 895	7,3 %
Total	80 845*	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 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.

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 6 septembre 2013 :

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

Bureaux + membres du conseil d'administration

BUREAUX

Ombudsman des assurances de personnes

2001 rue University, 17^e étage
Montréal (Québec)
H3A 2A6

Ombudsman for Life & Health Insurance

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

MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION 2012-2013

Présidente

Dr. Janice MacKinnon ^{1,3}

Professeure à l'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

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



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
Télocopieur (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 (exerçant ses activités sous le nom d'Ombudsman des assurances de personnes), qui comprennent le bilan au 31 mars 2013, les états des résultats et des variations du solde du fonds de fonctionnement, de l'évolution de l'actif net 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 Normes comptables canadiennes pour les organismes sans but lucratif, 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 planifions et réalisons 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 œuvre 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 dans le cadre de notre audit 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 2013 ainsi que de ses résultats d'exploitation et de ses flux de trésorerie pour l'exercice clos à cette date conformément aux Normes comptables canadiennes pour les organismes sans but lucratif.

Informations comparatives

Sans pour autant modifier notre opinion, nous attirons l'attention sur les notes afférentes aux états financiers, qui explique que Service de conciliation des assurances de personnes du Canada a adopté les Normes comptables canadiennes pour les organismes sans but lucratif le 1^{er} avril 2012, la date de transition étant le 1^{er} avril 2011. La direction a appliqué rétrospectivement ces normes aux informations comparatives incluses dans les présents états financiers, y compris les bilans au 31 mars 2012 et au 1^{er} avril 2011, les états des résultats et des variations du solde du fonds de fonctionnement, de l'évolution de l'actif net et des flux de trésorerie pour l'exercice clos le 31 mars 2012, ainsi qu'aux informations connexes. Nous n'avions pas pour mission de délivrer un rapport sur les informations comparatives retraitées, qui n'ont donc pas été auditées.

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

Comptables agréés, experts-comptables autorisés

Le 26 juin 2013
Toronto, Canada

Bilan

Au 31 mars 2013, avec informations comparatives au 31 mars 2012 et au 1^{er} avril 2011

	31 mars 2013	31 mars 2012	1 ^{er} avril 2011
		(non audité)	(non audité)
Actif			
Actif à court terme			
Trésorerie et équivalents de trésorerie (note 2)	570 202 \$	753 805 \$	744 522 \$
Dépenses recouvrables et acomptes	14 198	6 186	7 420
	584 400	759 991	751 942
Immobilisations (note 3)			
	116 694	64 289	77 168
	701 094 \$	824 280 \$	829 110 \$
Passif et solde du fonds			
Passif à court terme			
Créditeurs et charges à payer	127 600 \$	84 278 \$	89 869 \$
Tranche à court terme des incitatifs à la location reportés	8 498	8 498	8 498
	136 098	92 776	98 367
Incitatifs à la location reportés	50 277	58 775	67 273
Solde du fonds			
Fonds de fonctionnement			
Investissement en immobilisations	116 694	64 289	77 168
Fonds non affecté	398 025	608 440	586 302
	514 719	672 729	663 470
Engagements (note 5)			
	701 094 \$	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 2013, avec informations comparatives pour 2012

	2013	2012
		(non audité)
Produits		
Cotisations générales	1 695 229 \$	1 614 732 \$
Placements	8 237	6 264
	1 703 466	1 620 996
Charges		
Personnel et services de règlement des litiges	994 637	902 964
Honoraires du conseil d'administration	147 492	172 444
Loyers	123 796	121 930
Honoraires professionnels	252 753	96 320
Réunions du conseil et déplacements	56 418	69 172
Technologie de l'information	78 348	59 860
Frais de gestion	44 070	44 070
Réunions du personnel et déplacements	50 419	42 629
Fourniture et services	38 620	36 887
Télécommunications	26 886	22 150
Assurances	10 433	11 210
Formation et perfectionnement	5 662	10 479
Amortissement des immobilisations	18 380	10 126
Frais des installations – Toronto	7 019	7 135
Traduction	4 529	4 165
Charges liées au RCSF	179	196
Perte à la cession d'immobilisations	1 835	–
	1 861 476	1 611 737
Excédent (insuffisance) des produits par rapport aux charges	(158 010)	9 259
Solde du fonds de fonctionnement au début de l'exercice	672 729	663 470
Solde du fonds de fonctionnement à la clôture de l'exercice	514 719 \$	672 729 \$

Se reporter aux notes afférentes aux états financiers.

État de l'évolution de l'actif net

Exercice clos le 31 mars 2013, avec informations comparatives pour 2012

	2013			2012 (non audité)		
	Investissements en immobilisations	Fonds de fonctionnement non affecté	Total	Investissements en immobilisations	Fonds de fonctionnement non affecté	Total
Actif net à l'ouverture de l'exercice	64 289 \$	608 440 \$	672 729 \$	77 168 \$	586 302 \$	663 470 \$
Excédent (insuffisance) des produits par rapport aux charges	(20 215)	(137 795)	(158 010)	(10 126)	19 385	9 259
Évolution des investissements en immobilisations, montant net	72 620	(72 620)	–	(2 753)	2 753	–
Actif net à la clôture de l'exercice	116 694 \$	398 025 \$	514 719 \$	64 289 \$	608 440 \$	672 729 \$

État des flux de trésorerie

Exercice clos le 31 mars 2013, avec informations comparatives pour 2012

	2013	2012 (non audité)
Flux de trésorerie liés aux activités d'exploitation		
Excédent (insuffisance) des produits par rapport aux charges	(158 010) \$	9 259 \$
Éléments sans effet sur la trésorerie		
Amortissement des immobilisations	18 380	10 126
Amortissement des incitatifs à la location	(4 493)	(4 493)
Perte à la cession d'immobilisations	1 835	–
Variation des éléments hors caisse du fonds de roulement lié au fonctionnement		
Dépenses recouvrables et acomptes	(8 012)	1 234
Créditeurs et charges à payer	43 322	(5 591)
	(106 978)	10 535
Flux de trésorerie liés aux activités d'investissement		
Nouvelles immobilisations	(76 625)	(1 252)
Augmentation (diminution) de la trésorerie et des équivalents de trésorerie	(183 603)	9 283
Trésorerie et équivalents de trésorerie à l'ouverture de l'exercice	753 805	744 522
Trésorerie et équivalents de trésorerie à la clôture de l'exercice	570 202 \$	753 805 \$

Se reporter aux notes afférentes aux états financiers.

Notes afférentes aux états financiers

Exercice clos le 31 mars 2013

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 de l'impôt sur le revenu en vertu de la *Loi de l'impôt sur le revenu* (Canada), pourvu qu'il respecte certaines dispositions de cette loi. Le SCAPC a commencé à exercer ses activités sous le nom d'Ombudsman des assurances de personnes le 17 août 2009.

Le 1^{er} avril 2012, le SCAPC a adopté les Normes comptables canadiennes pour les organismes sans but lucratif (« NCOSBL ») contenues dans la Partie III du *Manuel de l'Institut Canadien des Comptables Agréés* (« ICCA »). Il s'agit de ses premiers états financiers établis selon les NCOSBL.

Conformément aux dispositions transitoires formulées dans les Normes comptables pour les OSBL, le SCAPC a adopté les changements rétrospectivement, sous réserve de certaines exemptions permises en vertu de ces normes. La date de transition est le 1^{er} avril 2011, et toutes les informations comparatives ont été présentées en application des NCOSBL.

Aucun ajustement n'a été apporté au solde du fonds au 1^{er} avril 2011 ni à l'excédent des produits par rapport aux charges pour l'exercice clos le 31 mars 2012, par suite de la transition aux NCOSBL.

1. Principales méthodes comptables

Les présents états financiers ont été préparés par la direction conformément aux NCOSBL.

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 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, selon laquelle les activités du fonds d'administration générale et celles du fonds affecté sont présentées de façon distincte. 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 à recevoir.

Les revenus de placement sont comptabilisés à titre de produits lorsqu'ils sont gagnés.

1. Principales méthodes comptables (suite)

d) Immobilisations

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

Immobilisations	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) Avantages incitatifs relatifs aux baux

Les avantages incitatifs reçus du propriétaire à l'égard des locaux loués sont reportés et amortis selon la méthode de l'amortissement linéaire sur la durée du bail. Les avantages incitatifs relatifs aux baux 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 des passifs et sur les informations relatives aux actifs et aux passifs éventuels aux dates des états financiers ainsi que sur la valeur comptable des produits et des charges des exercices à l'étude. Les résultats réels pourraient différer de ces estimations.

2. Trésorerie et équivalents de trésorerie

La trésorerie et les équivalents de trésorerie comprennent le solde de trésorerie et les comptes d'épargne à intérêt élevé. La trésorerie et les équivalents de trésorerie se composent des montants suivants :

	Juste valeur	Valeur comptable
31 mars 2013		
Trésorerie	157 929 \$	157 929 \$
Placements à court terme	412 273	412 273
	570 202 \$	570 202 \$
31 mars 2012 (non audité)		
Trésorerie	49 769 \$	49 769 \$
Placements à court terme	704 036	704 036
	753 805 \$	753 805 \$

2. Trésorerie et équivalents de trésorerie (suite)

1 ^{er} avril 2011 (non audité)	Juste valeur	Valeur comptable
Trésorerie	394 809 \$	394 809 \$
Placements à court terme	349 713	349 713
	744 522 \$	744 522 \$

Les placements à court terme, d'un montant de capital global de 412 273 \$ (704 036 \$ au 31 mars 2012 et 349 713 \$ au 1^{er} avril 2011), portent intérêt à des taux effectifs allant de 1,25 % à 1,30 % (1,20 % à 1,30 % en 2012). Les intérêts sont encaissables mensuellement.

3. Immobilisations

31 mars 2013	Coût	Amortissement cumulé	Valeur comptable nette
Mobilier de bureau	29 189 \$	19 132 \$	10 057 \$
Matériel de bureau	5 138	514	4 624
Matériel informatique	67 995	9 315	58 680
Améliorations locatives	64 185	20 852	43 333
	166 507 \$	49 813 \$	116 694 \$

31 mars 2012 (non audité)	Coût	Amortissement cumulé	Valeur comptable nette
Mobilier de bureau	27 139 \$	16 874 \$	10 265 \$
Matériel de bureau	3 186	892	2 294
Matériel informatique	19 867	13 741	6 126
Améliorations locatives	60 485	14 881	45 604
	110 677 \$	46 388 \$	64 289 \$

1 ^{er} avril 2011 (non audité)	Coût	Amortissement cumulé	Valeur comptable nette
Mobilier de bureau	27 139 \$	14 308 \$	12 831 \$
Matériel de bureau	3 185	319	2 866
Matériel informatique	22 058	11 951	10 107
Améliorations locatives	60 485	9 121	51 364
	112 867 \$	35 699 \$	77 168 \$

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, pour un montant global de 87 010 \$ (87 010 \$ en 2012), y compris les taxes applicables.

5. Engagements

Le SCAPC loue des bureaux à Toronto et à Montréal. Les paiements minimums exigibles en vertu des baux existants s'établissent comme suit :

2014	64 000	\$
2015	62 000	
2016	64 000	
2017	35 000	
2018	35 000	
Par la suite	71 000	

6. Gestion des risques liés aux instruments financiers

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 le risque de crédit et le risque 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 de ses actifs sous forme de trésorerie et de comptes d'épargne à intérêt élevé ainsi que des instruments émis par le gouvernement du Canada notés AAA. L'exposition maximale au risque de crédit au 31 mars 2013 est liée à de la trésorerie et des équivalents de trésorerie pour un total de 570 202 \$ (753 805 \$ au 31 mars 2012 et 744 522 \$ au 1^{er} avril 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 avec les 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.