

Croissance grâce au service et à la collaboration

Ombudsman
des assurances de
personnes



OmbudService
for Life & Health
Insurance

OAP • OLHI

Contenu

- 1 [Faits saillants + Volume total des activités](#)
- 2 [Message de la présidente du conseil d'administration](#)
- 4 [Message de la directrice exécutive](#)
- 6 [Processus de traitement des plaintes](#)
- 7 [Étude de cas : 1](#)
- 9 [Statistiques sur les plaintes](#)
- 13 [Étude de cas : 2](#)
- 15 [Statistiques sur les enquêtes](#)
- 17 [Étude de cas : 3](#)
- 19 [Statistiques sur les demandes d'information](#)
- 21 [Statistiques sur le site Web](#)
- 23 [Sociétés membres](#)
- 24 [Bureaux + membres du conseil d'administration](#)
- 25 [États financiers](#)



Cliquez sur cette icône pour retourner à la table des Contantes

À propos de l'OAP

L'Ombudsman des assurances de personnes (OAP) est un service national indépendant d'information et de règlement des plaintes à l'intention des consommateurs canadiens de produits et de services d'assurances de personnes. Ceux-ci comprennent l'assurance vie, l'assurance invalidité, les prestations maladies pour les employés, l'assurance voyage et l'assurance de produits de placement comme des rentes ou des fonds distincts.

Les services gratuits bilingues de l'OAP sont proposés à tout consommateur dont l'assureur de personnes est un membre de l'OAP. À l'heure actuelle, 99 % des assureurs de personnes canadiens sont membres de l'OAP. Le Conseil canadien des responsables de la réglementation d'assurance (CCRRA) supervise les opérations de l'OAP. Pour de plus amples renseignements, visitez www.OAP.ca.

Faits saillants

Volume total des activités

Nombre le plus élevé d'interactions avec le public dans

l'histoire de l'OAP

Croissance de 18,2 % par rapport à l'an passé et de 32,5 % en trois ans

Internet reste le **moyen le plus utilisé** par le public pour joindre l'OAP

Visites du Web en hausse de 22 % par rapport à l'an passé et de 46 % en trois ans

Enquêtes : **ratio de règlement** de 50 %, **en hausse** par rapport aux 30 % des années précédentes

Nombre de **plaintes** de plus de 2 400 équivaut au **sommet historique** de l'an passé

Demandes d'information par **téléphone** se stabilisent à plus de 13 000 alors que les demandes d'information par Internet augmentent

Mise en valeur de l'image de l'OAP par la couverture médiatique nationale et internationale

Total des interactions
87 488

Demandes d'information
13 732

Plaintes
2 464

Visiteurs du site Web
71 292



Message de la présidente du conseil d'administration



Dr. Janice MacKinnon

L'OAP a pour mission d'accroître la visibilité de notre organisation, tout en améliorant nos services de plaintes fondamentaux. Cette année, nous avons effectué des progrès notables dans les deux domaines.

Croissance et sensibilisation

En mettant en valeur notre image auprès du public et des médias, nous avons accru notre visibilité. Nous avons atteint le nombre le plus élevé d'interactions avec le public de notre histoire. Alors qu'auparavant l'OAP était discret sur le plan médiatique, nous nous sommes retrouvés l'an passé dans des organes de presse tels que le *Globe and Mail*, *National Post*, *Toronto Star*, CTV, Le Journal de Montréal, *Ming Pao* (un grand quotidien sino-canadien) et des agences de presse comme La Presse Canadienne.

De plus en plus, on s'adresse à nous pour des conseils et de l'information de la part des médias, des consommateurs et des autorités de réglementation. Ceci prouve que l'image de l'OAP prend de l'essor et que notre expertise bénéficie d'une reconnaissance plus large. Conséquemment, nous réexaminons la manière dont nous nous présentons : la façon dont nous partageons nos résultats dans notre Rapport annuel et dont nous nous adressons aux parties intéressées en ligne.

Notre modèle collaboratif

L'OAP se concentre sur la prestation d'une résolution rapide, équitable et impartiale des différends des consommateurs. Notre modèle consiste à trouver le juste milieu, à démontrer la véracité et à établir la bonne volonté entre les parties. Nous savons que ce modèle collaboratif fonctionne, les résultats positifs en sont la preuve. Cette année, nous avons été témoins d'une nette augmentation du nombre de cas que nous réglons à notre stade d'enquête : notre ratio est passé de 30 % les années passées à 50 %. À ce jour, toutes nos recommandations de règlement définitives et non exécutoires en faveur du consommateur ont été acceptées par les assureurs.

Relations avec les parties intéressées

Pour réussir, nous devons nourrir des relations de collaboration et de transparence. Nous nous entretenons régulièrement avec nos sociétés membres et avec notre organisme de réglementation, le Conseil canadien des responsables de la réglementation d'assurance (CCRRA).



« Notre modèle consiste à trouver le juste milieu, à démontrer la véracité et à établir la bonne volonté entre les parties. »

Par ailleurs, nous travaillons avec d'autres organismes et services de conciliation de l'industrie plus large des services financiers sur des enjeux d'intérêt et de préoccupation mutuels. Cette année, l'OAP a étendu son réseau à un groupe d'intervenants plus étendu, dont le réseau international de médiateurs financiers (*International Network of Financial Services Ombudsmen*) et les Courtiers indépendants en sécurité financière du Canada (CISF).

Financement et responsabilité financière

Les services que rend l'OAP aux consommateurs sont financés par des cotisations prélevées auprès des sociétés membres. Il convient que ce soit les assureurs qui paient les coûts liés à résoudre les différends des consommateurs plutôt que les contribuables. L'impartialité de l'OAP n'est pas affectée par ce modèle de financement pour plusieurs raisons : notre conseil a une majorité d'administrateurs indépendants; notre budget est déterminé par le conseil en se fondant sur l'avis du personnel et sur nos opérations; nos activités – y compris nos processus d'examen des plaintes – sont totalement indépendantes de nos sociétés membres et de l'industrie. Néanmoins, nous nous engageons à mener nos activités selon un bon rapport coût-performance. Cette année, une modeste augmentation budgétaire a été approuvée pour financer des initiatives qui sont essentielles à notre mandat.

Perspective d'avenir

Tandis qu'il est important de se remémorer les réalisations passées, nous reconnaissons le travail qui nous attend. Parmi ces priorités actuelles en 2015-2016 :

- Continuer de mettre à exécution des stratégies rehaussant l'image de l'OAP et accroissant la sensibilisation à nos services
- Élaborer un nouveau système de gestion des cas et des données
- Travailler avec les parties intéressées afin d'assurer que les consommateurs avec un conseiller indépendant ont accès à des services de conciliation
- Développer un plan stratégique triennal

En conclusion, je remercie le conseil d'administration, l'équipe de gestion et les employés pour leur engagement. Je suis tout autant reconnaissante envers toutes nos parties prenantes qui nous aident à maintenir un milieu d'équité et de coopération.



Dr. Janice MacKinnon

Présidente du conseil d'administration, OAP





Holly Nicholson

Ce fut une année occupée et captivante alors que l'OAP traitait un volume d'affaires sans précédent. En plus d'enregistrer 87 000 interactions avec le public, nous avons égalé les volumes record de plaintes et d'enquêtes de l'an passé.

Services des plaintes

Sur la base des conclusions de notre 2^e Évaluation indépendante, l'OAP s'efforce à ce que toutes les plaintes qui le méritent soient escaladées à notre stade d'enquête. Les améliorations à notre processus de traitement des plaintes des deux dernières années ont rendu l'examen des cas plus complet et rigoureux, d'où une identification plus facile des plaintes qui méritent d'être négociées. Ces changements ont eu pour résultat une nette augmentation de notre ratio de règlement au stade de l'enquête – passant de 30 % les années précédentes à 50 %.

Nous avons également amélioré notre processus de traitement des plaintes en suivant les résultats du Sondage de satisfaction auprès des consommateurs de l'an dernier. Cette étude complète qui a sondé l'opinion des consommateurs ayant utilisé nos services l'année précédente, a révélé une conclusion dominante : la satisfaction des consommateurs augmente en conséquence directe du renforcement de la fréquence et de la qualité des communications.

Certaines des améliorations apportées, dérivant du sondage :

- Les consommateurs sont à présent consultés lors de l'étape initiale d'examen de leur plainte pour assurer qu'ils sont pleinement entendus
- Nous avons des interactions plus fréquentes avec les consommateurs concernant nos marges de temps et le statut de leur cas
- Nous souscrivons aux principes du « langage clair » dans la conception de toutes nos communications – particulièrement celles écrites – plus claires et plus concises

Dorénavant, l'OAP continuera de trouver des moyens d'améliorer davantage nos processus. Par exemple, nous prévoyons que notre nouveau système de gestion des cas repérera et abordera les possibilités d'accroître l'efficacité du service, y compris des délais de réponse plus courts.



« Améliorer les services que nous fournissons à nos intervenants fait partie intégrante de notre travail dans un environnement en évolution constante. »

Projet de gestion des cas

En mars 2015, le conseil d'administration a approuvé un nouveau système de gestion des cas et des données pour satisfaire deux besoins importants : améliorer l'efficacité de nos processus de gestion des cas et permettre une meilleure collecte des données afin d'identifier et de surveiller les tendances et les enjeux qui se révèlent dans les plaintes. Ces améliorations sont nécessaires pour suivre le rythme des attentes des parties intéressées et pour accroître la transparence.

La conception du nouveau système n'est pas une mince affaire et s'étendra sur la plupart de l'année à venir. La mise en œuvre est prévue pour avril 2016.

Perspective d'avenir

Avec une visibilité accrue de l'OAP, nous prévoyons qu'il y ait une plus forte demande de nos services durant l'année à venir. C'est précisément la raison pour laquelle nous continuerons de nous concentrer à surveiller et à anticiper les tendances et à créer de nouvelles initiatives pour développer la manière dont nous desservons nos parties prenantes.

Le système de gestion des cas est un exemple clé, mais au cours de l'année à venir nous aurons beaucoup à faire en termes de nombreux autres projets :

Nous poursuivrons notre initiative de langage clair, avec comme priorité la clarification pour les consommateurs des concepts complexes d'assurances et la simplification de notre matériel promotionnel, de toutes les communications destinées aux consommateurs et de notre site Web.

L'avenir nous réserve également un nouveau format de notre site Web. Il sera plus facile à naviguer, fonctionnant sur de multiples plateformes comme les appareils mobiles et les tablettes. En quelque sorte, le site reflétera l'expérience des utilisateurs et l'interactivité de notre Rapport annuel.

Améliorer les services que nous fournissons à nos intervenants fait partie intégrante de notre travail dans un environnement en évolution constante. Les progrès importants que nous avons faits au cours de l'année écoulée n'auraient tout simplement pas été possibles sans le soutien et la collaboration des parties intéressées, du conseil d'administration et du personnel. Je vous suis reconnaissante pour votre engagement et votre appui permanents alors que nous nous dirigeons vers une autre année captivante.



Holly Nicholson

Directrice exécutive, 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 L'agent de règlement des différends

- 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
- L'agent de règlement des différends 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
- 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





« On garantissait de lui verser une assurance vie libérée de 200 000 \$ à 65 ans »



Il y a trente ans, Mme B. avait souscrit une assurance vie. La prime changerait au fil des ans et la valeur de rachat fluctuerait, mais comme elle l'avait compris, on garantissait de lui verser une assurance vie libérée de 200 000 \$ à 65 ans. Avec le temps, le contrat original a été transféré par la suite à plusieurs assureurs.

Respecter un engagement

Étude de cas 1

Lorsqu'elle a atteint 65 ans, Mme B. a reçu une lettre l'informant que sa police était à présent libérée; aucune prime supplémentaire n'était nécessaire afin de maintenir la valeur de 200 000 \$ et afin de garder son contrat en vigueur. Mme B. a arrêté de verser des paiements, mais après quelques années, elle a reçu une lettre lui indiquant que sa police était désormais évaluée à 158 000 \$.

Bien qu'aucune autre prime ne fût requise pour maintenir la police en vigueur, l'assureur a affirmé que le capital assuré serait constamment révisé en vue d'un rajustement. Mme B. n'était pas d'accord et a communiqué avec l'OAP pour un examen indépendant, impartial et gratuit de son dossier. Elle nous a fourni la lettre de position finale et des exemplaires de toute sa correspondance avec les divers assureurs qui avaient détenu le contrat au cours des années. Nous avons également reçu le dossier de l'assureur actuel.

Au premier abord, l'OAP pensait qu'il n'y aurait probablement aucun fondement pour négocier, car la réduction du capital assuré était sans doute contractuelle.

Toutefois, l'analyste de règlement des différends (ARD) de l'OAP a découvert que Mme B. avait une lettre de l'assureur initial, garantissant par écrit le capital assuré de 200 000 \$, sans rajustements à ce montant. C'est la raison pour laquelle la plainte a été escaladée à un conciliateur pour un examen détaillé.

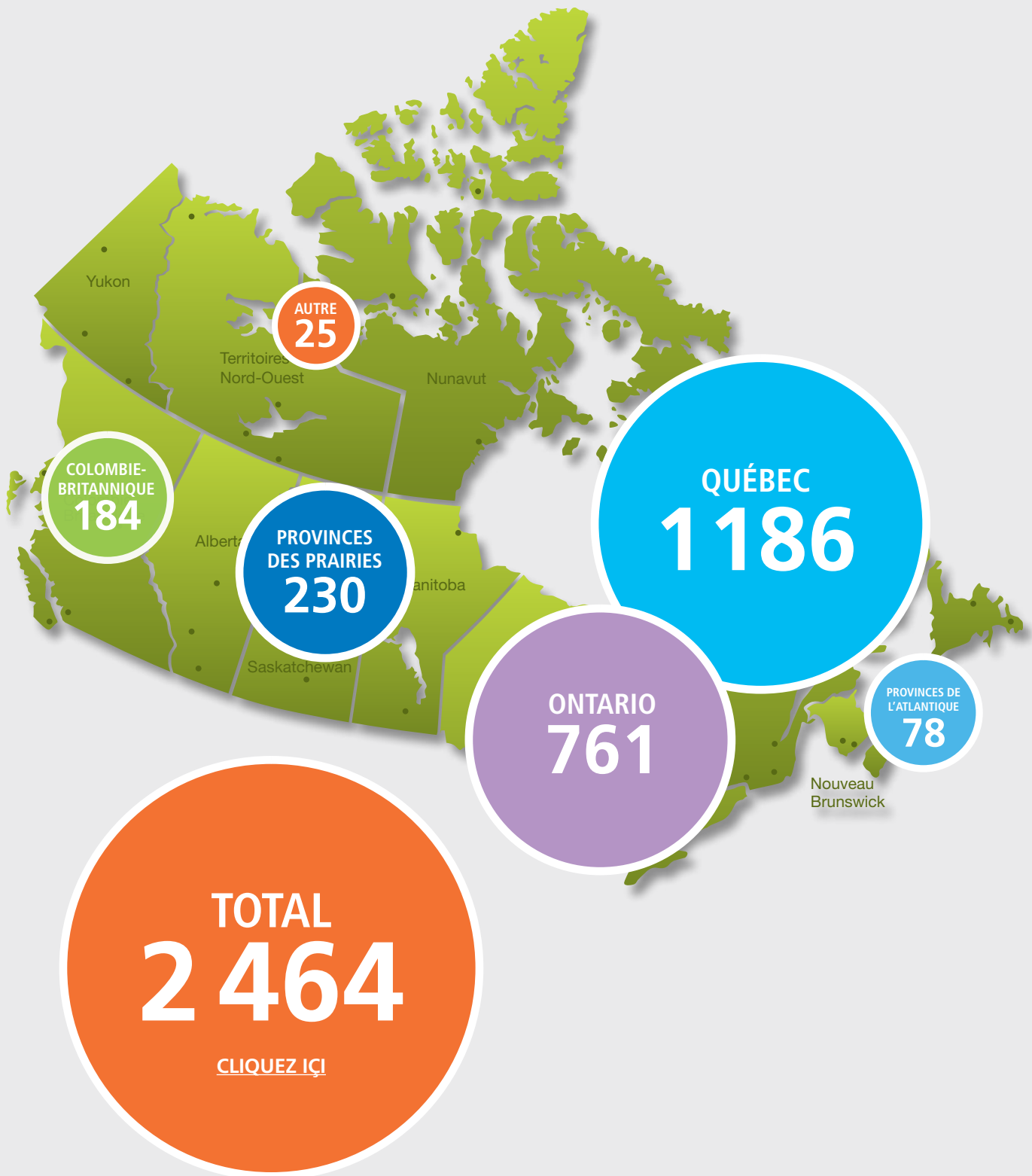
En parlant avec l'assureur, le conciliateur était d'accord que le contrat énonce clairement les nouveaux calculs des primes et le fait que le montant pourrait changer après l'âge de 65 ans. Quoi qu'il en soit, il a également mentionné qu'on ne pouvait ignorer la lettre de garantie.

Après un examen supplémentaire, l'assureur a accepté de respecter l'engagement que l'assureur précédent avait pris, confirmant que le capital assuré ne serait pas recalculé à l'avenir.

Avertissement : En vue de protéger la vie privée des parties impliquées, les noms, les lieux et les faits ont été modifiés. Cette étude de cas n'est fournie qu'à titre d'exemple. Chaque plainte que l'OAP examine contient différents faits et le libellé du contrat peut varier. Par conséquent, l'application des principes énoncés ici conduirait à des résultats différents dans des cas différents.



Plaintes par région



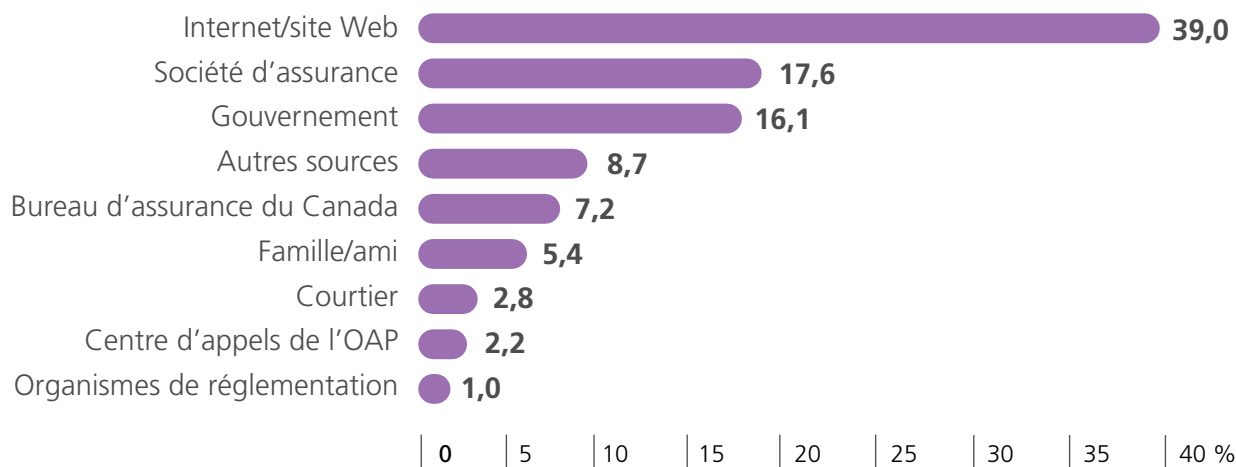
Aperçu des plaintes

Le mandat fondamental de l'OAP est de fournir des services gratuits et impartiaux de règlement des différends aux Canadiennes et aux Canadiens dont la demande de règlement a été refusée par leur fournisseur d'assurance vie ou maladie. En tant qu'entité impartiale, nous aidons et guidons les consommateurs en respectant les processus de plaintes de l'assureur et de l'OAP – décomposant des enjeux complexes à l'aide de langage clair et veillant à ce que les cas aient été examinés équitablement.

Cet exercice fiscal, l'OAP a reçu un total de [2 464 plaintes de tout le Canada](#) – pratiquement le même volume que l'an passé, quand nous avons atteint un maximum de plaintes sans précédent.

Par région, les nombres restent identiques à l'an passé, avec une variation importante : les plaintes de Colombie-Britannique ont augmenté de 10,8 % par rapport à l'exercice précédent. L'OAP a en partie axé son engagement à accroître la sensibilisation des consommateurs en assistant à un congrès national en littératie financière en C.-B., et en entrant en contact avec des médias locaux. Le Québec est la région d'où émanent le plus de plaintes, représentant environ la moitié avec 48,1 %, comme c'est le cas depuis des années.

Plaintes par source %



Aperçu des plaintes

Pour la quatrième année consécutive, l'internet était la première source de référence (39 %) – une hausse de 6,5 % par rapport à l'an passé (32,5 %).

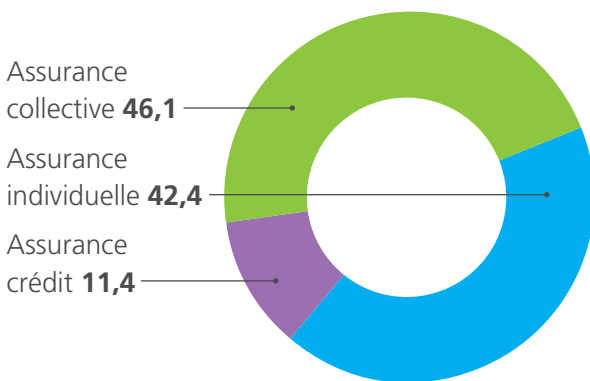
Cela vient renforcer nos intentions de refonte de notre site Web afin d'améliorer l'expérience des parties intéressées et le trafic Web.

La répartition [des plaintes par catégories](#) d'assurance collective, individuelle et de crédit est comparable aux années précédentes.

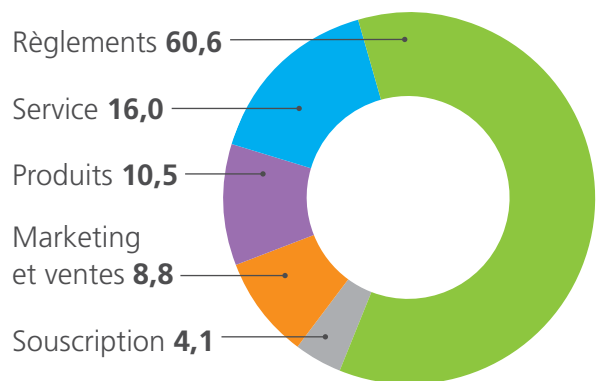
Par fonction, les demandes de règlement représentent la proportion la plus élevée des plaintes, à 60,6 %.

Parmi les plaintes reçues par l'OAP, les trois catégories principales de produits (invalidité, vie, maladie complémentaire et dentaire) constituent ensemble 82 % de toutes les plaintes – semblable à l'an passé.

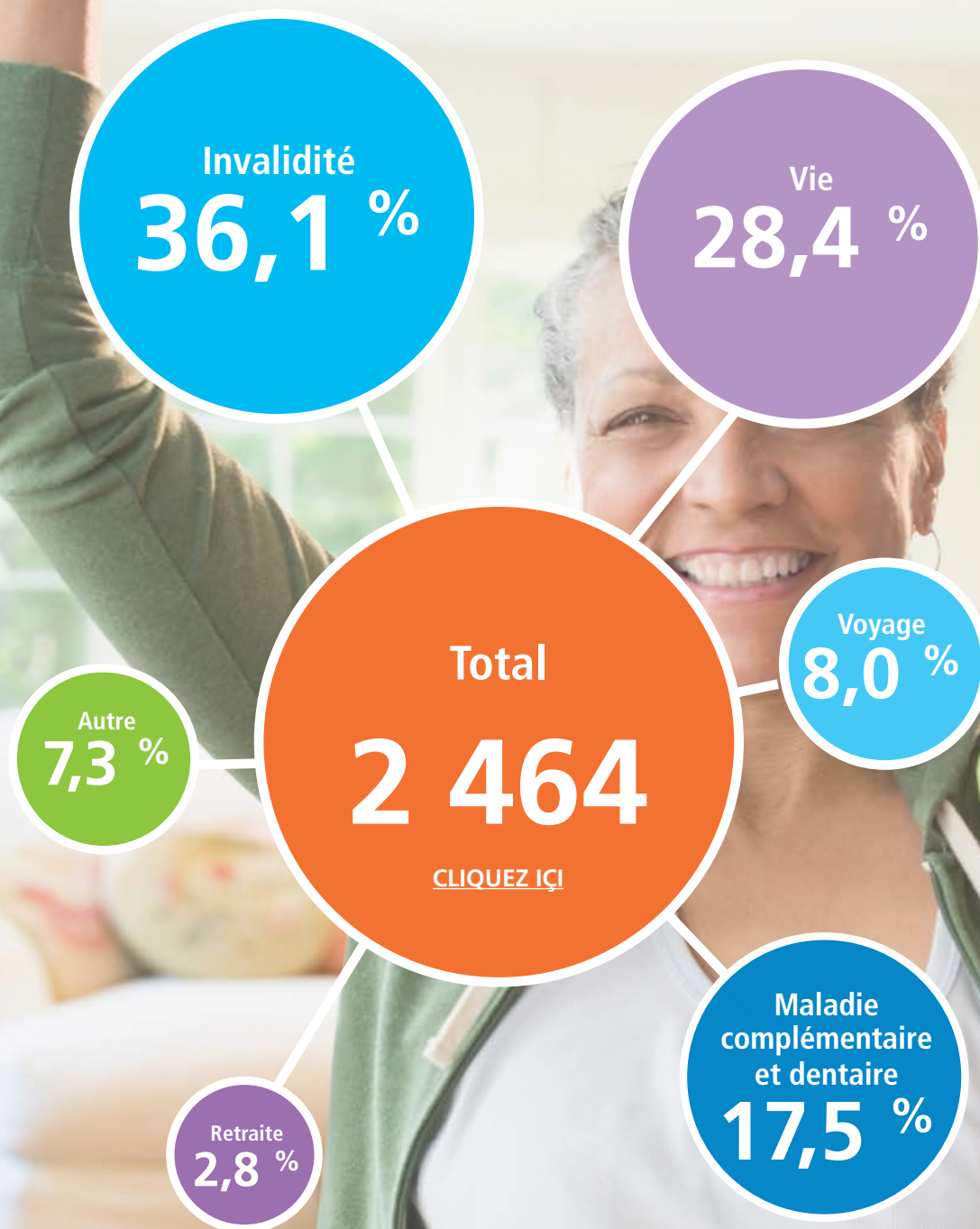
Plaintes par type de protection %



Plaintes par fonction au sein de la société %



Plaintes par produit





« Il n'a pas reçu
l'intégralité du contrat,
connu sous le nom
de trousse de
documentation »



M. J. a appris qu'il avait le cancer de la prostate et a fait une demande de règlement auprès de sa police d'assurance de maladies graves. Son assureur a refusé de lui verser une prestation, déclarant que le type de cancer de la prostate qu'il avait était à un stade qui n'est pas couvert par sa police.



Honorar
un contrat

Étude de cas 2

En possession de la lettre de position finale de son assureur, M. J. a contacté l'OAP, disant à notre analyste de règlement des différends (ARD) que le stade de son cancer figurait sur une liste d'exclusions – une liste qu'il n'avait jamais reçue de l'assureur, par conséquent il ignorait totalement cette particularité. Bien que M. J. a reçu une documentation d'une page exposant les grandes lignes du barème de protection, il n'a pas reçu l'intégralité du contrat, connu sous le nom de trousse de documentation, qui aurait également compris une lettre d'accompagnement et une police détaillée.

À la suite d'un examen approfondi par l'ARD, celui-ci a découvert que les dossiers de l'assureur confirmaient que le statut de la trousse de documentation était « en file d'attente d'impressions ». D'après cela, il existait un doute fondé que M. J. n'avait pas obtenu la trousse. L'ARD a recommandé qu'un conciliateur enquête sur l'affaire.

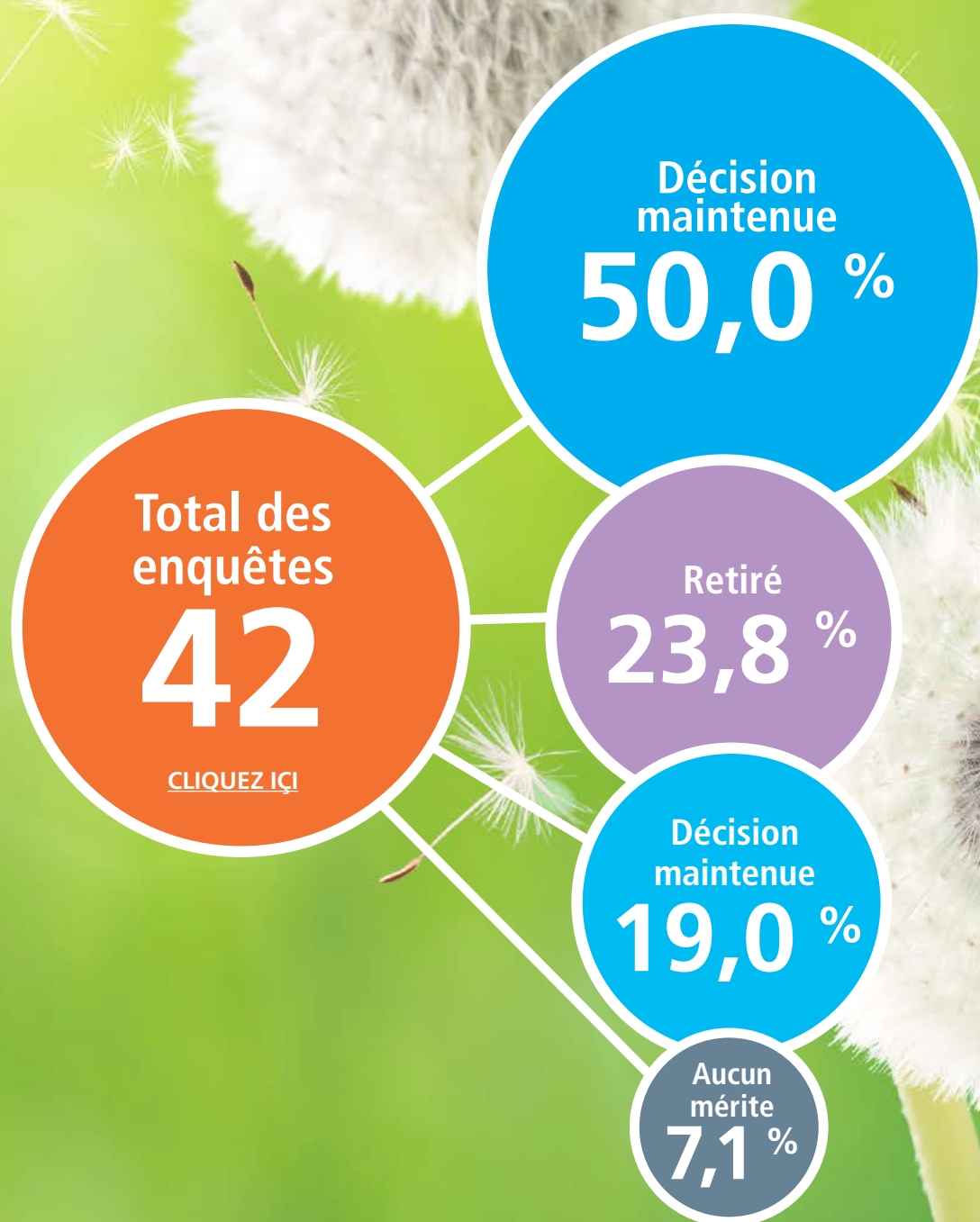
Le conciliateur de l'OAP était d'avis qu'il était raisonnable pour M. J. de présumer qu'il était couvert, rien qu'en se basant sur le document d'information d'une page qu'il avait.

Du fait que cette page unique contenait l'adresse de M. J. et ne faisait référence à aucun autre document, il était logique que M. J. croie que la page en question constituait son contrat intégral. En Ontario, un assureur est tenu par la loi de remettre une police à l'assuré et l'assuré a le droit et la responsabilité de l'examiner et d'y consentir. Le conciliateur a indiqué que puisque M. J. n'avait pas obtenu sa trousse de documentation, il avait été privé de son droit d'examiner et d'approuver la police dans son intégralité.

Par conséquent, le conciliateur a communiqué avec l'assureur de M. J. et a recommandé qu'il revienne sur sa décision, étant donné le problème technique et le doute raisonnable. À titre de geste de bonne volonté, l'assureur a accepté de payer la demande de règlement.

Avertissement : En vue de protéger la vie privée des parties impliquées, les noms, les lieux et les faits ont été modifiés. Cette étude de cas n'est fournie qu'à titre d'exemple. Chaque plainte que l'OAP examine contient différents faits et le libellé du contrat peut varier. Par conséquent, l'application des principes énoncés ici conduirait à des résultats différents dans des cas différents.





L'OAP s'engage à assurer que toutes les plaintes qui sont justifiées sont escaladées au stade d'enquête.

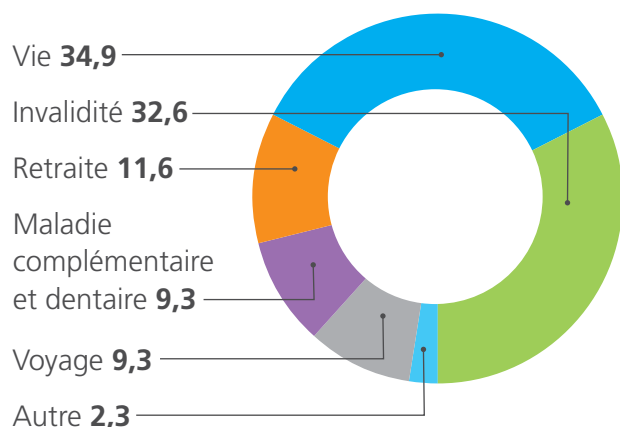
Cet exercice financier, nous avons assisté à une nette augmentation de notre ratio de règlement, passant du 30 % des années précédentes à 50 %. Au total, 42 cas ont été réglés, dont 21 règlements en faveur du consommateur. Cette augmentation est largement attribuable à l'amélioration de nos processus encadrant la progression au niveau d'enquête.

Parmi les cas réglés, la majorité concernait l'assurance vie, suivie de l'assurance invalidité.

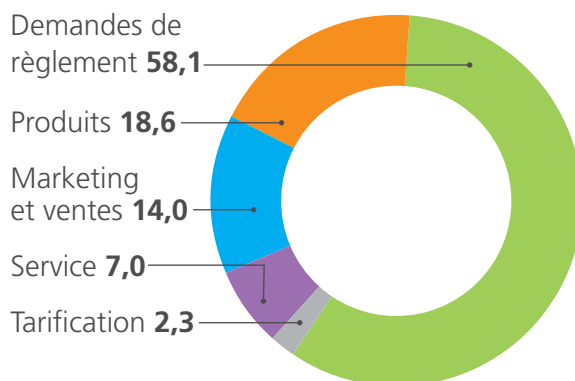
Quant aux types de cas sur lesquels nous avons enquêté, par produit, nous avons vu un changement comparativement à l'an dernier : les cas de retraite représentant la catégorie la plus élevée l'an passé sont descendus de 39,2 % à 11,6 %. Les plaintes relatives à l'assurance vie et invalidité sont passées à la hausse à 34,9 % et 32,6 %, respectivement. Les plaintes d'assurance maladie complémentaire et dentaire sont passées de zéro à 9,3 %.

Par fonction de la société, nous avons également observé une variation alors que les enquêtes de marketing et ventes sont descendues à 14 %, masquées par les demandes de règlement (58,1 %) avec la plus forte proportion d'enquêtes.

Enquêtes par type de produit %



Enquêtes par fonction %






« L'assureur indiquait que son handicap n'était pas suffisamment grave »



Mme V. était traitée pour une dépression majeure et un trouble anxieux. Son assureur a accepté sa demande de prestations d'invalidité au vu du fait qu'elle était incapable d'exécuter les fonctions essentielles de son emploi à titre de directrice de bureau d'un cabinet professionnel débordant d'activité.



Preuves
médicales
objectives

Étude de cas 3

Au milieu de cette période d'indemnisation, l'assureur a interrompu ses prestations d'assurance collective, parce que Mme V. avait choisi d'essayer de commencer sa propre entreprise à partir de son domicile. La position finale de l'assureur était que les preuves médicales objectives du dossier indiquaient que son handicap n'était pas suffisamment grave pour l'empêcher de reprendre l'emploi qu'elle occupait avant l'invalidité.

Mme V. contacta l'OAP aux fins d'un examen indépendant et gratuit de son cas. Notre analyste de règlement des différends (ARD) a évalué que le diagnostic, les symptômes et le traitement n'avaient pas changé depuis la période durant laquelle Mme V. recevait des prestations d'invalidité. C'est pourquoi il a recommandé qu'un conciliateur enquête sur le cas.

Le conciliateur de l'OAP a examiné le dossier et a demandé comment, avec les preuves au dossier, l'assureur pouvait conclure que Mme V. était en mesure de recommencer à exécuter les activités de son ancien rôle exigeant de cadre.

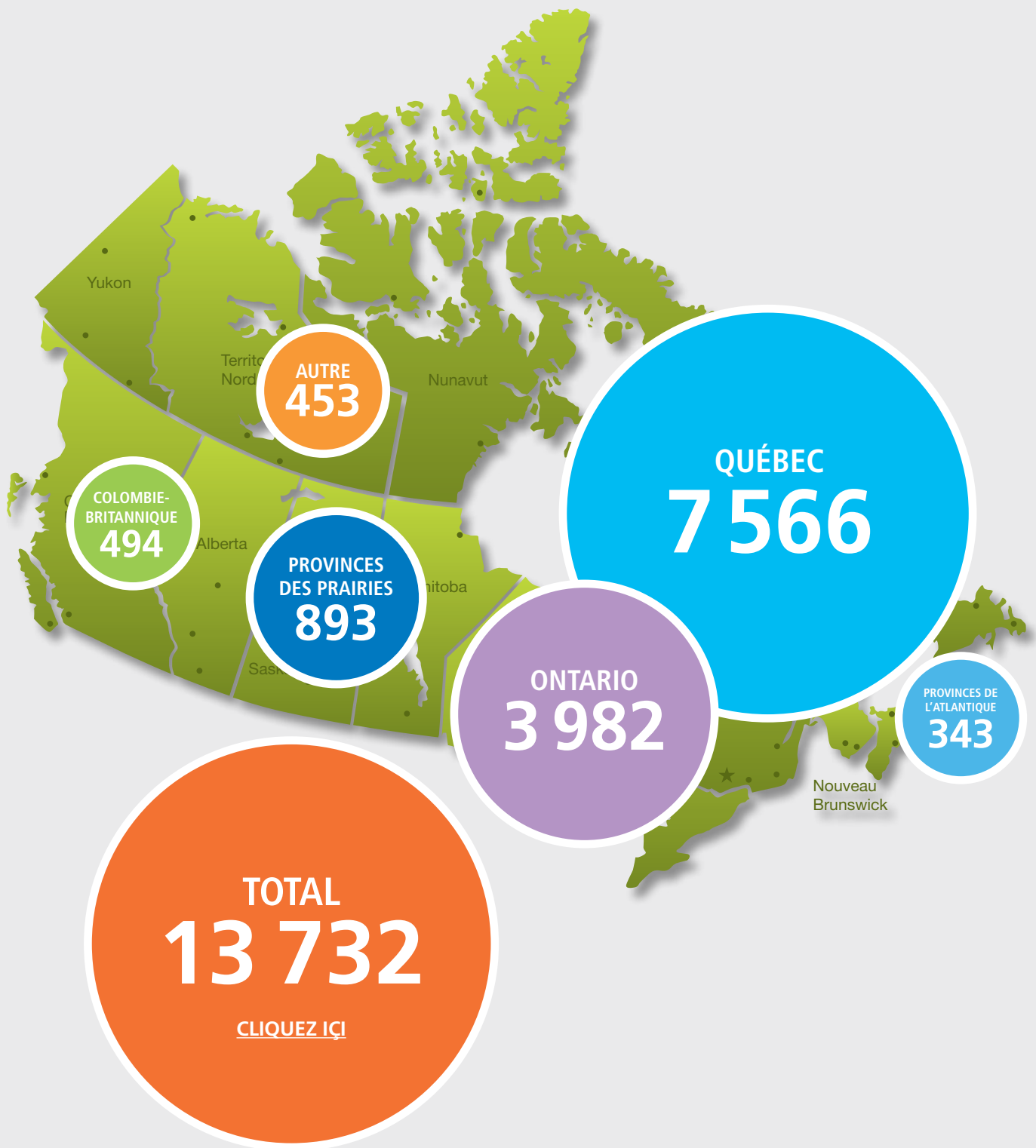
Le conciliateur s'est mis en relation avec l'assureur lui demandant de considérer qu'un emploi de directrice de bureau d'un cabinet affaîré ne pouvait équivaloir à une entreprise à domicile. Il a également indiqué que les preuves médicales étaient indéniables que l'affection de Mme V. n'avait pas changé entre le dernier jour des prestations versées et le premier jour des prestations refusées.

Après discussion et nouvel examen, l'assureur a accepté et a fourni à Mme V. le paiement pour la période correspondant à son incapacité à exécuter les fonctions essentielles de son emploi.

Avertissement : En vue de protéger la vie privée des parties impliquées, les noms, les lieux et les faits ont été modifiés. Cette étude de cas n'est fournie qu'à titre d'exemple. Chaque plainte que l'OAP examine contient différents faits et le libellé du contrat peut varier. Par conséquent, l'application des principes énoncés ici conduirait à des résultats différents dans des cas différents.



Demandes d'information par région



Durant l'exercice 2014-2015, l'OAP a reçu 13 732 demandes d'information de consommateurs par téléphone. Après trois ans de fortes baisses, alors que le trafic Web montait en flèche, ces deux dernières années nous avons vu le nombre d'appels se stabiliser à environ 13 000 par an.

Près de la moitié de toutes les demandes d'information (45,5 %) se rapportent à des consommateurs demandant d'être référés à des compagnies qui vendent le type de produits ou de services d'assurance auquel ils veulent souscrire – représentées par notre catégorie d'Outil recherche assureurs.

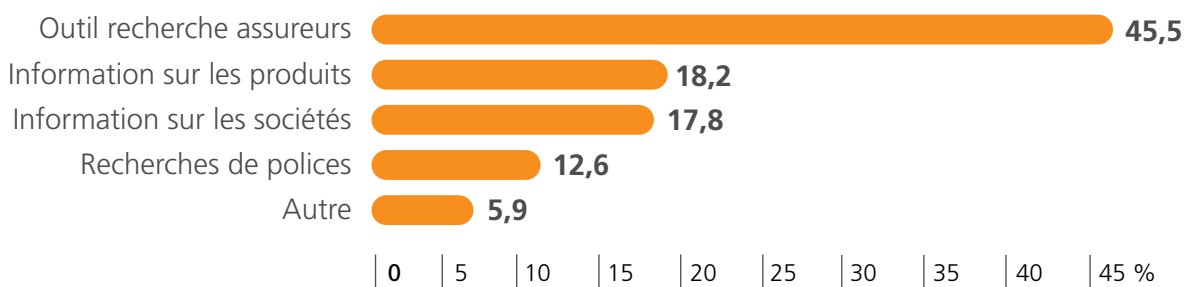
Les trois catégories principales de demandes d'information sur les produits sont : vie (26,7 %), invalidité (20,3 %) et voyage (18,5 %).

Pour les demandes d'information sur les sociétés, la majorité des consommateurs (46,5 %) communiquent avec l'OAP pour obtenir les coordonnées de l'assureur qui détient leur police à la suite d'activités de fusion et d'acquisition d'assureurs. De nombreux consommateurs continuent de contacter l'OAP par téléphone afin d'obtenir l'adresse ou le numéro de téléphone de leur assureur.

[Le Québec et l'Ontario continuent d'attirer un montant cumulé de 84,1 % de toutes les requêtes d'information](#); plus de la moitié (55,1 %) provient du Québec. L'Ontario génère 29 %. La répartition des demandes d'information entre les autres régions est similaire à l'an passé.

Les consommateurs sont référés aux services de l'OAP selon divers moyens, soit par les compagnies d'assurances, les conseillers et les sites Web. Les assureurs/conseillers sont parmi notre source majeure de demandes d'information à 35,6 %.

Pourquoi nous a-t-on appelé? %



Les cinq pages Web les plus consultées

Outil recherche
assureurs

47 859

Services
d'information

35 230

Total des cinq
principaux

110 111

[CLIQUEZ ICI](#)

Quoi de
neuf

6 739

Le processus
de règlement
des plaintes

12 900

Recherche
de polices

7 383



Les visites du site Web continuent de croître au premier rang de la façon dont les consommateurs trouvent davantage d'information sur l'OAP et pour nous joindre. On a dénombré plus de 71 000 visites – une hausse de 22 % par rapport à l'an passé et de 46,1 % par rapport à l'année d'avant. En quatre ans, nous avons vu les visites du site Web doubler.

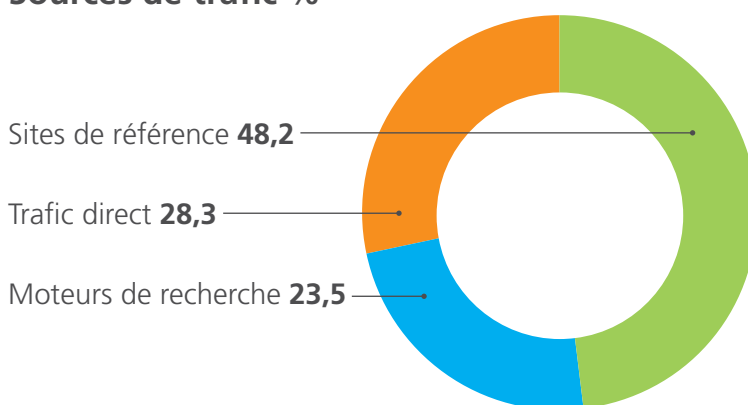
L'OAP tirera parti de cet élan par une nouvelle conception de son site Web au cours de l'exercice 2015-2016. Ceci répond non seulement à notre désir d'étendre notre présence, il marque aussi notre engagement à satisfaire nos usagers – perfectionnant les manières dont nous innovons, desservons nos parties prenantes et créons des relations sérieuses.

Avec 43,5 %, [la page la plus visitée](#) est celle de notre Outil recherche assureurs, suivie en deuxième place par la page des Services d'information, avec 32 %. La page du Processus de règlement des plaintes a recueilli 12 900 vues. Pour son année de lancement, notre page « Quoi de neuf » a reçu 6 739 vues.

Près de trois visiteurs sur quatre (73,7 %) du site de l'OAP sont de nouveaux visiteurs.

Pour ce qui est des sources de trafic du site, 48,2 % de nos visiteurs nous parviennent par des sites de référence, alors que 28,3 % proviennent du trafic direct et 23,5 % se servent de moteurs de recherche, comme Google, pour nous trouver.

Sources de trafic %



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 règlement de différends indépendant de l'OAP.

Nous sommes heureux de vous présenter les sociétés membres au 10 août 2015 :

Acadie Vie	La Compagnie d'Assurance Générale Co-operators	Girafe & Cie compagnie d'assurance-vie GMS Insurance Inc.
Aetna Life Insurance Company	Compagnie d'assurance générale RBC	La Great-West, compagnie d'assurance-vie
Allianz Life Insurance Company of North America	Compagnie d'assurance RBC du Canada	Green Shield Canada
American Bankers Compagnie d'Assurances Générales de la Floride	Compagnie d'assurance-vie CIBC Limitée	Group Medical Services
American Bankers Compagnie d'Assurances -Vie de la Floride	Compagnie d'Assurance-Vie Croix Bleue du Canada	Hartford Life Insurance Company
American, compagnie d'assurance-vie et d'assurance-maladie	La Compagnie d'Assurance-Vie CUMIS	Humania Assurance Inc.
Association d'Hospitalisation Canassurance	La Compagnie d'assurance-Vie North America	Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.
Assomption Compagnie Mutuelle d'Assurance-Vie	Compagnie d'Assurance-Vie Pavonia de Michigan	Liberty Life Assurance Company of Boston
L'Assurance Financière CT	Compagnie d'assurance-vie Première du Canada	London Life, Compagnie d'Assurance-Vie
Assurance-Vie ACE INA	La Compagnie d'Assurance-vie Primerica du Canada	Manitoba Blue Cross
Assurance-Vie Banque Nationale, Compagnie d'assurance-vie	Compagnie d'assurance-vie Principal	La Nord-américaine, première compagnie d'assurance
Assurant Solutions ¹	Compagnie d'assurance-vie RBC	Optimum Réassurance inc.
Assurant Vie du Canada	Compagnie d'assurance-vie State Farm International Ltée	L'Ordre Indépendant des Forestiers
BMO Compagnie d'assurance-vie	Compagnie d'assurances générales Legacy	Pacific Blue Cross
BMO Société d'assurance-vie	Compagnie d'assurances New York Life	La Reliable, Compagnie D'Assurance-Vie
British Columbia Life & Casualty Company (BC Life)	Connecticut General Life Insurance Company	Saskatchewan Blue Cross
Canada-vie	Croix Bleue Medavie	Scotia-Vie compagnie d'assurance
Canassurance compagnie d'assurance	Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie	La société d'assurance-vie des enseignantes et enseignants (fraternelle)
La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc.	L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie	Société d'Assurance Vie MD
La Capitale assureur de l'administration publique inc.	L'Équitable Compagnie d'Assurance-Vie du Canada	La Société Fraternelle Actra
La Capitale Sécurité Financière, compagnie d'assurance	L'Excellence, Compagnie d'assurance-vie	SSQ Groupe financier ¹
Chevaliers de Colomb	FaithLife Financial	SSQ, Société d'assurance inc.
CIGNA du Canada compagnie d'assurance sur la vie	Financière Manuvie ¹	SSQ, Société d'assurance-vie inc.
Co-operators, Compagnie d'Assurance-Vie	Financière Sun Life	Sun Life Assurances (Canada) limitée
Compagnie d'assurance Combined d'Amérique	First Canadian Insurance Corporation	Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie
	Foresters ¹	TD, Compagnie d'assurance-vie
	Foresters, Compagnie d'assurance vie	Transamerica Vie Canada
	Gerber Life Insurance Company	Triton Insurance Company

¹ Nom commercial



Emplacements

Ombudsman des assurances de personnes
2001, boulevard Robert Bourassa, 17e 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 2014-2015

Présidente

Dr. Janice MacKinnon^{1,3}

Professeur de politique fiscale à l'Université de Saskatchewan; ancienne ministre des Finances de la Saskatchewan

Administrateurs indépendants

Lea Algar²

Ancienne ombudsman des assurances de l'Ontario

Bruce Cran¹

Président, Association des consommateurs du Canada

Yves Rabeau¹

Professeur associé de management et d'économie, Université du Québec à Montréal (UQUAM)

Reginald Richard^{2,3}

Ancien surintendant des assurances du Nouveau-Brunswick

Administrateurs sectoriels

Claude Garcia²

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

Dr. Dieter Kays¹

Ancien président et chef de la direction de FaithLife Financial

Dan Thornton³

Administrateur du c.a. de l'Assuris; ancien chef de l'exploitation de Co-Operators, Compagnie d'assurance vie

¹ Membre du comité de gouvernance

² Membre du comité des normes

³ Membre du comité des ressources humaines

Ombudsman
des assurances de
personnes



OmbudService
for Life & Health
Insurance

OAP • OLHI



États financiers du

**SERVICE DE CONCILIATION DES
ASSURANCES DE PERSONNES
DU CANADA**

(EXERÇANT SES ACTIVITÉS SOUS LE NOM D'OMBUDSMAN DES
ASSURANCES DE PERSONNES)

Exercice clos le 31 mars 2015





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

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 2015, 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 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 (exerçant ses activités sous le nom d'Ombudsman des assurances de personnes) au 31 mars 2015 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.

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

Comptables professionnels agréés, experts-comptables autorisés

Le 19 juin 2015
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 Cooperative (« KPMG International »), entité suisse.
KPMG Canada fournit des services à KPMG s.r.l./S.E.N.C.R.L.



Bilan

31 mars 2015, avec informations comparatives pour 2014

	2015	2014
Actif		
Actif à court terme		
Trésorerie et équivalents de trésorerie (note 2)	623 236 \$	499 205 \$
Dépenses recouvrables et acomptes	18 671	13 513
	<u>641 907</u>	<u>512 718</u>
Immobilisations (note 3)	76 597	100 808
	<u>718 504 \$</u>	<u>613 526 \$</u>

Passif et solde du fonds

Passif à court terme		
Créditeurs et charges à payer	114 509 \$	93 033 \$
Tranche à court terme des incitatifs à la location reportés	8 498	8 498
	<u>123 007</u>	<u>101 531</u>
Incitatifs à la location reportés	33 283	41 781
Solde du fonds		
Fonds de fonctionnement		
Investissement en immobilisations	76 597	100 808
Fonds non affecté	485 617	369 406
	<u>562 214</u>	<u>470 214</u>
Engagements (note 5)		
	<u>718 504 \$</u>	<u>613 526 \$</u>

Se reporter aux notes afférentes aux états financiers.

Au nom du conseil,

_____, administrateur

_____, administrateur



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

Exercice clos le 31 mars 2015, avec informations comparatives pour 2014

	2015	2014
Produits		
Cotisations générales	1 925 000 \$	1 774 250 \$
Placements	6 035	6 640
	<u>1 931 035</u>	<u>1 780 890</u>
Charges		
Personnel et services de règlement des litiges	1 121 237	1 092 321
Honoraires du conseil d'administration	136 819	128 784
Loyers	110 000	111 113
Honoraires professionnels	120 777	173 350
Réunions du conseil et déplacements	55 562	49 417
Technologie de l'information	72 641	75 889
Frais de gestion	48 590	47 460
Réunions du personnel et déplacements	37 853	35 025
Fourniture et services	42 064	37 413
Télécommunications	24 474	24 997
Assurances	11 705	11 620
Formation et perfectionnement	3 800	6 531
Amortissement des immobilisations	26 349	23 560
Frais des installations – Toronto	6 129	5 602
Traduction	4 802	1 853
Charges liées au RCSF	2 026	460
Perte à la cession d'immobilisations	14 207	–
	<u>1 839 035</u>	<u>1 825 395</u>
Excédent (insuffisance) des produits par rapport aux charges	92 000	(44 505)
Solde du fonds de fonctionnement au début de l'exercice	470 214	514 719
Solde du fonds de fonctionnement à la clôture de l'exercice	562 214 \$	470 214 \$

Se reporter aux notes afférentes aux états financiers.



État de l'évolution de l'actif net

Exercice clos le 31 mars 2015, avec informations comparatives pour 2014

	2015			2014		
	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	100 808 \$	369 406 \$	470 214 \$	116 694 \$	398 025 \$	514 719 \$
Excédent (insuffisance) des produits par rapport aux charges	(26 349)	118 349	92 000	(23 560)	(20 945)	(44 505)
Évolution des investissements en immobilisations, montant net	2 138	(2 138)	–	7 674	(7 674)	–
Actif net à la clôture de l'exercice	76 597 \$	485 617 \$	562 214 \$	100 808 \$	369 406 \$	470 214 \$

État des flux de trésorerie

Exercice clos le 31 mars 2015, avec informations comparatives pour 2014

	2015	2014
Flux de trésorerie liés aux activités de fonctionnement		
Excédent (insuffisance) des produits par rapport aux charges	92 000 \$	(44 505) \$
Éléments sans effet sur la trésorerie		
Amortissement des immobilisations	26 349	23 560
Amortissement des incitatifs à la location	(4 493)	(4 491)
Perte à la cession d'immobilisations	14 207	–
Variation des éléments hors caisse du fonds de roulement lié au fonctionnement		
Dépenses recouvrables et acomptes	(5 158)	685
Créditeurs et charges à payer	21 476	(34 567)
	144 381	(59 318)
Flux de trésorerie liés aux activités d'investissement		
Nouvelles immobilisations	(20 350)	(11 679)
Augmentation (diminution) de la trésorerie et des équivalents de trésorerie	124 031	(70 997)
Trésorerie et équivalents de trésorerie à l'ouverture de l'exercice	499 205	570 202
Trésorerie et équivalents de trésorerie à la clôture de l'exercice	623 236 \$	499 205 \$

Se reporter aux notes afférentes aux états financiers.



Notes afférentes aux états financiers

Exercice clos le 31 mars 2015

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.

1. Principales méthodes comptables

Les présents états financiers ont été préparés par la direction conformément aux Normes comptables canadiennes pour les organismes sans but lucratif.

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 charges liées aux cotisations constituent la principale source de produits du SCAPC. Les charges sont comptabilisées à titre de produits dans l'exercice d'adhésion auquel elles se rapportent.

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 à la date des états financiers ainsi que sur la valeur comptable des produits et des charges de l'exercice 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 :

2015	Juste valeur	Valeur comptable
Trésorerie	198 288 \$	198 288 \$
Placements à court terme	424 948	424 948
	623 236 \$	623 236 \$



2. Trésorerie et équivalents de trésorerie (suite)

2014	Juste valeur	Valeur comptable
Trésorerie	80 292 \$	80 292 \$
Placements à court terme	418 913	418 913
	499 205 \$	499 205 \$

Les placements à court terme, d'un montant global de 424 948 \$ (418 923 \$ en 2014) sont détenus dans des comptes d'épargne à intérêt élevé et portent intérêt à des taux effectifs allant de 1,00 % à 1,15 % (1,25 % à 1,30 % en 2014). Les intérêts sont encaissables mensuellement.

3. Immobilisations

2015	Coût	Amortissement cumulé	Valeur comptable nette
Mobilier de bureau	13 279 \$	1 328 \$	11 951 \$
Matériel de bureau	8 277	2 965	5 312
Matériel informatique	62 131	33 600	28 531
Améliorations locatives	64 186	33 383	30 803
	147 873 \$	71 276 \$	76 597 \$

2014	Coût	Amortissement cumulé	Valeur comptable nette
Mobilier de bureau	29 189 \$	21 143 \$	8 046 \$
Matériel de bureau	8 918	1 817	7 101
Matériel informatique	75 894	27 302	48 592
Améliorations locatives	64 186	27 117	37 069
	178 187 \$	77 379 \$	100 808 \$

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, pour un montant global de 48 590 \$ (51 038 \$ en 2014), 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 :

2016	64 000 \$
2017	35 000
2018	35 000
2019	35 000
2020	35 000

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 2015 est liée à de la trésorerie et des équivalents de trésorerie pour un total de 623 326 \$ (499 205 \$ en 2014).

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.

7. Événements postérieurs à la date du bilan

Le 7 mai 2015, le SCAPC a obtenu une facilité de crédit de 200 000 \$ auprès de la Banque Canadienne Impériale de Commerce aux fins de financement de projets de dépenses en immobilisations prévus. La facilité de crédit renouvelable porte intérêt au taux préférentiel majoré de 1,5 % par an et tout montant prélevé sur cette facilité est remboursable à vue. Au 19 juin 2015, aucun prélèvement n'avait été fait sur la facilité.

