

**Misons
sur nos
forces**

**Rapport
annuel 2018**



À Propos

Au Canada, nous sommes le seul service national indépendant de règlement des plaintes à l'intention des consommateurs canadiens d'assurances de personnes.

Les Canadiens nous confient la révision de leurs plaintes relatives à l'assurance vie, invalidité, aux prestations maladie d'employés, de voyage et de produits de placement comme des rentes et des fonds distincts. Nos services bilingues gratuits sont offerts à tout consommateur dont la compagnie d'assurances est membre de l'OAP, ce qui est le cas de 99 % des compagnies d'assurances de personnes au Canada.

Nous fournissons aussi en ligne de l'information générale à propos d'assurances de personnes.

Afin de garantir l'impartialité, le Conseil canadien des responsables de la réglementation d'assurance (CCRRA) et notre conseil d'administration indépendant surveillent nos opérations.

Pour plus de renseignements, visitez www.oapcanada.ca

Contenu

- 3 Promise de service de l'OAP
- 4 Faits saillants de 2018
- 5 Message de la présidente du conseil d'administration
- 7 Message de la directrice exécutive par intérim
- 9 Processus de traitement des plaintes
- 10 Étude de cas: 1
- 12 Statistiques sur les plaintes
- 15 Étude de cas: 2
- 17 Statistiques sur les enquêtes
- 19 Statistiques sur le Web
- 21 Recherche de police
- 22 Étude de cas: 3
- 24 Sociétés membres
- 26 Conseil d'administration
- 27 États financiers



Promise de service de l'OAP

Accessibilité:

L'OAP peut être contacté facilement et de façon pratique par la voie de nos lignes nationales sans frais, la poste, le télécopieur et notre site Web. Nos services bilingues sont offerts gratuitement aux consommateurs. Veuillez nous contacter.

Rapidité de réponse:

L'OAP vous répondra sans tarder. On répond à la plupart des appels téléphoniques immédiatement – et rapidement aux messages vocaux, télécopies ou messages du Web.

Courtoisie:

Nous traitons toute personne avec courtoisie, professionnalisme et respect.

Clarté:

Notre objectif est de communiquer en langage clair afin que les consommateurs comprennent parfaitement tout ce que nous disons et toute correspondance que nous envoyons.

Exactitude:

Toute l'information recueillie par l'OAP est précise, complète et à jour, afin que nous aidions à résoudre une plainte ou à répondre à une demande de renseignements le mieux possible.

Équité et impartialité:

L'OAP est objectif et impartial. Nous ne favorisons ni le consommateur ni la compagnie d'assurances.

Constance:

L'OAP suit un processus de traitement des plaintes rigoureux et constant qui répond à notre mission et notre Mandat.

Connaissances:

Notre personnel détient des connaissances spécialisées en matière d'assurances des personnes et a des années d'expérience en règlement des différends.

Vie privée/confidentialité:

Toute l'information recueillie demeure confidentielle et de nature exclusive à l'OAP, conformément à notre Énoncé de protection des renseignements personnels.

Indépendance et objectivité:

L'OAP est un organisme sans but lucratif, ne relevant pas du gouvernement ou de l'industrie. Notre mandat exige que nous soyons impartiaux. Ceci veut dire que l'OAP ne prend ni parti pour le consommateur, ni pour la compagnie d'assurances. Pour garantir l'impartialité, nos opérations sont supervisées par le Conseil canadien des responsables de la réglementation d'assurance (CCRRA), ainsi que par notre conseil d'administration indépendant. La plupart des membres de notre Conseil n'ont aucun lien avec l'industrie des assurances de personnes.



Faits saillants de 2018

Nombre record d'interactions dans l'histoire de l'OAP, **une hausse de 18 %**

Le nombre de plaintes est consistant à celui de l'an dernier

Les plaintes du Québec **continuent de dépasser 50%**, l'Ontario demeure en deuxième position

Hausse des consultations du site Web **de près de 19%**

Plaintes
2,636

Total des interactions
103,402

Visites du
site Web
100,766



Message de la présidente du conseil d'administration

Cette année, nous avons établi, renouvelé et renforcé nos relations, ainsi qu'amélioré notre approche d'affaires.

Notre troisième évaluation indépendante, effectuée par le conseiller de la reine, l'honorable Robert Wells, témoigne des progrès que nous avons réalisés durant l'exercice financier qui vient de s'écouler, ainsi qu'au cours des cinq dernières années. L'évaluation précédente, qu'avait aussi menée le juge Wells en 2011, se voulait un examen approfondi des activités de l'OAP. Cette évaluation avait alors donné lieu à plusieurs recommandations visant à améliorer les services que nous offrons. La troisième évaluation indépendante représente plutôt un examen de la mise en œuvre des recommandations issues de la deuxième évaluation. L'évaluation sera publiée à l'automne, présentant des résultats très positifs; le juge Wells y félicite d'ailleurs le conseil d'administration pour ses pratiques de gouvernance.

Au cours des deux dernières années, nous avons mis à jour et amélioré les pratiques de gouvernance du conseil d'administration. Le renouvellement du conseil s'est dénoué par le recrutement de deux nouveaux membres puisque Yves Rabeau et Bruce Cran, deux membres du conseil d'administration de longue date, ont pris leur retraite. Nous aimerions les remercier pour leur service. Au terme d'un processus de recrutement rigoureux, nous avons choisi deux nouveaux administrateurs indépendants qui seront présentés à l'occasion de l'assemblée générale annuelle aux fins d'élection. Geoff Plant est un ancien procureur général de



"nous sommes très satisfaits de nos progrès et continuons de collaborer avec nos parties prenantes afin de procurer...des services efficaces et en temps opportun"



Message de la présidente (cont...)

la Colombie-Britannique, ayant aussi déjà siégé comme président de la Canada West Foundation. Sa réputation et son expérience dans l'Ouest canadien seront d'importants atouts dans la réalisation de notre plan pour bien nous établir dans cette région. Louise Shiller est originaire de Montréal et fut conseillère principale des droits et des responsabilités à l'Université Concordia. Elle apportera une vaste expérience du mode alternatif de règlement des litiges et de la médiation.

Notre portée s'est élargie au fil des ans, comptant maintenant des bureaux à Toronto, à Montréal et à Edmonton. Nous continuons à consolider ces acquis en donnant la priorité à nos initiatives d'expansion et d'extension des services au cours de l'année à venir. À l'heure actuelle, nous rejoignons des milliers de Canadiens annuellement avec nos services et nos membres comprennent 99 % de tous les assureurs canadiens de personnes. Nous avons établi notre présence à Edmonton afin de bâtir des rapports stratégiques avec d'importants partenaires provinciaux

et régionaux. Pour renforcer davantage notre présence dans la région de l'ouest, nous avons mis à jour notre Plan de communication de 2018-2019 afin d'accroître la sensibilisation et l'information auprès des consommateurs au sujet de nos services.

Bien qu'il reste encore énormément de travail à accomplir, nous sommes très satisfaits de nos progrès et continuons de collaborer avec nos parties prenantes afin de procurer à nos clients des services efficaces et en temps opportun.

Je tiens à remercier le conseil d'administration et notre personnel pour leur travail acharné et leur engagement à aider les consommateurs. J'aimerais aussi remercier nos sociétés membres pour leur soutien et leur collaboration essentiels à notre succès.



D^{re} Janice MacKinnon

Présidente du conseil d'administration, OAP



Message de la directrice exécutive par intérim



***"L'OAP a des normes
très élevées pour
résoudre les
différends"***

Alors que je réfléchis aux progrès qu'a réalisés l'OAP au cours de la dernière année, je note que nous pouvons être fiers de bien des choses. Le présent rapport annuel décrit nos réalisations en fonction des objectifs établis pour cet exercice financier dans notre Plan stratégique 2016-2021, ainsi que d'autres activités que nous avons entreprises au cours de l'année.

Cette année a été parsemée de nombreuses réalisations. Notons, par exemple, les améliorations que nous avons apportées en tant qu'organisme dans la manière dont nous faisons affaire. Nous avons renforcé nos capacités dans notre activité principale en améliorant et en renforçant davantage nos processus d'examen et d'aiguillage des plaintes. Nous avons également accru l'expertise de notre personnel dans tous les domaines, particulièrement celui des assurances et dans le secteur du mode alternatif de règlement des litiges.

Parmi nos réalisations de cette année, notons notre troisième évaluation indépendante effectuée par l'honorable Robert Wells, conseiller de la reine. Nous avons d'ailleurs bien hâte de partager les résultats de cette évaluation à l'automne de 2018.

De plus, nous avons maintenant acquis une certaine expérience et une bonne connaissance de notre nouveau système de gestion des cas et des données, maintenant pleinement fonctionnel. Cette expertise nous permettra de commencer à extraire et à utiliser des données en vue d'évaluer et d'améliorer davantage nos processus.

L'OAP a des normes très élevées pour résoudre les différends. Par conséquent, nous sommes appelés à prendre la parole à divers forums d'intervenants, à titre de leader d'opinion. Au cours de l'année, nous avons pris part à diverses activités, telles que les conférences des chefs de la conformité de l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes (ACCAP), différents groupes de travail de l'ACCAP, ainsi que des groupes de



Message de la directrice (cont...)

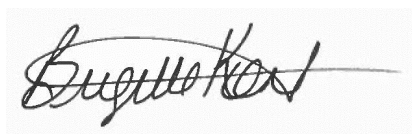
consommateurs comme l'Union des consommateurs au Québec, entre autres.

Nous continuons de collaborer avec les parties prenantes et les organismes de surveillance en vue de renforcer nos rapports. En accord avec l'ACCAP, nous avons modifié ce que nous offrons à nos membres en vue de répondre aux besoins des plus petites compagnies d'assurances. Non seulement ce changement rend-il nos services abordables pour cette catégorie d'assureurs, mais il contribue également à la réalisation de notre objectif d'élargir notre portée et de desservir davantage de Canadiens. Puisque notre projet d'expansion dans l'Ouest s'inscrit dans le cadre de cet objectif, il est à l'avant-plan de notre programme pour l'exercice financier 2018-2019.

Le niveau d'intérêt pour nos services continue d'augmenter. Durant l'exercice financier 2017-2018, nous avons noté une hausse significative dans le trafic Web, enregistrant plus de 16 000 nouveaux visiteurs sur notre site Web. Cette hausse dans le trafic Internet a donné lieu à une augmentation de 15 974 rapports entamés avec l'OAP. Bien que le nombre de plaintes pour cette

année n'ait augmenté que de quatre, nous avons réussi à fermer 38 enquêtes. Nous avons également intensifié la sensibilisation à l'OAP en profitant de la couverture médiatique accrue sur le processus de règlement des plaintes et les outils d'information en ligne de l'OAP, lesquels sont mentionnés dans divers articles et reportages.

Alors que nous entamons l'exercice financier 2018-2019, nous sommes conscients du travail que nous devons encore accomplir pour renforcer notre réputation à titre d'organisme fiable, impartial et indépendant de règlement des différends. Voilà donc une priorité clé pour nous, tout comme le besoin d'être responsable sur les plans financier et social. Je tiens à remercier la présidente, le conseil d'administration, les parties prenantes et les employés pour leur soutien sans faille au cours de l'année et j'envisage avec plaisir une année productive.



Brigitte Kent
Directrice par intérim, 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
 - Référer le consommateur vers la société membre, aux fins d'application du processus interne, le cas échéant
- 2** Examen par l'analyste de règlement des différends
 - Déterminer si une plainte relève du mandat de l'OAP¹
 - Le consommateur soumet un énoncé de prise de position finale, ainsi que l'information connexe
 - L'analyste de règlement des différends (ARD) détermine s'il y a des motifs de conciliation avec l'assureur
 - Si aucun motif ne justifie la tenue d'une telle conciliation, on prépare une lettre d'examen et on cernera les options éventuelles
- 3** Examen par le 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 l'experte en règlement des litiges
 - Si des motifs justifient la poursuite du traitement de la plainte, l'experte 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

¹L'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.





Étude de cas 1

Incapacité de travailler

"Le stress désemparant est une maladie ... la source du stress est en fait sans importance pourvu que le stress soit complètement invalidant."



Étude de cas 1

Incapacité de travailler

Après une succession de deuils familiaux, Madame N. a reçu un diagnostic de « stress de situation » de son médecin de famille. Selon Madame N. et son médecin, elle n'est plus en mesure de poursuivre son travail puisque celui-ci consiste à procurer des soins à d'autres personnes. Par conséquent, Madame N. a soumis une demande de prestations d'invalidité de courte durée. Bien que la compagnie d'assurances de Madame N. ait reconnu qu'elle souffrait d'un deuil et présentait une incapacité et des symptômes semblables à ceux d'un trouble psychiatrique diagnostiqué, elle a refusé la demande. Deux comités d'examen de la compagnie d'assurances ont passé en revue la demande de Madame N. et tous les deux ont rendu la décision de refuser sa demande. La compagnie d'assurances était d'avis qu'il n'y avait pas suffisamment de preuves médicales pour satisfaire les critères de diagnostic d'une maladie médicale.

Madame N. a alors déposé une plainte auprès de l'OAP, demandant un examen indépendant et gratuit de son cas.

Après un examen complet et détaillé des renseignements qu'avaient soumis Madame N. et sa compagnie d'assurances, l'analyste de règlement des différends de l'OAP a recommandé que le cas soit soumis au deuxième niveau du processus d'examen et qu'il soit évalué par l'un des conciliateurs de l'OAP.

Le conciliateur a déterminé que la police exigeait que la demandeuse soit incapable de travailler par suite d'une maladie. Le médecin de Madame N. a certifié qu'elle souffrait de stress au point où elle n'était pas en mesure de travailler. Qui plus est, elle représentait un danger pour elle-même, ses collègues et ses patients. Le stress désemparant est une maladie. Cette maladie découle du stress – bien que les deuils en soient manifestement l'élément déclencheur, la source du stress est en fait sans importance pourvu que le stress soit complètement invalidant. L'examen a montré que l'évaluation de la demande n'a pas tenu compte des effets que le moment et la nature des deuils personnels de la demandeuse avaient sur sa capacité d'exercer ses fonctions. Le conciliateur de l'OAP a donc recommandé que la compagnie d'assurances révise sa position. L'assureur a accepté la conclusion de l'OAP et, peu après, a envoyé à Madame M. le règlement de sa demande de prestations d'invalidité.

Avertissement : En vue de protéger la vie privée des parties en question, 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'Ombudsman des assurances de personnes (OAP) examine contient différents faits et le texte du contrat peut varier. Par conséquent, l'application des principes énoncés ici pourrait conduire à des résultats différents dans des cas différents.



Statistiques sur les plaintes

Des Canadiens d'un océan à l'autre communiquent avec l'OAP en vue d'obtenir un examen impartial de leurs plaintes au sujet d'assurances de personnes. La plupart de ces plaintes proviennent toutefois de consommateurs qui n'ont ni entamé, ni terminé le processus interne de plainte de leur compagnie d'assurances. L'OAP offre aux consommateurs des conseils sur la manière de formuler une plainte auprès d'une compagnie d'assurances. Avec ces conseils en main, les consommateurs sont en meilleure position d'atteindre un règlement avec leur compagnie d'assurances.

Une fois que les consommateurs ont une lettre de position finale de leur compagnie d'assurances, l'OAP peut mener un examen complet de la plainte, exigeant des informations autant de la compagnie d'assurances que du consommateur.

Bien qu'il y ait une légère variation, le nombre de plaintes reçues cette année est relativement semblable à l'année dernière. Au total, nous avons reçu 2 636 plaintes au cours de l'année. Les plaintes en provenance du Québec représentent toujours plus de 50 % de l'ensemble des plaintes reçues. L'Ontario demeure en deuxième position avec 28,3 % du volume total. Le nombre de plaintes demeure stable ailleurs au Canada comparativement à l'année précédente.

Les compagnies d'assurances représentent maintenant notre première source de référence avec 21,7 %. Bien que l'Internet représente maintenant notre deuxième source de références, il demeure une source importante pour les consommateurs, avec 17,6 % provenant du site Web de l'OAP et 7,3 % provenant d'autres sites Web, pour un total de 24,9 %.

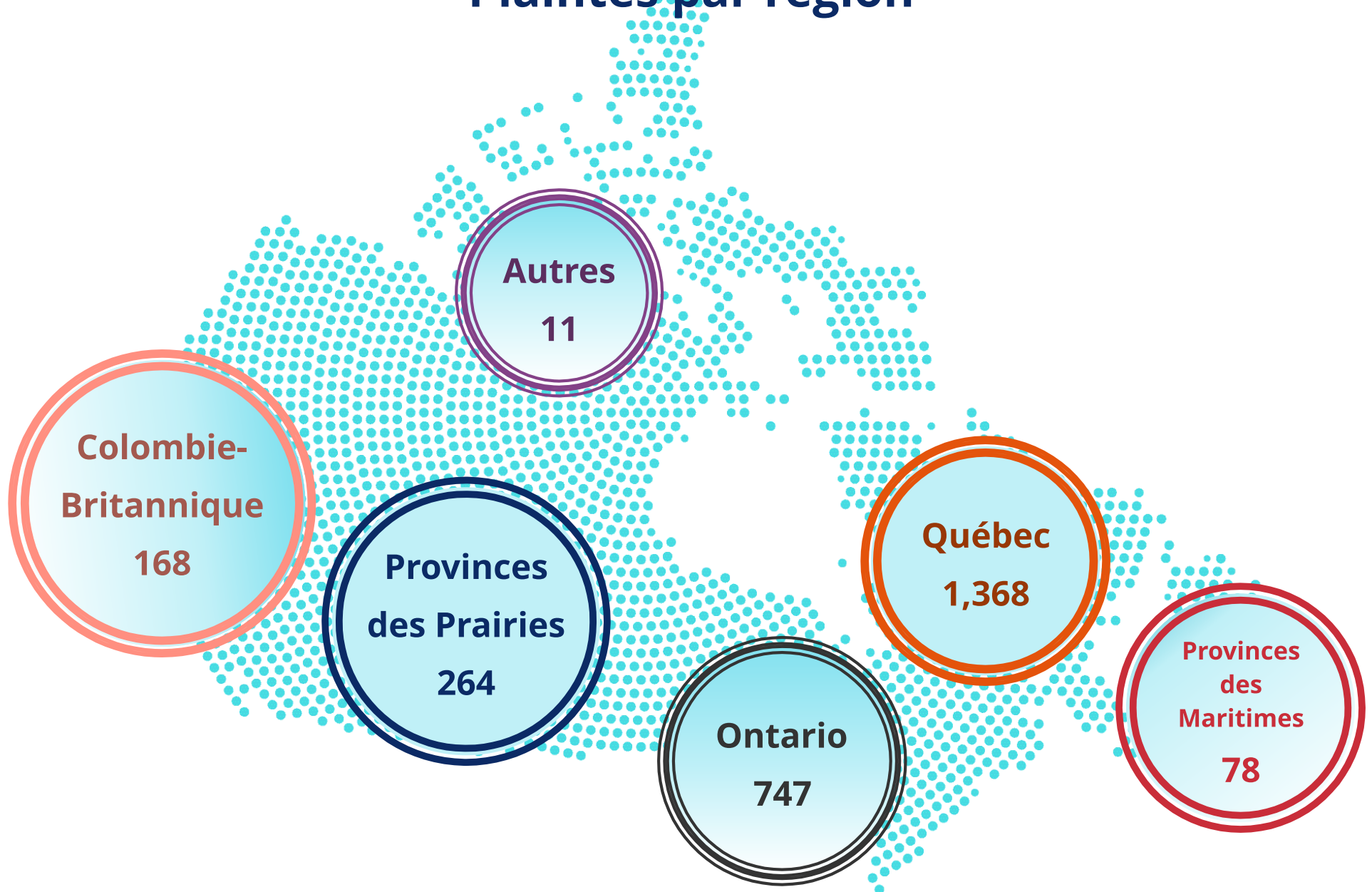
La répartition des plaintes par catégories d'assurance collective, individuelle et crédit est comparable aux années précédentes.

Par fonction, les demandes de règlements représentent année après année la proportion la plus élevée des plaintes avec un total de 60,6 % cette année.

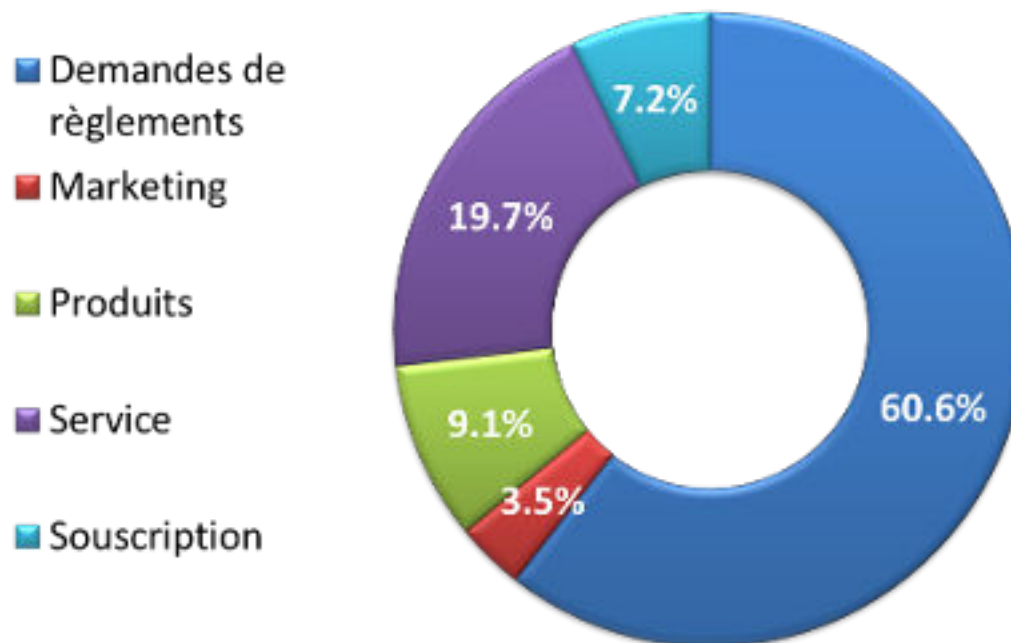
Les produits d'assurance-invalidité, d'assurance-vie et d'assurance maladie complémentaire et soins dentaires demeurent en tête de notre liste de catégories de produits, formant ensemble 85,3 % de toutes les plaintes, les produits d'invalidité recevant le plus de plaintes avec 38,9 %.



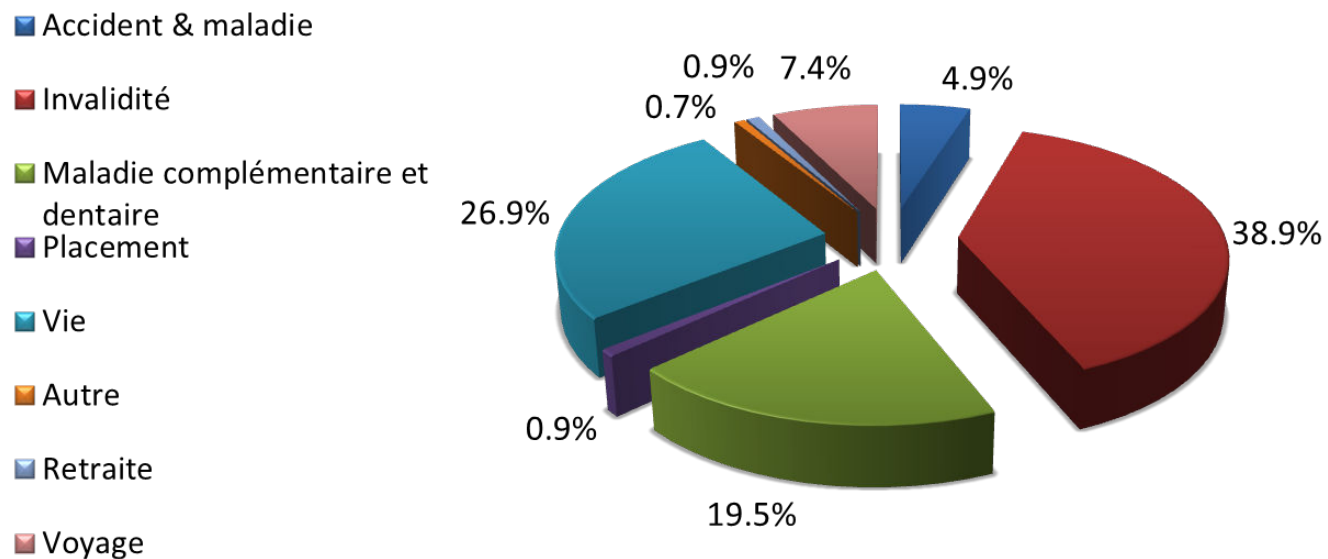
Plaintes par région



Plaintes par fonction



Plaintes par produit



Étude de cas 2

Renseignements erronés

*"En signant la
demande, Monsieur
G. a attesté qu'il avait
lu et compris les
renseignements
fournis dans la
demande et qu'il les
acceptait"*



Étude de cas 2

Renseignements erronés



Monsieur G. a souscrit une assurance crédit sur son prêt hypothécaire. Il a rempli et signé une demande d'assurance-invalidité au même moment. Six mois plus tard, Monsieur G. ayant reçu un diagnostic de problèmes cardiovasculaires, son médecin a recommandé qu'il prenne un congé de maladie de son emploi à risque élevé. À la suite de cette recommandation, Monsieur G. a soumis une demande de prestations d'invalidité.

La compagnie d'assurances a demandé les dossiers médicaux de la dernière année avant de rendre une décision. Elle a noté que Monsieur G. avait déjà reçu un diagnostic de problème de santé qu'il n'a pas déclaré dans sa demande d'assurance au moment de sa souscription. Le dossier a été soumis à l'équipe de souscription aux fins d'examen, laquelle a recommandé que la couverture d'assurance-invalidité soit annulée pour des motifs de fausse déclaration.

Monsieur G. a communiqué avec l'OAP afin de demander un examen indépendant et gratuit de son cas. L'OAP a demandé aux deux parties de lui soumettre tous les renseignements se rapportant à ce cas. Un questionnaire sur la santé faisait partie de la demande et Monsieur G. a répondu « non » à toutes les questions. Lorsqu'un

demandeur répond « non » aux questions relatives à sa santé, la demande est approuvée automatiquement. Toutefois, dans l'éventualité d'une demande de prestations, l'assureur se réserve le droit de passer en revue les réponses fournies dans le questionnaire sur la santé. En signant la demande, Monsieur G. a attesté qu'il avait lu et compris les renseignements fournis dans la demande et qu'il les acceptait. L'assureur a annulé sa couverture d'assurance-invalidité et lui a remboursé les primes d'assurances. Aucun examen d'invalidité totale n'a été effectué.

Il semble qu'il y ait eu un malentendu par rapport aux questions sur la santé. Monsieur G. avait cru comprendre que puisqu'il n'avait reçu aucun traitement médical et qu'il n'avait consulté aucun professionnel pour une maladie, il avait le droit de répondre « non » aux questions. Il est clairement documenté que Monsieur G. a consulté son médecin et qu'il a reçu des conseils et un suivi pour un problème précis inclus dans le questionnaire sur la santé. Qui plus est, les consultations et les examens ont eu lieu dans les 24 mois couverts par l'enquête.

Cet examen a conclu que l'assureur a adopté une position raisonnable en annulant la couverture d'assurance-invalidité de Monsieur G., en refusant sa demande de prestations d'invalidité et en lui remboursant ses primes d'assurances. L'OAP a donc fermé le dossier et a informé les deux parties de sa décision.

Avertissement : En vue de protéger la vie privée des parties en question, 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'Ombudsman des assurances de personnes (OAP) examine contient différents faits et le texte du contrat peut varier. Par conséquent, l'application des





Statistiques sur les enquêtes

Cet exercice financier, l'OAP a ouvert 28 nouvelles enquêtes et fermé 38 dossiers. Ces chiffres sont relativement semblables aux 26 enquêtes ouvertes et 25 cas fermés de l'année dernière. Parmi les 28 cas ouverts, les produits d'invalidité formaient la source la plus importante d'enquêtes (11), suivis des produits d'assurance-vie (8). Le nombre de cas concernant des produits d'assurance maladie complémentaire et soins dentaires était quelque peu plus élevé cette année, avec 4 cas.

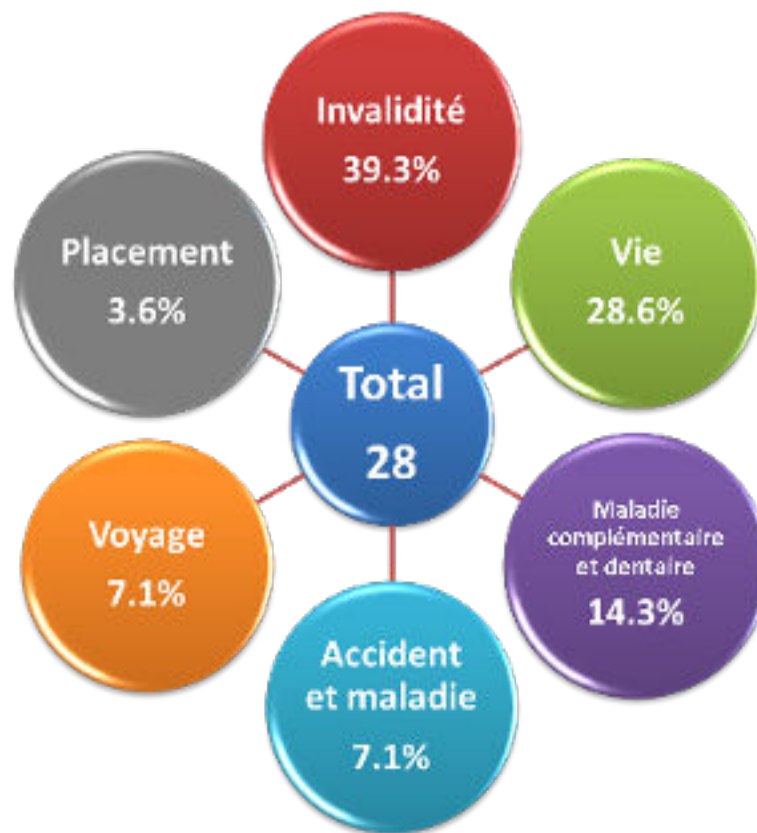
Par fonction, les demandes de règlements demeurent la principale source de nouvelles enquêtes, avec 78,6 % du volume.

Des 38 cas fermés, 6 cas ont été fermés sans mérite, ceux-ci ayant été jugé sans motif justifiant la poursuite des négociations, et 6 plaintes ont été retirées par le consommateur. Cette année, 2 cas concernant des produits d'assurance-invalidité ont été soumis à notre expert en règlement des litiges. L'un a été réglé en faveur du consommateur, tandis que l'autre a été fermé sans mérite.

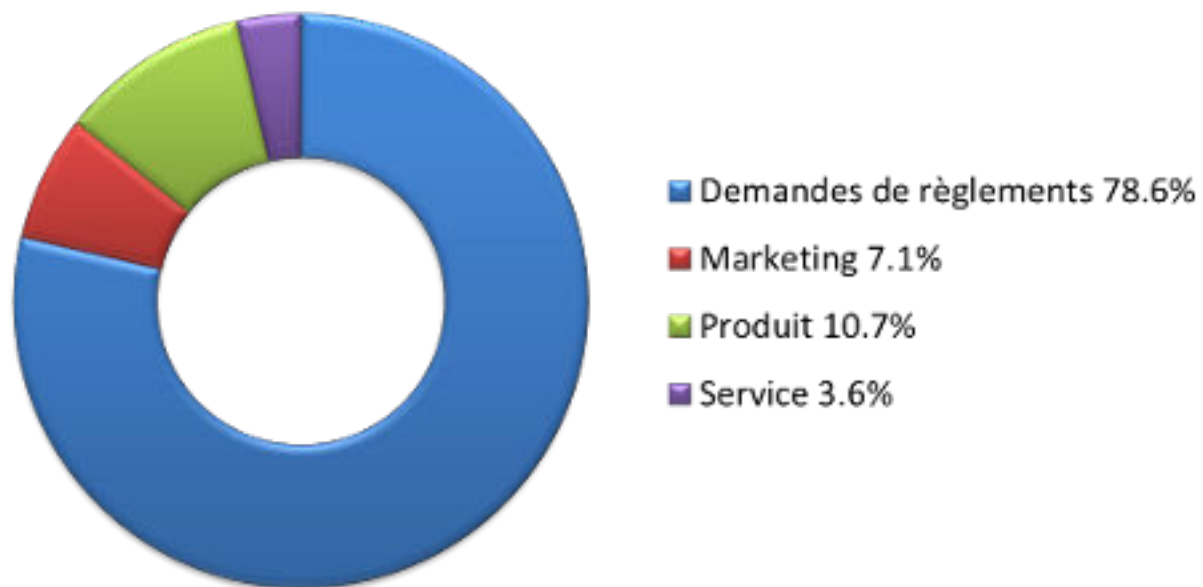
Parmi les 24 cas ayant été soumis à un conciliateur, 19 cas ont fait l'objet d'un règlement et 5 décisions ont été maintenues. Cela représente un taux de règlement de 79 %.



Enquêtes par produit



Enquêtes par fonction



Statistiques sur le Web

L'OAP a reçu 100 766 visites de son site Web cet exercice financier, soit une hausse de 18,8 % comparativement à l'an dernier, dont 77 560 nouveaux visiteurs.

Depuis le lancement de notre nouveau site Web en février 2017, nous redirigeons les consommateurs vers notre site Web pour y soumettre leurs demandes de renseignements et y déposer leurs plaintes. Notre site Web continue d'améliorer l'expérience des utilisateurs grâce à une navigation facile et à un langage clair. Il est également devenu une ressource importante pour les gens qui recherchent des solutions à leurs problèmes.

Parmi les fonctions offertes par le site Web, notons :

- un outil pour **soumettre une plainte** qui aide les consommateurs à déposer leur plainte rapidement et en toute facilité;
- un outil de recherche **d'anciennes polices d'assurance** qui aide à trouver la compagnie d'assurance qui détient des polices d'assurance qui remontent à des décennies;
- un outil de **recherche de police d'un défunt** qui permet de retrouver des polices d'assurance perdues après le décès de particuliers;
- Notre outil le plus populaire **trouver une assurance** aide les consommateurs à identifier les compagnies qui vendent les produits/services

Ces solutions uniques à l'OAP ne peuvent être trouvées nulle part ailleurs au Canada et sont offertes gratuitement.

Ces nombreuses visites indiquent que nos efforts continus pour élargir notre portée au Canada portent leurs fruits et que davantage de consommateurs prennent connaissance des services que l'OAP offre.

L'outil « **Trouver une assurance** » de l'OAP demeure notre page la plus visitée avec 64 069 visites.



Statistiques sur le Web

Nos pages les plus visitées



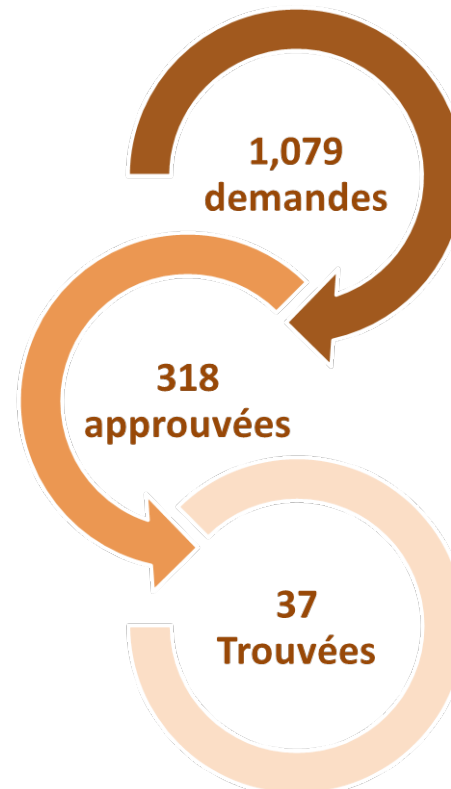


Recherche de police

La « Recherche de police d'un défunt » est un service supplémentaire et unique qu'offre l'OAP. Notre service est le seul de ce genre au Canada offert gratuitement aux consommateurs.

Nous examinons attentivement chaque demande pour déterminer s'il est possible de contacter nos sociétés membres et de leur demander d'effectuer chacune une recherche. Chaque recherche nécessite du temps et des ressources considérables. Nous devons donc avoir la conviction qu'une politique existe quelque part.

Au cours de cet exercice, nous avons reçu 1 079 demandes. Parmi celles-ci, 318 ont été approuvées pour une recherche et 37 ont été complétées avec succès.



Étude de cas 3


Un faux sentiment de sécurité

Pendant un voyage aux États-Unis, Monsieur V. est tombé malade et a été hospitalisé. Comme l'exigeaient la police d'assurances et la carte de voyage de Monsieur V., il a appelé le centre d'assistance dans les 24 heures, avant même d'engager des dépenses médicales. Dans ce cas-ci, la compagnie d'assurances a désigné le centre d'assistance pour gérer, coordonner et approuver les examens médicaux et les traitements.

Dans le cadre de l'appel que Monsieur V. a passé au centre d'assistance, un représentant a confirmé qu'il disposait d'une couverture et que le centre d'assistance approuverait les examens et les traitements en coordination avec l'hôpital. Le représentant a également indiqué à Monsieur V. que le centre d'assistance procurerait ses coordonnées à l'hôpital aux fins de la facturation.

Lorsque Monsieur V. a reçu une lourde facture pour les traitements qu'il a obtenus, il a soumis la facture à sa compagnie d'assurances pour le paiement. Il a été surpris quand celle-ci lui a indiqué qu'elle refusait sa demande de prestations.

La compagnie d'assurances a déclaré qu'elle a refusé la demande de prestations en raison d'un problème de santé préexistant. Les enquêtes menées par l'assureur ont révélé que Monsieur V. avait déjà souffert des mêmes symptômes



"Il ne semblait pas juste de demander au consommateur de payer des dépenses ayant été coordonnées et approuvées par la compagnie d'assurances."

Étude de cas 3

Un faux sentiment de sécurité

et du même problème de santé et qu'il avait reçu le même traitement quelques mois précédant son voyage.

Monsieur V. a demandé à sa compagnie d'assurances de réviser sa position. À son avis, il a suivi les directives de la compagnie d'assurances exigeant qu'il communique avec le centre d'assistance. Selon Monsieur V., puisque le centre d'assistance lui a indiqué qu'il disposait d'une couverture et que le centre a coordonné et approuvé les examens médicaux, sa demande de prestations devrait être approuvée. Le centre d'assistance n'a jamais informé Monsieur V. que même si les examens et les traitements étaient approuvés, la compagnie d'assurances pouvait refuser de payer une partie ou la totalité des dépenses.

Lorsque Monsieur V. a reçu la lettre de position finale de son assureur, dans laquelle celui-ci maintient sa décision de refuser sa réclamation, il a demandé à l'OAP de procéder à un examen impartial de sa plainte.

L'analyste de règlement des différends de l'OAP a recueilli des renseignements auprès des deux parties et a effectué un examen détaillé du cas. Après avoir consulté l'ombudsman adjointe de l'OAP et ayant reçu son autorisation, l'analyste de règlement des différends a soumis le cas au deuxième niveau du processus, qui prévoit un examen par l'un des conciliateurs de l'OAP. La décision de soumettre le cas à l'examen d'un conciliateur se fonde sur l'avis que le consommateur était sous la fausse impression

que ses dépenses seraient couvertes lorsque le centre d'assistance a confirmé sa couverture et a approuvé les examens médicaux.

Bien que la compagnie d'assurances ait suivi la procédure normale et qu'elle ait agi correctement en refusant la demande de prestations en raison d'un problème de santé préexistant, par souci d'équité, le conciliateur de l'OAP a communiqué avec la compagnie d'assurances afin d'essayer de négocier un règlement.

Cette décision du conciliateur se fondait sur le fait que le centre d'assistance a agi à titre d'autorité et de conseiller auprès de l'hôpital dans l'approbation des examens, des traitements et des dépenses et a ainsi écarté toute possibilité pour Monsieur V. de contribuer au processus décisionnel. De plus, le consommateur n'a jamais été informé qu'il pourrait devoir assumer les dépenses. Il ne semblait pas juste de demander au consommateur de payer des dépenses ayant été coordonnées et approuvées par la compagnie d'assurances.

La compagnie d'assurances a accepté l'évaluation du cas de l'OAP et a donc accepté de payer les dépenses médicales de Monsieur V.



Avvertissement : En vue de protéger la vie privée des parties en question, 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'Ombudsman des assurances de personnes (OAP) examine contient différents faits et le texte du contrat peut varier. Par conséquent, l'application des principes énoncés ici pourrait conduire à des résultats différents dans des cas différents.



Sociétés membres

Toutes les sociétés d'assurances de personnes régies par un gouvernement fédéral ou provincial au Canada peuvent devenir 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 indépendant de règlement des différends de l'OAP.

Nous sommes heureux de vous présenter les sociétés membres au 31 juillet 2018 :

Acadie Vie	Chubb Life Insurance Company of Canada	FaithLife Financial
Aetna Life Insurance Company	CIGNA du Canada compagnie d'assurance su la vie	Financière Sun Life
Alberta Blue Cross	Combined	First Canadian Insurance Corporation
Allianz Life Insurance Company of North America	Compagnie d'assurance RBC	Foresters Financial
American, compagnie d'assurance-vie et d'assurance-maladie	Compagnie d'assurance new York Life	Foresters Life Insurance Company
Assomption Vie	Compagnie d'assurance-vie CIBC Limitée	Gerber Life Insurance Company
Assurance-Vie Banque Nationale, Compagnie d'assurance-vie	Compagnie d'assurance-Vie Pavonia de Michigan	Green Shield Canada
Assurant Life of Canada	Compagnie d'assurance-vie Première du Canada	Group Medical Services
Assuris	Co-operators, Compagnie d'Assurance-Vie	Hartford Life Insurance Company
BMO Compagnie d'assurance-vie	Croix Bleue Medavie	Humania Assurance Inc.
BMO Société d'assurance-vie	Desjardins Sécurité Financière, compagnie d'assurance vie	Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.
Brookfield Annuity		Ivari
Canassurance Insurance Company		La Capitale assureur de l'administration publique
Chevaliers de Colomb		La Compagnie d'Assurance-Vie Primerica du Canada



Sociétés membres (cont...)

La Great-West compagnie d'assurance-vie

La Reliable, Compagnie d'Assurance-Vie

La société d'assurance-vie des enseignantes et enseignants (fraternelle)

La Société Fraternelle Actra

L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie

L'Équitable Compagnie d'Assurance-Vie du Canada

Liberty Life Assurance Company of Boston

L'Union-Vie, compagnie mutuelle d'assurance

Manitoba Blue Cross

Manuvie Canada Ltée

Pacific Blue Cross

Saskatchewan Blue Cross

Scotia-Vie compagnie d'assurance

SSQ Vie (SSQ, Société d'assurance)

TD, Compagnie d'assurance-vie

The Wawanesa Life Insurance Company

Transglobal Insurance Company

Bureaux de l'OAP

Toronto:

OmbudService for Life & Health Insurance

401 Bay Street, boîte postale 7

Toronto, Ontario

M5H 2Y4

Montreal:

Ombudsman des assurances de personnes

2001 Robert-Bourassa Boulevard, 17^e étage

Montréal, Québec

H3A 2A6

Edmonton:

OmbudService for Life & Health Insurance

First Edmonton Place

10665 Jasper Avenue, 14^e étage

Edmonton, Alberta

T5J 3S9





Membres du conseil d'administration

Présidente:

D^{re} Janice MacKinnon^{1,3}

Professeure de politique fiscale à l'Université de la 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 en gestion et économie, Université du Québec à Montréal (UQAM)

Reginald Richard^{2,3}

Ancien surintendant des assurances du Nouveau-Brunswick

Administrateurs de l'industrie:

Claude Garcia²

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

Dr. Dieter Kays³

Ancien président et chef de la direction de FaithLife Financial

Frank Swedlove¹

Président de Swedlove Consulting Inc. Ancien président et directeur général de l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes (ACCAP)

¹ Membre du comité de gouvernance

² Membre du comité des normes

³ Membre du comité des ressources humaines



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 2018





KPMG s.r.l./s.e.n.c.r.l.
Bay Adelaide Centre
333, rue Bay, bureau 4600
Toronto (Ontario) M5H 2S5
Canada
Tél. 416-777-8500
Télééc. 416-777-8818

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 l'état de la situation financière au 31 mars 2018, les états des résultats, 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.

KPMG s.r.l./s.e.n.c.r.l. est une société canadienne à responsabilité limitée et un co-intervenant du réseau. KPMG de certains indépendants affiliés à KPMG International Cooperative (« KPMG International »), entité suédoise.
KPMG Canada fournit des services à KPMG s.r.l./s.e.n.c.r.l.





Page 2

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 2018 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.

(signé) KPMG s.r.l./s.e.n.c.r.l.

Comptables professionnels agréés, experts-comptables autorisés

22 juin 2018
Toronto, Canada

SERVICE DE CONCILIATION DES ASSURANCES DE PERSONNES DU CANADA

État de la situation financière

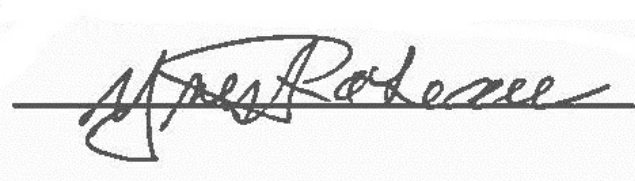
31 mars 2018, avec informations comparatives pour 2017

	2018	2017
Actif		
Actif à court terme		
Trésorerie et équivalents de trésorerie (note 2)	440 877 \$	403 843 \$
Charges payées d'avance et acomptes	27 913	18 367
Débiteurs	17 870	-
	486 660	422 210
Immobilisations corporelles (note 3)	29 331	40 654
Immobilisations incorporelles (note 3)	76 395	91 450
	592 386 \$	554 314 \$
Passif et solde du fonds		
Passif à court terme		
Créditeurs et charges à payer	110 525 \$	130 713 \$
Tranche à court terme des incitatifs à la location reportés	8 498	8 498
	119 023	139 211
Incitatifs à la location reportés	7 789	16 287
	126 812	155 498
Solde du fonds		
Fonds de fonctionnement		
Investissement en immobilisations corporelles et incorporelles	105 726	132 104
Fonds non affecté	359 848	266 712
	465 574	398 816
Engagements (note 5)		
	592 386 \$	554 314 \$

Se reporter aux notes afférentes aux états financiers.

Au nom du conseil,

 , administrateur

 , administrateur



SERVICE DE CONCILIATION DES ASSURANCES DE PERSONNES DU CANADA

État des résultats

Exercice clos le 31 mars 2018, avec informations comparatives pour 2017

	2018	2017
Produits		
Cotisations générales	2 127 534 \$	2 099 119 \$
Placements	941	2 732
	<u>2 128 475</u>	<u>2 101 851</u>
Charges		
Personnel et services de règlement des litiges	1 182 624	1 384 394
Honoraires professionnels	227 873	172 654
Honoraires du conseil d'administration	170 006	169 771
Loyers	90 809	114 799
Frais de gestion (note 4)	87 575	51 980
Réunions du conseil et déplacements	70 754	63 718
Réunions du personnel et déplacements	63 943	56 959
Technologie de l'information	63 227	66 030
Fourniture et services	25 960	32 118
Amortissement des immobilisations corporelles et incorporelles	23 897	30 412
Télécommunications	16 831	30 962
Formation et perfectionnement	15 675	7 720
Assurances	12 377	12 253
Frais des installations – Toronto	6 284	6 290
Traduction	3 882	3 045
	<u>2 061 717</u>	<u>2 203 105</u>
Excédent (insuffisance) des produits par rapport aux charges	66 758 \$	(101 254) \$

Se reporter aux notes afférentes aux états financiers.



SERVICE DE CONCILIATION DES ASSURANCES DE PERSONNES DU CANADA

État de l'évolution de l'actif net

Exercice clos le 31 mars 2018, avec informations comparatives pour 2017

	2018			2017		
	Investissements en immobilisations corporelles et incorporelles	Fonds de fonctionnement non affecté	Total	Investissements en immobilisations corporelles et incorporelles	Fonds de fonctionnement non affecté	Total
Actif net à l'ouverture de l'exercice	132 104 \$	266 712 \$	398 816 \$	150 822 \$	349 248 \$	500 070 \$
Excédent (insuffisance) des produits par rapport aux charges	(23 697)	90 655	66 958	(30 412)	(70 842)	(101 254)
Évolution des investissements en immobilisations corporelles et incorporelles, montant net	(2 481)	2 481	–	11 694	(11 694)	–
Actif net à la clôture de l'exercice	105 726 \$	359 848 \$	465 574 \$	132 104 \$	266 712 \$	398 816 \$

Se reporter aux notes afférentes aux états financiers.



SERVICE DE CONCILIATION DES ASSURANCES DE PERSONNES DU CANADA

État des flux de trésorerie

Exercice clos le 31 mars 2018, avec informations comparatives pour 2017

	2018	2017
Flux de trésorerie liés aux activités suivantes :		
Activités de fonctionnement		
Excédent (insuffisance) des produits par rapport aux charges	68 758 \$	(101 254) \$
Éléments sans effet sur la trésorerie		
Amortissement des immobilisations corporelles et incorporelles	23 897	30 412
Amortissement des incitatifs à la location	(4 493)	(4 493)
Variation des éléments hors caisse du fonds de roulement lié au fonctionnement		
Charges payées d'avance et acomptes	(9 546)	(6 321)
Débiteurs	(17 870)	-
Créditeurs et charges à payer	(20 188)	58 746
	38 558	(22 910)
Activités d'investissement		
Nouvelles immobilisations corporelles et incorporelles	(1 524)	(15 700)
Augmentation (diminution) de la trésorerie et des équivalents de trésorerie	37 034	(38 610)
Trésorerie et équivalents de trésorerie à l'ouverture de l'exercice	403 843	442 453
Trésorerie et équivalents de trésorerie à la clôture de l'exercice	440 877 \$	403 843 \$

Se reporter aux notes afférentes aux états financiers.



SERVICE DE CONCILIATION DES ASSURANCES DE PERSONNES DU CANADA

Notes afférentes aux états financiers

Exercice clos le 31 mars 2018

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

a) Mode de présentation

Les présents états financiers ont été préparés par la direction conformément aux Normes comptables canadiennes pour les organismes sans but lucratif de la Partie III du Manuel de CPA Canada.

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 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.



SERVICE DE CONCILIATION DES ASSURANCES DE PERSONNES DU CANADA

Notes afférentes aux états financiers (suite)

Exercice clos le 31 mars 2018

1. Principales méthodes comptables (suite)

d) Immobilisations corporelles et incorporelles

Les immobilisations corporelles et incorporelles 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
Immobilisations incorporelles	Linéaire	7 ans

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.



SERVICE DE CONCILIATION DES ASSURANCES DE PERSONNES DU CANADA

Notes afférentes aux états financiers (suite)

Exercice clos le 31 mars 2018

1. Principales méthodes comptables (suite)

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.

g) Trésorerie et équivalents de trésorerie

La trésorerie et les équivalents de trésorerie comprennent les dépôts bancaires et d'autres placements très liquides facilement convertibles en un montant de trésorerie connu et soumis à un risque négligeable de changement de valeur.

h) Impôt sur le résultat

Le SCAPC est exonéré de l'impôt sur le résultat dans la mesure où il continue de respecter certaines exigences de la *Loi de l'impôt sur le revenu* (Canada). Par conséquent, aucune charge d'impôt n'est inscrite dans les présents états financiers.



SERVICE DE CONCILIATION DES ASSURANCES DE PERSONNES DU CANADA

Notes afférentes aux états financiers (suite)

Exercice clos le 31 mars 2018

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 au 31 mars :

	Juste valeur	Valeur comptable
2018		
Trésorerie	109 230 \$	109 230 \$
Placements à court terme		
Comptes d'épargne à intérêt élevé	31 647	31 647
CPG encaissables à échéance de 30 jours	300 000	300 000
	440 877 \$	440 877 \$
2017		
Trésorerie	73 137 \$	73 137 \$
Placements à court terme		
Comptes d'épargne à intérêt élevé	330 706	330 706
	403 843 \$	403 843 \$

Les placements à court terme, d'un montant global de 331 647 \$ (330 706 \$ en 2017) sont détenus dans des comptes d'épargne à intérêt élevé et des CPG et portent intérêt à des taux effectifs allant de 0,85 % à 1,00 % (0,7 % à 1,0 % en 2017). Les intérêts sont encaissables mensuellement pour les comptes d'épargne, et annuellement pour les CPG.



SERVICE DE CONCILIATION DES ASSURANCES DE PERSONNES DU CANADA

Notes afférentes aux états financiers (suite)

Exercice clos le 31 mars 2018

3. Immobilisations corporelles et incorporelles

2018	Coût	Amortissement cumulé	Valeur comptable nette
Mobilier de bureau	24 158 \$	11 773 \$	12 385 \$
Matériel de bureau	8 277	5 557	2 720
Matériel informatique	8 595	6 378	2 217
Améliorations locatives	64 186	52 177	12 009
	105 216	75 885	29 331
Logiciels	105 383	28 988	76 395
	210 599 \$	104 873 \$	105 726 \$
2017	Coût	Amortissement cumulé	Valeur comptable nette
Mobilier de bureau	24 158 \$	8 676 \$	15 482 \$
Matériel de bureau	8 277	4 877	3 400
Matériel informatique	13 855	10 355	3 500
Améliorations locatives	64 186	45 914	18 272
	110 476	69 822	40 654
Logiciels	105 383	13 933	91 450
	215 859 \$	83 755 \$	132 104 \$

Au cours de l'exercice, le SCAPC a radié un montant de 6 783 \$ (48 276 \$ en 2017) de matériel informatique entièrement amorti.



SERVICE DE CONCILIATION DES ASSURANCES DE PERSONNES DU CANADA

Notes afférentes aux états financiers (suite)

Exercice clos le 31 mars 2018

4. Frais de gestion

Au cours de l'exercice, l'Association canadienne des compagnies d'assurance de personnes a fourni des services de gestion au SCAPC, soit principalement des services d'administration, pour un montant global de 87 575 \$ (51 980 \$ en 2017), y compris les taxes applicables.

5. Engagements

a) Contrats de location et autres engagements

Le SCAPC loue des bureaux à Toronto, à Montréal et à Edmonton, et il a pris d'autres engagements dans le cours normal des activités. Les paiements minimums exigibles en vertu des baux existants et des autres engagements s'établissent comme suit :

2019	87 000 \$
2020	35 000

b) Garanties bancaires

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 année et tout montant prélevé sur cette facilité est remboursable à vue. Au 31 mars 2018, aucun prélèvement n'avait été fait sur la facilité.



SERVICE DE CONCILIATION DES ASSURANCES DE PERSONNES DU CANADA

Notes afférentes aux états financiers (suite)

Exercice clos le 31 mars 2018

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. Le SCAPC gère chacun de ces risques, qui sont décrits 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 2018 est liée à de la trésorerie et des équivalents de trésorerie pour un total de 440 877 \$ (403 843 \$ en 2017).

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.





OMBUDSMAN DES ASSURANCES DE PERSONNES

1-888-295-8112

www.olhi.ca / www.oapcanada.ca

