



Déclaration annuelle sur les pratiques commerciales de 2019- Rapport public

Décembre 2020

Table des matières

Table des matières	2
RÉSUMÉ	3
CONTEXTE	4
RÉSULTATS TIRÉS DE LA DÉCLARATION ANNUELLE DE 2019	5
Résumé des déclarations déposées	6
Gouvernance	7
Polices	13
Primes, commissions et demandes d'indemnités	18
Gestion des ventes et des incitatifs	22
Demandes d'indemnités	24
Examen des plaintes	26
CONCLUSION	31

RÉSUMÉ

Le présent rapport donne un aperçu des conclusions tirées de la Déclaration annuelle sur les pratiques commerciales de 2019 (la Déclaration annuelle)¹ administrée par le Conseil canadien des responsables de la réglementation d'assurance (CCRRA) au nom de ses membres.

Le présent rapport :

- met en évidence les points clés des données afin de fournir un aperçu général du secteur de l'assurance au Canada;
- fournit aux assureurs un moyen de comparer leurs politiques, procédures et performances globales aux moyennes du secteur et, dans certains cas, crée des points de référence quant aux principes et aux pratiques clés du traitement équitable des clients (TEC);
- indique la manière dont les membres du CCIR utilisent les données recueillies au moyen de la Déclaration annuelle;
- fournit des observations clés au sujet des tendances du secteur, de la manière dont les assureurs interprètent les questions énoncées dans la Déclaration annuelle, de la comparaison entre les résultats des examens et la manière dont les assureurs répondent aux questions figurant dans la Déclaration annuelle, ainsi que le lien entre, d'une part, la Déclaration annuelle et les directives du CCRRA et des Organismes canadiens de réglementation en assurance (OCRA) sur la conduite des activités d'assurance et, d'autre part, le traitement équitable des clients (la Directive sur le TEC).

Utilisation des données

Le présent rapport fournit des exemples de la manière dont les membres du CCRRA utilisent les données propres à chaque rubrique de la Déclaration annuelle. En général, les membres du CCRRA utilisent les données recueillies au moyen de la Déclaration annuelle aux fins suivantes :

- surveiller et évaluer l'efficacité des exigences réglementaires conçues pour satisfaire au Principe de base en matière d'assurance (PBA) 19 de l'Association internationale des contrôleurs d'assurance (AICA) : Conduite des activités;
- fournir un aperçu général du secteur de l'assurance qui peut être vérifié chaque année;
- suivre les nouvelles tendances et s'y adapter;
- procéder à l'évaluation des risques des catégories d'assurance, des canaux de distribution et des assureurs individuels;
- évaluer l'adoption et la mise en œuvre des principes du TEC par le secteur;
- établir des indicateurs de risque clés pour aider les membres du CCRRA à élaborer des évaluations dans le cadre d'examens;
- fournir un outil de référence lors des examens sur place.

¹ La déclaration annuelle de 2019 a introduit une nouvelle rubrique portant sur l'assurance voyage soins médicaux. Comme les données se rapportant à cette rubrique ont été fournies selon le principe du « meilleur effort possible », elles sont exclues du présent rapport.

Observations clés

- Selon les résultats de la Déclaration annuelle, les assureurs accordent de l'importance aux principes du TEC, mais l'intégration de ces principes par certains assureurs pourrait encore être améliorée;
- La qualité des données est au cœur des priorités des membres du CCRRA. Les assureurs devraient étudier attentivement le présent rapport, ainsi que les définitions et instructions de la Déclaration annuelle, afin de s'assurer qu'ils fournissent des données exactes et conformes aux attentes du CCRRA.

CONTEXTE

Les membres du CCRRA ont introduit la Déclaration annuelle en 2017 afin de recueillir des renseignements auprès des assureurs au Canada concernant leur gouvernance, leurs pratiques, leurs politiques et le traitement des clients. L'obligation de remplir et déposer les renseignements contenus dans la déclaration annuelle résulte du pouvoir de chacun des organismes de réglementation des assurances provinciaux et territoriaux de les recueillir auprès des assureurs relevant de leur compétence.

Objet de l'ensemble de données recueillies au moyen de la Déclaration annuelle

La Déclaration annuelle a été élaborée par les membres du CCRRA comme approche harmonisée en vue de mieux comprendre et évaluer le marché de l'assurance et les pratiques des assureurs. Les membres du CCRRA se sont engagés à accroître la coopération et l'échange d'information afin d'améliorer la protection des clients et d'assurer une harmonisation avec les pratiques exemplaires et les normes internationales, en particulier les PBA. Les membres du CCRRA ont signé un Protocole d'entente sur la coopération et l'échange d'information (le Protocole d'entente)² qui jette les bases d'un échange d'information et d'une coopération accrues dans les activités de supervision. Le CCRRA a publié son Cadre de supervision concertée de la conduite sur le marché au Canada³. Ce Cadre précise l'engagement des membres du CCRRA en faveur d'une collaboration et d'un échange d'information accrues dans la surveillance des risques liés aux pratiques commerciales dans le secteur de l'assurance.

Les membres du CCRRA utilisent les données recueillies au moyen de la Déclaration annuelle à des fins diverses, énoncées ci-après, et cette utilisation varie selon l'organisme de réglementation :

- créer un système d'indicateurs de risque aidant les organismes de réglementation à déterminer quels assureurs doivent être examinés;

² <https://www.ccir-ccrra.org/Documents/View/3544>

³ <https://www.ccir-ccrra.org/Documents/View/3019>

- vérifier que les mesures prises par les assureurs lors d'un examen sont en phase avec leurs politiques et procédures réelles;
- recueillir des renseignements sur le marché concernant le secteur de l'assurance dans son ensemble, en repérant les tendances à long terme et en signalant les risques potentiels.

Comité de supervision concertée

Le Comité de supervision concertée est un comité du CCRRA chargé de superviser le Protocole d'entente et le Cadre de supervision concertée de la conduite sur le marché au Canada. Ces responsabilités comprennent la surveillance des plans et des activités de surveillance concertée du CCRRA, guidée par les PBA établis par l'AICA. Le comité peut également mener des activités de surveillance concertée lorsque des questions émergentes sont examinées par thème et/ou par assureur.

Le Comité de supervision concertée gère la collecte et la présentation d'information au moyen de la Déclaration annuelle et révisé chaque année les exigences en matière de communication des données (en collaboration avec les membres du CCRRA, les groupes de travail et les comités, afin de déterminer les changements qu'il serait avantageux d'apporter à la collecte de données et les domaines sur lesquels porte celle-ci). De plus le Comité de supervision concertée supervise l'échange d'information entre les membres du CCRRA en ce qui a trait à l'utilisation et à la validation des données sur les pratiques commerciales dans chaque territoire.

Plan stratégique 2020-2023

Le CCRRA s'est engagé à respecter les trois priorités stratégiques suivantes, axées respectivement sur les consommateurs, les organismes de réglementation et le secteur :

- S'appuyer sur une supervision concertée en conformité avec les normes internationales pour rehausser la protection des consommateurs.
- Travailler en collaboration avec des organismes de réglementation partenaires afin d'accroître la capacité réglementaire à l'échelle nationale et d'en tirer profit.
- Établir des partenariats avec des intervenants du secteur afin de repérer les possibilités d'accroître l'harmonisation de la réglementation et de la surveillance lorsque cela est possible et approprié.

La concrétisation de ces trois priorités stratégiques par le CCRRA dépendra principalement de l'utilisation efficace des données recueillies au moyen de la Déclaration annuelle.

RÉSULTATS TIRÉS DE LA DÉCLARATION ANNUELLE DE 2019

Le CCRRA partage les principaux résultats tirés de la Déclaration annuelle de 2019 qui sont énoncés ci-après pour que les assureurs puissent les comparer à leurs propres activités, politiques et procédures, en particulier en ce qui concerne les résultats concernant le TEC. Tous les résultats doivent être considérés en fonction de la nature, de la taille et de la complexité des activités d'un assureur.

Tout au long du rapport, le CCRRA souligne la manière dont ses membres utilisent les données recueillies au moyen de la Déclaration annuelle et formule des observations clés s'il y a lieu. Les commentaires du CCRRA ont été élargis pour inclure les observations formulées par les membres du CCRRA lors des examens sur place, en plus de l'analyse des données recueillies au moyen de la Déclaration annuelle elle-même.

Le rapport est divisé en rubriques correspondant aux données recueillies au moyen de la Déclaration annuelle. Le type de données présentées peut parfois différer entre les secteurs de l'assurance de dommages et de l'assurance de personnes.

Résumé des déclarations déposées

Résumé des déclarations dans le secteur de l'assurance de dommages

Parmi les 231 assureurs tenus de déposer la Déclaration annuelle (ventilés par taille et territoire de constitution)⁴, 164 vendaient de nouveaux contrats concernant l'assurance des particuliers.

Territoire	Petite taille	Taille moyenne	Grande taille	Contrats d'assurance des entreprises et en gestion extinctive	Total
Alberta	2	5	0	3	10
Colombie-Britannique	0	1	0	0	1
Manitoba	0	1	0	0	1
Nouveau-Brunswick	0	0	0	0	0
Nouvelle-Écosse	2	0	0	0	2
Ontario	40 ⁵	1	5	9	55
Québec	20	11	4	4	39
Île-du-Prince-Édouard	1	0	0	0	1
Saskatchewan	6	1	0	1	8
Fédéral - Étranger	9	2	2	31	44
Fédéral - Canadien	10	22	19	19	70
Total	90	44	30	67	231

⁴ Dans le secteur de l'assurance de dommages, les primes directes souscrites (PDS) totalisent moins de 50 M \$ dans le cas des assureurs de petite taille, s'établissent entre 50 M \$ et 300 M\$ dans le cas des assureurs de taille moyenne et plus de 300 M \$ dans le cas des assureurs de grande taille.

⁵ Y compris les sociétés d'assurance mutuelle agricole de l'Ontario.

Résumé des déclarations dans le secteur de l'assurance de personnes

Parmi les 82 assureurs tenus de déposer la Déclaration annuelle (ventilée par taille et territoire de constitution)⁶, 63 vendaient activement de nouveaux contrats.

Territoire	Petite taille	Taille moyenne	Grande taille	Contrats en gestion	
				extinctive	Total
Alberta	1	1	0	0	2
Colombie-Britannique	0	0	0	0	0
Manitoba	1	0	0	0	1
Nouveau-Brunswick	1	1	0	0	2
Nouvelle-Écosse	0	1	0	0	1
Ontario	3	3	0	3	9
Québec	6	4	4	0	14
Saskatchewan	0	0	0	1	1
Fédéral - Étranger	5	3	0	7	15
Fédéral - Canadien	12	7	10	8	37
Total	29	20	14	19	82

Gouvernance

Le « TEC » est un principe plaçant les clients au centre des préoccupations de l'entreprise, notamment en accordant toute l'importance aux intérêts des clients et en traitant ceux-ci équitablement. Ce principe a trait à la conduite des assureurs à l'égard des clients et à la façon d'agir des assureurs dans leurs relations avec les clients dans tous les stades du cycle de vie d'un produit d'assurance. Le cycle de vie du produit s'étend de sa conception jusqu'au service et du moment où les obligations contractuelles prennent naissance jusqu'à ce qu'elles aient été entièrement satisfaites.

Les exigences liées au traitement équitable des consommateurs, élaborées par l'AICA, consistent notamment à faire ce qui suit :

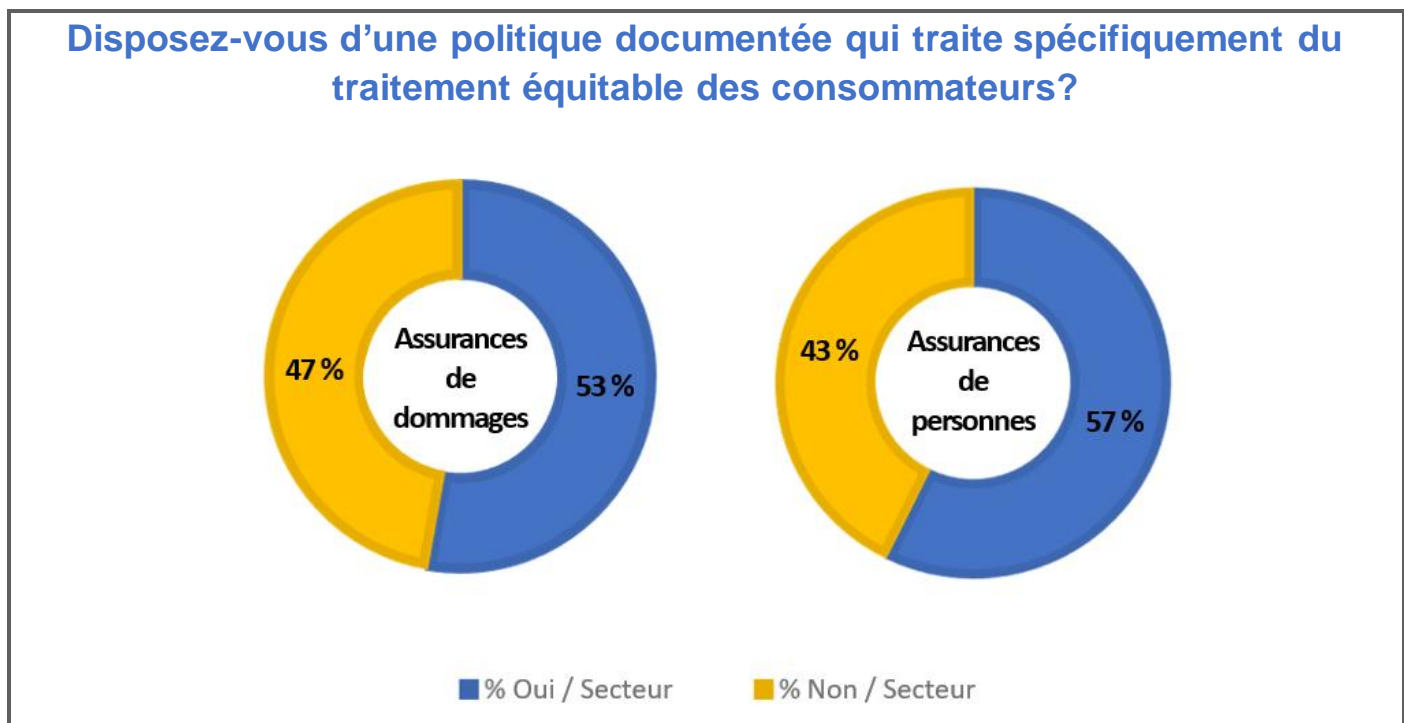
- développer et commercialiser des produits qui tiennent dûment compte des intérêts des clients;
- communiquer aux clients des renseignements clairs avant, pendant et après la vente;
- réduire le risque de ventes qui ne répondent pas aux besoins des clients;

⁶ Dans le domaine de l'assurance de personnes, les primes originales émises totalisent moins de 150 M \$ dans le cas des assureurs de petite taille, s'établissent entre 150 M \$ et 800 M \$ dans le cas des assureurs de taille moyenne et plus de 800 M \$ dans le cas des assureurs de grande taille.

- veiller à ce que tout conseil donné soit de grande qualité;
- résoudre les plaintes et les différends des clients de manière équitable;
- préserver la confidentialité des informations obtenues des clients;
- gérer les attentes raisonnables des clients.

La rubrique « Gouvernance » de la Déclaration annuelle oblige les assureurs à répondre à des questions conçues pour donner une indication globale de leur engagement envers les principes du TEC.

Code ou politique du TEC

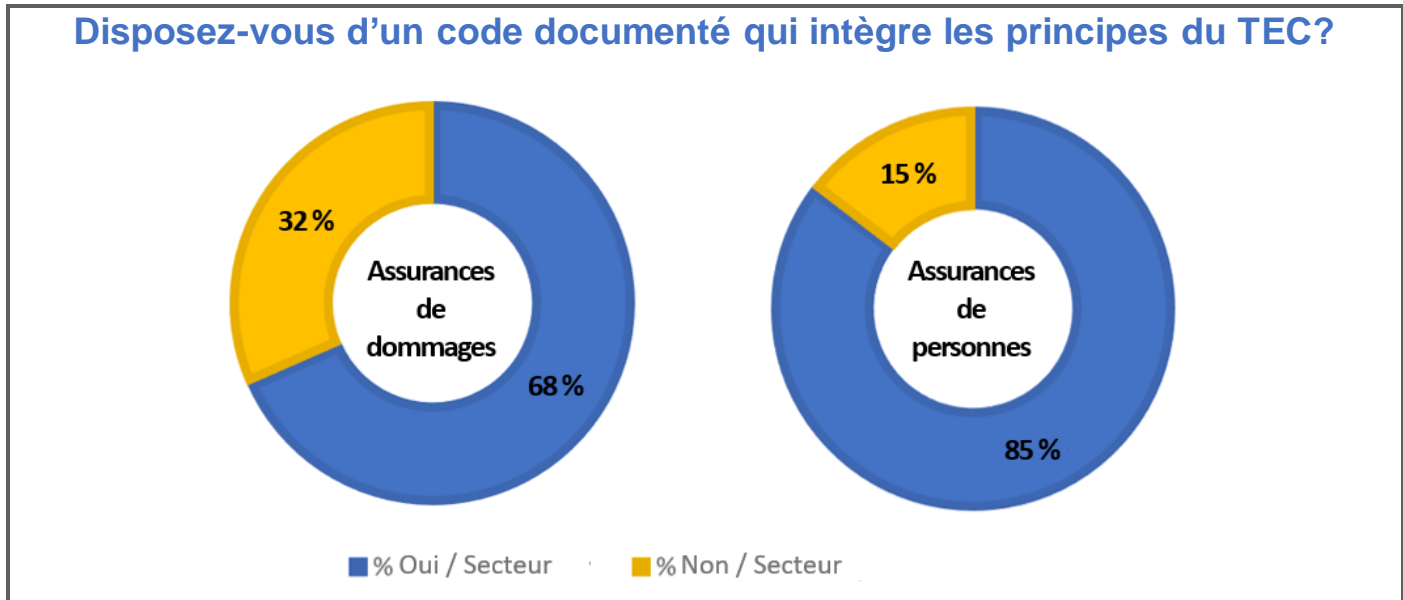


Comme il a été mentionné précédemment, le Comité de supervision concertée tient des consultations puis effectue des mises à jour de la Déclaration annuelle au besoin chaque année. En 2019, la mise à jour a consisté à apporter une légère modification, ayant toutefois une incidence importante, à la question suivante qui figurait dans la Déclaration annuelle de 2018 : « Disposez-vous d'un code ou d'une politique qui concerne précisément le TEC? ». En ce qui a trait aux données recueillies en 2019, cette question a été scindée en deux :

- Disposez-vous d'une politique documentée qui traite spécifiquement du TEC?
- Disposez-vous d'un code documenté qui intègre les principes du TEC?

Parmi les répondants du secteur de l'assurance de dommages, 52,8 % ont indiqué qu'ils disposaient d'une « politique documentée qui traite spécifiquement du traitement équitable des

consommateurs ». L'adoption d'une telle politique est légèrement plus répandue dans le secteur de l'assurance de personnes, où 57,3 % des répondants ont répondu par l'affirmative.



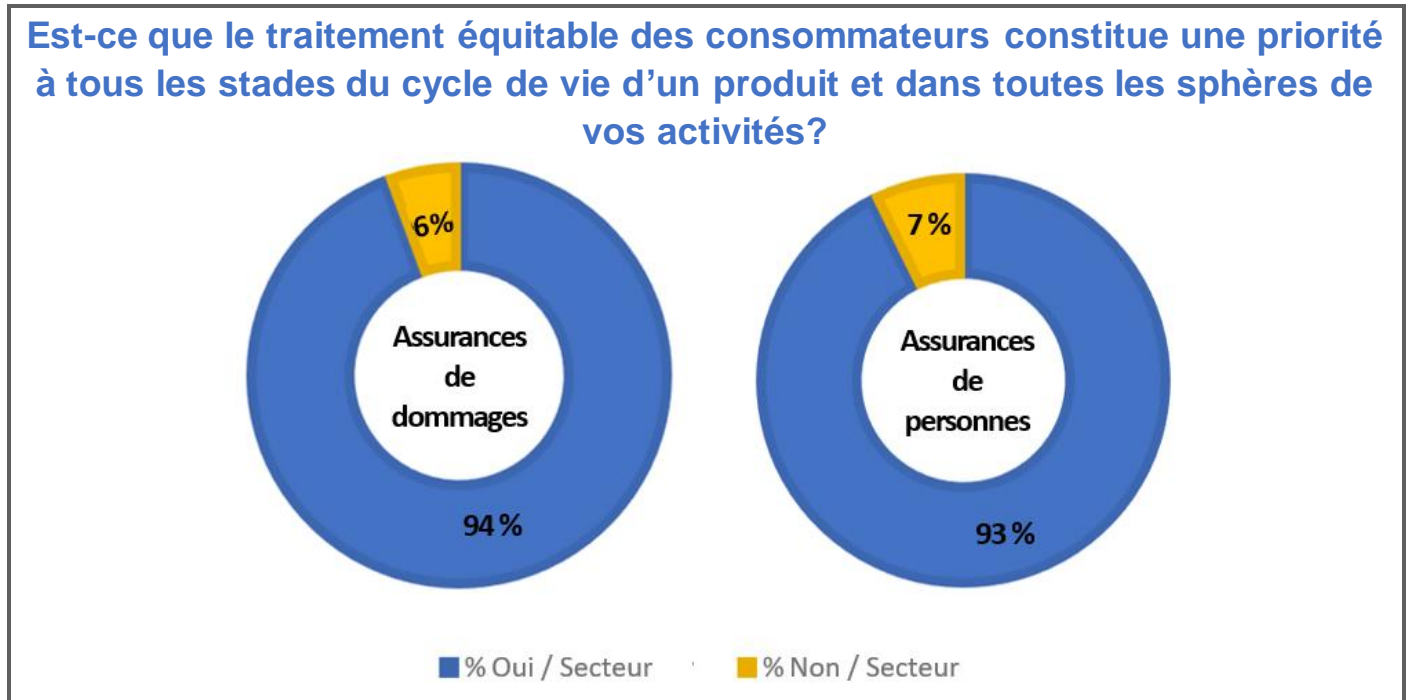
Les assureurs étaient beaucoup plus susceptibles de disposer d'un code documenté qui intègre les principes du TEC. Ainsi, 68,4 % des répondants du secteur de l'assurance de dommages et 85,4 % des répondants du secteur de l'assurance de personnes ont répondu par l'affirmative à cette question. Dans les deux secteurs, les réponses variaient fortement en fonction de la taille de l'assureur.

	Petite taille	Taille moyenne	Grande taille
Assurance de dommages	61,1 %	68,2 %	96,7 %
Assurance de personnes	82,8 %	95,0 %	100,0 %

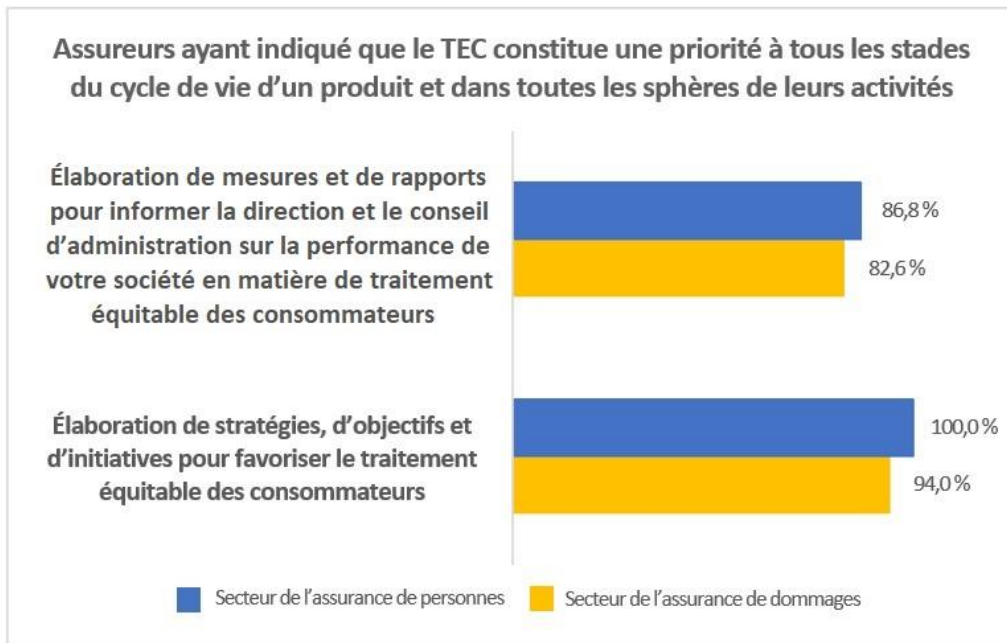
Conformément à la Directive sur le TEC, le CCRRA recommande aux assureurs d'« établir et mettre en œuvre des politiques et des procédures en matière de traitement équitable des clients qui fassent partie intégrante de leur culture d'entreprise ».

Mise en œuvre du TEC

Aux termes de la Directive sur le TEC : « Une saine conduite des activités passe par le traitement équitable des clients au cours du cycle de vie du produit d'assurance, qui s'étend de sa conception jusqu'à l'entière exécution des obligations contractuelles. » La majorité des assureurs du secteur de l'assurance de dommages et du secteur de l'assurance de personnes (94,4 % et 92,7 %, respectivement) ont répondu qu'ils souscrivaient à ce principe et qu'ils avaient fait du TEC une priorité à tous les stades du cycle de vie d'un produit et dans toutes les sphères de leurs activités.

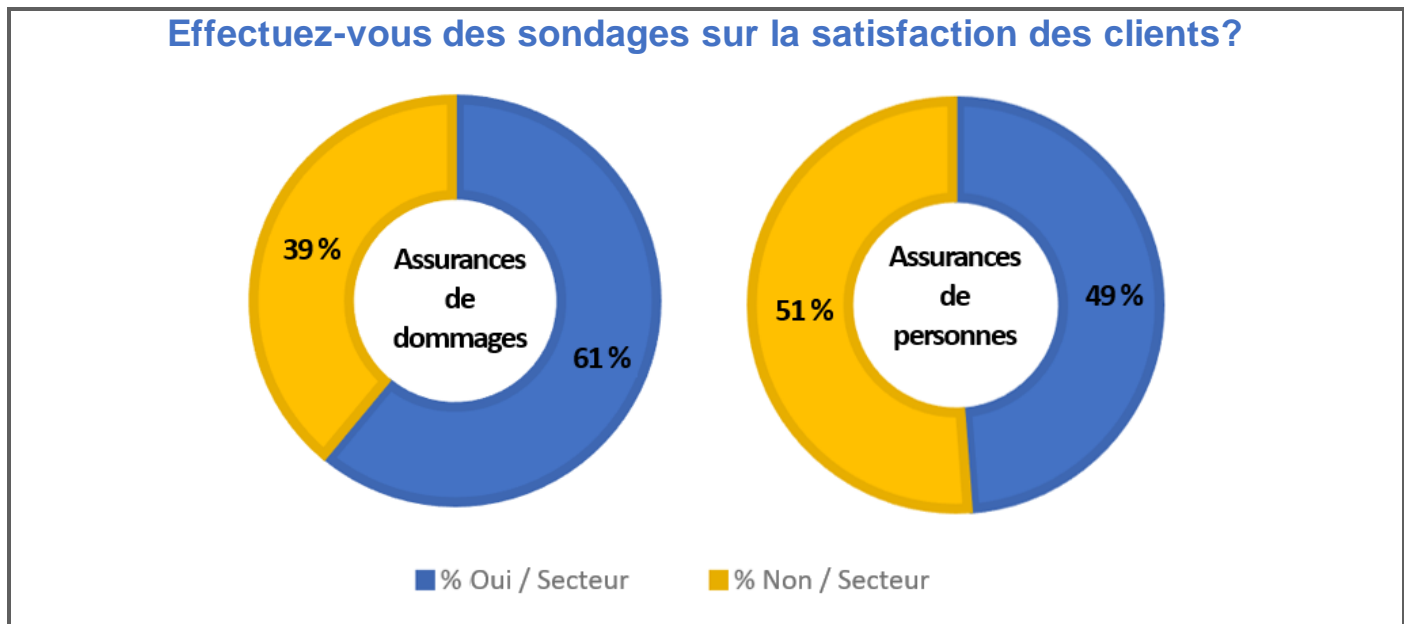


Dans le cas des assureurs ayant répondu par l'affirmative, tant les répondants du secteur de l'assurance de dommages que ceux du secteur de l'assurance de personnes (94,0 % et 100,0 % respectivement), ont affirmé qu'ils documentaient l'« élaboration de stratégies, d'objectifs et d'initiatives pour favoriser le traitement équitable des consommateurs ». Toutefois, lorsqu'on leur a demandé s'ils élaboraient des « mesures et de rapports pour informer la direction et le conseil d'administration sur la performance de société en matière de traitement équitable des consommateurs », le pourcentage des assureurs qui ont répondu par l'affirmative a chuté pour s'établir à 82,6 % dans le secteur de l'assurance de dommages et à 86,8 % dans le secteur de l'assurance de personnes.



De façon générale, les assureurs ont indiqué qu'ils considéraient le TEC comme une priorité à tous les stades du cycle de vie du produit d'assurance, mais certains d'entre eux n'ont pas encore promu les principes de TEC ni mis en œuvre un mécanisme de reddition permettant de mesurer la performance en ce qui concerne le TEC. En outre, un grand nombre d'assureurs ne disposent toujours pas de politique documentée qui traite spécifiquement du TEC.

Sondages sur la satisfaction des consommateurs



Parmi les répondants, 61,0 % des assureurs du secteur de l'assurance de dommages et un peu moins de la moitié des assureurs du secteur de l'assurance de personnes (48,8 %) ont indiqué qu'ils

effectuaient des sondages sur la satisfaction dans tous les cas. Parmi l'ensemble des assureurs ayant répondu par l'affirmative, on remarque que le plus souvent, dans le secteur de l'assurance de dommages, le sondage est effectué immédiatement après la présentation d'une demande d'indemnités (92,2 %), tandis que dans le secteur de l'assurance de personnes, le sondage est effectué dans un « autre » cas, qui n'est ni une demande d'indemnités, ni une plainte, ni une vente. Une grande majorité des répondants (75,2 % dans le secteur de l'assurance de dommages et 65 % dans celui de l'assurance de personnes) ont indiqué qu'ils n'effectuaient pas de sondages sur la satisfaction des clients à la suite d'une plainte.

Selon la Directive sur le TEC, il incombe aux assureurs d'assurer l'« évaluation des résultats des divers modèles de distribution utilisés, surtout en ce qui a trait au traitement équitable des clients et, au besoin, la prise des mesures correctives qui s'imposent. » Bien qu'il existe de nombreuses façons pour un assureur d'évaluer la performance de ses employés/distributeur (p. ex. au moyen d'audits ou d'exams), le contact direct avec les clients permet aux entreprises de mieux évaluer leur performance en ce qui concerne le traitement équitable des clients. Les enquêtes et autres mécanismes d'information en retour utilisés par les assureurs, notamment les groupes de discussion et les formulaires de rétroaction en ligne, sont un moyen simple et efficace pour les consommateurs de se faire entendre. Ils permettent aux assureurs de repérer les domaines où il y a place à l'amélioration ainsi que les nouvelles occasions de discuter ouvertement avec les consommateurs et d'approfondir la relation avec ceux-ci.

Utilisation des données sur la gouvernance par les membres du CCRA

- Suivi de l'appui et de la mise en œuvre des principes du TEC par le secteur
- Obtention d'information permettant d'évaluer des risques et de mettre en évidence des indicateurs de risques utilisés dans le choix des examens fondés sur le risque
- Outil de vérification des examens pour déterminer la manière dont les principes du TEC sont effectivement mis en œuvre et rendus opérationnels
- Surveillance du nombre d'audits relatifs au TEC effectués par les assureurs dans les différents canaux de distribution

Observations au sujet des données sur la gouvernance

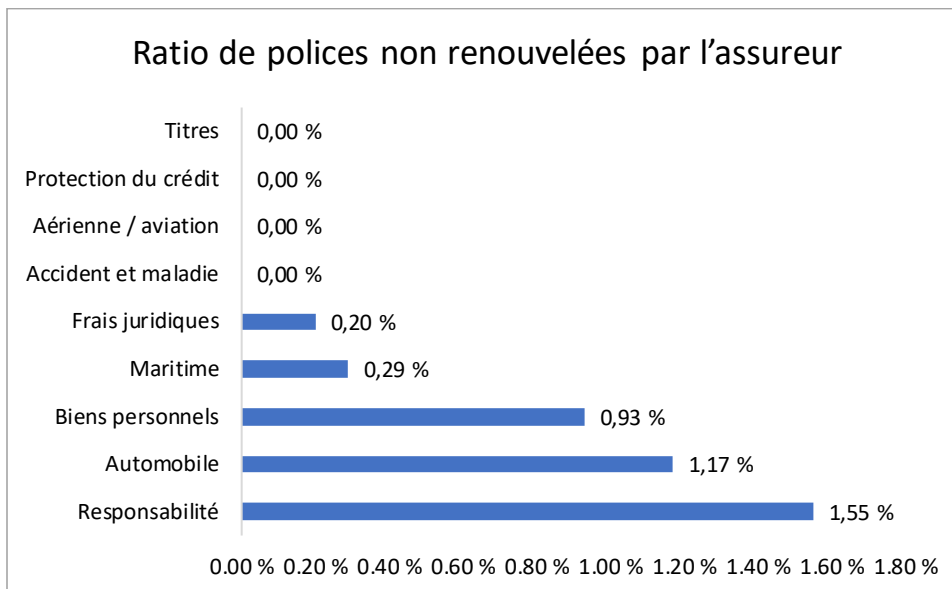
- Aux termes de la Directive sur le TEC, on s'attend à ce que le TEC soit un élément essentiel de la gouvernance et de la culture d'entreprise des assureurs et des intermédiaires.
- Les assureurs devraient pouvoir démontrer de quelle façon ils veillent à ce que le TEC soit une priorité dans toutes les sphères de leurs activités, y compris leurs canaux de distribution.
- Lors des examens, il a été constaté que certains assureurs n'avaient pas pleinement mis en œuvre ni rendu opérationnels les principes du TEC.
- On s'attend à ce que lors d'un examen, les assureurs puissent démontrer de quelle manière ils mesurent la performance de leur entreprise en ce qui concerne le TEC (ce qui n'a pas toujours été le cas).

Polices

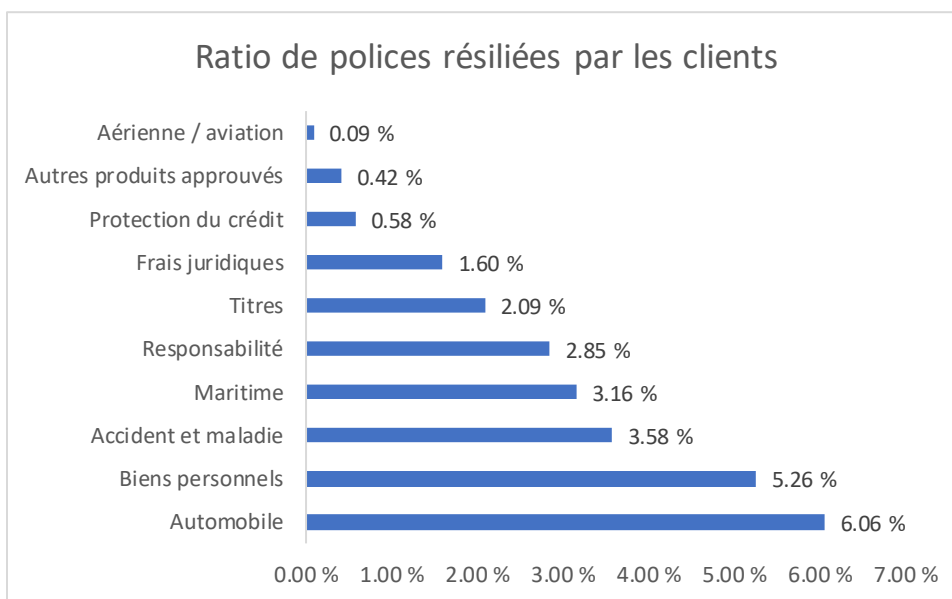
À la rubrique « Polices » de la Déclaration annuelle, les assureurs doivent fournir de l'information sur l'état de leurs polices en vigueur et de celles émises au cours de la période de référence précédente. Une grande importance est accordée aux données sur la résiliation de polices ou le rejet de demandes, pour les diverses catégories d'assurance. Les données sur l'assurance de dommages excluent celles concernant les polices d'assurance des entreprises.

Le CCRRA a établi des ratios fondés sur les données concernant les polices afin de mieux analyser les risques et les tendances associés à des catégories d'assurance en particulier. Le CCRRA a l'intention de suivre de près ces points de données sur plusieurs années et d'analyser l'évolution du comportement des assureurs et de leurs clients.

Polices d'assurance de dommages

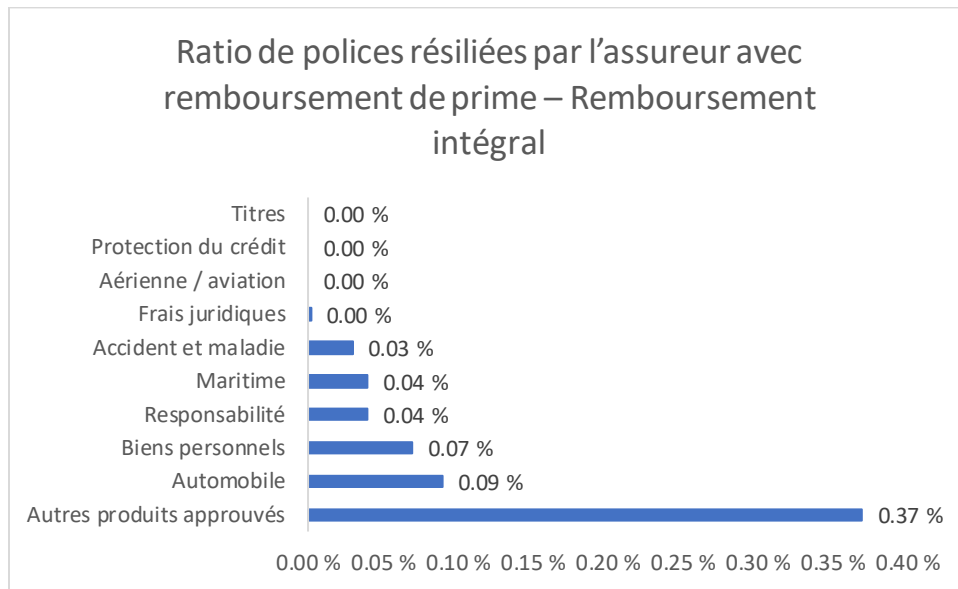


Le ratio de polices non renouvelées par l'assureur⁷ vise à repérer les grandes tendances du secteur, ainsi qu'à vérifier si un assureur a effectué une importante réduction dans une catégorie d'assurance donnée.



⁷ Calcul du ratio : Nombre total de polices non renouvelées par l'assureur / (nombre de nouvelles polices émises + nombre de polices renouvelées)

Le ratio de polices résiliées par les clients⁸ vise à déterminer la mobilité de la clientèle et à donner une idée générale du degré de satisfaction de la clientèle relativement à certaines catégories d'assurance. Ces données ne sont pas utilisées seules, mais sont corroborées par d'autres indicateurs, comme les plaintes, les primes et les rapports publiés par les médias.

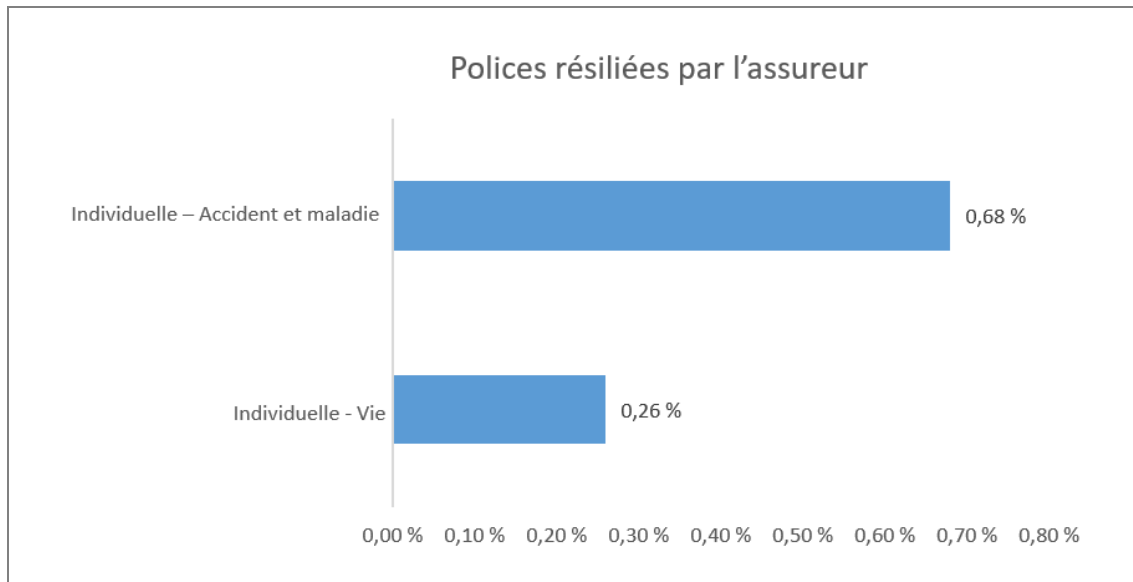


Le ratio de polices résiliées par l'assureur avec remboursement de prime – remboursement intégral⁹ vise à déterminer les catégories d'assurance dont les polices sont les plus susceptibles d'être résiliées par les clients. Dans ces cas, l'assureur résilie rétroactivement la police et rembourse intégralement la prime. Ainsi, le client se retrouve sans protection d'assurance et pourrait avoir de la difficulté à obtenir une nouvelle assurance.

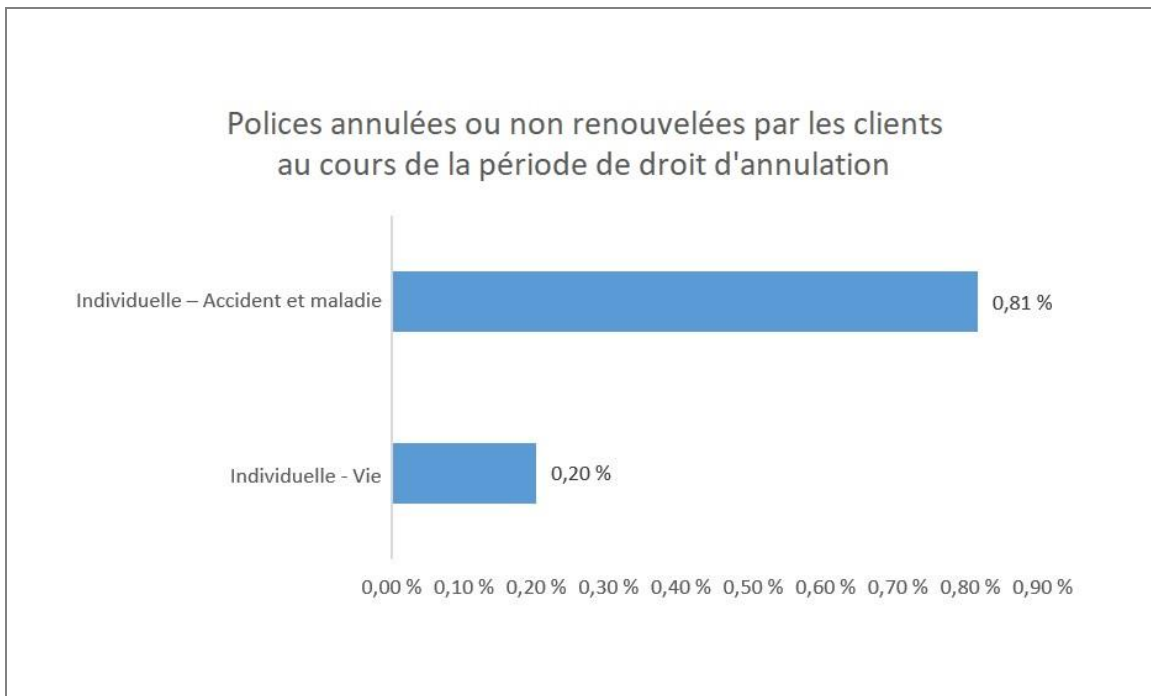
⁸ Calcul du ratio : Nombre total de polices résiliées par les clients / (nombre de polices émises + nombre de polices renouvelées)

⁹ Calcul du ratio : Nombre total de polices résiliées par l'assureur avec remboursement de prime intégral / (nombre de nouvelles polices émises + nombre de polices renouvelées)

Polices d'assurance de personnes



Le ratio de polices résiliées par l'assureur¹⁰ vise à fournir des données sur le nombre de polices résiliées par l'assureur dans une catégorie d'assurance en particulier. Il sert également à déterminer si un assureur a rejeté un nombre plus important de demandes par rapport aux années précédentes.



¹⁰ Calcul du ratio : Nombre de polices résiliées par l'assureur / nombre de polices en vigueur

Le ratio de polices résiliées ou non renouvelées par les clients au cours de la période de « droit d'annulation »¹¹ vise à indiquer les catégories d'assurance dont les polices sont les plus susceptibles d'être résiliées par les clients au cours de la période de « droit d'annulation ». Ce ratio permet également de déterminer les catégories d'assurance dont les clients sont les plus susceptibles de regretter l'achat et de résilier leur police. Pour l'assureur, ce ratio peut être un indice que ses canaux de distribution vendent des polices qui ne répondent pas aux besoins des clients¹².

Utilisation des données sur les polices par les membres du CCRRA

- Suivi des grandes tendances du secteur dans les diverses catégories d'assurance; notamment les refus de demandes, les résiliations/non-renouvellements par l'assureur / les clients;
- Suivi de la croissance / du déclin de certaines catégories d'assurance en fonction du nombre total de polices émises/renouvelées;
- Suivi du nombre de polices des différentes catégories émises par chaque assureur;
- Mise en évidence des indicateurs de risque et détermination de la question de savoir si les clients dans chaque catégorie d'assurance sont traités équitablement.

Observations au sujet des données sur les polices

- Aux termes de la Directive sur le TEC, on s'attend à ce que les assureurs offrent un service à la clientèle approprié relativement aux polices durant le cycle de vie du produit.
- Aux termes de la Directive sur le TEC, on s'attend à ce que les assureurs communiquent aux titulaires de police de l'information leur permettant de prendre des décisions éclairées pendant toute la durée de leur contrat (notamment en les avisant des changements apportés aux modalités et conditions du contrat en cas d'échange de produits ou de résiliation anticipée de la police).
- Lors des examens, certains membres du CCRRA ont constaté l'absence d'examens périodiques officiels portant sur les documents d'information fournis aux clients.
- Lors des examens, certains membres du CCRRA ont également noté l'insuffisance de la formation donnée à l'égard des renseignements essentiels sur les produits qui sont communiqués aux clients.

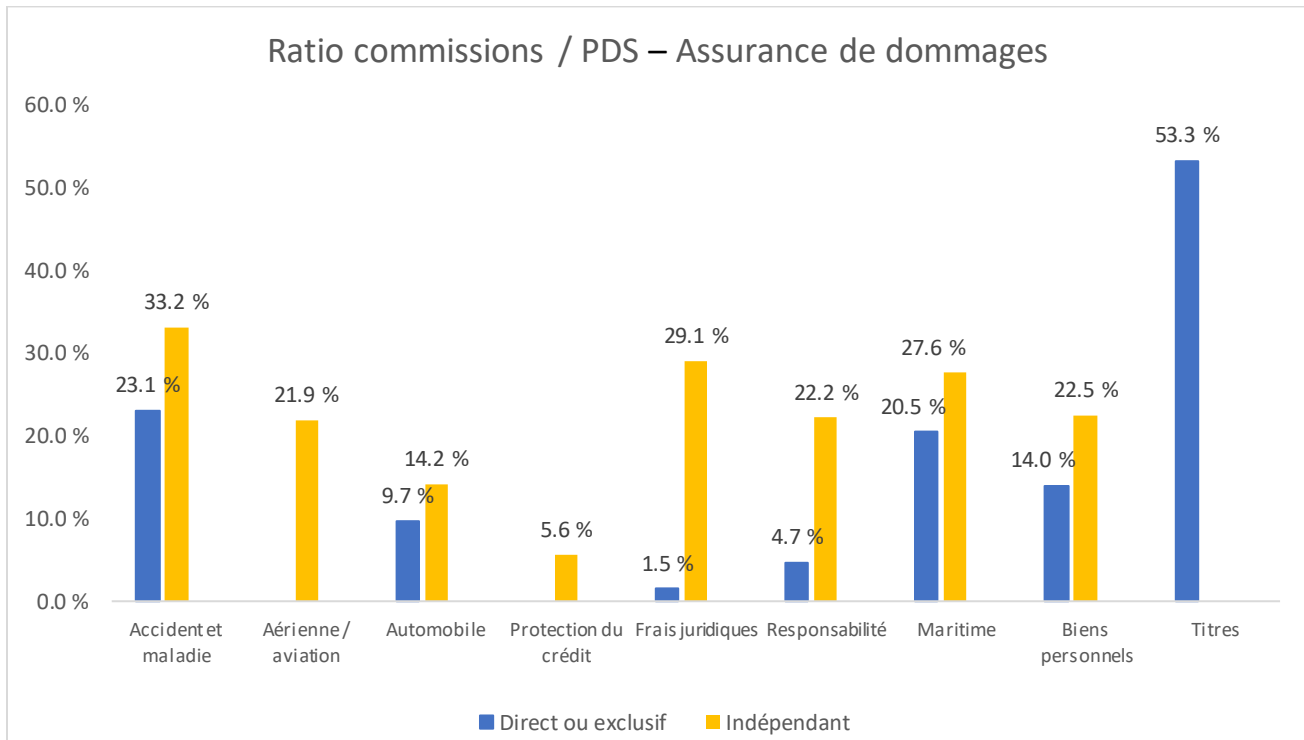
¹¹ Calcul du ratio : Total / polices en vigueur (nouvelles polices + polices en vigueur à la fin de la période précédente).

¹² Les membres du CCRRA ne se fondent pas uniquement sur les données recueillies à l'aide de la Déclaration annuelle et pourraient vérifier ces renseignements auprès d'autres sources, dont les examens.

Primes, commissions et demandes d'indemnités

La présente rubrique de la Déclaration annuelle contient des données sur les primes directes souscrites, classées par canal de distribution et par catégorie d'assurance. Des données sont recueillies sur les commissions gagnées et les sinistres subis, qui sont également classés par catégorie d'assurance et canal de distribution. La présente rubrique donne aux membres du CCRRA un aperçu global de la nature de diverses catégories d'assurance et de leurs canaux de distribution.

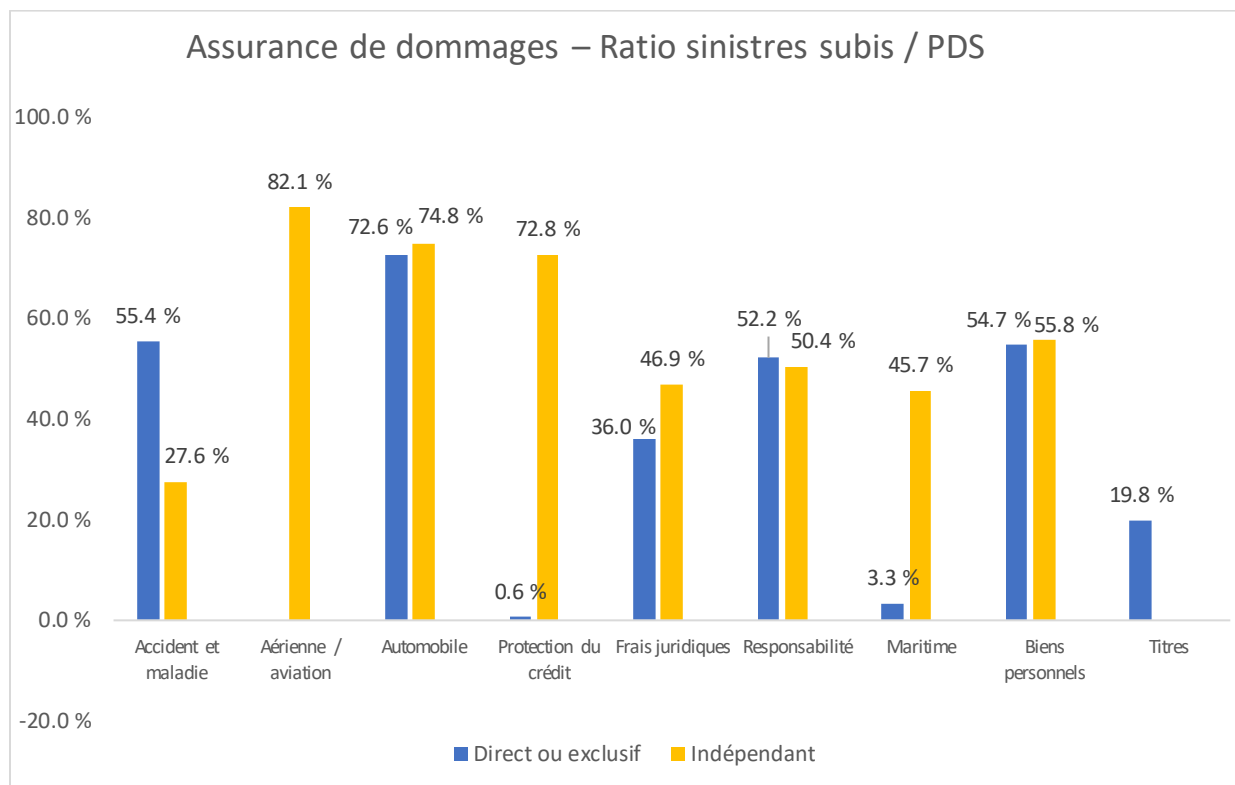
Assurance de dommages¹³



Le ratio commissions / PDS¹⁴ correspond au total des commissions versées par rapport au total des primes directes souscrites (PDS) pour une catégorie d'assurance donnée. En l'occurrence, les commissions relatives aux produits d'assurance des entreprises ou de réassurance sont exclues. Ces données permettent de dresser un tableau général du rapport entre les commissions versées et les primes souscrites, en fonction de la catégorie d'assurance.

¹³ Les désignations des catégories d'assurance utilisées dans la Déclaration annuelle sont harmonisées avec celles du Relevé trimestriel / Supplément annuel en assurance de dommages : https://lautorite.gc.ca/fileadmin/lautorite/formulaires/professionnels/assureurs/definitions-declaration-annuelle-assurance-dommages_fr.pdf

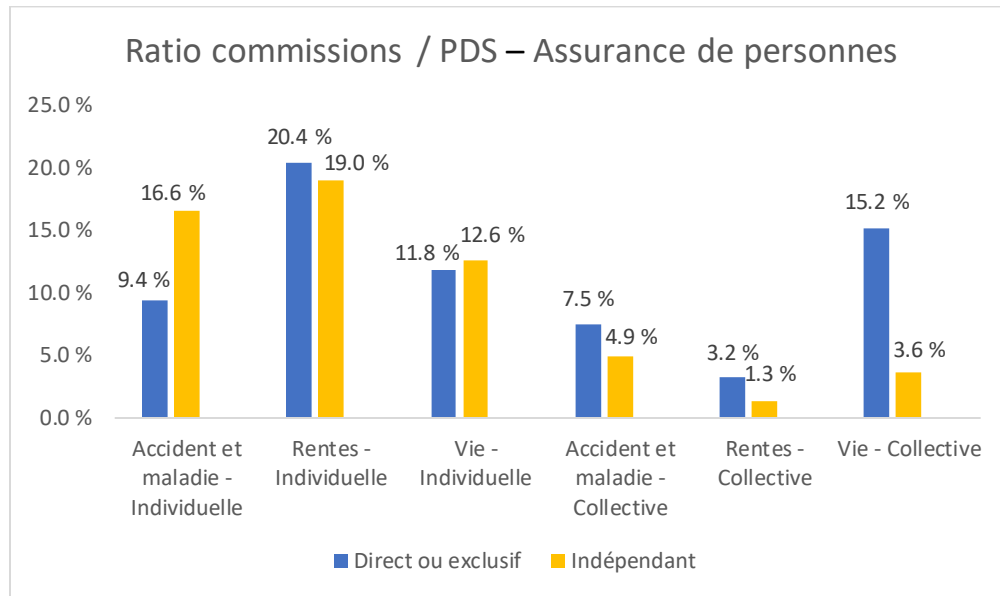
¹⁴ Calcul du ratio : Total des commissions de tous les canaux de distribution / total des primes directes souscrites



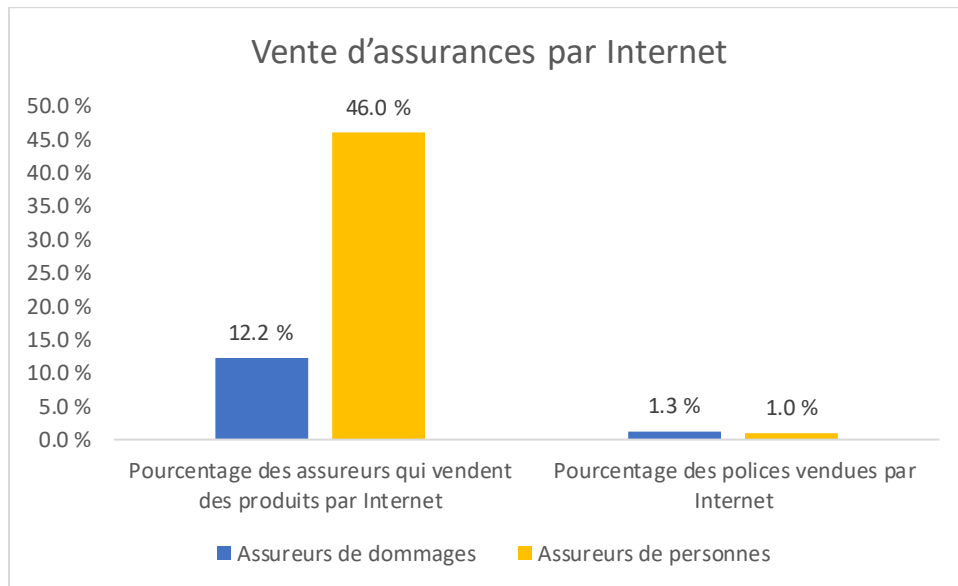
Le ratio sinistres subis / PDS¹⁵ correspond au rapport entre le montant total des sinistres subis dans une catégorie d'assurance donnée et le montant total des PDS.

¹⁵ Calcul du ratio : Total des demandes d'indemnités / total des PDS

Assurance de personnes



Vente d'assurances par Internet



La Déclaration annuelle est utile pour suivre l'évolution de la vente d'assurances par Internet¹⁶. Le CCRRA s'intéresse aux ventes par Internet et entend surveiller de près la croissance de ces ventes dans les éditions futures du présent rapport. Ces données peuvent servir à suivre la croissance des ventes par Internet et être comparées à d'autres données comme celles portant sur les emplois, les ventes d'assurances par divers canaux de distribution et la croissance ou le déclin des catégories d'assurances.

¹⁶ Un produit est considéré comme étant vendu par Internet / en ligne si le processus de vente est intégralement réalisé en ligne, sans l'intervention d'un représentant ou d'un courtier. La vente qui est réalisée par un représentant certifié après que le consommateur a obtenu de l'information ou une prime par l'entremise d'un site Web n'est pas considérée comme une vente par Internet.

Bien que de nombreux assureurs (12,2 % des assureurs de dommages et 46,0 % des assureurs de personnes) aient déjà commencé à distribuer des produits d'assurance par Internet, les ventes par Internet ne représentent pas encore une part importante du chiffre d'affaires. Seulement 1,3 % des nouvelles polices d'assurance de dommages et 1,0 % des nouvelles polices d'assurance de personnes ont été distribuées par Internet. Ces polices ne représentent qu'une infime partie du total des primes directes souscrites (0,8 % en assurance de dommages et 0,06 % en assurance de personnes).

L'Énoncé de principes du CCRRA sur le commerce électronique des produits d'assurance¹⁷ présente les recommandations du CCRRA pour veiller à ce que les consommateurs soient protégés lors de la distribution électronique d'un produit d'assurance.

Utilisation des données sur les primes, les commissions et les demandes d'indemnités par les membres du CCRRA

- Aperçu général du marché des assurances, des catégories d'assurance, des commissions et des demandes d'indemnités;
- Flux de données servant à l'évaluation des risques liés aux catégories d'assurance;
- Suivi ciblé des niveaux des incitatifs;
- Suivi et surveillance des tendances concernant la vente d'assurances par Internet.

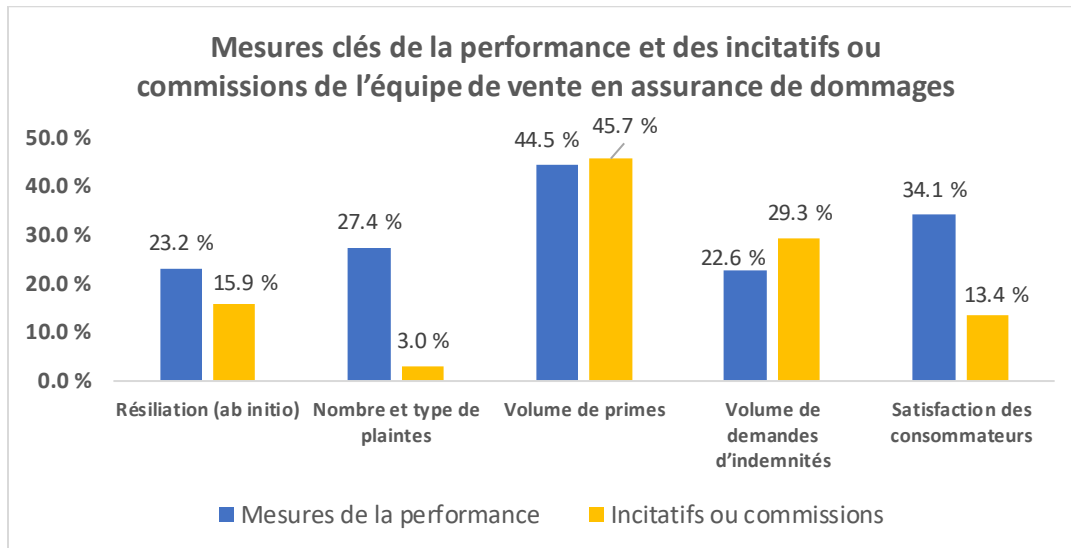
Observations concernant les données sur les primes, les commissions et les demandes d'indemnités

- Aux termes de la Directive sur le TEC, on s'attend à ce que les assureurs et les intermédiaires fassent passer les intérêts du client avant les leurs.
- Comme le précise la Directive sur le TEC, « la réduction du risque que les ventes ne répondent pas aux besoins des clients » est l'un des résultats concernant le TEC.
- L'Énoncé de principes du CCRRA sur le commerce électronique des produits d'assurance recommande que l'information adéquate soit transmise aux clients qui achètent des produits d'assurance par Internet pour veiller à ce qu'ils choisissent les produits qui répondent à leurs besoins.
- Lors des examens, les membres du CCRRA ont remarqué que certains assureurs ne supervisent pas adéquatement leur équipe de vente externe sur le plan des conflits d'intérêts et des incitatifs.

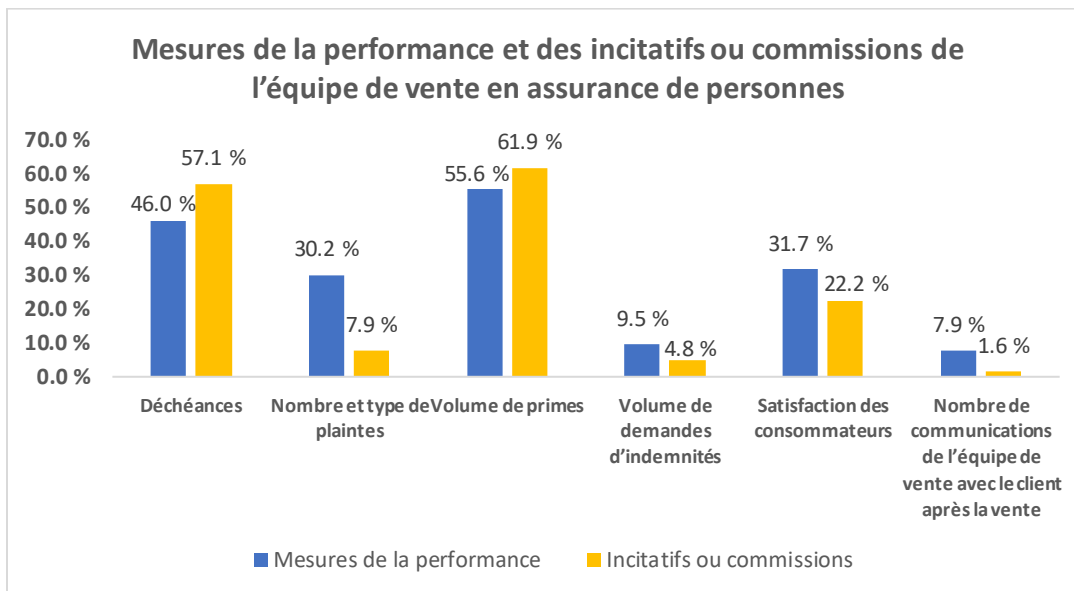
¹⁷ <https://www.ccir-ccrra.org/Documents/View/3128>

Gestion des ventes et des incitatifs

La rubrique « Gestion des ventes et des incitatifs » de la Déclaration annuelle ne fait état que des incitatifs offerts par l'assureur et ne tient pas compte des pratiques de rémunération des entités qui distribuent le produit de l'assureur. Tant dans le secteur de l'assurance de dommages que dans celui de l'assurance de personnes, le mode de calcul le plus utilisé pour les mesures de performance ainsi que pour les incitatifs et les commissions repose sur le volume de primes.



Une minorité des répondants tant du secteur de l'assurance de dommages que de celui de l'assurance de personnes ont indiqué qu'ils intègrent la satisfaction des consommateurs (34,1 % en assurance de dommages et 31,7 % en assurance de personnes) ainsi que le nombre et le type de plaintes (27,4% en assurance de dommages et 30,2 % en assurance de personnes) dans leurs mesures de la performance. Il y a cependant eu une baisse importante du nombre d'assureurs qui intègrent ces mesures dans le calcul des incitatifs / des commissions. Une faible minorité des assureurs ont ajouté la satisfaction des consommateurs (13,4 % en assurance de dommages et 22,2 % en assurance de personnes) et peu d'assureurs ont inclus le nombre de plaintes (3,0 % en assurance de dommages et 7,9 % en assurance de personnes) dans les mesures qu'ils utilisent pour calculer les incitatifs et les commissions.



Utilisation des données sur la gestion des ventes et des incitatifs par les membres du CCRRA

- Obtention d'information unique sur les incitatifs auxquels les assureurs ont recours, y compris des données sur les commissions offertes aux équipes de vente directe au cours des deux premières années d'une police;
- Surveillance de l'élaboration de critères qualitatifs fondés sur les principes du TEC à intégrer aux programmes incitatifs;
- Obtention d'information permettant d'évaluer les risques et de mettre en évidence les principaux indicateurs de risque afin de faciliter la sélection des examens fondés sur les risques.

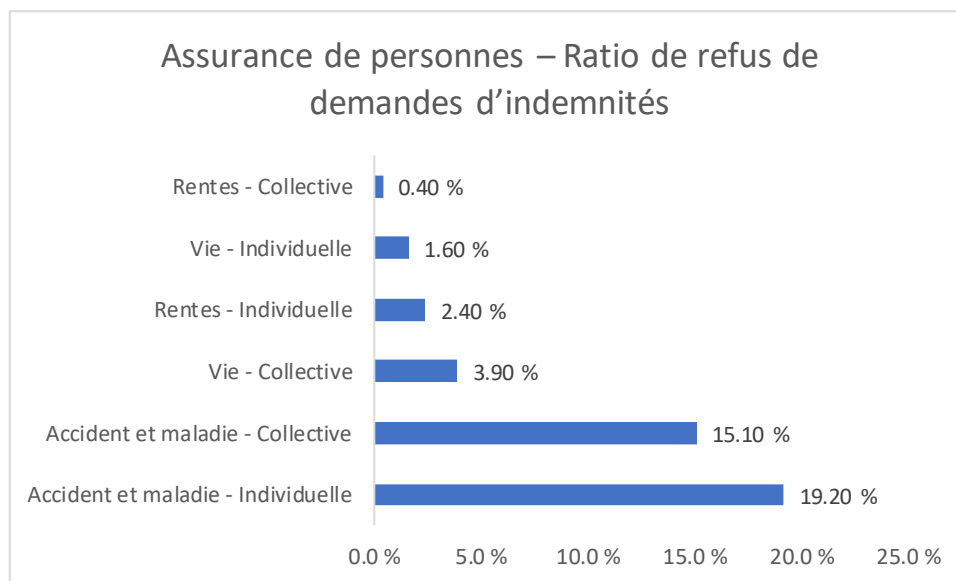
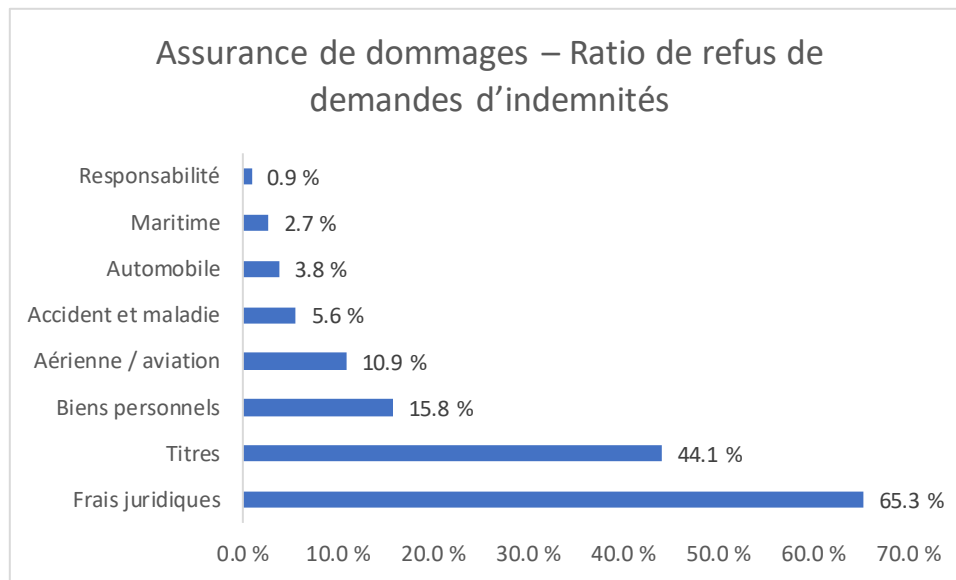
Observations au sujet des données sur la gestion des ventes et des incitatifs

- Le CCRRA s'attend à ce que les résultats concernant le TEC soient pris en compte dans la rémunération, les stratégies de récompense et l'évaluation de la performance.
- Lors des examens, certains membres du CCRRA ont fait remarquer que les assureurs intègrent peu d'éléments de TEC dans leur structure de rémunération et leurs programmes incitatifs – ce que confirment les données recueillies au moyen de la Déclaration annuelle.

Demandes d'indemnités

La Déclaration annuelle recueille des données sur les demandes d'indemnités, classées par catégorie d'assurance. Ces données permettent également de déterminer le rejet des demandes d'indemnités et le temps nécessaire pour mener à terme le processus relatif aux demandes d'indemnités. Cette rubrique aide les membres du CCRRA à établir dans quelle mesure les assureurs traitent « les demandes d'indemnisation de manière diligente et équitable », selon les attentes formulées dans la Directive du TEC.

Refus de demandes d'indemnités^{18 19}

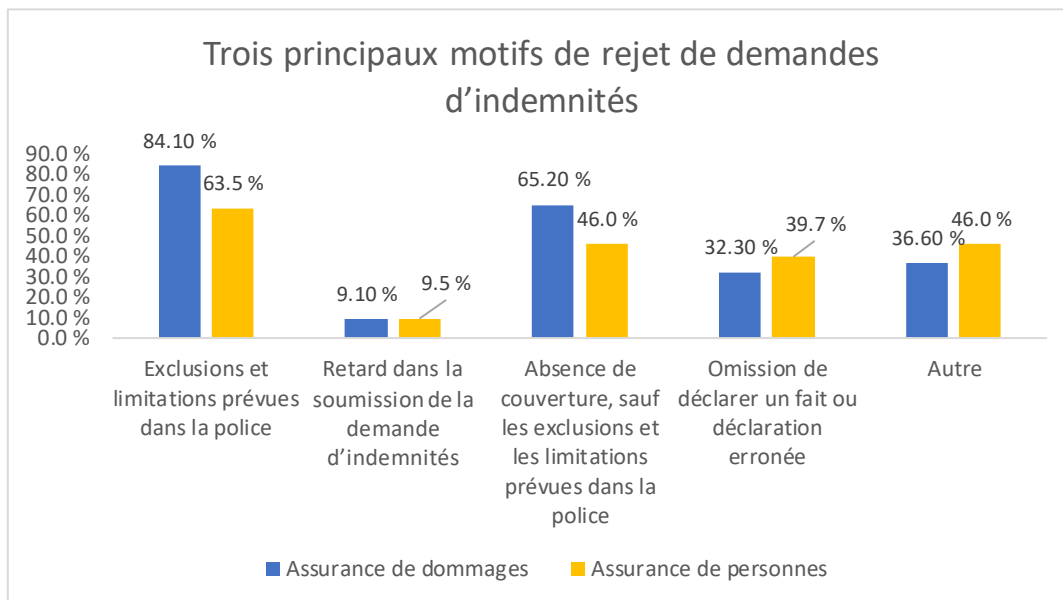


¹⁸ En ce qui concerne le secteur de l'assurance de dommages, les données sur la protection du crédit ont été exclues du ratio de refus des demandes d'indemnités, car les résultats avaient été faussés par des erreurs figurant dans les déclarations déposées l'année précédente.

¹⁹ Comme l'assurance titres et l'assurance frais juridiques ne sont offertes que par un faible nombre d'assureurs, les modifications peuvent être considérables d'une année à l'autre.

Le CCRRA a élaboré un ratio de refus de demandes d'indemnités, qui mesure le montant des demandes refusées par rapport au nombre total de demandes présentées²⁰ ²¹. Ce ratio donne aux membres du CCRRA une vue d'ensemble des demandes d'indemnités refusées en fonction de la catégorie d'assurance ou du canal de distribution.

La Déclaration annuelle oblige également les assureurs à indiquer les trois principaux motifs de rejet de demandes d'indemnités au cours de la période visée ainsi que le nombre total de demandes rejetées pour ces trois motifs. Tant dans le secteur de l'assurance de dommages que dans celui de l'assurance de personnes, les principaux motifs de rejet de demandes d'indemnités ont été les suivants, en ordre d'importance décroissant : « exclusions et limitations prévues dans la police », « absence de couverture » et « omission de déclarer un fait ou déclaration erronée ».



Utilisation des données sur les demandes d'indemnités par les membres du CCRRA

- Obtention d'information générale sur les demandes d'indemnités, en particulier sur le délai de fermeture des dossiers d'indemnités par les assureurs et sur la fréquence des refus de demandes d'indemnités en fonction de la catégorie d'assurance et du canal de distribution;
- Obtention d'information permettant d'évaluer le risque relatif à une catégorie d'assurance, à un canal de distribution ou à un assureur en particulier en ce qui concerne le respect des attentes énoncées dans la Directive sur le TEC selon lesquelles les demandes d'indemnités doivent être « examinées de façon diligente et réglées équitablement au moyen d'une procédure simple et accessible ».

²⁰ Calcul du ratio : nombre de demandes d'indemnités refusées au cours de la période / (nombre de dossiers d'indemnités ouverts au début de la période + nombre de nouveaux dossiers d'indemnités ouverts au cours de la période - nombre de dossiers d'indemnités ouverts à la fin de la période).

²¹ Une demande d'indemnités est rejetée si l'assureur refuse de payer tout montant relatif à la demande.

Observations au sujet des données sur les demandes d'indemnités

- Les membres du CCRRA ont constaté que certains assureurs ne disposent pas de renseignements adéquats sur leur processus de traitement des demandes d'indemnités auxquels clients peuvent facilement accéder.
- Certains assureurs n'informent pas suffisamment leurs clients des motifs justifiant le refus d'une demande d'indemnités.
- Aux termes de la Directive sur le TEC, on s'attend à ce que les assureurs « conserve[nt] des documents écrits sur les procédures de traitement des demandes d'indemnisation, notamment toutes les étapes depuis la présentation de la demande jusqu'à son règlement ».

Examen des plaintes

La Directive sur le TEC énonce plusieurs attentes clés liées à l'examen et au traitement des plaintes, dont l'obligation pour l'assureur de faire ce qui suit :

- Traiter les plaintes en temps opportun et de manière équitable;
- Analyser les plaintes visant les intermédiaires et portant sur des produits que ces derniers distribuent pour leur compte afin d'avoir un portrait complet de l'expérience du client et de repérer tout problème devant être réglé;
- Établir si certains intermédiaires ou certains aspects font l'objet de plaintes sur une base régulière ou fréquente;
- Établir des politiques et procédures de traitement équitable des plaintes reçues;
- Analyser les plaintes reçues afin de cerner les tendances et les risques récurrents.

Les données clés recueillies au moyen de la Déclaration annuelle aident les membres du CCRRA à faire le suivi de l'adoption par les assureurs des principes du TEC relatifs aux plaintes.

Présence des points suivants dans l'entreprise	Assurance de dommages – Pourcentage ayant répondu « oui »	Assurance de personnes – Pourcentage ayant répondu « oui »
Politiques et procédures de traitement des plaintes	96,5 %	96,3 %
Unité ou service de traitement des plaintes	76,6 %	80,5 %

Présence des points suivants dans l'entreprise	Assurance de dommages – Pourcentage ayant répondu « oui »	Assurance de personnes – Pourcentage ayant répondu « oui »
Mécanisme de rapport périodique envoyé à la direction et au conseil concernant toutes les plaintes formulées	88,7 %	93,9 %
Programme de formation continue sur le traitement des plaintes à l'intention des employés dont les tâches comprennent le traitement de plaintes	71,9 %	81,7 %

Une grande majorité des assureurs ont indiqué disposer de « Politiques et procédures de traitement des plaintes » dans leur entreprise (96,5 % dans le secteur l'assurance de dommages et 93,6 % dans le secteur de l'assurance de personnes). Toutefois, un pourcentage moins élevé d'assureurs ont indiqué disposer d'un « mécanisme de rapport périodique envoyé à la direction et au conseil concernant toutes les plaintes formulées ». Cette diminution est plus marquée dans le secteur de l'assurance de dommages (88,7 %) que dans le secteur de l'assurance de personnes (93,9 %). Le pourcentage d'assureurs indiquant disposer d'un « programme de formation continue sur le traitement des plaintes à l'intention des employés dont les tâches comprennent le traitement de plaintes » est considérablement moindre (71,9 % dans le secteur de l'assurance de dommages et 81,7 % dans le secteur de l'assurance de personnes).

Utilisation des données sur le traitement des plaintes par les membres du CCRRRA

- Obtention d'information clé pour évaluer l'efficacité globale des exigences réglementaires visant à satisfaire au PBA 19.11 : « Le contrôleur impose aux assureurs et aux intermédiaires de traiter les plaintes de manière diligente et équitable. »
- Obtention d'information permettant d'évaluer les risques et de mettre en évidence les principaux indicateurs de risque afin de faciliter la sélection des examens fondés sur les risques.
- Outil de vérification des examens visant à déterminer la manière dont les principes du TEC sont réellement mis en œuvre et opérationnalisés.

Observations au sujet des données sur le traitement des plaintes

- Comme le souligne la Directive sur le TEC, les membres du CCRRRA s'attendent à ce que les assureurs fassent en sorte que du « personnel concerné [soit] formé en vue d'obtenir les résultats recherchés concernant le traitement équitable des clients ».
- Lors des examens, les membres du CCRRRA ont constaté que, même si un assureur a mis en place des politiques et des procédures de traitement des plaintes, ces protocoles peuvent s'avérer trop compliqués et fastidieux pour le plaignant.
- Les membres du CCIR ont noté que, dans plusieurs cas, les entreprises ne disposent pas d'une surveillance, d'une analyse des données et d'un mécanisme de rapport à la direction efficaces, de sorte qu'ils ne peuvent évaluer correctement le respect des principes du TEC par ces entreprises.

Plaintes

Les assureurs sont tenus de présenter, dans la Déclaration annuelle, toutes les plaintes qui correspondent aux normes établies²². Les plaintes sont l'expression d'au moins un des trois éléments suivants, qui subsiste après avoir été considéré et traité au niveau opérationnel compétent pour rendre une décision :

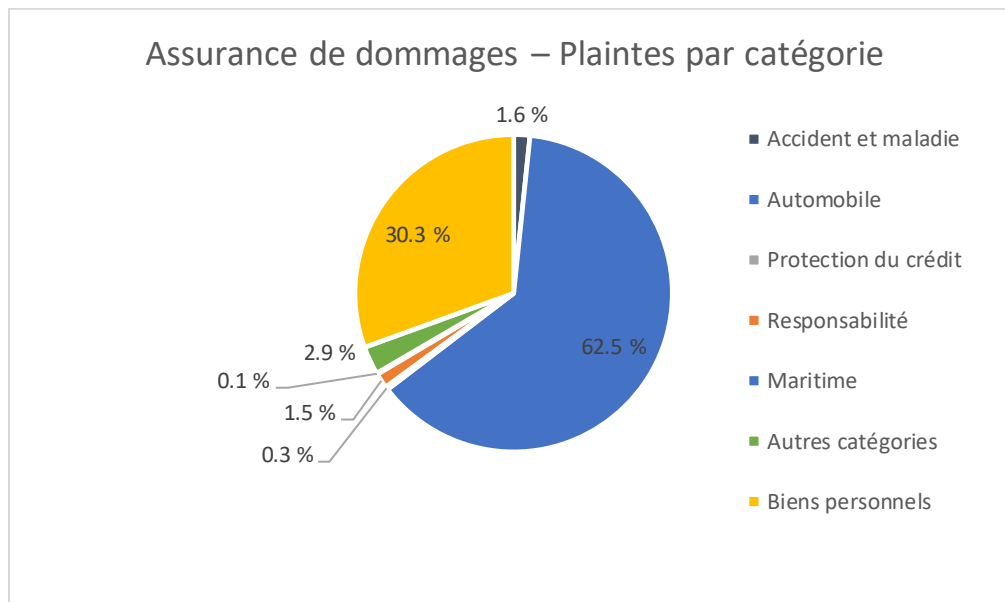
- un reproche à l'endroit de l'entreprise;
- le signalement d'un préjudice potentiel ou réel qu'aurait subi ou pourrait subir un consommateur;
- une demande de mesure corrective.

Province	% de plaintes dans le secteur de l'assurance de dommages	% de plaintes dans le secteur de l'assurance de personnes	% de la population
Alberta	14,4 %	8,0 %	11,6 %
Colombie-Britannique	3,0 %	7,1 %	13,5 %
Manitoba	0,8 %	2,3 %	3,6 %
Nouveau-Brunswick	1,4 %	1,7 %	2,1 %
Terre-Neuve-et-Labrador	1,1 %	1,4 %	1,4 %
Territoires du Nord-Ouest	0,0 %	0,0 %	0,1 %

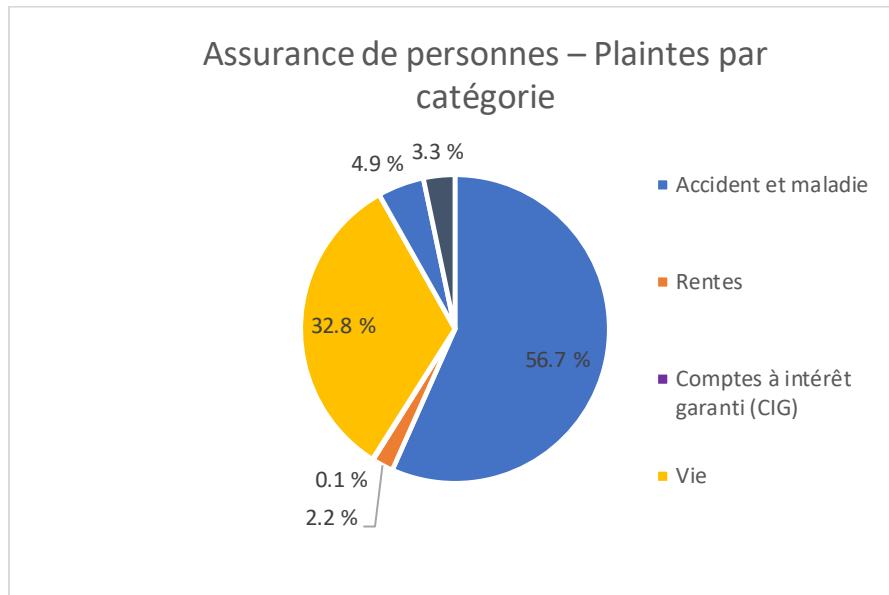
²² Si un consommateur fait une plainte en personne ou par téléphone, la personne responsable du traitement des plaintes et désignée comme telle dans la politique de l'entreprise doit alors documenter celle-ci de sorte à en permettre la conservation. Ainsi, ne constitue pas une plainte une première manifestation d'insatisfaction de la part d'un consommateur, qu'elle soit écrite ou non, lorsque cette insatisfaction se règle dans le cours normal des activités de l'entreprise. Par contre, dans l'éventualité où le consommateur demeure insatisfait et que son insatisfaction est prise en charge par la personne responsable du traitement des plaintes et désignée comme telle dans la politique de l'entreprise, il s'agit alors d'une plainte.

Province	% de plaintes dans le secteur de l'assurance de dommages	% de plaintes dans le secteur de l'assurance de personnes	% de la population
Nouvelle-Écosse	2,3 %	2,7 %	2,6 %
Nunavut	0,1 %	0,0 %	0,1 %
Ontario	61,4 %	34,1 %	38,8 %
Île-du-Prince-Édouard	0,2 %	0,3 %	0,4 %
Québec	14,6 %	40,2 %	22,6 %
Saskatchewan	0,5 %	1,6 %	3,1 %
Yukon	0,1 %	0,1 %	0,1 %
Non classé	0,2 %	0,4 %	S.O.

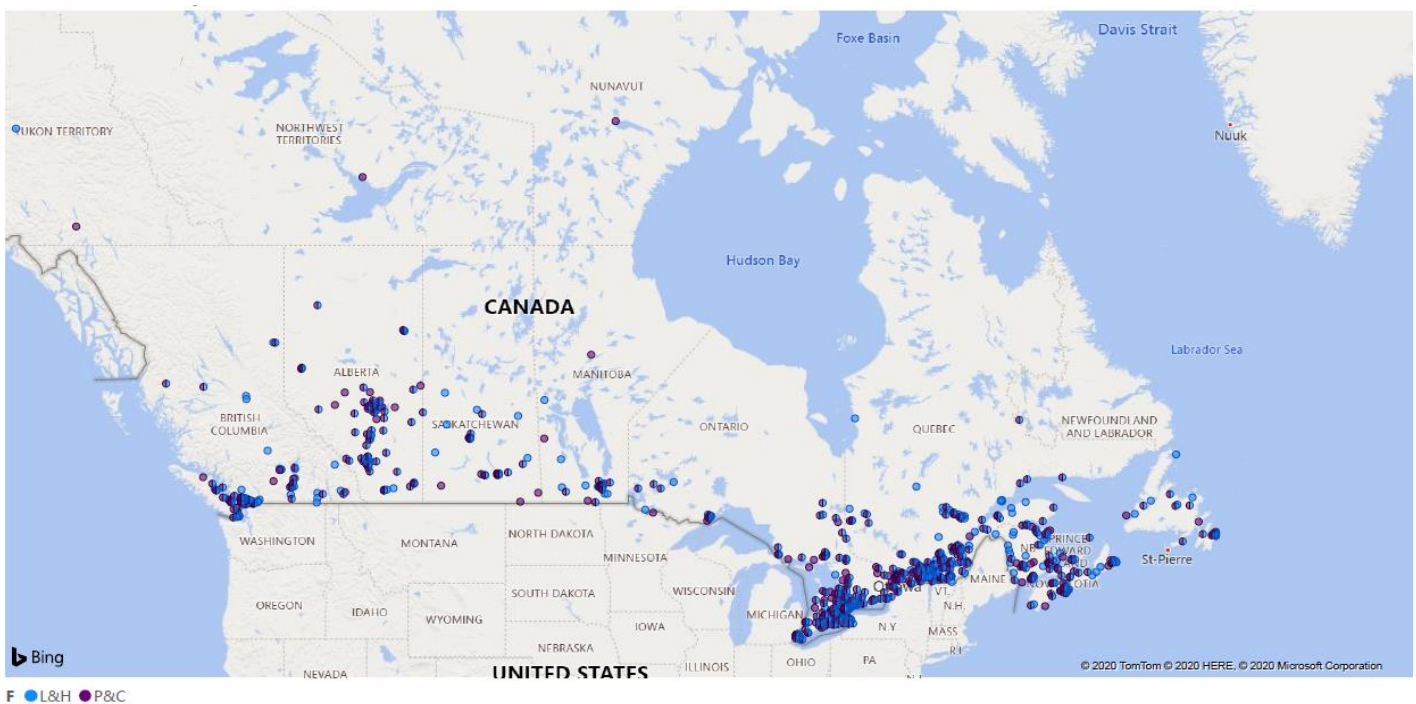
Un nombre disproportionné de plaintes dans le secteur de l'assurance de dommages provenait de l'Ontario, dont la majorité concernait la catégorie Automobile. Ces dernières, dans leur ensemble, constituaient 62,5 % de toutes les plaintes des particuliers. Les plaintes visant les catégories Automobile et Biens personnels représentaient au total 92,8 % de toutes les plaintes dans le secteur de l'assurance de dommages. Les motifs de plaintes les plus fréquents concernaient les « Réclamations / règlement » ou la « Souscription ».



Dans le secteur de l'assurance de personnes, un nombre disproportionné de plaintes provenait du Québec (40,21 %). Les plaintes visant l'assurance accident et maladie représentaient plus de la moitié de toutes les plaintes (56,7 %). Dans le cas de l'assurance collective, les motifs de plaintes les plus fréquents concernaient les « Réclamations / règlement », soit 78 % des plaintes (45 % de toutes les plaintes dans le secteur de l'assurance de dommages). Dans le cas de l'assurance individuelle, les motifs de plaintes les plus fréquents concernaient l' « Administration » et représentaient environ 30 % des plaintes (13 % de toutes les plaintes dans le secteur de l'assurance de personnes).



Nombre total de plaintes par code postal



Le nombre total de plaintes par code postal reflète la répartition géographique des plaintes soumises au CCRRA au moyen de la Déclaration annuelle²³. Si les plaintes sont plus densément regroupées dans les régions urbaines les plus peuplées, certaines régions présentent par contre un nombre disproportionné de plaintes par rapport à leur population.

²³ Certaines plaintes incorrectement déclarées ne sont pas incluses dans cette carte.

Observations au sujet des données sur les plaintes

- Les membres du CCRRA ont remarqué que certaines plaintes incluses dans la Déclaration annuelle ne correspondaient pas à la définition de « plainte ».
- Les membres du CCRRA espèrent que les assureurs prendront note de la définition de « plainte » énoncée dans la Déclaration annuelle afin que toutes les plaintes pertinentes soient déclarées.
- Lors des examens, les membres du CCRRA ont découvert des plaintes non déclarées qui auraient dû être incluses dans la Déclaration annuelle.

Utilisation des données sur les plaintes par les membres du CCRRA

- Obtention d'information permettant d'évaluer les risques et détermination des indicateurs de risque et de mettre en évidence les principaux indicateurs de risque afin de faciliter la sélection des examens fondés sur les risques;
- Outil de vérification des examens pour déterminer la manière dont les principes du TEC sont effectivement mis en œuvre et rendus opérationnels;
- Surveillance générale des tendances en matière de plaintes.

CONCLUSION

Les membres du CCRRA estiment que la Déclaration annuelle représente un outil de réglementation extrêmement utile. Les données recueillies au moyen de la Déclaration annuelle constituent une ressource essentielle, dont la valeur ne fera que croître avec le raffinement des données et l'émergence de tendances et d'indicateurs clés.

Le CCRRA projette d'apporter chaque année des améliorations au présent rapport, en tenant compte des résultats tirés de la Déclaration annuelle précédente. En fonction de ces résultats, les futures versions du présent rapport pourraient porter sur des domaines d'intérêt clé ou sur les priorités du CCRRA. Le CCRRA s'attend à ce que la Déclaration annuelle devienne un outil précieux pour l'évaluation comparative du secteur et à ce que le présent rapport incite les assureurs à obtenir de meilleurs résultats pour leurs clients en comparant leurs résultats individuels aux pratiques exemplaires du secteur et en tenant compte des observations formulées par les membres du CCRRA.



Conseil canadien des responsables de la réglementation d'assurance

Téléphone : 416-590-7257

Sans frais : 1-800-668-0128, poste 7257

Courriel : ccir-ccrra@fsrao.ca