



Renforcer notre impact

Rapport annuel 2026

1^{er} avril 2025 au 31 mars 2026



Table des matières

- 03** Notre engagement envers les Canadiens
- 04** Services de l'OAP
- 05** Message du président du conseil
- 06** Message de la directrice générale et Ombudsman
- 07** Rayonnement de l'OAP
- 08** Analyse et rapports
- 20** Études de cas
- 28** Compagnies participantes
- 31** Notre conseil d'administration
- 33** États financiers vérifiés
- 40** Communiquer avec l'OAP



Notre engagement envers les Canadiens

Accessibilité

Nos services gratuits sont offerts en français et en anglais aux consommateurs de produits d'assurance vie et santé, qui peuvent communiquer avec nous en ligne, par téléphone, par télécopieur ou par la poste.

Rapidité de réponse

Nous nous efforçons de répondre aux messages vocaux dans un délai de 48 heures, et aux formulaires Web et aux courriels dans un délai de 72 heures.

Courtoisie

La courtoisie, le professionnalisme et le respect caractérisent chacune de nos interactions.

Clarté

Nous utilisons un langage clair dans toutes nos communications afin d'aider les consommateurs à s'y retrouver dans le processus de traitement des plaintes et à comprendre les dispositions applicables de leurs polices d'assurance.

Exactitude

Nous nous engageons à fournir des renseignements exacts et fiables.

Équité et impartialité

Nous sommes équitables et impartiaux.

Constance

Nous suivons en tout temps un processus rigoureux, en traitant les cas similaires de manière uniforme, tout en reconnaissant le caractère unique de chaque cas.

Connaissances

Nous possédons une expertise en matière d'assurance et de règlement des différends et nous nous efforçons de tirer des enseignements de chaque cas.

Vie privée et confidentialité

Toutes nos communications et tous nos dossiers sont entièrement confidentiels. Nous respectons des normes et des politiques rigoureuses afin de protéger la vie privée et de préserver les renseignements personnels.

Indépendance et objectivité

Notre cadre de gouvernance, qui comprend une majorité d'administrateurs indépendants ainsi qu'une surveillance externe exercée par le Conseil canadien des responsables de la réglementation d'assurance (CCRRA), garantit notre indépendance et notre autonomie à l'égard du gouvernement et de l'industrie.

Services de l'OAP

OAP : Au service des consommateurs au quotidien

Fournir de l'information, régler des différends et faciliter les recherches de polices

L'Ombudsman des assurances de personnes (OAP) est un service public gratuit, rapide et indépendant qui aide les consommateurs canadiens à résoudre leurs différends avec leur assureur vie ou santé.

Nous offrons une assistance impartiale et dans les meilleurs délais lorsque les consommateurs rencontrent des problèmes avec leurs assureurs.

L'OAP fournit des renseignements clairs et accessibles sur l'assurance de personnes. Nous accompagnons les consommateurs dans le processus de plainte, répondons à leurs questions et les aidons à retrouver des polices perdues ou celles de proches décédés.

L'OAP fournit des renseignements clairs et accessibles sur l'assurance de personnes.

Gratuits

Nos services sont entièrement **gratuits** pour les consommateurs.

Rapides

L'OAP est plus rapide que les tribunaux. Nous nous efforçons de compléter le processus d'examen des plaintes dans un délai de **120 jours**.

Impartiaux

Nous examinons tous les faits **de manière impartiale**. Nous ne prenons ni le parti du consommateur, ni celui de la compagnie d'assurance.

Indépendants

L'OAP est gouverné par un conseil d'administration composé d'une majorité d'administrateurs indépendants. L'OAP fonctionne conformément à un cadre de collaboration continue entre les services de conciliation du secteur de l'assurance et le **Conseil canadien des responsables de la réglementation d'assurance**.

Pour en savoir plus, consultez le site oapcanada.ca



Dan Levert

Message du président du conseil

Au cours de ma première année complète à titre de président du conseil d'administration de l'Ombudsman des assurances de personnes (OAP), nous avons accueilli deux nouvelles administratrices : Mary Nemeth, administratrice de l'industrie, et Charlene Butler, administratrice indépendante. Mary, qui a siégé au conseil de l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes, vient de Winnipeg, où elle a fait carrière dans le secteur de l'assurance. Charlene est originaire d'Edmonton et possède une vaste expérience au sein de conseils d'administration des secteurs public et privé. Nos nouvelles administratrices ont déjà fait preuve d'attention et de diligence, et nous nous réjouissons de travailler avec Mary et Charlene à l'accomplissement de notre mandat.

Après 15 années de service, le Dr Dieter Kays a annoncé qu'il quittera ses fonctions d'administrateur représentant l'industrie en septembre. Depuis son arrivée à l'OAP en 2010, Dieter a maintenu un dossier d'assiduité exceptionnel, et on ne saurait trop insister sur son dévouement envers l'organisation. Fort d'une vaste expérience de l'industrie et des conseils d'administration, le Dr Kays a joué un rôle essentiel dans le développement et le succès de l'OAP. Nous tenons à lui exprimer notre profonde reconnaissance pour son dévouement et sa loyauté envers l'organisation.

Je suis heureux d'annoncer que les recommandations découlant de la quatrième évaluation indépendante, y compris le sondage sur la satisfaction des consommateurs, auront été mises en œuvre d'ici la fin du premier trimestre de 2027. Je tiens à remercier l'administratrice indépendante Louise Shiller et son comité des normes, ainsi que notre direction et notre personnel, pour le travail considérable accompli afin de donner suite aux questions soulevées par l'évaluation indépendante.

Nous sommes reconnaissants envers Frank Swedlove, administrateur de l'industrie, ainsi qu'envers notre directrice générale et ombudsman, Stéphanie Robillard, pour leur travail soutenu auprès de l'organisme de surveillance réglementaire de notre secteur, le Conseil canadien des responsables de la réglementation d'assurance (CCRRA), dans le cadre de l'examen et de la mise à jour du Cadre de coopération et de surveillance des services de conciliation du secteur des assurances. Nous sommes impatients de travailler encore plus étroitement avec le CCRRA au cours des prochaines années.

Nos données indiquent que les consommateurs de produits d'assurance vie et santé font appel à nos services plus que jamais. Cette hausse de la demande fait l'objet d'un suivi étroit et a entraîné une augmentation correspondante de nos ressources humaines. Notre personnel, dirigé avec compétence par Stéphanie et la première ombudsman adjointe Dorothee Beaupré Bernier, a relevé le défi de façon remarquable. Nous les remercions pour leur dévouement et leur travail.

Enfin, je tiens à remercier mes collègues administrateurs pour leurs conseils et leur éclairage, ainsi que nos compagnies participantes pour la confiance qu'elles continuent d'accorder à l'OAP.



Stéphanie
Robillard

Message de la directrice générale et ombudsman

Cette année a marqué une étape importante dans l'évolution continue de notre organisation. En nous appuyant sur les progrès réalisés au cours de la dernière année, nous avons renforcé les assises qui soutiennent notre mission tout en continuant de répondre aux besoins croissants des consommateurs dans l'ensemble du pays qui recherchent un règlement indépendant, impartial et équitable de leurs plaintes en matière d'assurance de personnes.

Tout au long de l'année, nous avons poursuivi la modernisation de notre organisation en améliorant notre gouvernance, en raffinant nos politiques et pratiques internes et en renforçant les outils et les ressources qui soutiennent notre travail. Un objectif clair a guidé ces efforts : faire en sorte que l'OAP demeure bien positionnée pour répondre à l'évolution des attentes tout en continuant d'offrir des services de grande qualité aux Canadiens.

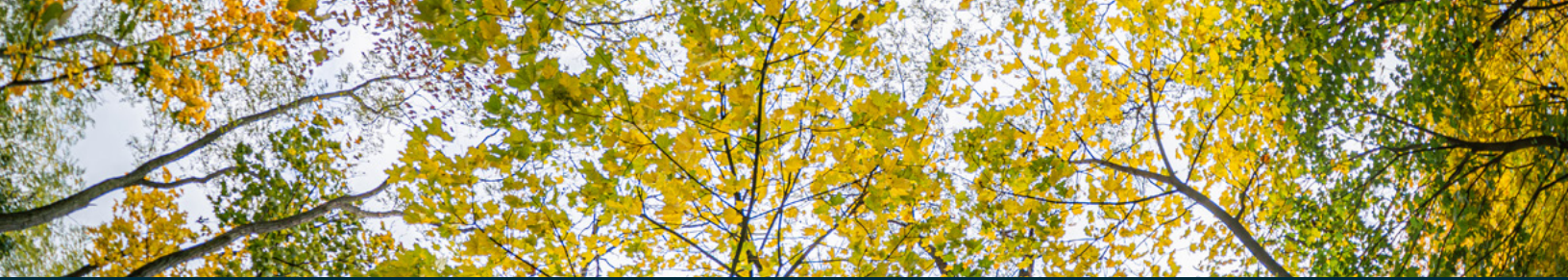
L'un des jalons les plus importants de l'année a été le travail de collaboration entrepris avec nos parties prenantes, notamment l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes (ACCAP), le Service de conciliation en assurance de dommages (SCAD), le Bureau d'assurance du Canada (BAC), ainsi qu'avec notre organisme de surveillance, le Conseil canadien des responsables de la réglementation d'assurance (CCRR), afin de moderniser le Cadre sur lequel nous nous appuyons. Nous avons également lancé notre nouveau site Web, conçu pour en améliorer l'accessibilité et la convivialité. Ensemble, ces initiatives ont permis de mettre en œuvre des recommandations clés de la quatrième évaluation indépendante, témoignant de notre engagement continu envers l'amélioration continue.

Alors que la demande pour nos services continuait de croître pour atteindre le niveau le plus élevé de l'histoire de l'OAP, notre équipe dévouée est demeurée résolument engagée à fournir aux consommateurs canadiens de l'information fiable, de l'orientation et de l'aide, ainsi qu'un règlement des différends rapide, impartial et équitable. Le nombre croissant de demandes de renseignements et de plaintes témoigne à la fois du besoin pour nos services et de la confiance que les consommateurs continuent d'accorder à l'OAP. Parallèlement, nous avons fait progresser des initiatives stratégiques qui profiteront à notre organisation à long terme, notamment les dernières étapes de la mise en œuvre des recommandations issues de la quatrième évaluation indépendante.

Pour l'avenir, nous continuerons de miser sur cet élan. Nos priorités demeurent clairement définies : améliorer l'expérience des consommateurs, collaborer avec les parties prenantes afin de renforcer le système canadien de règlement des différends en assurance de personnes, améliorer continuellement l'efficacité de nos services et assurer la pérennité de notre organisation, tout en favorisant la confiance par la transparence.

Les réalisations de cette année ont non seulement renforcé notre organisation, mais ont également permis à l'OAP de mieux répondre à l'évolution des besoins des consommateurs canadiens.

Je suis fière de ce que notre équipe a accompli et convaincue que ce travail nous permettra de continuer à offrir aux consommateurs et aux assureurs canadiens des services indépendants, impartiaux et efficaces, avec intégrité, équité et imputabilité.



RAYONNEMENT DE L'OAP

En 2025-2026, l'OAP a maintenu une présence active au sein du secteur de l'assurance en participant à d'importants événements de l'industrie.

Ces efforts témoignent de notre engagement à favoriser la collaboration et à renforcer nos relations avec toutes les parties prenantes, y compris les consommateurs, les organismes de réglementation, les assureurs et les autres professionnels du règlement des différends.

Conférence annuelle sur la conformité et les plaintes des consommateurs (ACCAP)

Des membres du personnel de l'OAP ont participé à la conférence annuelle de l'ACCAP en mai 2026. Dorothée Beaupré Bernier, première ombudsman adjointe, a animé un atelier sur la version mise à jour du Cadre de coopération et de surveillance des services de conciliation du secteur des assurances, en utilisant une étude de cas pour démontrer l'application pratique du principe d'équité. Cette conférence est l'un des principaux forums au Canada pour les professionnels œuvrant en conformité et en gestion des plaintes en matière d'assurance de personnes.

Réseau international des régimes d'ombudsman des services financiers

En octobre 2025, Stéphanie Robillard, directrice générale et ombudsman, a participé à la conférence du réseau INFO organisée par l'International Network of Financial Services Ombudsman Schemes. La participation à ce forum mondial soutient l'engagement de l'OAP envers l'apprentissage continu, la collaboration internationale et l'échange de pratiques exemplaires en matière de règlement des différends.

Sensibilisation des consommateurs

En avril 2026, l'OAP a offert un atelier éducatif à AlphaNet Canada, un organisme sans but lucratif de

défense des patients dont les membres souhaitaient en apprendre davantage sur les services de l'OAP. La séance a donné un aperçu du mandat de l'OAP, de son processus d'examen des plaintes et de son rôle à titre de service indépendant de règlement des différends. Grâce à des initiatives de sensibilisation comme celle-ci, l'OAP continue de faire connaître ses services et d'établir un dialogue direct avec les communautés que nous servons.

Affiliations professionnelles

En 2025 et 2026, l'OAP a adhéré à deux associations professionnelles : l'Association des responsables de la gestion des plaintes (ARGP) et le Forum canadien des ombudsmans (FCO). L'ARGP offre un forum pour l'échange d'information, la collaboration et l'avancement de pratiques efficaces de gestion des plaintes au Québec. Le FCO réunit des ombudsmans et des professionnels du traitement des plaintes provenant des gouvernements, de l'industrie privée, des collèges et des universités de partout au Canada. Grâce à ces adhésions, l'OAP renforce ses liens avec les professionnels du traitement des plaintes et demeure engagée dans les discussions continues sur l'équité, l'accessibilité et les pratiques exemplaires en matière de traitement des plaintes.



Comment
nous aidons les
consommateurs



Le processus de traitement des demandes de l'OAP reflète notre engagement à offrir une résolution accessible et équitable des enjeux d'assurance rencontrés par les consommateurs. Ces données illustrent la façon dont nous établissons la priorité des dossiers et répartissons nos ressources afin d'aider efficacement les consommateurs.

Demandes de renseignements

Les consommateurs communiquent avec l'OAP pour obtenir de l'aide concernant leurs préoccupations en assurance. Seuls les contacts directs avec notre personnel sont classés comme demandes de renseignements.

Assistance aux consommateurs, plaintes et recherches de polices

L'OAP répond à trois types de demandes de renseignements :

- Assistance aux consommateurs — répondre aux questions en matière d'assurance et fournir de l'information.
- Plaintes — différends formels avec des compagnies d'assurance.
- Recherches de polices — faciliter la recherche des polices d'assurance vie appartenant à des proches décédés.

L'OAP peut examiner une plainte si :

- la plainte concerne l'une de nos compagnies participantes et relève de notre mandat;
- le consommateur a reçu une lettre de position finale de son assureur.

Évaluations par la responsable des plaintes

La responsable des plaintes de l'OAP s'assure que la plainte du consommateur respecte les conditions mentionnées ci-dessus et qu'elle relève bien de notre mandat.

Examens par un analyste aux plaintes

Lorsqu'une plainte est jugée recevable, un analyste aux plaintes effectue un examen indépendant afin d'en évaluer le bien-fondé. L'analyste communique tant

avec l'assureur qu'avec le consommateur pour recueillir l'information pertinente. L'équipe des plaintes de l'OAP s'efforce de résoudre les dossiers le plus rapidement possible, ce qui peut inclure une négociation informelle au niveau de l'analyse de la plainte.

Enquêtes du conciliateur

Lorsque l'analyste aux plaintes conclut qu'une plainte est fondée, un conciliateur procède à une enquête. Si le conciliateur juge également que la plainte est fondée, l'OAP facilite alors les discussions entre l'assureur et le consommateur afin de trouver une solution acceptable.

Enquêtes de l'expert en règlement des litiges

Lorsqu'aucun règlement n'est conclu au niveau du conciliateur, un expert en règlement des litiges peut examiner la plainte. Si l'expert en règlement des litiges conclut que la plainte est fondée, l'OAP formule une recommandation de règlement non contraignante. L'OAP publie le nom des assureurs qui n'acceptent pas ses recommandations. Jusqu'à maintenant, les assureurs ont toujours accepté les recommandations émises par l'expert en règlement des litiges.

Session Web

Une interaction entre un consommateur et les portails anglais ou français de l'OAP.

Demande de renseignement

Contact direct avec le personnel de l'OAP.

Plainte

Réception par l'OAP des documents de plainte et du formulaire d'autorisation du consommateur.

Enquête

Plainte transmise au niveau du conciliateur ou de l'expert en règlement des litiges.

Comment les consommateurs nous ont consultés

148 998

Sessions Web



4 707

Formulaires en ligne



1 930

Appels



176

Autres



Courriels, lettres et télécopies

Total 
155 811

Session Web

Une interaction entre un consommateur et les portails anglais ou français de l'OAP.

Formulaire en ligne

Désigne une demande de renseignements soumise directement par un consommateur sur l'un des portails Web anglais ou français de l'OAP.

148 998

Sessions Web

6 813

Demandes de renseignements

1 018

Assistance aux consommateurs

2 258

Plaintes

3 537

Recherches de polices

486

Évaluations par la responsable des plaintes

379

Examens par un analyste aux plaintes

13

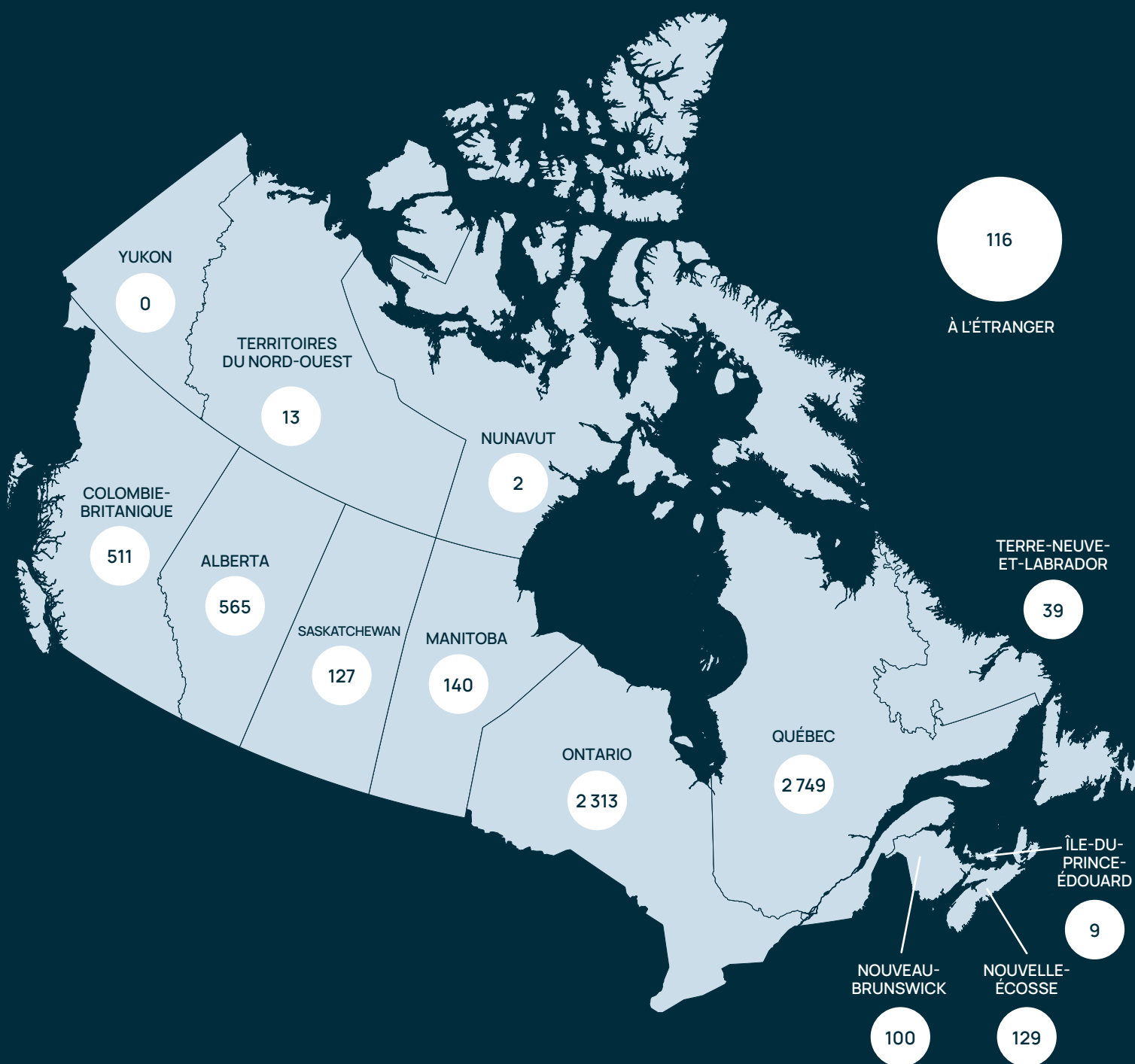
Enquêtes du conciliateur

0

Enquête de l'expert en règlement des litiges



Portrait de l'engagement des consommateurs

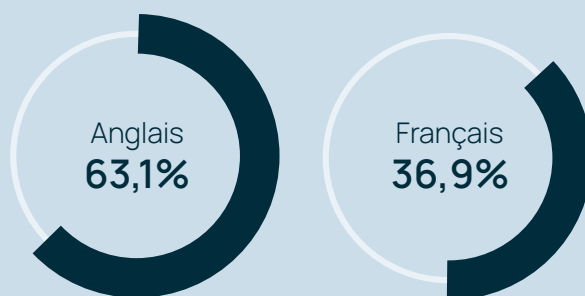


Demandes de renseignements par provinces et territoires

À l'étranger	116
Alberta	565
Colombie-Britannique	511
Manitoba	140
Nouveau-Brunswick	100
Terre-Neuve-et-Labrador	39
Territoires du Nord-Ouest	13
Nouvelle-Écosse	129
Nunavut	2
Ontario	2 313
Île-du-Prince-Édouard	9
Québec	2 749
Saskatchewan	127
Yukon	0
Total	6 813

Demandes de renseignements par langue

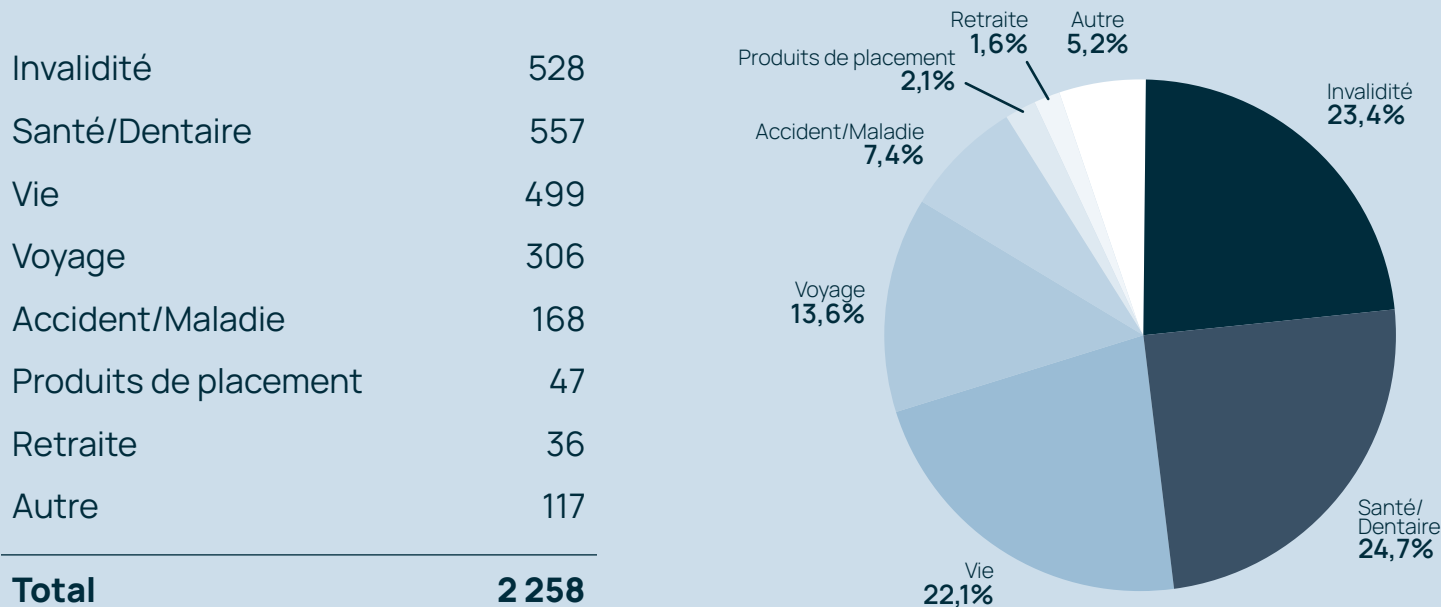
Anglais	4 301
Français	2 512





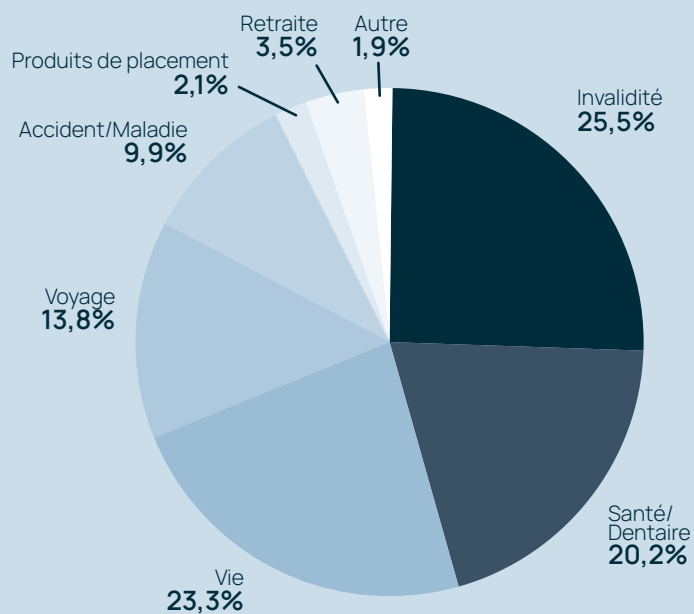
Tendances et répartition des plaintes

Demandes de renseignements liées aux plaintes, par type de produit



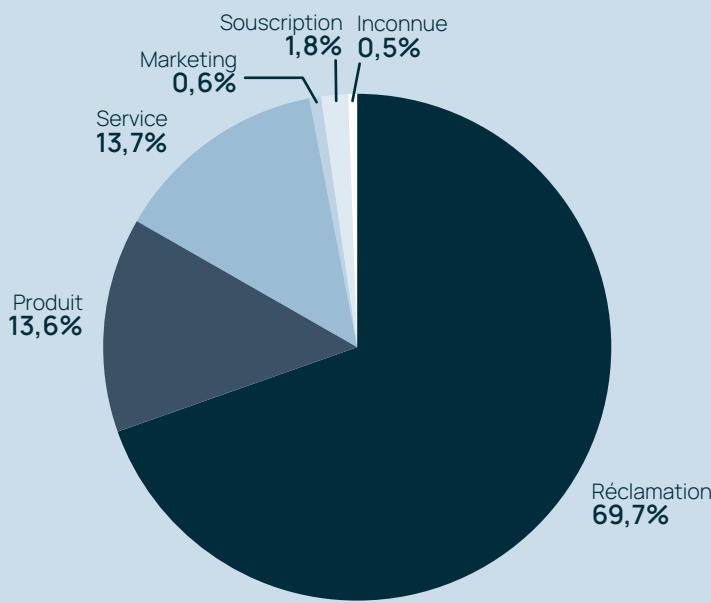
Plaintes par type de produit

Invalidité	124
Santé/Dentaire	98
Vie	113
Voyage	67
Accident/Maladie	48
Produits de placement	10
Retraite	17
Autre	9
Total	486



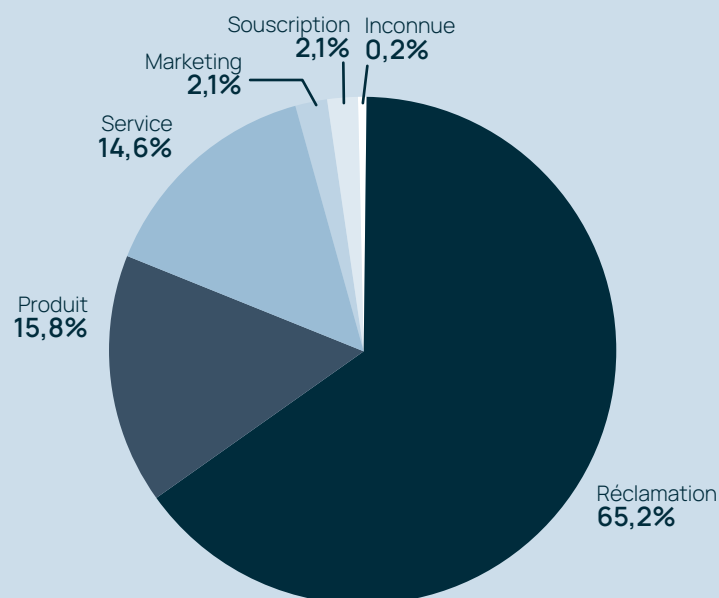
Demandes de renseignements liées aux plaintes, par fonction de l'entreprise

Réclamation	1 573
Produit	308
Service	310
Marketing	14
Souscription	41
Inconnue	12
Total	2 258



Plaintes par fonction de l'entreprise

Réclamation	317
Produit	77
Service	71
Marketing	10
Souscription	10
Inconnue	1
Total	486





Études de cas

Études de cas

Chaque dossier est unique, mais tous ont un point en commun : ils peuvent avoir un impact majeur sur la vie des consommateurs qui font appel à nous.

Les désaccords et les plaintes ont également des répercussions sur les activités de nos compagnies participantes. Dans des situations tendues, où les émotions sont fortes, notre équipe agit comme un interlocuteur impartial. Guidée par l'équité et l'empathie, l'équipe met à profit son expertise et travaille pour trouver la meilleure solution pour toutes les parties concernées.

Voici quelques exemples qui illustrent la nature de notre travail et notre façon de l'accomplir.



Clarifier une situation complexe

Une réclamation pour maladie grave a été refusée parce que la maladie avait été diagnostiquée avant l'entrée en vigueur de la couverture

L'OAP peut clarifier des situations complexes et aider les consommateurs à obtenir des résultats favorables.

Alors qu'il était assuré en vertu d'un régime collectif antérieur, le consommateur a reçu un diagnostic de lymphome folliculaire de bas grade et n'a pas présenté de réclamation en raison de la nature du diagnostic. Son état est demeuré stable pendant quelques années. Après le transfert de la couverture à un autre assureur, la maladie a progressé et a finalement nécessité une chimiothérapie. Lorsque la demande a été présentée au nouvel assureur, elle a été refusée au motif que le diagnostic initial avait été posé avant l'entrée en vigueur de la couverture.

Le représentant du consommateur a demandé l'aide de l'OAP. L'OAP a évalué si la demande satisfaisait aux critères d'admissibilité de la police du deuxième assureur et a conclu que celui-ci avait agi conformément aux modalités de la police; elle n'a donc recommandé aucune autre mesure. Bien que le représentant du consommateur ait d'abord été insatisfait de cette conclusion, l'OAP lui a conseillé de présenter la demande au premier assureur avant qu'elle puisse examiner davantage le dossier.

Le premier assureur a finalement accepté de verser la prestation après que le consommateur eut complété le processus de réclamation. Après le règlement, le représentant du consommateur a remercié l'OAP pour son intervention et pour les éclaircissements apportés à la situation.

Ce cas montre comment l'OAP peut clarifier des situations complexes et guider les consommateurs vers un résultat favorable, même lorsque son analyse ne mène pas à une recommandation à l'assureur visé par la plainte.

Repérer une lacune contractuelle importante

Lorsque des retards dans la délivrance des visas ont empêché la famille du consommateur de se rendre au Canada, celle-ci s'est retrouvée avec une police d'assurance médicale de voyage expirée et sans remboursement.

L'intervention de l'OAP a amené l'assureur à revoir sa position et à accorder un remboursement intégral.

Le consommateur a souscrit une assurance médicale de voyage pour ses parents, qui demandaient un super visa afin de visiter le Canada. En raison de retards dans la délivrance des visas, ils n'ont pas pu voyager pendant la période de la police et aucune couverture n'a été utilisée. Le consommateur a demandé un remboursement intégral à l'assureur, mais la demande a été refusée parce que celui-ci a indiqué que la police n'était pas remboursable.

Le consommateur a demandé l'aide de l'OAP. Dans son examen, l'OAP a relevé une importante lacune contractuelle : la police définissait la date d'entrée en vigueur comme étant l'arrivée de l'assuré dans le pays de destination. Comme les parents du consommateur ne sont pas arrivés au Canada pendant la période de couverture en raison du retard dans la délivrance des visas, la couverture n'a jamais commencé selon les modalités de la police.

L'OAP a porté ce point à l'attention de l'assureur et a soulevé des préoccupations quant à l'équité de conserver la totalité de la prime alors que l'assureur n'avait assumé aucun risque. Après réexamen, l'assureur a accepté de rembourser au consommateur la totalité de la prime, soit 3 650 \$. Le consommateur s'est dit reconnaissant du professionnalisme et de l'attention de l'OAP tout au long du processus. Ce cas montre comment l'examen approfondi des dispositions d'une police par l'OAP peut aider les consommateurs à obtenir des résultats équitables lorsque surviennent des circonstances imprévues.

Rassurer grâce à un examen approfondi

Un consommateur a communiqué avec l'OAP après avoir eu le sentiment d'avoir été induit en erreur quant à la durée pendant laquelle il devait payer les primes.

L'OAP a donné au consommateur l'assurance d'avoir épuisé toutes les voies de recours.

Le consommateur a souscrit une police d'assurance vie entière et a affirmé qu'on lui avait dit que les primes ne seraient payables que pendant 10 ans. Après avoir payé les primes pendant 10 ans, il a découvert que ce n'était pas le cas et a résilié sa police. Se sentant induit en erreur, il s'est tourné vers l'OAP. Il a allégué que le conseiller et l'assureur n'avaient pas fourni de conseils adéquats, avaient présenté de façon inexacte les modalités de la police et a réclamé une indemnisation pour ses pertes financières.

L'OAP a vérifié la documentation et les renseignements relatifs à la police et n'a relevé aucune erreur administrative dans la gestion de celle-ci par l'assureur. Les documents signés montraient que l'obligation de payer les primes se prolongeait au-delà de 10 ans, alors que le consommateur s'était appuyé en partie sur des documents non contractuels faisant état d'une période de paiement plus courte. L'OAP a expliqué au consommateur que, même si elle avait examiné l'information fournie, l'évaluation de la conduite d'un conseiller indépendant et la détermination du caractère approprié des conseils ne relevaient pas de son mandat. Le consommateur a apprécié la rigueur et la clarté de l'examen de l'OAP, reconnaissant que celle-ci n'était pas la voie appropriée pour obtenir le résultat recherché.

Ce cas montre comment le processus clair, transparent et complet de l'OAP aide les consommateurs à mieux comprendre leur situation et à avoir l'assurance d'avoir épuisé toutes les voies de recours.

Corriger les conséquences de renseignements erronés

La prime mensuelle d'assurance vie d'un consommateur est passée de 67 \$ à 460 \$ après que des renseignements erronés lui ont laissé trop peu de temps pour trouver une autre option d'assurance.

L'examen de l'OAP a contribué à faire en sorte que le règlement tienne pleinement compte des conséquences financières des renseignements erronés.

Le représentant du service à la clientèle de l'assureur avait d'abord indiqué au consommateur que sa police d'assurance vie pouvait être renouvelée sans tarification médicale. Cette information s'est toutefois révélée inexacte : l'assureur exigeait soit une tarification médicale, soit la conversion en une police permanente plus coûteuse.

Lorsque le consommateur a été informé de cette erreur, la date de renouvellement approchait déjà et il ne disposait pas de suffisamment de temps pour compléter le processus de tarification. Pour maintenir sa couverture, sa prime mensuelle initiale de 67 \$ est passée à 460 \$.

Bien que l'assureur ait offert de rembourser l'équivalent de deux mois de la prime initiale, le consommateur estimait que l'indemnisation ne reflétait pas adéquatement les conséquences financières des renseignements erronés. L'OAP a examiné le dossier et confirmé que l'information fournie initialement par l'assureur était inexacte et que le consommateur n'avait été informé de l'exigence de tarification que peu avant la date de renouvellement. Par conséquent, il n'a pas eu assez de temps pour compléter le processus et a dû maintenir sa couverture en vertu de la police renouvelée à une prime nettement plus élevée afin d'éviter une interruption de couverture. L'OAP a demandé à l'assureur de réévaluer le caractère approprié de l'indemnisation, ce qui a mené à un règlement accepté par les deux parties entre le consommateur et l'assureur.

Ce cas montre comment l'approche extracontractuelle de l'OAP peut aider les consommateurs à parvenir à un règlement équitable.

Veiller à ce que chaque élément de preuve compte

La réclamation de prestations de décès accidentel d'un consommateur a été refusée après le décès de son conjoint, survenu plusieurs semaines après une fracture de la hanche.

Ce cas montre comment l'évaluation approfondie de l'OAP peut mener à un règlement équitable.

Alors qu'il se trouvait à l'hôpital pour des examens médicaux, l'assuré est tombé d'une civière et s'est fracturé la hanche, ce qui a nécessité une intervention chirurgicale. L'opération a été effectuée et l'assuré a obtenu son congé de l'hôpital 10 jours plus tard. Malheureusement, huit jours après son congé, l'assuré est décédé à son domicile.

Comme le conjoint était assuré en vertu d'une police universelle d'assurance accident, le consommateur a présenté une réclamation, mais l'assureur l'a refusée au motif que la documentation médicale disponible ne démontrait pas que le décès de l'assuré résultait de l'accident au sens de la police. Le conjoint croyait toutefois que la chute, la fracture de la hanche et les complications médicales subséquentes avaient mené au décès et s'est donc tourné vers l'OAP.

La principale question était de savoir si la preuve médicale établissait un lien entre l'accident et le décès de l'assuré. Les dossiers hospitaliers indiquaient que l'assuré présentait d'importantes affections respiratoires préexistantes, notamment une maladie pulmonaire obstructive chronique et une bronchiectasie. L'OAP a examiné les avis médicaux du médecin urgentiste, du chirurgien orthopédiste et du médecin de famille, en s'attardant aux complications médicales survenues après l'intervention et le congé de l'hôpital. À l'issue de cet examen approfondi, l'OAP a conclu que les médecins traitants avaient indiqué que la fracture de la hanche avait entraîné une mobilité réduite et des complications qui avaient aggravé l'état de l'assuré, menant à une infection respiratoire, à une septicémie et, ultimement, au décès.

La décision initiale de l'assureur reposait principalement sur les dossiers de l'hôpital jusqu'au congé de l'assuré et accordait peu de poids aux avis des médecins traitants. L'OAP a communiqué son analyse à l'assureur et lui a demandé de réexaminer le dossier à la lumière de l'ensemble de la preuve médicale disponible. L'assureur a ensuite réévalué la demande, réviser sa décision et versé au consommateur la prestation de 20 000 \$ prévue par la police, comprenant les prestations d'hospitalisation et de décès accidentel.

Ce cas montre l'importance de tenir compte de toute la preuve médicale disponible pour évaluer le lien de causalité dans les demandes de règlement pour décès accidentel, ainsi que la façon dont l'évaluation approfondie et rigoureuse de l'OAP peut mener à un règlement équitable.

Résoudre un différend médical complexe

Une famille a dû faire face à près de 20 000 \$ de frais médicaux après que son enfant de quatre ans est tombé gravement malade et a été hospitalisé pendant un voyage à l'étranger.

L'OAP peut aider les consommateurs à s'y retrouver dans des différends complexes.

Lors d'un voyage familial au Royaume-Uni, l'enfant de quatre ans du consommateur est tombé malade et a été hospitalisé pendant deux semaines après avoir reçu un diagnostic de maladie de Kawasaki, occasionnant près de 20 000 \$ de frais. L'assureur a par la suite refusé la réclamation du consommateur, affirmant que la maladie de Kawasaki était liée à un état de santé instable qui existait dans les 30 jours précédant le départ. Si l'hospitalisation à l'étranger était liée à un état instable avant le départ, l'assureur pouvait refuser la couverture en vertu de l'exclusion de la police applicable aux états de santé instables.

Le consommateur n'était toutefois pas d'accord et estimait que les symptômes de l'enfant avant le voyage n'étaient pas liés au diagnostic ultérieur de maladie de Kawasaki. Se sentant dépassé et stressé par la situation, il a demandé l'aide de l'OAP. Dans son examen, l'OAP a constaté que l'enfant avait reçu des soins médicaux dans les 30 jours précédant le départ pour une fièvre récurrente et des symptômes respiratoires qui avaient été diagnostiqués et traités comme de l'asthme.

Afin de mieux évaluer le dossier, l'OAP a demandé au consommateur d'obtenir des dossiers médicaux supplémentaires relatifs à l'hospitalisation au Royaume-Uni. Le consommateur a trouvé de l'information appuyant la position selon laquelle l'hospitalisation n'était pas liée aux symptômes respiratoires ni à l'asthme constatés avant le départ. Après un examen approfondi de toute la preuve médicale, des dispositions de la police et de l'avis médical obtenu par l'assureur, l'OAP a conclu qu'il n'y avait pas suffisamment de preuves pour soutenir la position de l'assureur selon laquelle l'hospitalisation à l'étranger était liée à l'état instable antérieur au départ.

L'OAP a communiqué ces conclusions à l'assureur et lui a demandé de réexaminer l'application de l'exclusion de la police visant les états médicaux instables. Après examen de l'information, l'assureur a accepté de rembourser au consommateur environ 20 000 \$ de frais médicaux. Le consommateur s'est dit reconnaissant de la façon dont le dossier avait été traité, soulignant que l'OAP avait joué un rôle déterminant dans son règlement.

Ce cas montre comment l'enquête de l'OAP peut contribuer à faire en sorte que les exclusions prévues par la police soient appliquées équitablement et appuyées par la preuve, particulièrement lorsque le lien entre un état instable et un événement médical ultérieur n'est pas clair.

Compagnies participantes



Acadie Vie	BMO Compagnie d'assurance-vie	Compagnie d'assurance vie RBC
Actra, La Société Fraternelle	Canassurance compagnie d'assurance	Compagnie d'assurance-vie CIBC Limitée
Aetna Life Insurance Company	Chevaliers de Colomb	Compagnie d'Assurance-Vie CUMIS, La
Alan CA Inc.	Chubb du Canada Compagnie d'Assurance-Vie	Compagnie d'assurance-vie Pavonia de Michigan
Alberta Blue Cross	CIGNA du Canada compagnie d'assurance sur la vie	Compagnie d'assurance-vie Première du Canada (Securian)
Allianz Care	Co-operators, Compagnie d'Assurance-Vie	Compagnie d'Assurance-Vie Primerica du Canada, La
American Bankers Compagnie d'Assurance Vie de la Floride (Assurant)	Compagnie de rentes Blumont, La	Croix Bleue Medavie
American, compagnie d'assurance-vie et d'assurance-maladie (Triton)	Compagnie d'Assurance (Canada Vie)	Croix Bleue Quebec
Assomption Compagnie Mutuelle d'Assurance-Vie	Compagnie d'assurance Combined d'Amérique	Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie
Assurance-Vie Banque Nationale, Compagnie d'assurance-vie	First Canadian Insurance Corporation	Empire, Compagnie d'Assurance-Vie
Beneva	Old Republic Insurance Company of Canada	Europ Assistance

Équitable Compagnie d'Assurance-Vie du CanadaFinancière Foresters	La Compagnie d'Assurance-vie Wawanesa	Société d'assurance- vie des enseignantes et enseignants (fraternelle), La
Financière Sun Life	Lloyd's Canada Inc.	Actra, La Société Fraternelle
Foresters	Manitoba Blue Cross	
Foresters Life	Manuvie	Starr Insurance & Reinsurance Limited
Green Shield Assurance	Munich Reinsurance America, Inc.	TD, Compagnie d'assurance-vie (TD Assurance)
Green Shield Canada	New York Life, Compagnie d'assurance	Trans Global Insurance/Trans Global Life
Group Medical Services (GMS Insurance Inc.)	Nord-américaine, première compagnie d'assurance, La	TruStage Vie du Canada
Humania Assurance Inc.	Pacific Blue Cross	UV Assurance
Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.	Reliable, Compagnie d'Assurance-Vie, La	Vie Croix Bleue
ivari	Saskatchewan Blue Cross	Zurich Canada
La Compagnie d'Assurance Générale Co-operators	Serenia Life	



Notre conseil d'administration

Administrateurs indépendants



*Dan
Levert*



*Charlene
Butler*



*Leah
Myers*



Geoff Plant
O.C.-B., c.r.



*Louise
Shiller*

Administrateurs de l'industrie



*Dr. Dieter
Kays*



*Mary
Nemeth*



*Frank
Swedlove*

A vertical photograph of a forest with tall, moss-covered tree trunks and a ground covered in fallen yellow leaves. The image is partially obscured by a dark blue overlay on the right side.

États financiers

Service de conciliation des assurances de personnes du Canada (exerçant ses activités sous le nom d'Ombudsman des assurances de personnes)

et rapport de l'auditeur indépendant sur ces états exercice clos le 31 mars 2026

RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT

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

Opinion

Nous avons effectué l'audit des états financiers du Service de conciliation des assurances de personnes du Canada (exerçant ses activités sous le nom d'Ombudsman des assurances de personnes) (« l'entité »), qui comprennent :

- l'état de la situation financière au 31 mars 2026;
- l'état des résultats pour l'exercice clos à cette date;
- l'état des variations du solde du fonds de fonctionnement pour l'exercice clos à cette date;
- l'état des flux de trésorerie pour l'exercice clos à cette date;
- ainsi que les notes annexes, y compris le résumé des principales méthodes comptables;

(ci-après, les « états financiers »).

À notre avis, les états financiers ci-joints donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière de l'entité au 31 mars 2026, ainsi que des résultats de son 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.

Fondement de l'opinion

Nous avons effectué notre audit conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada. Les responsabilités qui nous incombent en vertu de ces normes sont plus amplement décrites dans la section « **Responsabilités de l'auditeur à l'égard de l'audit des états financiers** » de notre rapport de l'auditeur.

Nous sommes indépendants de l'entité conformément aux règles de déontologie qui s'appliquent à notre audit des états financiers au Canada et nous nous sommes acquittés des autres responsabilités déontologiques qui nous incombent selon ces règles.

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.

Bay Adelaide Centre
Bureau 4600, 333 Bay Street
Toronto (Ontario) M5H 2S5
Canada
Téléphone 416-777-8500
Télécopieur 416-777-8818

Responsabilités de la direction et des responsables de la gouvernance à l'égard des   tats financiers

La direction est responsable de la préparation et de la présentation fidèle des   tats 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'  tats financiers exempts d'anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs.

Lors de la préparation des   tats financiers, c'est à la direction qu'il incombe d'évaluer la capacité de l'entité à poursuivre son exploitation, de communiquer, le cas échéant, les questions relatives à la continuité de l'exploitation et d'appliquer la base de la continuité de l'exploitation, sauf si la direction a l'intention de liquider l'entité ou de cesser son activité ou si aucune autre solution réaliste ne s'offre à elle.

Il incombe aux responsables de la gouvernance de surveiller le processus d'information financière de l'entité.

Responsabilités de l'auditeur à l'égard de l'audit des   tats financiers

Nos objectifs sont d'obtenir l'assurance raisonnable que les   tats financiers pris dans leur ensemble sont exempts d'anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs, et de délivrer un rapport de l'auditeur contenant notre opinion.

L'assurance raisonnable correspond à un niveau élevé d'assurance, qui ne garantit toutefois pas qu'un audit réalisé conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada permettra toujours de détecter toute anomalie significative qui pourrait exister.

Les anomalies peuvent résulter de fraudes ou d'erreurs et elles sont considérées comme significatives lorsqu'il est raisonnable de s'attendre à ce que, individuellement ou collectivement, elles puissent influencer sur les décisions économiques que les utilisateurs des   tats financiers prennent en se fondant sur ceux-ci.

Dans le cadre d'un audit réalisé conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada, nous exerçons notre jugement professionnel et faisons preuve d'esprit critique tout au long de cet audit.

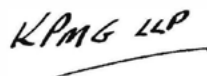
En outre :

- nous identifions et évaluons les risques que les   tats financiers comportent des anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs, concevons et mettons en oeuvre des procédures d'audit en réponse à ces risques, et réunissons des éléments probants suffisants et appropriés pour fonder notre opinion.

Le risque de non-détection d'une anomalie significative résultant d'une fraude est plus élevé que celui d'une

anomalie significative résultant d'une erreur, car la fraude peut impliquer la collusion, la falsification, les omissions volontaires, les fausses déclarations ou le contournement du contrôle interne;

- nous acqu  rons une compréhension des éléments du contrôle interne pertinents pour l'audit 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;
- nous apprécions le caractère approprié des méthodes comptables retenues et le caractère raisonnable des estimations comptables faites par la direction, de même que des informations y afférentes fournies par cette dernière;
- nous tirons une conclusion quant au caractère approprié de l'utilisation par la direction de la base de la continuité de l'exploitation et, selon les éléments probants obtenus, quant à l'existence ou non d'une incertitude significative liée à des   v  nements ou situations susceptibles de jeter un doute important sur la capacité de l'entité à poursuivre son exploitation. Si nous concluons à l'existence d'une incertitude significative, nous sommes tenus d'attirer l'attention des lecteurs de notre rapport de l'auditeur sur les renseignements fournis dans les   tats financiers au sujet de cette incertitude ou, si ces renseignements ne sont pas adéquates, d'exprimer une opinion modifiée. Nos conclusions s'appuient sur les éléments probants obtenus jusqu'à la date de notre rapport de l'auditeur. Des   v  nements ou situations futurs pourraient par ailleurs amener l'entité à cesser son exploitation;
- nous évaluons la présentation d'ensemble, la structure et le contenu des   tats financiers, y compris les informations fournies dans les notes, et apprécions si les   tats financiers représentent les opérations et   v  nements sous-jacents d'une manière propre à donner une image fidèle;
- nous communiquons aux responsables de la gouvernance notamment l'étendue et le calendrier prévus des travaux d'audit et nos constatations importantes, y compris toute d  fici  nce importante du contrôle interne que nous aurions relevée au cours de notre audit.



Chartered Professional Accountants

Licensed Public Accountants

Toronto, Canada

June 15, 2026

État de la situation financière

31 mars 2026, avec informations comparatives pour 2025

Actif	2026	2025
Actif à court terme		
Trésorerie et équivalents de trésorerie (note 2)	2 405 666 \$	2 017 099 \$
Charges payées d'avance et acomptes	70 975	33 219
Débiteurs	2 016	32 658
	2 478 657	2 082 976
Immobilisations corporelles (note 3)	727	—
	2,479,384 \$	2,082,976 \$
Passif et solde du fonds		
Passif à court terme		
Créditeurs et charges à payer	291 569 \$	222 271 \$
Solde du fonds		
Fonds de fonctionnement		
Investissement en immobilisations corporelles	727	—
Fonds non affecté	2 187 088	1 860 705
	2 187 815	1 860 705
Engagements (note 5)		
	2,479,384 \$	2,082,976 \$

Les états financiers audités complets sont disponibles sur demande.

État des résultats

Exercice clos le 31 mars 2026, avec informations comparatives pour 2025

Produits	2026	2025
Cotisations générales	2 645 320 \$	2 592 760 \$
Placements	26 944	54 819
	2 672 264	2 647 579
Charges		
Personnel et services de règlement des litiges	1 493 058	1 370 864
Honoraires professionnels	194 792	186 590
Honoraires du conseil d'administration	214 592	180 077
Réunions du conseil et déplacements	85 061	101 852
Frais de gestion (note 4)	105 863	101 632
Technologie de l'information	49 644	50 552
Loyers et frais d'occupation	34 550	35 620
Réunions du personnel et déplacements	24 001	22 525
Communications	74 447	2 055
Télécommunications	16 707	17 062
Assurances	24 820	23 970
Fourniture et services	12 128	9 667
Formation et perfectionnement	14 473	5 682
Amortissement des immobilisations corporelles	81	—
Traduction	937	995
	2 345 154	2 109 143
Excédent des produits par rapport aux charges	327 110 \$	538,436 \$

Les états financiers audités complets sont disponibles sur demande.

État des variations du solde du fonds de fonctionnement

Exercice clos le 31 mars 2026, avec informations comparatives pour 2025

	2026			2025		
	Investissements en immobilisations corporelles	Fonds de fonctionnement non affecté	Total	Investissements en immobilisations corporelles	Fonds de fonctionnement non affecté	Total
Actif net à l'ouverture de l'exercice	—	1 860 705 \$	1 860 705 \$	—	1 322 269 \$	1 322 269 \$
Excédent (insuffisance) des produits par rapport aux charges	(81)	327 191	327 110	—	538 436	538 436
Évolution des investissements en immobilisations corporelles, montant net	808	(808)	—	—	—	—
Actif net à la clôture de l'exercice	727 \$	2 187 088 \$	2 187 815 \$	—	1 860 705 \$	1 860 705 \$

Les états financiers audités complets sont disponibles sur demande.

État des flux de trésorerie

Exercice clos le 31 mars 2026, avec informations comparatives pour 2025

	2026	2025
Flux de trésorerie liés aux activités suivantes :		
Activités de fonctionnement		
Excédent des produits par rapport aux charges	327 110 \$	538 436 \$
Amortissement des immobilisations corporelles sans effet sur la trésorerie	81	—
Variation des éléments hors caisse du fonds de roulement lié au fonctionnement		
Charges payées d'avance et acomptes	(37 756)	22 499
Débiteurs	30 642	(32 408)
Créditeurs et charges à payer	69 298	(453 352)
	389 375	75 175
Activités d'investissement		
Acquisition de matériel	(808)	—
Augmentation de la trésorerie et des équivalents de trésorerie	388 567	75 175
Trésorerie et équivalents de trésorerie à l'ouverture de l'exercice	2 017 099	1 941 924
Trésorerie et équivalents de trésorerie à la clôture de l'exercice	2 405 666 \$	2 017 099 \$

Les états financiers audités complets sont disponibles sur demande.



Communiquer avec l'OAP

2, rue Bloor Ouest, bureau 700
Toronto, ON, M4W 3E2

Sans frais au Canada : 1-888-295-8112

Sans frais au Québec : 1-866-582-2088

Service de relais Bell : 1-800-855-0511
(personnes malentendantes)

olhi-oap.ca

