

ARSF

Autorité ontarienne de réglementation
des services financiers



www.fsrao.ca/fr



Rapport de l'examen thématique de l'assurance habitation

Juin 2024

25 Sheppard Avenue West
Suite 100
Toronto ON
M2N 6S6
Telephone: 416-250-7250
Toll free: 1-800-668-0128

25, avenue Sheppard Ouest
Bureau 100
Toronto (Ontario)
M2N 6S6
Téléphone : 416 250-7250
Sans frais : 1 800 668-0128

Résumé

L'assurance habitation joue un rôle important dans la protection de l'un des actifs les plus précieux que de nombreux Ontariens posséderont. Une couverture d'assurance habitation adéquate offre une tranquillité d'esprit et une protection aux propriétaires et aux locataires en cas de perte, de dommages ou de vol.

L'ARSF a identifié l'assurance IARD comme domaine de surveillance prioritaire pour assurer le traitement équitable des consommateurs de l'Ontario. Voir l'[Énoncé des priorités 2023-2026 de l'ARSF](#) pour obtenir les principaux produits livrables et les résultats prévus. L'ARSF adopte une approche de surveillance fondée sur les risques et les preuves. Cet examen thématique est un exemple important de l'approche proactive de l'ARSF en matière de surveillance dans le secteur de l'assurance IARD.

La collecte de renseignements sur le marché laissait entendre que les consommateurs subissaient des retards de service dans l'expertise et le règlement des réclamations d'assurance habitation. En plus de la pression accrue sur les assureurs IARD en raison de la hausse des coûts des sinistres, de l'inflation et des problèmes de chaîne d'approvisionnement, l'ARSF a lancé l'examen thématique en mettant l'accent sur les réclamations d'assurance habitation afin de mieux comprendre le parcours des réclamations des clients.

L'ARSF a examiné les pratiques de réclamations d'assurance habitation des 20 principales compagnies d'assurance qui souscrivent de l'assurance de biens meubles en Ontario. Ces sociétés représentaient 97 % de la part de marché en 2021, sur la base des primes souscrites directes. Les données ont été autodéclarées et n'ont pas été vérifiées de façon indépendante par l'ARSF.

En se fondant sur les données soumises par les assureurs pour la période d'examen de 2019 à 2022, l'ARSF a cerné des secteurs de risque potentiels pour les consommateurs. Ces principales constatations sont les suivantes :

- Durée variable du règlement des réclamations d'un assureur à l'autre
- Utilisation et suivi incohérents des relevés des dommages

- Manque de surveillance démontrée des experts en assurance
- Absence de suivi et de déclaration des motifs du refus de la réclamation
- Communication incohérente et inadéquate avec les consommateurs

L'ARSF s'attend à ce que les assureurs traitent les consommateurs équitablement conformément aux principes établis du traitement équitable des clients. De plus, on s'attend à ce que les assureurs respectent les exigences réglementaires. L'examen thématique de l'assurance habitation de l'ARSF a permis de cerner les possibilités pour les assureurs d'améliorer leurs pratiques de traitement des sinistres à l'appui d'un traitement équitable des clients.

L'ARSF intégrera l'information recueillie dans le cadre de cet examen afin d'appuyer les futures initiatives de surveillance. De plus, l'ARSF peut chercher à valider les renseignements fournis dans le cadre de cet examen et à confirmer que les assureurs ont examiné et, au besoin, révisé leurs pratiques de traitement des réclamations et d'autres pratiques par rapport aux possibilités cernées dans le présent rapport au cours des activités de surveillance futures. Pour terminer, les résultats de l'examen éclaireront l'élaboration du Cadre de surveillance des pratiques de l'industrie de l'ARSF pour l'assurance IARD et aideront davantage l'ARSF à évaluer les domaines prioritaires de surveillance dans le secteur.

Partie I : Définition du contexte

1. Réglementation fondée sur les principes et traitement équitable des clients

Les objets de l'ARSF établissent son objectif en tant qu'organisme de réglementation et aident à orienter la surveillance fondée sur des principes et axée sur les résultats et la réglementation du secteur des services financiers. Les [objets](#) sont notamment les suivants :

- promouvoir des normes de conduite professionnelle élevées,
- promouvoir la transparence et la divulgation de renseignements,
- protéger les droits et intérêts des consommateurs;
- prévenir toute conduite, pratique et activité trompeuse ou frauduleuse.

L'ARSF applique une approche fondée sur des principes à l'égard de la réglementation, ce qui signifie qu'elle s'éloigne du recours à des règles détaillées et normatives pour adopter des principes de haut niveau et énoncés de façon générale afin d'établir les attentes à l'égard des pratiques de l'industrie. Le principe clé de la surveillance des pratiques de l'industrie est le traitement équitable des clients. La réglementation fondée sur les principes exige que les assureurs disposent de systèmes, de processus, de politiques, de données, de rapports et de la culture nécessaires pour agir de manière cohérente, qui favorise le traitement équitable des clients. Elle exige que la haute direction, les conseils d'administration des assureurs et l'organisme de réglementation soient convaincus que l'organisation atteint les résultats souhaités. Assurer des résultats équitables pour les clients aide à protéger l'intérêt public en renforçant la confiance dans le secteur des assurances IARD.

L'ARSF utilise des évaluations des risques des secteurs qu'elle réglemente afin de mieux comprendre les tendances, ainsi que pour cerner les risques émergents et les préjudices potentiels qui peuvent avoir une incidence sur les consommateurs. Cette approche fondée

sur les risques permet à l'ARSF de concentrer ses ressources de surveillance sur les secteurs où le risque de préjudice pour les consommateurs est le plus élevé.

L'ARSF tient compte de la conformité d'un assureur à la *Loi sur les assurances* (Ontario) et à ses règlements, ainsi qu'à la Règle de l'ARSF sur les *actes ou pratiques malhonnêtes ou mensongers* (« APMM »). En tant qu'organisme de réglementation fondé sur des principes, la Règle sur les APMM vise à rendre la supervision de l'assurance plus transparente, dynamique et flexible. Elle contient des dispositions précises qui interdisent explicitement aux assureurs et aux intermédiaires de se livrer à une conduite qui entraîne ou pourrait entraîner un traitement injuste des clients, comme les questions liées aux pratiques déloyales en matière de réclamations.

Les principes, les processus et les pratiques internes de l'ARSF sont conformes à la Ligne directrice en matière d'approche n° GR0008APP de l'ARSF, *Traitement équitable des clients du secteur de l'assurance* (ligne directrice sur le TEC), dans laquelle l'ARSF indique qu'elle utilisera la [Directive : Conduite des activités d'assurance et traitement équitable des clients](#), adoptée conjointement par le Conseil canadien des responsables de la réglementation d'assurance (CCRRA) et les Organismes canadiens de réglementation en assurance (OCRA), pour superviser la conduite des assureurs et d'autres entités que l'ARSF réglemente en vertu de la *Loi sur les assurances* (Ontario), en ce qui concerne le traitement équitable des clients.

Dans le cadre de son travail de surveillance, l'ARSF examine si les assureurs respectent la ligne directrice sur le TEC dans l'établissement et le maintien de politiques et de pratiques commerciales qui sont efficaces pour assurer un traitement équitable des clients. Bien que l'ARSF s'attende à ce qu'elles se conforment à la ligne directrice sur le TEC, étant donné que celle-ci est fondée sur des principes, les titulaires de permis ont la latitude de déterminer la meilleure façon d'atteindre les résultats escomptés et de démontrer raisonnablement l'application des principes d'une manière appropriée à la nature, à la taille et à la complexité de leurs activités commerciales.

2. Approche de surveillance fondée sur les risques et des preuves

Dans le cadre de la supervision de la conduite, l'ARSF s'appuie sur la collecte de données, de renseignements sur le marché et d'analyses des risques pour prendre des décisions éclairées et fondées sur des données probantes. L'information et les données sont essentielles à l'approche de surveillance de l'ARSF, qui doit recueillir suffisamment de preuves et de données pour cerner les risques potentiels. L'ARSF peut utiliser divers outils de surveillance pour évaluer la conduite des assureurs, notamment la *Loi sur les assurances*, le Règlement, la *Loi sur l'ARSF*, le traitement équitable des clients (TEC), les règles et lignes directrices de l'ARSF ainsi que la Règle sur les APMM.

3. Objectif et approche de l'examen thématique de l'assurance habitation

L'assurance habitation est un type d'assurance de biens qui couvre les pertes et les dommages à la résidence d'un particulier et à son contenu ainsi que la couverture de responsabilité civile personnelle. L'assurance couvre les propriétaires ou locataires pour les pertes imprévues dans la résidence ou sur la propriété. Elle est considérée par beaucoup comme une couverture d'assurance essentielle pour les propriétaires et les locataires de l'Ontario. Il existe des exigences législatives limitées régissant cette couverture et les produits sont complexes, les libellés et les avenants des polices variant selon l'assureur.

En 2023, l'ARSF a mené l'examen thématique de l'assurance habitation axé sur les réclamations d'assurance habitation. L'objectif de l'examen était de cerner les plus grands risques de préjudice pour les consommateurs dans le secteur de l'assurance habitation et d'informer l'ARSF d'autres problèmes potentiels en matière d'assurance IARD (par exemple, les ententes de sous-traitance de l'assureur pour des activités comme la distribution et la gestion des réclamations). En mai 2023, l'ARSF a envoyé un questionnaire sur l'assurance habitation à 20 assureurs IARD représentant environ 97 % de la part de marché des primes souscrites directement en assurance de biens meubles en 2021. Par conséquent, l'ARSF est d'avis que les observations formulées dans le présent rapport reflètent les pratiques de l'industrie de l'assurance IARD en Ontario.

L'examen thématique de l'assurance habitation englobait les réclamations liées aux biens, au contenu et à la responsabilité personnelle des propriétaires et des locataires, ce qui avait une incidence directe sur les résultats pour les consommateurs au moment du sinistre. L'examen excluait les garanties des habitations et les garanties des produits.

L'ARSF a recueilli des renseignements de 2019 à 2022 dans les domaines suivants :

- la durée du cycle de réclamation;
- les refus de réclamations et le type de réclamations qui sont refusées;
- les procédures de réclamation;
- les preuves de sinistre;
- les politiques et les procédures, la surveillance de la gestion et la tenue des dossiers;
- les processus de traitement des plaintes propres aux transferts à des instances supérieures;
- la sous-traitance du traitement des réclamations par les assureurs à des experts en assurance titulaires d'un permis en vertu de la *Loi sur les assurances* (Ontario) (« experts en assurance indépendants »);

Aux fins de l'examen, une réclamation est :

- ouverte ou déclarée lorsque l'assureur ouvre le dossier de réclamation;
- considérée comme refusée si l'assureur refuse une partie quelconque de la réclamation (dans de tels cas, aucun paiement d'indemnité n'est effectué, mais le paiement de certains frais – honoraires d'expert ou d'expert en assurance, etc., peut être effectué. Les refus partiels ont été exclus.);
- fermée lorsque le paiement final est transmis à l'assuré.

Avant le lancement de l'examen thématique, l'ARSF a mobilisé les intervenants, y compris plusieurs assureurs et groupes de l'industrie, au sujet de l'approche et des données que l'ARSF demandait au moyen du questionnaire. Le questionnaire envoyé aux assureurs était aligné sur certaines des données recherchées à l'échelle nationale dans le cadre de la Déclaration annuelle sur les pratiques commerciales du CCRRA afin de tirer parti des données dont les assureurs effectuent déjà le suivi et de limiter le fardeau.

Il convient de noter que, bien que 20 assureurs IARD aient été sélectionnés pour cet examen, seuls 19 ont rédigé des polices d'assurance habitation au cours de la période visée par le sondage. Ainsi, les résultats présentés dans le présent document proviennent de 19 assureurs. Sur les 19 assureurs qui ont répondu au sondage, certains ont déclaré séparément les renseignements de leur groupe de sociétés, qui ont été fusionnés à des fins d'analyse de données. Dans certains cas, l'ARSF a mené des entrevues de suivi auprès des assureurs afin d'obtenir un contexte supplémentaire sur les renseignements déclarés. Les résultats ont été autodéclarés par les assureurs et n'ont pas été vérifiés de façon indépendante par l'ARSF.

L'examen était conforme à la priorité de l'ARSF pour 2023-2024 d'assurer le traitement équitable des clients du secteur de l'assurance IARD. Il a fourni à l'ARSF des données à jour et des renseignements sur le marché concernant les réclamations d'assurance habitation en Ontario. En plus des prochaines étapes décrites dans le présent rapport, les observations découlant de l'examen appuieront l'établissement d'un cadre de surveillance pour le secteur de l'assurance IARD non automobile.

Partie II : Principales constatations et attentes de l'ARSF

Les principales constatations ci-dessous décrivent les renseignements autodéclarés à l'ARSF par les assureurs interrogés et interviewés dans le cadre de l'examen thématique de l'assurance habitation. L'ARSF encourage les assureurs à utiliser les données du présent rapport comme point de référence pour améliorer leurs pratiques en matière de réclamations et évaluer et harmoniser leurs politiques et procédures avec les normes de l'industrie et les attentes de l'ARSF.

Les cinq principales constatations sont les suivantes :

- Durée variable du règlement des réclamations d'un assureur à l'autre
- Utilisation et suivi incohérents des relevés des dommages
- Manque de surveillance démontrée des experts en assurance indépendants
- Absence de suivi et de déclaration des motifs du refus de la réclamation
- Communication incohérente et inadéquate avec les consommateurs

D'après les réponses reçues par l'ARSF, il est évident que les assureurs s'efforcent de fournir des solutions équitables aux consommateurs qui présentent des réclamations d'assurance habitation. Cependant, il existe également des possibilités d'améliorer leurs pratiques de traitement des réclamations et d'appuyer de meilleurs résultats pour les consommateurs. Des détails sur chacun de ces domaines sont fournis ci-dessous.

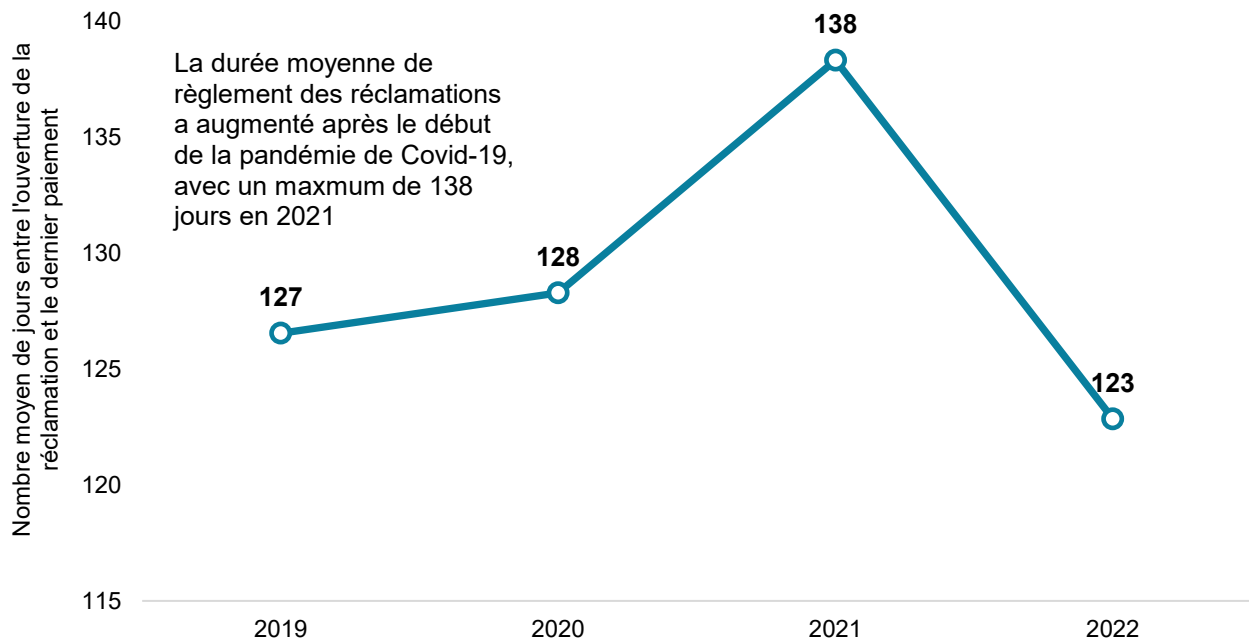
Principale constatation n° 1 :

Durée variable du règlement des réclamations d'un assureur à l'autre

D'après l'analyse des données recueillies pour les années 2019 à 2022, il a été observé qu'en 2019, le nombre moyen de jours pour régler une réclamation d'assurance habitation

était de 127 jours. La durée moyenne du règlement a atteint un maximum de 138 jours en 2021, comme l'indique le tableau n° 1 ci-dessous.

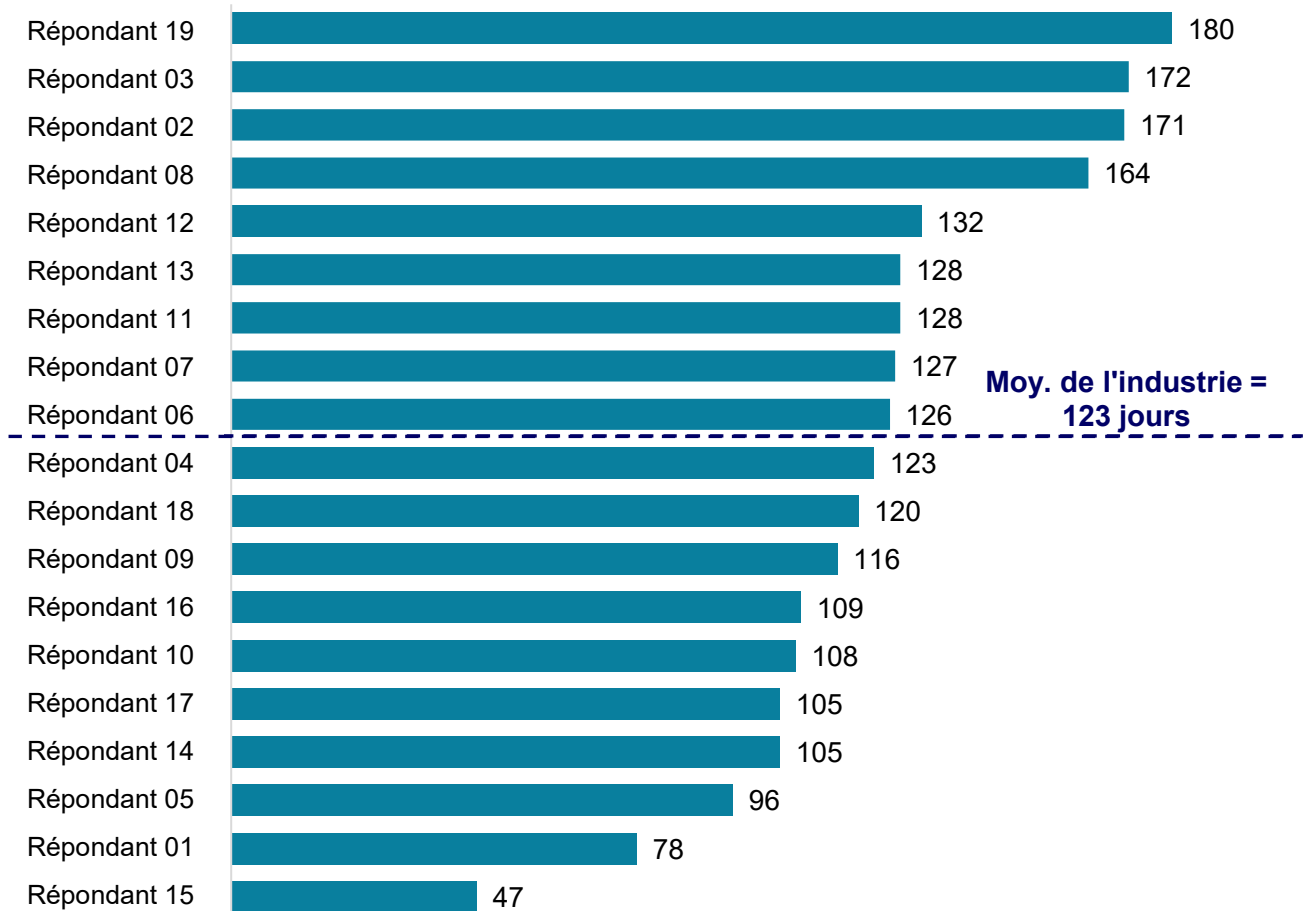
Tableau 1 - Nombre moyen de jours entre l'ouverture de la réclamation et le dernier paiement (tous les assureurs)



L'année 2021 se distingue comme une anomalie. C'était la première année après une pandémie qui a imposé des défis sans précédent à l'industrie. Elle a été caractérisée par la réouverture des entreprises et les défis persistants pour la chaîne d'approvisionnement, ce qui a prolongé le règlement des réclamations par rapport aux autres années. En 2022, il y a eu un renversement de cette trajectoire ascendante et une légère amélioration de la durée moyenne des règlements, à 123 jours. Cela pourrait constituer un signe positif que l'industrie s'adapte et s'efforce de relever les défis continus. Il est impératif que les assureurs continuent d'améliorer les procédures de traitement des réclamations afin de s'assurer que les propriétaires reçoivent un règlement rapide de leurs réclamations.

Le tableau n° 2 ci-dessous illustre les durées déclarées pour le règlement des réclamations par assureur et est basé sur les assureurs individuels pour l'année 2022.

Tableau 2 - Nombre moyen de jours entre l'ouverture de la réclamation et le dernier paiement (2022)



L'ARSF a effectué une analyse plus approfondie des données de 2022, car il s'agissait des données les plus récentes recueillies. On a observé que le nombre moyen de jours déclarés entre l'ouverture d'une réclamation et le paiement final était de 123 jours. Le graphique montre qu'il y a une variation importante dans le temps dont les assureurs ont besoin pour régler les réclamations. En moyenne, le délai de règlement des réclamations en 2022 variait généralement de 180 jours à aussi peu que 47 jours. Des délais plus longs pour régler les réclamations peuvent imposer des pressions financières aux clients qui comptent sur les paiements d'indemnisation pour se remettre du sinistre.

L'ARSF a entrepris des entrevues de suivi avec certains assureurs afin de mieux comprendre les raisons des différents délais de règlement des réclamations. Ils ont été attribués en partie à des facteurs tels que les perturbations de la chaîne d'approvisionnement, les événements catastrophiques et une pénurie de main-d'œuvre qualifiée. D'autres facteurs comprennent la rareté du personnel des assureurs, les sinistres complexes de grande taille, la durée prolongée des réclamations en responsabilité et les réclamations qui exigent une enquête plus approfondie, telles que celles qui sont suspectes ou frauduleuses.

L'ARSF a été informée que certains assureurs ont eu de la difficulté à extraire la date finale du paiement de l'indemnisation (une réclamation est fermée lorsque le paiement final est transmis à l'assuré) par rapport au paiement final des dépenses. Dans de tels cas, même après avoir émis un paiement final à l'assuré, le dossier est resté ouvert jusqu'à ce qu'un paiement distinct soit versé à un fournisseur tiers (honoraires d'expert en assurance, honoraires d'expert, etc.). Ce problème découle des limites relatives aux rapports dans les systèmes de réclamation des assureurs.

Attentes de l'ARSF

L'ARSF s'attend à ce que tous les assureurs IARD de l'Ontario soient prêts à soutenir leurs clients dans un paysage en constante évolution. L'ARSF exhorte les assureurs à revoir et à améliorer leurs pratiques de traitement des réclamations afin d'optimiser leurs processus et de réduire le risque de préjudice pour les consommateurs. L'établissement d'échéanciers cibles pour le traitement des réclamations et l'analyse comparative du rendement par rapport à ces cibles et à la moyenne de l'industrie serait une mesure positive pour s'assurer que le règlement rapide des réclamations demeure un produit livrable clé. Il est impératif que les assureurs continuent d'affiner les processus de réclamation afin de répondre aux attentes des consommateurs et de s'assurer que les propriétaires reçoivent des règlements rapides de leurs réclamations.

Les assureurs devraient maintenir des documents écrits sur leurs procédures de traitement des réclamations, y compris les délais. On peut raisonnablement s'attendre à ce que le fait qu'un expert en assurance ou un assureur ne fournisse pas à un demandeur des renseignements opportuns, clairs, complets et exacts sur l'état d'une réclamation entraîne le résultat établi au paragraphe 5 (1) de la Règle sur les APMM. Cela est également

conforme à la ligne directrice sur le TEC en ce qui concerne le règlement des réclamations. L'ARSF encourage les assureurs à communiquer avec les consommateurs si les délais de règlement des sinistres sont prolongés en raison de circonstances exceptionnelles.

Principale constatation n° 2 :

Utilisation et suivi incohérents des relevés des dommages

Un relevé des dommages est une déclaration formelle fournie par le demandeur, détaillant les faits sur un sinistre dans un format spécifié par l'assureur. Bien que de nombreux assureurs distribuent généralement des relevés des dommages au début d'une réclamation, le suivi cohérent des relevés remplis est souvent absent. Certains assureurs envoient des relevés des dommages vierges pour chaque réclamation, mais n'exigent pas qu'ils soient remplis dans le cadre du processus de réclamation dans toutes les circonstances. Sur la base de discussions avec les assureurs, une preuve de sinistre est généralement demandée pour les sinistres impliquant le vol, la fraude potentielle, les pertes importantes, ou les différends, etc. dans les règlements de réclamation. Les assureurs ont indiqué qu'ils utilisent la preuve de sinistre pour assurer la transparence, la rigueur et le traitement équitable lors de la gestion des réclamations.

Attentes de l'ARSF

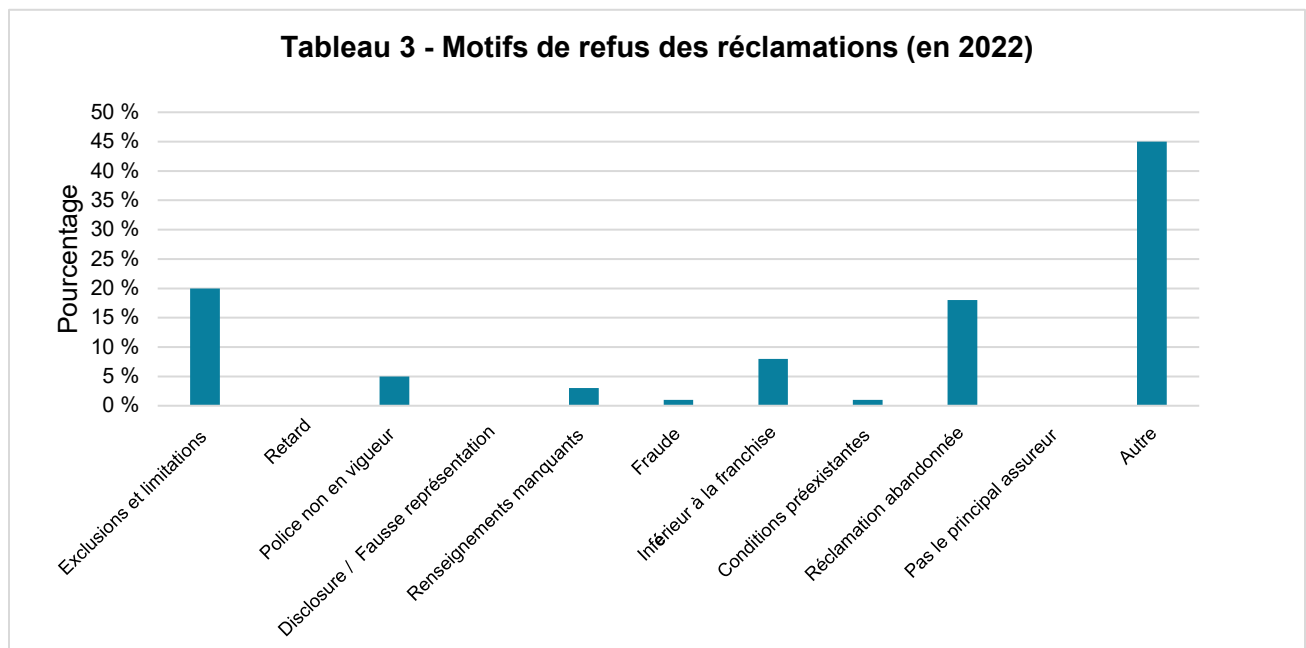
Même si les assureurs indiquent aux demandeurs que le relevé des dommages n'est pas requis pour leur réclamation, l'ARSF s'attend à ce que les consommateurs soient traités équitablement. On peut raisonnablement s'attendre à ce que le fait qu'un assureur ne suive pas des procédures de réclamation qui sont justes, simples et accessibles entraîne le résultat établi à l'alinéa 5 (1) v) de la Règle sur les APMM. Cela comprend la fourniture d'un relevé des dommages à un demandeur, comme l'exige la *Loi sur les assurances* (Ontario). Conformément à la ligne directrice sur le TEC, l'ARSF s'attend à ce que les demandeurs soient informés des procédures, des formalités et des délais communs pour le règlement des réclamations.

Principale constatation n° 3 :

Absence de suivi et de déclaration uniformes des motifs du refus des réclamations

Parmi les assureurs interrogés, 16 % n'ont pas fourni de données sur les refus de réclamations en raison des limites du système. D'après les données soumises, les motifs les plus courants des refus en 2022 étaient les suivants (voir l'illustration dans le tableau n° 3) :

1. Autres (45 %)
2. Exclusions et limitations (20 %)
3. Réclamation abandonnée (18 %)
4. Montant inférieur à la franchise (8 %)
5. Police non en vigueur (5 %)



Autre

En 2022, la classification « Autre » pour les refus de réclamations représentait environ 45 % des refus selon les données déclarées. Les autres assureurs n'ont pas fourni de renseignements sur les refus de réclamations ou n'ont signalé aucun refus sous la rubrique « Autre ». Lors d'entrevues subséquentes, les compagnies ont fourni différents facteurs pour expliquer le grand nombre de réclamations classées sous « Autre », y compris :

- les limites liées à la production de rapports, comme l'absence de champs pour saisir les données de façon uniforme;
- les champs de données destinés à la production de rapports et au suivi détaillés n'étaient pas utilisés de façon uniforme parce qu'ils n'étaient pas obligatoires dans le processus de réclamation de l'assureur;
- des réclamations en double ouvertes par erreur ont été fermées dans la catégorie « Autres ».

D'après les renseignements recueillis auprès des assureurs, il existe des lacunes potentielles dans les systèmes de suivi des sinistres et de production de rapports des assureurs, avec un grand volume de réclamations classées comme « Autres ». De plus, d'après les discussions avec les assureurs, ces lacunes potentielles peuvent provenir de déficiences et d'insuffisances possibles à la fois dans les systèmes et dans la formation du personnel.

Exclusions et limitations

Comme l'illustre le tableau n° 3, environ 20 % des refus de réclamations déclarés étaient classés dans la rubrique « Exclusions et limitations » dans les polices. Les assureurs ont noté que les dommages causés par l'eau sont une exclusion courante dans les polices d'assurance habitation. De plus, les assureurs ont fait remarquer que la couverture de certains problèmes, par exemple ceux liés aux moisissures, peut être limitée, et que l'usure est généralement exclue dans le but de souligner la responsabilité des propriétaires en matière d'entretien. Le nombre de réclamations refusées en raison d'exclusions et de

limitations peut indiquer la nécessité d'augmenter l'éducation des consommateurs au point de vente concernant les conditions et les avenants des polices.

Attentes de l'ARSF

Les refus de réclamations sont une mesure clé des pratiques de l'industrie. La surveillance des tendances en matière de refus de réclamations peut aider les assureurs à cerner rapidement les pratiques commerciales qui peuvent créer un risque de préjudice pour les consommateurs. L'ARSF s'attend à ce que la communication avec les clients soit transparente, y compris la divulgation initiale de tous les renseignements pertinents sur les polices. L'ARSF recommande que les assureurs évaluent leurs activités en fonction des lacunes dans le suivi et la déclaration des renseignements sur les demandes de règlement, y compris les refus, et de l'incidence qu'un manque d'information peut avoir sur la prise de décisions à l'appui du traitement équitable des clients.

Un assureur ou un expert en assurance indépendant peut mieux démontrer qu'il traite ses demandeurs de façon raisonnable et équitable et qu'il n'obtient pas les résultats établis au paragraphe 5 (1) de la Règle sur les APMM s'il : a) conserve des renseignements qui lui permettent d'expliquer les motifs de ses décisions et b) fournit au demandeur en temps opportun des renseignements clairs, complets et exacts sur une décision prise à l'égard de sa demande conformément à l'alinéa 5 (1) vi) de la Règle sur les APMM. Conformément à la ligne directrice sur le TEC, l'ARSF s'attend à ce que les réclamations soient examinées avec diligence et équitablement réglées, au moyen d'une procédure simple et accessible.

Principale constatation n° 4 :

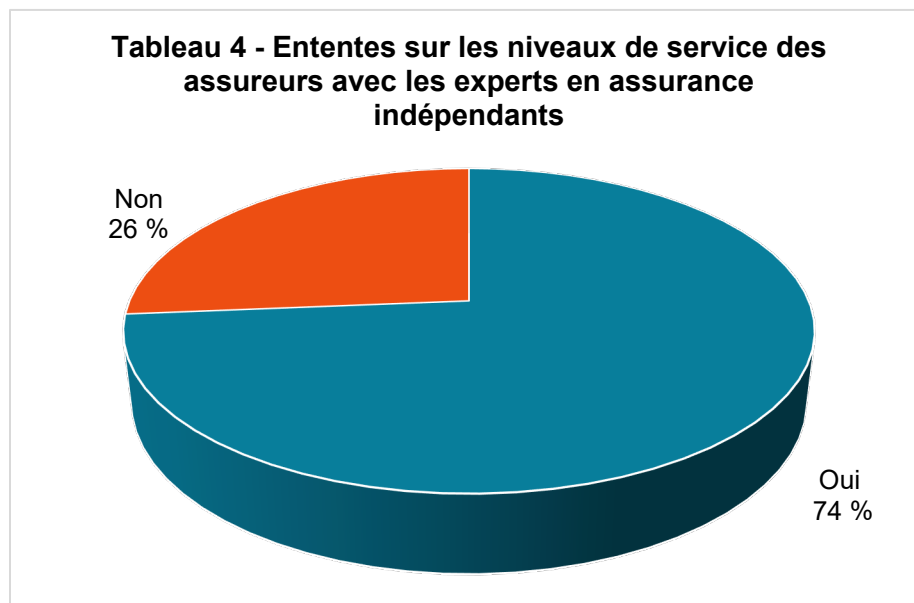
Manque de surveillance démontrée des experts en assurance indépendants

D'après l'examen des données soumises par les assureurs, il a été noté que la plupart des assureurs font appel à des experts en assurance indépendants à des degrés divers. Les raisons générales de l'utilisation d'experts en assurance indépendants sont les suivantes :

- répondre aux besoins en matière de capacité et à la pénurie de personnel interne;

- servir les zones géographiques où les assureurs n'ont pas de personnel à proximité,
- offrir aux clients une expérience solide et pratique en matière de réclamations et respecter les normes de service en matière de réclamations;
- faire face à des sinistres importants pour lesquels des visites en personne conviennent mieux, en fonction du sinistre et de son emplacement.

D'après les entrevues menées auprès des assureurs interrogés, l'ARSF a observé que certains assureurs n'ont pas de processus en place pour démontrer efficacement la surveillance des experts en assurance indépendants. De plus, l'ARSF a déterminé qu'environ 26 % des assureurs interrogés n'avaient pas d'ententes sur les niveaux de service (ENS) avec des experts en assurance indépendants.



L'absence d'ententes sur les niveaux de service et d'examen et de vérifications des experts en sinistres indépendants peut être un indicateur de l'absence de contrôles internes par les assureurs pour s'assurer que les processus opérationnels et de réclamation appuient le traitement raisonnable et équitable des réclamations d'assurance des consommateurs, comme l'exige le paragraphe 5 (1) de la Règle sur les APMM.

L'absence de procédures de surveillance appropriées peut mener à :

- des retards dans le traitement des demandes en raison de délais non définis;
- une qualité de service incohérente sans mécanismes pour assurer l'uniformité;
- une responsabilisation limitée à l'égard du rendement de l'expert en assurance, ce qui pourrait entraîner un mauvais service;
- l'augmentation de l'insatisfaction des clients à la raison de réclamations mal traitées.

Attentes de l'ARSF

Les assureurs sont ultimement responsables de veiller à ce que les intermédiaires à qui ils sous-traitent, y compris les experts en assurance, se conforment aux exigences réglementaires. La sous-traitance ou la délégation de fonctions à des experts en assurance indépendants ne libère pas les assureurs de leurs obligations réglementaires. On peut raisonnablement s'attendre à ce que le règlement ou le retard déraisonnable ou injuste dans l'arbitrage, l'expertise ou le règlement d'une réclamation entraîne le résultat établi au paragraphe 5 (1) de la Règle sur les APMM. On peut raisonnablement s'attendre à ce que l'absence de surveillance de la conformité d'un assureur pour s'assurer que les obligations sont respectées par des experts en assurance indépendants entraîne le résultat établi au paragraphe 5 (1) de la Règle sur les APMM. Les ENS sont l'un des moyens par lesquels les assureurs peuvent obtenir de meilleurs résultats pour les consommateurs et soutenir le respect de leurs obligations en vertu de la Règle sur les APMM. Comme il est indiqué dans la ligne directrice sur le TEC, lorsqu'ils sous-traitent des fonctions, les assureurs devraient en conserver l'entière responsabilité et les surveiller en conséquence.

Principale constatation n° 5 :

Communication incohérente et inadéquate avec les consommateurs

L'examen de l'ARSF a révélé des processus et des procédures de communication avec les consommateurs qui varient d'un assureur à l'autre. Les méthodes de communication comprenaient le choix du courrier électronique par certains assureurs, tandis que d'autres utilisaient des conversations téléphoniques avec un suivi écrit par courrier. Certains assureurs ont également des portails pour faciliter la communication avec les consommateurs.

De plus, d'après les réunions de suivi et les données du questionnaire, les assureurs disposent également de divers processus pour tenir les demandeurs au courant des étapes suivantes lors du refus d'une réclamation. Alors que certains assureurs décrivent le processus de contestation des réclamations dans les lettres de refus, d'autres renvoient les titulaires de police à leur site Web. Certains assureurs n'ont pas été en mesure de démontrer qu'ils ont des processus pour communiquer efficacement aux consommateurs, ainsi que les voies disponibles si le consommateur n'est pas satisfait d'une décision de l'assureur ou du résultat d'une réclamation.

Attentes de l'ARSF

Une communication régulière et cohérente entre l'assureur et le demandeur pour s'assurer que les consommateurs sont au courant du processus de réclamation favorisera un traitement équitable des consommateurs. L'ARSF encourage les assureurs à fournir aux consommateurs de l'information sur les options pour les prochaines étapes s'ils sont insatisfaits du résultat de la réclamation ou de la décision de l'assureur. Le fait d'offrir des options de règlement des différends en cas de refus de réclamations favorisera la transparence et améliorera les résultats pour les consommateurs. On peut raisonnablement s'attendre à ce que le fait qu'un assureur ou un expert en assurance ne suive pas un processus de traitement des réclamations équitable, simple et accessible entraîne le résultat établi à l'alinéa 5 (1) vi) de la Règle sur les APMM Conformément à la ligne directrice sur le TEC, l'ARSF s'attend à ce que les assureurs examinent les plaintes avec diligence et équité, en utilisant une procédure simple et accessible.

Partie III : Observations supplémentaires

Navigation dans les réclamations liées aux catastrophes naturelles

Au cours des discussions avec l'ARSF, les assureurs ont décrit diverses approches novatrices pour soutenir le paiement rapide des réclamations et un traitement équitable des consommateurs pour les réclamations liées aux catastrophes naturelles. Certains assureurs ont formé des équipes d'intervention en cas de catastrophe spécialisées avec des experts en assurance spécialisés, équipés pour un déploiement rapide après une catastrophe. Ces équipes utilisent des procédures simplifiées et automatisées pour une évaluation rapide des dommages, une estimation des pertes et une détermination équitable de l'indemnisation adaptée à de tels événements, excellent dans la gestion efficace de grands volumes de réclamations liées aux catastrophes naturelles et en tirant parti de la technologie de pointe pour un traitement plus rapide.

Des facteurs externes peuvent avoir une incidence sur le traitement des réclamations et présenter des défis pour les assureurs, y compris l'obtention d'entrepreneurs et les perturbations de la chaîne d'approvisionnement. Les assureurs doivent trouver un équilibre entre l'efficacité et la diligence raisonnable pour maintenir une bonne santé financière et l'intégrité de leurs activités tout en veillant à ce que les clients soient traités équitablement. Avec l'augmentation de la gravité et de la fréquence des événements catastrophiques, les assureurs doivent accepter cela comme la « nouvelle normalité » et donner la priorité à des résultats équitables pour les clients.

Sondages sur la satisfaction de la clientèle

Sur la base des renseignements déclarés, de nombreux assureurs envoient des sondages sur la satisfaction de la clientèle une fois qu'une réclamation est résolue. Certains assureurs ont déclaré que les sondages ne sont pas envoyés aux demandeurs dont les demandes sont refusées. Les assureurs pourraient envisager d'envoyer des sondages à tous les clients, plutôt que d'exclure ceux dont les réclamations sont refusées. Un plus grand nombre de répondants servira à améliorer les connaissances sur l'expérience client afin de contribuer à l'amélioration continue du processus de traitement des réclamations.

Recrutement, perfectionnement et maintien en poste du personnel

Les pénuries de personnel qualifié peuvent entraîner des délais de traitement des réclamations plus longs, des lacunes dans le traitement efficace des réclamations et de mauvais résultats pour les clients. Au cours de l'examen et des réunions de suivi, les assureurs ont souligné les défis auxquels fait face l'industrie des assurances IARD en ce qui a trait au recrutement et au maintien en poste d'employés qualifiés. Les assureurs ont décrit les efforts entrepris pour atténuer ces défis. Il s'agit notamment d'efforts de recrutement et de maintien en poste du personnel chargé des réclamations, de l'augmentation de la formation et de la rétroaction pour le personnel, et de l'établissement d'un réseau plus large d'experts en assurance indépendants.

L'ARSF reconnaît les efforts de recrutement des assureurs pour régler les problèmes de personnel et les efforts continus dans ce domaine. De plus, les assureurs sont encouragés à continuer d'adapter et d'améliorer leur capacité et leurs processus de gestion des réclamations afin de tenir compte d'un environnement de réclamations plus difficile.

Partie IV : Messages pour les consommateurs

En dehors de l'assurance automobile, l'assurance habitation peut être la couverture d'assurance achetée par de nombreux Ontariens qui a la plus grande incidence sur eux. Il est important que les consommateurs accordent la priorité à la protection de leurs biens grâce à des décisions d'assurance éclairées. Vous trouverez ci-dessous quelques mesures que les consommateurs peuvent prendre.

Étudiez différents assureurs pour obtenir le meilleur rapport qualité-prix : Faites vos recherches et travaillez avec votre agent ou votre courtier pour en savoir plus sur les couvertures et les prix de l'assurance habitation avant de souscrire une police. L'obtention de soumissions de plusieurs assureurs permet de comparer les options de couverture et les prix.

Comprenez vos options de couverture : Découvrez comment fonctionne votre police d'assurance habitation et ce qui est couvert par la police. L'ARSF a élaboré des conseils pour vous aider à [mieux comprendre l'assurance de biens](#), qui présentent un éventail de questions cruciales à considérer avant d'acquiescer une assurance de biens. Il est

particulièrement important d'être au courant de toute exclusion, car les polices et les couvertures relatives aux biens peuvent différer d'un assureur à l'autre.

Examinez votre police : Examinez régulièrement votre couverture d'assurance habitation en communiquant avec votre assureur, votre agent ou votre courtier pour vous assurer qu'elle correspond à l'évolution de vos besoins et de votre situation grâce à une couverture adéquate et à des avenants appropriés.

Comprenez le processus de réclamation : Familiarisez-vous avec les procédures de dépôt d'une réclamation et assurez-vous de comprendre le [processus de contestation des réclamations](#) de votre assureur et vos droits si vous n'êtes pas d'accord avec la position finale de vos assureurs.

Partie V : Conclusion et prochaines étapes

Au cours des dernières années, le marché canadien de l'assurance a été touché par de nouveaux défis, notamment la pandémie de COVID-19, le vieillissement des infrastructures et les changements climatiques. Le secteur de l'assurance IARD continuera de connaître un environnement dynamique où une souscription et une évaluation solides, une préparation aux crises et l'atténuation des risques sont essentielles à la viabilité des assureurs.

L'ARSF s'attend à ce que les assureurs traitent les consommateurs équitablement conformément aux principes établis du TEC et à la réglementation. L'examen thématique de l'assurance habitation de l'ARSF a permis de cerner les possibilités pour les assureurs d'améliorer leur traitement des réclamations et d'autres pratiques à l'appui d'un traitement équitable des clients.

D'après les constatations et les possibilités cernées dans le présent rapport, l'ARSF s'attend à ce qui suit de la part des assureurs :

- Les assureurs devraient maintenir des documents écrits sur leurs procédures de traitement des réclamations, y compris les délais. L'ARSF exhorte les assureurs à communiquer avec les consommateurs si les délais de règlement des sinistres sont prolongés en raison de circonstances exceptionnelles.

- Les assureurs devraient tenir les demandeurs au courant des procédures, des formalités et des délais communs pour le règlement des réclamations.
- Les assureurs devraient examiner les réclamations soient examinées et les régler de façon équitable, au moyen d'une procédure simple et accessible.
- Lorsqu'ils sous-traitent des fonctions à des experts en assurance indépendants, les assureurs devraient conserver l'entière responsabilité de ces fonctions sous-traitées et les surveiller en conséquence.
- Les assureurs devraient examiner les plaintes avec diligence et équité, en utilisant une procédure simple et accessible.

L'ARSF continuera de surveiller le paysage des réclamations d'assurance habitation en Ontario. L'engagement continu avec l'industrie et le Comité consultatif technique (CCT) en matière de surveillance de l'assurance IARD non automobile est un élément essentiel pour éclairer les priorités futures de l'ARSF en matière de surveillance du secteur. L'ARSF adopte une approche de surveillance fondée sur les risques et les preuves et intégrera l'information recueillie dans le cadre de cet examen pour appuyer les futures initiatives de surveillance. De plus, l'ARSF peut chercher à valider les renseignements fournis dans le cadre de cet examen et à confirmer que les assureurs ont examiné et, au besoin, révisé leurs pratiques de traitement des réclamations et d'autres pratiques par rapport aux possibilités cernées dans le présent rapport au cours des activités de surveillance futures. L'ARSF peut également effectuer d'autres examens fondés sur le risque de l'assurance habitation et d'autres couvertures d'assurance clés pour les Ontariennes et Ontariens. Les résultats de cet examen seront également intégrés au prochain Cadre de surveillance de l'assurance IARD de l'ARSF.