



Rapport découlant des travaux de surveillance en assurance maladies graves

Décembre 2021

Le présent rapport est la propriété de l'Autorité des marchés financiers
et toute utilisation à des fins commerciales est strictement interdite.

Table des matières

Mise en contexte	4
Constats globaux et sommaire des recommandations	6
Recommandations	8
1. Éviter de créer de la confusion ou d'induire une compréhension erronée du produit chez le consommateur par la documentation produite ou les publicités	8
2. Assister davantage le consommateur afin qu'il comprenne adéquatement le produit	9
3. Accompagner et communiquer avec l'assuré après l'achat d'une assurance afin qu'il soit informé, qu'il comprenne ses droits et obligations et qu'il connaisse le moment opportun pour exercer ceux-ci	12
4. Outiller davantage les réseaux de distribution pour conseiller adéquatement les clients	14
5. Faciliter le processus de demande d'indemnité, de traitement des plaintes et de règlement des différends	15
Outils et accompagnement offerts au consommateur par l'Autorité	16
Annexe A Parts de marché des principaux assureurs en assurance maladies graves au Québec	17
Annexe B Lexique	18

Mise en contexte

L'Autorité des marchés financiers (l'Autorité) rend public les **résultats de ses travaux de surveillance en assurance maladies graves** (appelée également « assurance maladies redoutées »)¹ menés auprès des principaux assureurs actifs dans ce domaine au Québec².

Dans le cadre de ses activités de surveillance, l'Autorité a choisi de prioriser ces travaux, considérant les caractéristiques complexes de la couverture et le langage technique utilisé dans les contrats. Ceux-ci ont été réalisés au moyen :

- D'une requête d'information³ transmise aux 22 principaux assureurs actifs en assurance maladies graves au Québec, lesquels représentaient plus de 95 % des parts de marché dans les grandes catégories d'assurance sur la vie et d'assurance contre la maladie ou les accidents :
 - 15 assureurs devaient remplir un questionnaire simplifié qui incluait des questions visant à obtenir des données quantitatives, entre autres, sur les primes souscrites, les contrats-cadres, les certificats et les polices, les prestations versées et encourues, les demandes d'indemnités, les refus (et leurs motifs) ainsi que les plaintes;
 - 7 assureurs parmi ceux détenant les plus grandes parts de marché devaient remplir un questionnaire détaillé qui incluait les mêmes questions que celles du questionnaire simplifié ainsi que des questions additionnelles sur les processus des assureurs et sur les caractéristiques de leurs produits en assurance maladies graves. Ces assureurs ont également transmis une série de documents à l'Autorité, lesquels concernaient principalement la documentation transmise aux assurés⁴ (ex. : dépliants, formulaires, modèles de lettres).
- D'entrevues menées auprès de représentants d'assureurs ayant rempli le questionnaire détaillé.

L'assurance maladies graves prévoit le versement d'une somme d'argent si l'assuré est atteint d'une maladie respectant la définition prévue au contrat.

Au Québec, depuis environ 30 ans, les assureurs offrent de l'assurance maladies graves tant en assurance individuelle qu'en assurance collective et ils la distribuent avec ou sans les conseils d'un représentant.

- 1 L'Autorité s'est appuyée sur plusieurs volets de la Ligne directrice sur les saines pratiques commerciales (la « Ligne directrice »), laquelle s'applique à tous les assureurs régis par la *Loi sur les assureurs*, RLRQ, c. A-32.1 (la « Loi sur les assureurs »).
https://lautorite.qc.ca/fileadmin/lautorite/reglementation/lignes-directrices-assurance/ligne-directrice-saines-pratiques-commerciales_fr.pdf
- 2 Le nom et les parts de marché respectives de ces principaux assureurs se retrouvent à l'annexe A.
- 3 La requête d'information couvrait une période de 3 ans (de 2016 à 2018 inclusivement) et visait uniquement les principaux assureurs actifs dans le domaine de l'assurance maladies graves au Québec. Elle ne visait pas les activités des représentants dûment certifiés auprès de l'Autorité.
- 4 Aux fins du présent document et afin d'alléger le texte, le terme « assuré » a été utilisé mais, selon le contexte, vise également l'« adhérent », par exemple pour un régime d'assurance collective.

Ces travaux de surveillance ont permis à l'Autorité de brosser un portrait global des pratiques commerciales ayant cours dans l'industrie et de mettre en lumière certaines améliorations que les assureurs devraient mettre en place afin de favoriser un traitement équitable du consommateur.

Par ce rapport, l'Autorité présente donc ce portrait⁵, partage ses principaux constats et recommandations et met en avant-plan, au bénéfice des consommateurs, les informations utiles disponibles sur son site Web.

Les recommandations émises par l'Autorité devraient permettre aux consommateurs de :

- Mieux comprendre le produit et la portée de la couverture proposée;
- Prendre une décision éclairée quant à la valeur ajoutée du produit et l'arrimage de celui-ci à leurs besoins;
- Connaître leurs droits et obligations et les exercer en temps opportun.

De plus, conformément à son Cadre de surveillance des institutions financières⁶, l'Autorité a également transmis un rapport de surveillance individuel et confidentiel aux principaux assureurs offrant ce produit, lequel contient notamment les recommandations citées au présent rapport. L'Autorité s'assurera de la mise en place d'actions appropriées pour répondre aux attentes exprimées dans ces rapports.

L'Autorité invite également tous les assureurs à prendre connaissance du présent rapport et de tous autres constats et recommandations qu'elle rend publics⁷ afin, de façon proactive, de les intégrer lorsqu'applicables aux activités de tous leurs secteurs d'affaires, en y faisant les adaptations appropriées.

5 Les données divulguées au présent rapport sont basées sur les informations transmises par les assureurs sondés en septembre 2019, pour les années 2016 à 2018. Elles n'ont pas fait l'objet d'une vérification de la part de l'Autorité ou d'une vérification indépendante. Un délai pour l'analyse de ces données a été nécessaire afin de permettre à l'industrie et à l'Autorité de prioriser la gestion des enjeux découlant de la pandémie de COVID-19. Ces données peuvent avoir légèrement évolué. Toutefois, les informations obtenues de l'Autorité démontrent que les constats et recommandations découlant de cette analyse demeurent d'actualité.

6 https://lautorite.qc.ca/fileadmin/lautorite/reglementation/assurances-inst-depot/2020/cadre-surveillance-2020_fr.pdf

7 Ex. : *Rapport de l'intervention transversale en assurance invalidité collective*, publié en mars 2019 : https://lautorite.qc.ca/fileadmin/lautorite/grand_public/publications/professionnels/assurance/Rapport-intervention-transversale-assurance-invalidite-collective_fr.pdf

Constats globaux et sommaire des recommandations

Les primes d'assurance maladies graves ont totalisé près de 510 millions de dollars en moyenne chaque année au Québec pour les années 2016, 2017 et 2018⁸. L'assurance maladies graves représente environ 3 % du total des primes souscrites annuellement par les assureurs au Québec pour l'ensemble de leurs produits en assurance de personnes (soit environ 17 milliards \$)⁹.

Bien que 73 % du total des primes est souscrit en assurance individuelle et 27 % en assurance collective, 18 % détiennent une assurance individuelle, tandis que 82 % d'entre eux sont couverts par l'entremise d'une assurance collective.

QUELQUES DONNÉES...

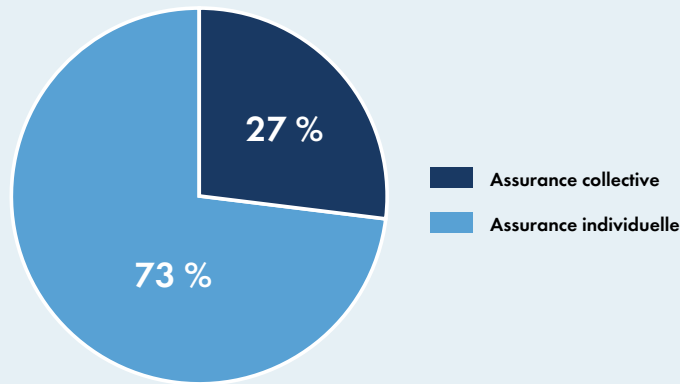


Fig. 1 Répartition du montant des primes souscrites par types de régime

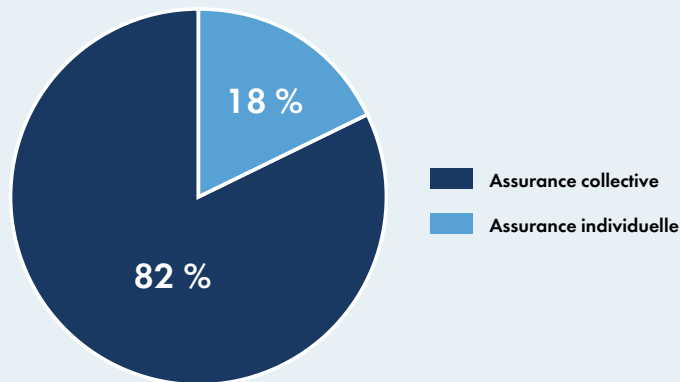


Fig. 2 Répartition du nombre de certificats (assurance collective) ou de polices (assurance individuelle) par types de régime

- 8 La méthodologie et la définition utilisées pour l'identification des primes sont les mêmes que celles du Relevé trimestriel et du Supplément annuel en assurance vie et de la Déclaration annuelle sur les pratiques commerciales du Conseil canadien des responsables de la réglementation d'assurance (CCRRA).
- 9 Le total des primes souscrites (environ 17 milliards \$) correspond à une moyenne annuelle des données publiées par l'Autorité aux rapports annuels sur les institutions financières de 2016, 2017 et 2018.

L'Autorité constate que l'assurance maladies graves offerte par une police d'assurance individuelle inclut généralement une couverture plus étendue (plus grand nombre de maladies couvertes et d'options, montant de couverture plus élevé), ce qui peut influencer le montant de prime exigé et, par le fait même, le total des primes souscrites. C'est ce qui peut expliquer que 18 % des polices génèrent 73 % des primes (assurance individuelle; voir graphiques précédents).

Dans chaque police individuelle ou certificat d'assurance délivré en vertu d'une assurance collective, les maladies graves couvertes sont précisées à la définition incluse au contrat.

L'Autorité a répertorié plus d'une trentaine de maladies pouvant être couvertes par les différents produits d'assurance maladies graves. Toutes ces maladies ne sont pas incluses à tous les contrats. Certains contrats n'offrent qu'une couverture pour les maladies les plus fréquentes, comme le cancer (à un stade mettant la vie en danger), la crise cardiaque (infarctus du myocarde) et l'accident vasculaire cérébral.

Ainsi, les maladies couvertes et les caractéristiques de celles-ci peuvent différer d'un produit à l'autre, que ce soit d'un assureur à un autre ou chez un même assureur. Il apparaît donc difficile pour un consommateur de comparer facilement les produits offerts.

Par ailleurs, les contrats incluent plusieurs limitations et exclusions (ex. : maladies préexistantes) de même que différentes périodes et délais à respecter qui peuvent s'avérer complexes à comprendre (ex. : délais de survie et de carence)¹⁰.

Les constats présentés dans ce rapport démontrent clairement que le consommateur ne comprend pas toujours les caractéristiques du produit qu'il achète¹¹.

Considérant ces constats, l'Autorité a transmis plusieurs recommandations aux assureurs et s'attend à ce que des correctifs soient apportés de manière à ce que les assureurs :

- Évitent de créer de la confusion ou d'induire une compréhension erronée du produit chez le consommateur par la documentation produite ou les publicités;
- Assistent davantage le consommateur pour qu'il comprenne adéquatement le produit;
- Accompagnent et communiquent avec l'assuré afin qu'il soit informé, qu'il comprenne ses droits et obligations et qu'il connaisse le moment opportun pour exercer ceux-ci;
- Outillent davantage leurs réseaux de distribution pour conseiller adéquatement leurs clients;
- Facilitent le processus de demande d'indemnité, de traitement des plaintes et de règlement des différends.

Les actions correctives mises en place par les assureurs relativement à ces constats et recommandations doivent permettre d'assurer un traitement équitable des consommateurs. À cet effet, l'Autorité fera un suivi des plans d'action soumis par les assureurs, continuera de suivre l'évolution des pratiques dans ce secteur et prendra les mesures appropriées lorsque requis.

10 Pour plus de détails sur les caractéristiques de l'assurance maladies graves, veuillez consulter le site de l'Autorité au lien suivant : <https://lautorite.qc.ca/grand-public/assurance/assurance-maladies-redoutees-graves>

11 L'assuré peut acheter (assurance individuelle) ou adhérer (assurance collective) à une couverture d'assurance maladies graves. Pour les fins du présent rapport et afin d'alléger le texte, seule l'expression « acheter » sera utilisée.

Recommandations

1. ÉVITER DE CRÉER DE LA CONFUSION OU D'INDUIRE UNE COMPRÉHENSION ERRONÉE DU PRODUIT CHEZ LE CONSOMMATEUR PAR LA DOCUMENTATION PRODUITE OU LES PUBLICITÉS

L'utilisation de statistiques et de slogans dans la documentation destinée aux consommateurs est très fréquente en assurance maladies graves.

Les assureurs qui utilisent des références à des **statistiques** devraient les limiter à celles qui peuvent être véritablement reliées à la portée de la maladie telle que définie au contrat. La définition et les caractéristiques énoncées au contrat sont souvent plus restrictives que les statistiques présentées.

Quant aux **slogans**, ils ne devraient pas créer de confusion ou induire une compréhension erronée du produit chez le consommateur quant à la couverture offerte.

Il faut éviter que le consommateur ait l'impression que la portée de cette couverture est plus englobante qu'en réalité, ou que son besoin d'assurance est plus important que son réel besoin.

Par exemple :

Le consommateur qui prend connaissance d'une publicité référant à une statistique générale qui englobe tous les stades ou niveaux d'une maladie grave en particulier pourrait croire que :

- Tous les stades ou niveaux de cette maladie sont couverts, alors qu'en réalité seuls ceux répondant à la définition du contrat le sont réellement (il pourrait donc croire que sa couverture est plus englobante qu'en réalité);
- Le risque qu'il soit atteint de cette maladie est au même niveau que celui présenté dans la statistique, alors qu'en réalité seul un pourcentage plus réduit est réellement couvert par son contrat (il pourrait donc croire que ses besoins en assurance maladies graves sont plus importants, considérant la probabilité d'être atteint de la maladie identifiée dans la statistique).

Les assureurs devraient donc s'assurer que les statistiques et les slogans utilisés, tant dans l'information destinée aux consommateurs que dans celle destinée aux réseaux de distribution :

- Sont adéquats et pertinents à l'égard des caractéristiques réelles du produit offert;
- Ne créent pas de confusion et n'induisent pas une compréhension erronée du produit, des besoins auxquels il répond ou de la couverture offerte.

QUELQUES DONNÉES...

Tous les assureurs consultés ont indiqué utiliser des **statistiques** dans leurs publicités, sur leur site Web ou dans leurs dépliants concernant l'assurance maladies graves. Ces statistiques proviennent de diverses **sources**, majoritairement de sources externes aux assureurs, dont des fondations et sociétés vouées à la sensibilisation et à la recherche sur des maladies spécifiques.

2. ASSISTER DAVANTAGE LE CONSOMMATEUR AFIN QU'IL COMPRENNE ADÉQUATEMENT LE PRODUIT

Le vocabulaire utilisé dans les contrats offrant des produits d'assurance maladies graves inclut souvent des termes complexes et techniques propres aux domaines de la médecine et de l'assurance qui sont peu compréhensibles pour le consommateur.

Comme indiqué précédemment, les maladies couvertes ne sont pas les mêmes d'un contrat à l'autre et leurs définitions peuvent varier. Le cancer (à un stade mettant la vie en danger), la crise cardiaque (infarctus du myocarde) et l'accident vasculaire cérébral sont généralement couverts.

Les produits d'assurance maladies graves peuvent également contenir les caractéristiques suivantes :

- Une couverture pour certaines chirurgies ou maladies spécifiques qui ne mettent pas la vie en danger;
- Une indemnité partielle.

Par exemple :

Vous souscrivez une assurance maladies graves d'un montant d'assurance de 100 000 \$. Votre contrat d'assurance vous offre 35 % du montant d'assurance pour le problème de santé de perte de la parole. Deux ans plus tard, vous perdez effectivement la parole. Vous recevrez alors 35 000 \$ (soit 35 % de 100 000 \$);

- Un volet d'aide au rétablissement ou à la convalescence (ex. : indemnité mensuelle pour soins);
- Le remboursement des primes (ex. : à la date prévue au contrat pour exercer cette option de remboursement ou lorsqu'aucune demande d'indemnité n'a été transmise aux assureurs pendant la période de couverture (au décès ou à l'échéance du contrat));
- La transformation du contrat (ex. : en contrat d'assurance soins de longue durée à un certain âge, par exemple 65 ans);
- La possibilité de renouveler le contrat (ex. : pour les assurances temporaires).

QUELQUES DONNÉES...

L'Autorité a analysé les caractéristiques de 81 produits d'assurance maladies graves offerts par les assureurs, autant en assurance collective qu'en assurance individuelle, distribués par l'entremise d'un représentant et a noté que l'option de remboursement des primes est incluse dans **54 % des cas**. Environ le tiers des assureurs consultés offrent cette option pour plus de 70 % de leurs produits, les deux autres tiers l'offrant dans moins de la moitié des cas ou ne l'incluant pas du tout à leurs options. Cette option est majoritairement présente dans les produits offerts en assurance individuelle.

UN TAUX DE REFUS DE PRÈS DE 20 %

Une demande d'indemnité sur cinq (20%) présentée par les assurés auprès des assureurs est refusée par ces derniers. Selon les données dont dispose l'Autorité à l'égard de l'éventail de produits d'assurance disponibles dans l'industrie, un taux de refus supérieur à 10 % devrait susciter des questions chez les assureurs et les amener à en évaluer les causes. Ainsi, les assureurs devraient déterminer si ce seuil met en péril le traitement équitable des consommateurs et, si tel est le cas, prendre les mesures appropriées pour corriger la situation.

Environ **5 %** des assurés qui ont reçu un refus dans le cadre d'une demande d'indemnité ont demandé une révision. Dans plus de **80 %** de ces cas, les assureurs ont maintenu leur décision de refuser d'indemniser.

La proportion de refus des demandes d'indemnités par les assureurs et les motifs invoqués par ceux-ci démontrent nettement la nécessité de transmettre une information pertinente et complète au consommateur, avant et au moment de l'achat du produit, lui permettant de prendre une décision éclairée quant à la convenance du produit qui lui est offert.

En effet, plus de 60 % des refus des assureurs sont liés aux limitations ou exclusions, aux maladies préexistantes, au non-respect de la définition et aux délais de survie et de carence.

QUELQUES DONNÉES...

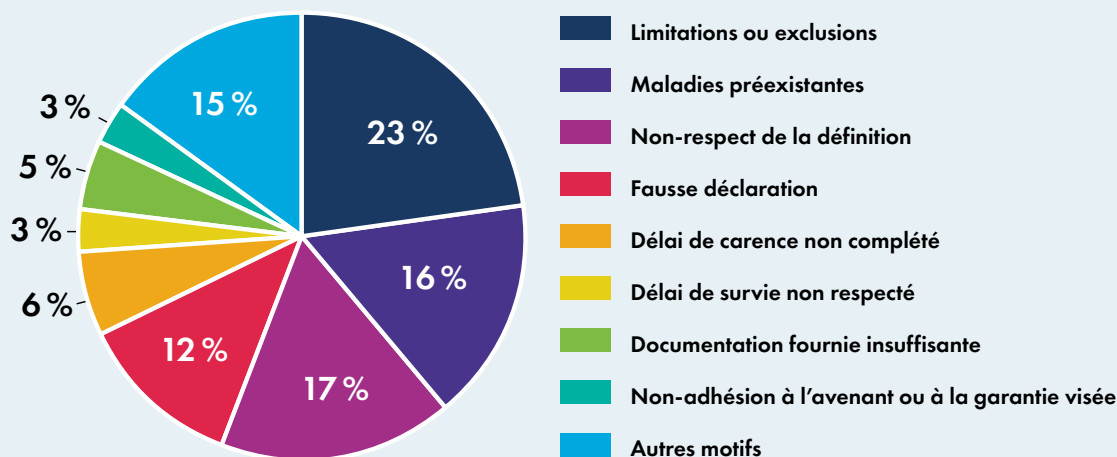


Fig. 3 Motifs de refus des demandes d'indemnités par l'assureur

Ainsi, les assureurs devraient créer et rendre accessible des **outils aidant le consommateur** à mieux comprendre l'information qui lui est transmise (ex. : guide, lexique ou sommaire comprenant des exemples, explications des termes plus techniques, illustrations, ligne du temps avec les différents délais, foire aux questions) notamment quant :

- Au produit et à ses caractéristiques;
- À la portée de la couverture (ex. : maladies couvertes);
- Aux limitations et exclusions;
- Aux maladies préexistantes;
- Aux différents délais prévus au contrat (ex. : délai de survie, délai de carence (ou période moratoire));
- Aux caractéristiques des différents types de produits offerts afin que le consommateur puisse faire le choix du produit le plus approprié pour répondre à ses besoins (ex. : comparaison entre l'assurance maladies graves, l'assurance invalidité, l'assurance soins de longue durée et l'assurance vie).

Rappelons que l'assuré peut acheter une couverture d'assurance maladies graves avec ou sans les conseils¹² d'un représentant en assurance dûment certifié auprès de l'Autorité. Lorsqu'un représentant en assurance de personnes accompagne l'assuré, il est assujéti à une série d'obligations et de responsabilités, dont celle de s'enquérir de la situation de l'assuré afin d'identifier ses besoins et lui offrir un produit y correspondant. Ainsi, le représentant analysera les besoins de l'assuré, puis lui décrira et lui expliquera clairement, avant la conclusion du contrat, le produit proposé, la nature de la garantie offerte et les exclusions de garantie particulières au contrat d'assurance maladies graves¹³.

12 Près de 80 % des primes souscrites le sont par l'entremise d'un représentant certifié pour des polices visant des montants de couverture habituellement plus importants et une couverture plus étendue que ceux des produits offerts dans le cadre d'une distribution sans représentant, laquelle constitue toutefois la majorité des ventes en assurance maladies graves. Ce type de distribution s'effectue actuellement, par exemple, dans le cadre d'assurance offerte accessoirement à un prêt hypothécaire ou au financement de l'achat d'une voiture chez un concessionnaire. Dans ces cas, l'assurance maladies graves peut être jumelée à une assurance vie et une assurance invalidité ou faire partie de différentes protections offertes au consommateur.

13 *Loi sur la distribution de produits et services financiers*, RLRQ, c. D-9.2, art. 27 et 28 et *Règlement sur l'exercice des activités des représentants*, RLRQ, c. D-9.2, r.10, art. 6.

3. ACCOMPAGNER ET COMMUNIQUER AVEC L'ASSURÉ APRÈS L'ACHAT D'UNE ASSURANCE AFIN QU'IL SOIT INFORMÉ, QU'IL COMPRENNE SES DROITS ET OBLIGATIONS ET QU'IL CONNAISSE LE MOMENT OPPORTUN POUR EXERCER CEUX-CI

Un **accompagnement** après l'achat d'une assurance maladies graves est également primordial afin de **favoriser une meilleure compréhension** par l'assuré de **ses droits** pouvant inclure, selon la garantie choisie ou offerte :

- Le remboursement des primes (ex. : lorsqu'aucune demande d'indemnité n'a été transmise aux assureurs pendant la période de couverture);
- La transformation du contrat (ex. : en contrat d'assurance soins de longue durée à un certain âge, par exemple 65 ans);
- La possibilité de renouveler le contrat (ex. : pour les assurances temporaires).

L'assuré doit bénéficier de suffisamment d'information sur le produit détenu et sur les actions clés pouvant ou devant être posées afin d'exercer ses droits.

L'accompagnement après l'achat doit aussi **favoriser une meilleure compréhension** par l'assuré de **ses obligations**.

Par exemple, dans certains cas, l'assuré peut devoir déclarer à son assureur certains événements à l'intérieur des délais prévus au contrat (ex. : un diagnostic de cancer dans un délai de carence (ou période moratoire)).

Lorsque de telles déclarations sont reçues des assureurs, certains offrent les deux choix suivants à l'assuré :

- Résilier la couverture avec le remboursement des primes versées;
- Maintenir cette dernière en vigueur pour les autres maladies que celle visée par le diagnostic, mais sans ajustement à la prime établie.

L'assuré doit être avisé des choix qui s'offrent à lui et, le cas échéant, des impacts et des coûts relatifs à ceux-ci.

L'assuré pourrait ainsi évaluer, selon la portion de couverture qui demeure en vigueur, s'il est tout de même pertinent de maintenir son assurance sans ajustement à la prime établie. Cette évaluation est d'autant plus primordiale advenant que la protection cancer soit totalement retirée par l'assureur, sachant que le cancer est la maladie pour laquelle il y a le plus grand nombre de demandes d'indemnités.

Sans la protection cancer, la police d'assurance maladies graves peut perdre de son intérêt pour l'assuré.

QUELQUES DONNÉES...

Les demandes d'indemnités relatives à un diagnostic de cancer représentaient 76 % des demandes totales d'indemnités (incluant les demandes pour certains cancers à des stades précoces). La crise cardiaque (infarctus du myocarde) et l'accident vasculaire cérébral sont les deux autres maladies graves faisant le plus fréquemment l'objet d'une demande d'indemnité.

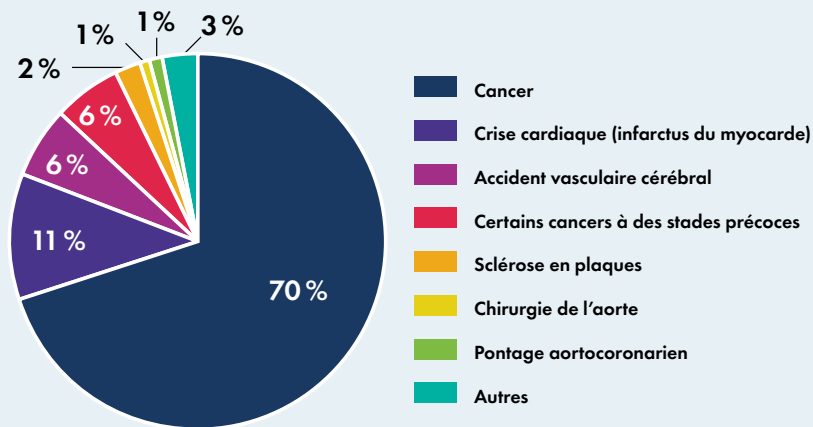


Fig. 4 Principales maladies visées par les demandes d'indemnités

Les principales maladies identifiées aux demandes d'indemnités refusées par les assureurs suivent des proportions similaires et concernent également principalement le cancer, la crise cardiaque (infarctus du myocarde) et l'accident vasculaire cérébral.

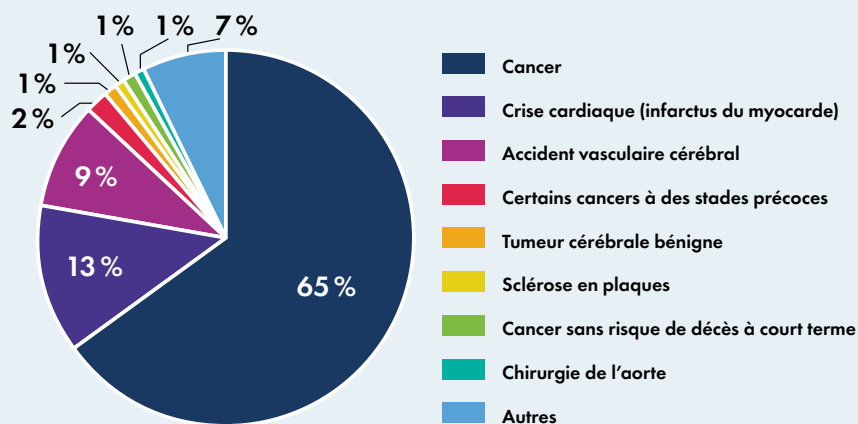


Fig. 5 Principales maladies visées par les demandes d'indemnités refusées

Pour favoriser une meilleure compréhension par l'assuré de ses droits et obligations, les assureurs devraient mettre en place des moyens de **communication de l'information après l'achat**.

À titre d'exemple, de l'information sur les droits et obligations de l'assuré pourrait être rendue disponible sur un site sécurisé. Les assureurs pourraient également transmettre des relevés périodiques ou des rappels des options pouvant être exercées, et ce, peu importe le type de régime auquel adhère l'assuré (individuel ou collectif). Ces outils permettraient à l'assuré de demeurer informé de sa couverture et de ses droits et d'exercer ceux-ci au moment opportun.

4. OUTILLER DAVANTAGE LES RÉSEAUX DE DISTRIBUTION POUR CONSEILLER ADÉQUATEMENT LES CLIENTS

Les différents intervenants des réseaux de distribution doivent être en mesure de transmettre une information claire, suffisante et pertinente à l'assuré, et ce, tout au long du cycle de vie du produit (lors de l'achat, lors du traitement d'une demande d'indemnités ou d'une plainte, etc.).

Par ailleurs, notons que le représentant en assurance individuelle dûment certifié auprès de l'Autorité doit, pour respecter ses obligations, posséder les connaissances et outils appropriés pour offrir le produit. Il est donc essentiel que ce dernier ainsi que tout autre intervenant du réseau de distribution, soient bien outillés et formés pour accompagner l'assuré.

Ainsi, les assureurs devraient améliorer leurs **programmes de formation** et fournir des **outils de référence** appropriés à leurs réseaux de distribution, afin qu'ils puissent assumer de manière adéquate leurs rôles et responsabilités envers leurs clients, particulièrement leur rôle d'accompagnement et, s'il y a lieu, de conseil.

Ces outils de référence devraient, entre autres, inclure :

- Les caractéristiques du produit;
- Le vocabulaire propre au domaine de l'assurance maladies graves incluant les :
 - Définitions des maladies couvertes;
 - Limitations et exclusions;
 - Délais prévus aux contrats;
- Une définition de la clientèle à qui le produit convient (clientèle cible) et de celle pour qui ce produit n'est pas approprié;
- Une comparaison avec les autres types de produits afin de faciliter l'accompagnement du consommateur dans le choix du produit le plus approprié à ses besoins (ex. : comparaison entre l'assurance maladies graves, l'assurance invalidité, l'assurance soin de longue durée et l'assurance vie);
- Les éléments essentiels à divulguer au consommateur afin que celui-ci puisse avoir une bonne compréhension du produit (ex. : présentation des caractéristiques du produit, des définitions des maladies couvertes, des limitations et exclusions, des délais prévus aux contrats);
- La source des statistiques utilisées par les assureurs dans la documentation produite pour les réseaux de distribution.

5. FACILITER LE PROCESSUS DE DEMANDE D'INDEMNITÉ, DE TRAITEMENT DES PLAINTES ET DE RÈGLEMENT DES DIFFÉRENDS

Le processus de traitement des demandes d'indemnités doit demeurer facilement accessible pour l'assuré. Ce dernier doit notamment pouvoir retrouver aisément les formulaires sur le site Web de l'assureur ainsi que les moyens disponibles et sécuritaires de présenter une demande d'indemnité ou une plainte.

Bien que l'information puisse se retrouver dans une documentation déjà remise à l'assuré au moment de l'achat (ex. : sommaire, guide, brochure) ou encore dans des guides de référence destinés aux représentants, un accès rapide et facile au processus sur le site Web des assureurs fait partie des meilleures pratiques constatées par l'Autorité dans l'industrie.

Certains sites Web consultés par l'Autorité ne présentaient pas les processus de traitement et de règlement des demandes d'indemnités (incluant le formulaire de demande d'indemnité). Lorsqu'ils étaient présentés, il était souvent difficile de les trouver ou l'information qui y était contenue était présentée de manière non conviviale.

Les motifs de refus d'une demande d'indemnité doivent être expliqués clairement à l'assuré. Celui-ci doit connaître les raisons pour lesquelles son dossier ne répond pas à la définition de la maladie prévue au contrat, ou encore les motifs qui supportent l'application d'une limitation ou d'une exclusion. Pour ce faire, il ne devrait pas avoir à recourir à son médecin traitant pour comprendre les termes techniques de son assurance ou de la lettre de refus.

Aussi, les différentes étapes du dossier devraient être expliquées dans les lettres transmises à l'assuré.

Plusieurs lettres de refus (ou de maintien de ce refus) analysées ne mentionnaient pas les prochaines étapes, telles que la possibilité de demander une révision (ou de porter plainte). D'ailleurs, selon les résultats obtenus lors des présents travaux, peu d'assurés utilisent le processus de traitement des plaintes.

Les assureurs devraient donc s'assurer de fournir une information adéquate à l'assuré et un traitement équitable des demandes d'indemnités en :

- Rendant facilement accessible, sur leur site Web, le processus de traitement des demandes d'indemnités et les formulaires de demande d'indemnité, tout en offrant des moyens de communication sécurisés pour leur transmission (ex. : site sécurisé);
- Donnant de l'information suffisante dans un langage simple et clair à l'assuré sur le motif de la décision et en personnalisant les lettres transmises à celui-ci;
- Précisant, lorsque cela est possible (ex. : maladie à caractère évolutif), les facteurs qui feraient en sorte que la demande de l'assuré puisse éventuellement répondre à la définition et en invitant l'assuré à soumettre une nouvelle demande advenant que son état se détériore ou si qu'une telle information devienne disponible;
- Illustrant clairement à l'assuré les différentes étapes du dossier dans les communications qui lui sont transmises (ex. : processus de révision, processus de traitement d'une plainte et de règlement des différends).

Outils et accompagnement offerts aux consommateurs par l'Autorité

Dans le but de toujours mieux accompagner les consommateurs, l'Autorité a effectué une refonte complète de sa page Web sur l'assurance maladies graves¹⁴. Cette page renouvelée présente de multiples informations pour démystifier ce produit en énonçant les éléments à considérer lors de l'achat d'une assurance maladies graves, les caractéristiques des différents types de produits offerts de même que de nombreux autres outils.

L'Autorité souhaite rappeler aux consommateurs qu'ils devraient toujours prendre le temps de bien choisir et de comprendre le produit d'assurance maladies graves qu'ils achètent. Pour ce faire, ils devraient évaluer leurs besoins et déterminer s'ils possèdent déjà une assurance avec une couverture similaire et suffisante. Selon le réseau de distribution, ces étapes peuvent être effectuées avec l'aide d'un représentant.

Tout consommateur peut également contacter un agent du centre d'information de l'Autorité par téléphone ou par l'utilisation du formulaire en ligne¹⁵ pour toute question ou encore afin de dénoncer une pratique inadéquate ou de porter plainte.

Annexes

- Annexe A Parts de marché des principaux assureurs en assurance maladies graves au Québec
- Annexe B Lexique

14 <https://lautorite.qc.ca/grand-public/assurance/assurance-maladies-redoutees-graves>

15 <https://lautorite.qc.ca/grand-public/assistance-et-plainte>

ANNEXE A PARTS DE MARCHÉ DES PRINCIPAUX ASSUREURS EN ASSURANCE MALADIES GRAVES AU QUÉBEC

Part de marché (Part de marché selon les primes moyennes annuelles pour les années 2016, 2017 et 2018)	PRINCIPAUX ASSUREURS PAR RÉGIME D'ASSURANCE	
	Assurance individuelle	Assurance collective
Importante (Primes totales souscrites de 20 millions \$ ou plus en assurance maladies graves)	<ol style="list-style-type: none"> 1. INDUSTRIELLE ALLIANCE, ASSURANCE ET SERVICES FINANCIERS INC. 2. SUN LIFE DU CANADA, COMPAGNIE D'ASSURANCE-VIE 3. DESJARDINS SÉCURITÉ FINANCIÈRE, COMPAGNIE D'ASSURANCE VIE 4. LA COMPAGNIE D'ASSURANCE-VIE MANUFACTURERS 5. BENEVA INC.¹⁶ 6. COMPAGNIE D'ASSURANCE COMBINED D'AMÉRIQUE 7. LA COMPAGNIE D'ASSURANCE CANADA-VIE DU CANADA¹⁷ 8. BMO SOCIÉTÉ D'ASSURANCE-VIE 	<ol style="list-style-type: none"> 1. DESJARDINS SÉCURITÉ FINANCIÈRE, COMPAGNIE D'ASSURANCE VIE 2. LA COMPAGNIE D'ASSURANCE CANADA-VIE DU CANADA 3. BENEVA INC. 4. ASSURANCE-VIE BANQUE NATIONALE, COMPAGNIE D'ASSURANCE-VIE 5. SUN LIFE DU CANADA, COMPAGNIE D'ASSURANCE-VIE 6. INDUSTRIELLE ALLIANCE, ASSURANCE ET SERVICES FINANCIERS INC. 7. LA COMPAGNIE D'ASSURANCE-VIE MANUFACTURERS
Moyenne (Primes totales souscrites entre 5 et 20 millions \$ en assurance maladies graves)	<ol style="list-style-type: none"> 1. L'EMPIRE, COMPAGNIE D'ASSURANCE-VIE 2. COMPAGNIE D'ASSURANCE VIE RBC 3. L'UNION-VIE, COMPAGNIE MUTUELLE D'ASSURANCE 4. ASSURANCE-VIE BANQUE NATIONALE, COMPAGNIE D'ASSURANCE-VIE 	<ol style="list-style-type: none"> 1. COMPAGNIE D'ASSURANCE-VIE PREMIÈRE DU CANADA 2. AMERICAN BANKERS COMPAGNIE D'ASSURANCE VIE DE LA FLORIDE 3. CHUBB DU CANADA COMPAGNIE D'ASSURANCE-VIE 4. BMO SOCIÉTÉ D'ASSURANCE-VIE
Faible (Primes totales souscrites de moins de 5 millions \$ en assurance maladies graves)	<ol style="list-style-type: none"> 1. IVARI 2. HUMANIA ASSURANCE INC. 3. ASSOMPTION, COMPAGNIE MUTUELLE D'ASSURANCE-VIE 4. FORESTERS, COMPAGNIE D'ASSURANCE VIE 5. CO-OPERATORS COMPAGNIE D'ASSURANCE-VIE 6. L'ÉQUITABLE, COMPAGNIE D'ASSURANCE-VIE DU CANADA 7. CHUBB DU CANADA COMPAGNIE D'ASSURANCE-VIE 	<ol style="list-style-type: none"> 1. COMPAGNIE D'ASSURANCE-VIE CROIX BLEUE DU CANADA 2. ASSOMPTION, COMPAGNIE MUTUELLE D'ASSURANCE-VIE 3. L'EMPIRE, COMPAGNIE D'ASSURANCE-VIE 4. L'UNION-VIE, COMPAGNIE MUTUELLE D'ASSURANCE 5. CO-OPERATORS COMPAGNIE D'ASSURANCE-VIE 6. HUMANIA ASSURANCE INC. 7. L'ÉQUITABLE, COMPAGNIE D'ASSURANCE-VIE DU CANADA

16 La demande de renseignements a été transmise, à l'origine, à LA CAPITALE ASSUREUR DE L'ADMINISTRATION PUBLIQUE INC. et SSQ, SOCIÉTÉ D'ASSURANCE-VIE INC.

17 La demande de renseignements a été transmise, à l'origine, à LA COMPAGNIE D'ASSURANCE CANADA-VIE DU CANADA, incluant les filiales LA GREAT-WEST COMPAGNIE D'ASSURANCE-VIE et LONDON LIFE, COMPAGNIE D'ASSURANCE-VIE.

ANNEXE B LEXIQUE

Voici des précisions quant aux termes ou expressions utilisés au présent rapport¹⁸ :

Terme	Définition
Assurance invalidité	<p>Il existe deux sortes de régime d'assurance invalidité : collective ou individuelle.</p> <p>Être invalide, c'est être incapable de travailler ou de faire ses activités habituelles à cause d'une maladie ou d'une blessure.</p> <p>Cependant, la définition varie selon le contrat d'assurance.</p> <p>Pour plus de détails, consulter le site de l'Autorité au lien suivant : https://lautorite.qc.ca/grand-public/assurance/assurances-collectives/assurance-invalidite</p>
Assurance soins de longue durée	<p>L'assurance soins de longue durée sert à protéger l'assuré financièrement dans le cas où il ne pourrait plus s'occuper de lui-même, par exemple en cas de maladie ou d'accident. Elle peut verser une rente qui pourra notamment servir à payer des séjours de longue durée dans des centres de traitement spécialisés ou des soins à domicile.</p> <p>Au lieu de verser une rente, certaines assurances remboursent plutôt les dépenses liées à la perte d'autonomie. L'assuré devra alors présenter des reçus.</p> <p>Pour plus de détails, consulter le site de l'Autorité au lien suivant : https://lautorite.qc.ca/grand-public/assurance/assurance-soins-de-longue-duree</p>
Assurance vie	<p>Une assurance vie remet une somme d'argent lorsque la personne assurée décède. Cet argent va à la personne ou aux personnes désignée(s) comme bénéficiaire(s) dans le contrat d'assurance.</p> <p>Pour plus de détails, consulter le site de l'Autorité au lien suivant : https://lautorite.qc.ca/grand-public/assurance/assurance-vie</p>
Certificat d'assurance	<p>Document qui énonce les caractéristiques principales de la protection fournie par un régime d'assurance collective. Il précise, entre autres, les garanties et les montants couverts, les catégories de personnes à charge, les franchises et la participation aux frais, les restrictions et les exclusions, et des instructions pour présenter une demande d'indemnité.</p> <p>Pour les fins du présent rapport, le certificat est le document détenu par une personne physique.</p>
Délai de carence / délai de survie	<p>Nombre de jours d'attente avant d'avoir droit à l'indemnité.</p> <p>Le délai de survie débute habituellement à la date d'établissement du diagnostic et se termine après un nombre de jours défini au contrat (ex. : 30 jours).</p>

18 Certaines des définitions contenues au présent lexique sont similaires ou inspirées des définitions présentes sur le site de l'ACCAP : https://www.clhia.ca/web/CLHIA_LP4W_LND_Webstation.nsf/page/

Terme	Définition
Indemnité	Somme versée par l'assureur à l'égard d'une demande d'indemnité approuvée (ex. : montant versé lorsque l'assuré est atteint d'une maladie grave prévue au contrat).
Indemnité partielle	Somme réduite versée par l'assureur à l'égard d'une demande d'indemnité approuvée (ex. : montant versé inférieur à 100 % lorsque l'assuré est atteint d'une maladie grave prévue au contrat).
Limitations et exclusions	<p>Clauses prévues au contrat qui peuvent être soulevées par les assureurs pour exclure ou réduire la garantie offerte (donc, ne pas indemniser ou indemniser en partie l'assuré).</p> <p>Ce qui n'est pas couvert par une police d'assurance. Par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> • certaines maladies dont l'assuré a été atteint avant de demander l'assurance; • des activités présentant un risque élevé, comme le parachutisme. <p>Il est parfois possible de souscrire une assurance supplémentaire qui couvrira les risques exclus.</p>
Maladie à caractère évolutif	Maladie dont l'évolution est continue, le plus souvent vers l'aggravation des symptômes et effets sur l'assuré.
Maladie préexistante	<p>Maladie pour laquelle l'assuré a éprouvé des symptômes, consulté un professionnel de la santé ou a été traité avant de présenter une proposition d'assurance ou que sa couverture entre en vigueur.</p> <p>Certains types d'assurance comportent une clause de maladie préexistante qui pourrait limiter ou exclure les indemnités si l'assuré présente une demande d'indemnité se rapportant à une telle maladie.</p>
Police	<p>Accord juridique conclu entre l'assuré et un assureur et énonçant les modalités de la couverture d'assurance.</p> <p>Pour les fins du présent rapport, cet accord vise les polices en assurance individuelle et non celles en assurance collective.</p>
Prime d'assurance	<p>La prime d'assurance maladies graves est la somme d'argent qu'une personne doit payer sur une base régulière pour maintenir une assurance. Par exemple, si l'assuré doit payer 1000 \$ par année pour maintenir son assurance maladies graves, la prime est de 1000 \$.</p> <p>Pour plus de détails, consulter le site de l'Autorité au lien suivant :</p> <p>https://lautorite.qc.ca/grand-public/assurance/assurance-maladies-redoutees-graves</p>

Terme	Définition
<p>Régime d'assurance</p>	<p>Régime d'assurance collective :</p> <p>L'assurance collective fait souvent partie des avantages sociaux offerts par les employeurs, les syndicats et les associations professionnelles. Il s'agit d'une assurance offerte à tous les membres d'un groupe, par exemple tous les employés d'une entreprise.</p> <p>Les personnes qui peuvent alors être couvertes par l'assurance collective sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'adhérent au régime d'assurance collective; • Son conjoint; • Ses enfants d'âge mineur; • Généralement, les enfants de l'adhérent âgés de 25 ans ou moins qui sont étudiants à temps plein. <p>Pour plus détails, consulter le site de l'Autorité au lien suivant : https://lautorite.qc.ca/grand-public/assurance/assurances-collectives</p> <p>Régime d'assurance individuelle :</p> <p>Assurance que l'assuré souscrit personnellement auprès d'un représentant ou d'un assureur. Elle se distingue de l'assurance collective qui peut être fournie par l'employeur.</p>
<p>Remboursement des primes</p>	<p>Certains contrats d'assurance peuvent offrir de rembourser les primes payées par l'assuré, si certaines circonstances surviennent (ex. : fin du contrat ou au décès (lorsque le décès survient pendant le contrat)).</p> <p>Pour plus détails sur les options de remboursement des primes, consulter le site de l'Autorité au lien suivant : https://lautorite.qc.ca/grand-public/assurance/assurance-maladies-redoutees-graves</p>
<p>Réseau de distribution</p>	<p>Réseau identifiés par les assureurs pour offrir et vendre leurs produits. Les assureurs peuvent choisir parmi différents réseaux de distribution : avec les conseils d'un représentant (réseau exclusif ou indépendant), sans les conseils d'un représentant, par Web, etc.</p> <p>Distribution avec représentant :</p> <p>La distribution avec représentant réfère à toutes les offres d'assurance où le consommateur détermine avec les conseils d'un représentant certifié quel produit d'assurance lui convient le mieux, selon ses besoins.</p> <p>Distribution sans représentant :</p> <p>La distribution sans représentant réfère à toutes les offres d'assurance (à l'exception de celles faites sur Web par un cabinet) dans le cadre desquelles le consommateur détermine sans l'entremise d'un représentant certifié quel produit d'assurance lui convient le mieux, selon ses besoins.</p>

Terme	Définition
<p>Taux de maintien de la décision</p>	<p>Nombre de décisions maintenues par les assureurs sur le nombre de demandes de révision faites par les assurés (à la suite d'un refus des assureurs).</p> <p>Pour les fins du présent rapport, ce calcul a été fait selon une moyenne des trois années visées par les travaux de l'Autorité (de 2016 à 2018).</p>
<p>Taux de demandes d'indemnités refusées (taux de refus)</p>	<p>Nombre de demandes d'indemnités refusées par les assureurs sur le nombre de demandes d'indemnités présentées par les assurés.</p> <p>Pour les fins du présent rapport, ce calcul a été fait selon une moyenne des trois années visées par les travaux de l'Autorité (de 2016 à 2018).</p>
<p>Volet d'aide au rétablissement / convalescence</p>	<p>Cette option est habituellement offerte à l'assuré dans certains contrats afin de l'aider par le versement d'une rente mensuelle (ex. : indemnité mensuelle pour soins).</p>

Sans frais 1 877 525-0337

lautorite.qc.ca

Québec

Place de la Cité, tour Cominar
2640, boulevard Laurier, bureau 400
Québec (Québec) G1V 5C1
418 525-0337

Montréal

800, rue du Square-Victoria, 22^e étage
Place Victoria
Montréal (Québec) H4Z 1G3
514 395-0337