5.

Institutions financières

5.1 Avis et communiqués
5.2 Réglementation et lignes directrices
5.3 Autres consultations
5.4 Modifications aux registres de permis des assureurs, des sociétés de fiducie et sociétés d'épargne et des statuts des coopératives de services financiers
5.5 Sanctions administratives
5.6 Autres décisions

5.1 AVIS ET COMMUNIQUÉS

Publication de la présentation des résultats de l'autoévaluation des pratiques commerciales par les assureurs

Suite à la demande d'information portant sur les saines pratiques commerciales qui a été adressée à 219 assureurs en mai 2014, l'Autorité des marchés financiers (l'« Autorité ») publie aujourd'hui le rapport intitulé *Présentation des résultats de l'autoévaluation des pratiques commerciales par les assureurs.*

Prenez avis que l'Autorité rend disponible aujourd'hui sur son site Web à l'adresse www.lautorite.qc.ca, le présent rapport.

Ce rapport présente les résultats du questionnaire d'autoévaluation à l'égard de l'application de la *Ligne directrice sur les saines pratiques commerciales*. La présentation met en lumière des constats en plus d'illustrer des exemples de bonnes pratiques commerciales ayant été relevés chez certains assureurs.

Les constats présentés orienteront les prochaines actions de l'Autorité en matière de saines pratiques commerciales.

Vous trouverez le rapport intitulé *Présentation des résultats de l'autoévaluation des pratiques commerciales par les assureurs* ci-dessous.

Renseignements additionnels

Des renseignements additionnels peuvent être obtenus en s'adressant à :

Isabelle Berthiaume
Directrice de la surveillance prudentielle des assureurs
Autorité des marchés financiers
Téléphone : 418 525-0337, poste 4691
Numéro sans frais : 1 877 525-0337, poste 4691
Courrier électronique : isabelle.berthiaume@lautorite.qc.ca

Le 16 juillet 2015

AUTORITÉ DES MARCHÉS FINANCIERS

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS DE L'AUTOÉVALUATION DES PRATIQUES COMMERCIALES PAR LES ASSUREURS

Juillet 2015

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

Contexte

En juin 2013, l'Autorité des marchés financiers (l'« Autorité ») a publié la *Ligne directrice sur les saines pratiques commerciales*[1] (la « Ligne directrice ») s'appliquant notamment à tous les assureurs régis par la *Loi sur les assurances*, RLRQ, c. A-32 (la « Loi sur les assurances »).

Par cette Ligne directrice, l'Autorité énonce ses attentes quant aux résultats attendus en matière de saines pratiques commerciales[2]. Les institutions financières doivent élaborer des stratégies, politiques et procédures adaptées à leur nature, taille et complexité des activités afin de favoriser l'atteinte des résultats attendus. Par ailleurs, les pratiques commerciales font partie intégrante du profil de risque de l'assureur, tel qu'énoncé dans le *Cadre de surveillance des institutions financières*[3] (« Cadre de surveillance ») de l'Autorité, révisé en 2014.

En mai 2014, l'Autorité a envoyé à 219 assureurs ayant un permis au Québec une demande d'information relative à la Ligne directrice. Cette demande comprenait un questionnaire d'autoévaluation par rapport aux attentes énoncées à la Ligne directrice. Ainsi, chaque assureur devait s'autoévaluer en choisissant une cote selon une échelle de 0 à 4.

Ce rapport présente les résultats de l'autoévaluation des pratiques commerciales des assureurs. De plus, il fait état des constats pour chacun des 8 thèmes de la Ligne directrice. Notez que cette analyse ne constitue pas une évaluation de l'Autorité sur la qualité des pratiques commerciales ayant cours dans le secteur de l'assurance. Les constats qui suivent s'inscrivent dans un cadre d'autoévaluation et aucune validation des données n'a été effectuée par l'Autorité. En effet, des travaux de surveillance, tel que prévu au Cadre de surveillance, pourraient entrainer des conclusions différentes.

Par ailleurs, les constats ciblent principalement les pratiques pour lesquelles un document devait être transmis ou celles pour lesquelles de nombreux commentaires ont été reçus. Ainsi, les pratiques non mentionnées ne doivent pas être interprétées comme étant à la satisfaction ou non de l'Autorité.

1 http://www.lautorite.qc.ca/files//pdf/reglementation/lignes-directrices-assurance/ld_spc_2013.pdf

2 L'article 222.2 de la *Loi sur les assurances*, RLRQ, c. A-32.

3 http://www.lautorite.qc.ca/files/pdf/reglementation/assurances-inst-depot/cadre-surveillance-2014-fr.pdf

L’autoévaluation

Le questionnaire d’autoévaluation destiné aux assureurs couvrait les huit principaux thèmes de la Ligne directrice, soit :

Q1 La gouvernance et la culture d’entreprise
Q2 La conception et la commercialisation de produits
Q3 La gestion des incitatifs
Q4A L’information destinée aux consommateurs avant ou au moment de l’achat d’un produit
Q4B L’information destinée aux consommateurs après l’achat d’un produit
Q5 La publicité relative aux produits
Q6 Le traitement et le règlement des demandes d’indemnité
Q7 Le traitement des plaintes et le règlement des différends
Q8 La protection des renseignements personnels

L’échelle d’évaluation qui devait être utilisée par les assureurs dans le cadre de l’autoévaluation était la suivante :

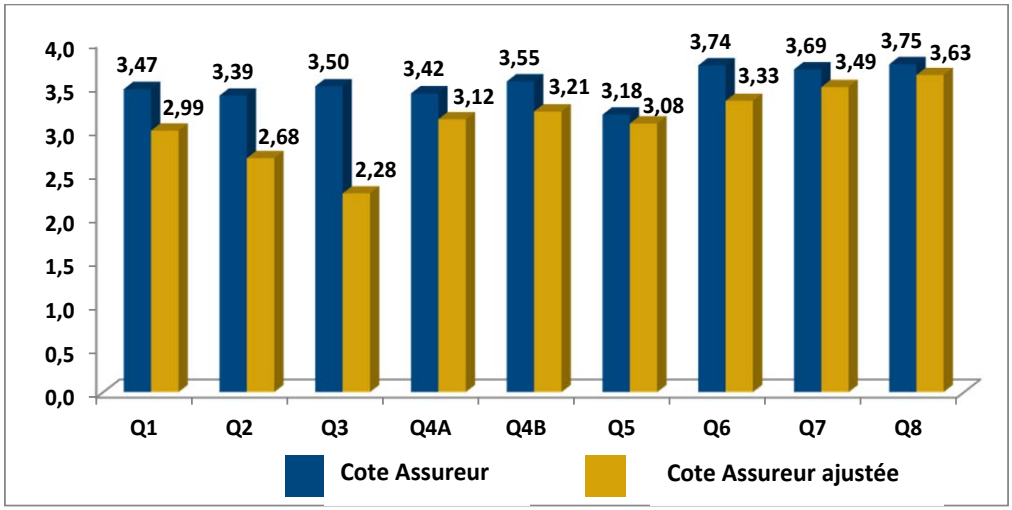
Cote	Définition
0	Non applicable aux activités de l’assureur
1	L’assureur n’a pas implanté le processus
2	L’assureur a implanté un processus, mais celui-ci n’est pas formalisé et documenté
3	L’assureur a mis en place un processus formalisé et documenté
4	L’assureur a mis en place un processus formalisé et documenté et effectue des contrôles pour s’assurer de son respect

Le graphique 1, ci-après, présente les résultats de chacune des sections, en comparant la cote de l’autoévaluation (« cote Assureur »), ainsi que la cote ajustée par l’Autorité (« cote Assureur ajustée »). Cet ajustement découle du fait que, pour une pratique donnée, illustrée par une documentation et des commentaires similaires, les assureurs se sont parfois attribués des cotes différentes. Dans le but de pallier les différentes interprétations des assureurs concernant une même pratique, l’Autorité s’est donc dotée d’un processus pour uniformiser les résultats d’un assureur à l’autre. En effet, afin de dégager des résultats globaux, il a été essentiel d’ajuster, dans la mesure du possible, les différences de perception des assureurs.

Constats généraux

Les résultats de l'autoévaluation et la documentation transmise démontrent que les cotes varient grandement d'un assureur à l'autre, tout comme la qualité du travail d'autoévaluation.

Graphique 1 – Cotes de l'autoévaluation



Bien que les assureurs aient mis en place certaines initiatives, l'autoévaluation a permis de relever certaines zones de vigilance et d'illustrer que les travaux de mise en oeuvre sont encore en cours chez un grand nombre d'assureurs. Les principaux aspects à surveiller sont donc la Gouvernance et culture d'entreprise (Q1), la Conception et commercialisation de produits (Q2) ainsi que la Gestion des incitatifs (Q3).

Finalement, bien que des exemples de bonnes pratiques soient identifiés dans le présent rapport, il est opportun de mentionner que chaque assureur peut utiliser les stratégies, politiques et procédures qui lui sont propres afin de satisfaire les attentes de l'Autorité en matière de saines pratiques commerciales. En effet, les stratégies, politiques et procédures adoptées par un assureur doivent tenir compte de ses produits, de sa clientèle, ainsi que de la nature, la taille et la complexité de ses activités.

Constats détaillés

Q1 - Gouvernance et culture d'entreprise

(Cote Assureur : 3,47 - Cote Assureur ajustée : 2,99)

L'Autorité s'attend à ce que le traitement équitable des consommateurs soit un élément central de la gouvernance et de la culture d'entreprise des institutions financières.

L'Autorité a demandé divers documents dans cette section de l'autoévaluation. Or, la majorité de la documentation reçue ne permettait pas de constater l'atteinte des résultats attendus énoncés dans la Ligne directrice. À titre d'exemples :

- Peu de codes d'éthique et de déontologie présentaient des objectifs clairs en matière de traitement équitable des consommateurs (« TEC»).
- Peu d'assureurs ont clairement désigné un responsable du traitement équitable des consommateurs et lorsqu'un responsable était identifié, celui-ci n'avait généralement pas de mandat spécifique et documenté.

Toutefois, l'Autorité a noté que plusieurs assureurs disposaient d'information de gestion leur permettant d'évaluer l'atteinte des résultats attendus à la Ligne directrice et pouvant leur être d'une aide précieuse en matière de TEC.

Exemples de bonnes pratiques répertoriées :

- Une revue hebdomadaire des commentaires des clients reçus était en place et était portée à l'attention de l'instance décisionnelle appropriée.
- Le code de déontologie présentait des exemples de bonnes pratiques en matière de TEC. Ces bonnes pratiques étaient expliquées dans différents scénarios liés aux tâches de la majorité des employés de l'assureur.
- Les objectifs TEC étaient intégrés dans le programme de gouvernance de l'assureur.
- L'évaluation annuelle de la performance des employés incluait des objectifs de TEC.

Q2 - Conception et commercialisation de produits

(Cote Assureur : 3,39 - Cote Assureur ajustée : 2,68)

L'Autorité s'attend à ce que la conception et la commercialisation des nouveaux produits prennent en considération les besoins des différents groupes de consommateurs ciblés.

Cette section est celle affichant la deuxième cote Assureur ajustée la plus faible de l'ensemble du questionnaire. Malgré le fait que les assureurs se soient bien évalués, la majorité de la documentation reçue était axée principalement sur les aspects de rentabilité et n'évoquait pas de notions propres au TEC.

Également, peu de répondants ont confirmé disposer de suivis afin de vérifier si les produits mis en marché répondaient effectivement aux besoins de consommateurs ciblés.

Exemples de bonnes pratiques répertoriées :

- Les commentaires reçus des courtiers étaient lus et analysés afin de trouver des pistes d'amélioration sur les produits vendus par l'assureur.
- La politique de conception de produits prévoyait des notions de TEC.
- Le sondage à la clientèle prévoyait des questions sur sa satisfaction concernant les caractéristiques du produit acheté.
- La politique de conception de produits inclut une section « consommateur » où des standards minimaux étaient établis en matière de satisfaction de la clientèle et de qualité de produit, qui devaient être pris en compte lors de la conception d'un nouveau produit ou de modification à celui-ci.

Q3 - Gestion des incitatifs

(Cote Assureur : 3,50 - Cote Assureur ajustée : 2,28)

L'Autorité s'attend à ce que les incitatifs ne nuisent pas au traitement équitable des consommateurs.

Cette section est celle où l'on trouve le plus grand écart entre la cote Assureur et la cote Assureur ajustée. En effet, il semble y avoir une divergence entre la définition d'un incitatif pour le secteur de l'assurance et celle présentée dans la Ligne directrice.

L'Autorité désire rappeler aux assureurs que la notion d'« incitatif » réfère à son sens large et comprend notamment les bonis, commissions, salaires, primes et honoraires présents dans les programmes de rémunération, ainsi que les autres avantages (concours, promotions, privilèges et cadeaux).

Les incitatifs adoptés ne doivent pas porter atteinte à l'obligation de l'institution ou de tout intermédiaire qui interagit entre l'institution et le client, d'agir équitablement dans ses relations avec les consommateurs.

Il ressort de l'autoévaluation que la structure des incitatifs des assureurs était souvent uniquement basée sur le volume de primes souscrites. En général, l'Autorité n'a pas été en mesure de constater des incitatifs tenant compte du traitement équitable des consommateurs.

Par ailleurs, selon l'Autorité, certains incitatifs observés étaient de nature à créer une apparence de conflit d'intérêts. Par exemple, les concours de ventes ciblant un produit donné peuvent stimuler les ventes d'un produit au détriment du besoin réel des consommateurs. Or, l'Autorité s'attend à ce que les consommateurs soient confiants que les produits qui leur sont conseillés conviennent véritablement à leurs besoins.

Exemples de bonnes pratiques répertoriées :

- Tous les programmes d'incitatifs de l'assureur avaient un déclencheur lié à la satisfaction de la clientèle, soit la probabilité qu'un client recommande l'assureur et le représentant à un ami. Si l'objectif n'était pas atteint, aucun incitatif n'était versé.

- La politique de gestion des incitatifs stipulait qu'un non-respect des règles de souscription ou du Code de déontologie, lequel incluait des éléments de TEC, pouvait entrainer la suspension du versement des incitatifs.

Q4 - Information destinée aux consommateurs

(Cote Assureur 4A : 3,42 - Cote Assureur ajustée : 3,12)

(Cote Assureur 4B : 3,55 - Cote Assureur ajustée : 3,21)

L'Autorité s'attend à ce que les consommateurs disposent d'une information qui leur permette, avant, au moment et après l'achat d'un produit, d'être convenablement informés et de prendre des décisions éclairées quant aux produits.

Aucun document spécifique n'a été demandé par l'Autorité, donc dans la majorité des cas, les constats sont uniquement basés sur les commentaires fournis par les assureurs, lesquels se sont révélés peu nombreux. Ainsi, à moins d'incohérences, la cote Assureur a été reconduite, ce qui explique l'absence de variation significative entre la cote Assureur et la cote Assureur ajustée.

Néanmoins, nous avons constaté que quelques assureurs distribuant uniquement par le biais d'un réseau de courtage se sont exclus de cette section en transférant entièrement la responsabilité d'informer les consommateurs à leur réseau de distribution, ce qui ne rencontre pas les résultats attendus de l'Autorité en la matière.

L'Autorité désire rappeler aux assureurs qu'ils sont responsables de mettre en place un régime d'information approprié pour une prise de décision éclairée par le consommateur. Cette responsabilité inclut l'obligation de s'assurer que les représentants, à qui la vente de leurs produits est confiée, ont accès à ce régime d'information et qu'ils l'utilisent adéquatement dans le cadre de leurs prestations de conseils. Ce régime d'information doit être appliqué à toutes les étapes de la vie du produit, soit avant, au moment et après son achat.

Q5 - Publicité relative aux produits

(Cote Assureur : 3,18 - Cote Assureur ajustée : 3,08)

L'Autorité s'attend à ce que la publicité relative aux produits soit exacte, claire et non trompeuse.

Aucun document n'était requis dans cette section, donc dans la majorité des cas, les constats de l'Autorité sont uniquement basés sur les commentaires fournis par les assureurs, le cas échéant. Ainsi, à moins d'incohérences, la cote Assureur a été reconduite, ce qui explique le faible écart avec la cote Assureur ajustée.

À la lecture des commentaires, nous avons constaté que certains assureurs avaient un processus de gestion du matériel publicitaire informel et non documenté.

Q6 - Traitement et règlement des demandes d'indemnités

(Cote Assureur : 3,74 - Cote Assureur ajustée : 3,33)

L'Autorité s'attend à ce que les demandes d'indemnités soient traitées avec diligence et réglées équitablement, selon une procédure simple et accessible pour les réclamants.

Les divers processus de suivis fournis ont permis à l'Autorité de constater que les assureurs avaient majoritairement accès à des suivis de réclamations détaillés et que plusieurs assureurs avaient en place un processus de suivi de satisfaction de la clientèle.

Également, bien que peu d'assureurs aient soumis des politiques de traitement des demandes d'indemnité, les guides de procédures et les descriptions de processus de règlement ont été considérés au même titre par l'Autorité.

Q7 - Traitement des plaintes et règlement des différends

(Cote Assureur : 3,69 – Cote Assureur ajustée : 3,49)

L'Autorité s'attend à ce que les plaintes soient traitées avec diligence et de façon équitable, selon une procédure simple et accessible pour les consommateurs.

Il a été observé que les assureurs suivaient généralement bien les obligations énoncées sur le site Web[4] de l'Autorité. Toutefois, il a notamment été constaté que :

- La politique de traitement des plaintes de certains assureurs ne mentionne pas que le dossier de plainte doit, à la demande du plaignant, être transféré à l'Autorité à la fin du processus de traitement.

- Plusieurs assureurs font uniquement référence aux services d'ombudsman et à l'ACCAP.

L'Autorité désire rappeler aux assureurs l'importance que la référence aux services de l'Autorité sur leur site Web soit adéquate et qu'elle figure avant toute autre référence à un autre organisme.

Exemple de bonne pratique répertoriée :

- Une procédure détaillée était jointe à la politique de gestion des plaintes et détaillait le processus de gestion d'une plainte selon le type de plainte, permettant ainsi une meilleure uniformité dans le règlement des différends, et ce, peu importe l'employé traitant la plainte.

[4] http://www.lautorite.qc.ca/fr/obligations-traitement-plaintes.html

Q8 - Protection des renseignements personnels

(Cote Assureur : 3,75 – Cote Assureur ajustée : 3,63)

L'Autorité s'attend à ce que la politique de protection de la confidentialité des renseignements personnels adoptée par l'institution permette d'assurer la conformité aux dispositions de la Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé et reflète les meilleures pratiques dans ce domaine.

Cette section est celle où les cotes les plus élevées ont été constatées. Selon l'Autorité, ces cotes élevées s'expliquent en raison du cadre législatif entourant la protection des renseignements personnels, lequel est en place depuis plus de 20 ans au Québec.

La majorité des assureurs possède des politiques sur la protection des renseignements personnels. Toutefois, il a été observé que plusieurs politiques ne prévoyaient pas le fait d'informer l'Autorité en cas de manquement à la protection des renseignements personnels susceptible de nuire aux intérêts et aux droits des consommateurs ainsi qu'à la réputation de l'institution. Or, l'Autorité s'attend d'être avisée promptement de tout manquement significatif à la protection des renseignements personnels.

Exemples de bonnes pratiques répertoriées :

- Chaque employé, consultant ou fournisseur doit suivre une formation sur la protection des renseignements personnels dans les six mois suivant le début de son mandat.
- Une analyse de sécurité était effectuée annuellement par une compagnie externe sur les systèmes de l'assureur et de ses agents généraux (MGA).
- Une politique de gestion des incidents de sécurité était en place et elle prévoyait aviser l'Autorité en cas d'incident susceptible de toucher la protection des renseignements personnels.

Conclusions

Les constats présentés dans ce rapport orienteront les prochaines actions de l'Autorité en matière de saines pratiques commerciales, notamment dans ses travaux de surveillance à distance et sur place conformément à son Cadre de surveillance. En effet, ce cadre intègre l'évaluation des pratiques commerciales comme une composante dans la détermination du profil de risque de chaque institution financière.

Par ailleurs, l'Autorité effectuera au cours des prochains mois des travaux particuliers et des consultations auprès de l'industrie en ce qui a trait à certains des thèmes abordés dans ce rapport, dont la gestion des incitatifs, la conception et commercialisation de produits ainsi que l'information destinée aux consommateurs. Différentes initiatives de l'Autorité pourraient en découler.

En terminant, l'Autorité désire rappeler que les pratiques commerciales d'un assureur doivent prendre en compte le traitement équitable des consommateurs, et ce, à chaque étape du cycle de vie du produit. Il revient donc à chaque assureur de déterminer les meilleures pratiques pour atteindre les résultats attendus.

5.2 RÉGLEMENTATION ET LIGNES DIRECTRICES

Aucune information.

5.3 AUTRES CONSULTATIONS

Aucune information.

5.4 MODIFICATIONS AUX REGISTRES DE PERMIS DES ASSUREURS, DES SOCIÉTÉS DE FIDUCIE ET SOCIÉTÉS D'ÉPARGNE ET DES STATUTS DES COOPÉRATIVES DE SERVICES FINANCIERS

Aucune information.

5.5 SANCTIONS ADMINISTRATIVES

L'Autorité des marchés financiers (l'« Autorité ») publie dans cette section la liste des sanctions administratives pécuniaires imposées en vertu de l'article 405.1 de la *Loi sur les assurances*, RLRQ, c. A-32 (la « Loi sur les assurances ») et en vertu de l'article 349.1 de la *Loi sur les sociétés de fiducie et les sociétés d'épargne*, RLRQ, c. S-29.01 (la « LSFSÉ »). Les sanctions administratives pécuniaires sont imposées lorsqu'un assujetti fait défaut de respecter une disposition de l'une de ces lois ou de leurs règlements.

Les décisions rendues en vertu de la Loi sur les assurances sont publiées à la section 5.5.1, alors que celles rendues en vertu de la LSFSÉ sont publiées à la section 5.5.2. Dans l'éventualité d'une révision du montant imposé, le montant révisé sera indiqué dans la section concernée.

L'imposition d'une sanction administrative, en application de l'article 405.1 de la Loi sur les assurances ou de l'article 349.1 de la LSFSÉ, est sans préjudice quant à toute autre mesure ou recours que pourrait prendre l'Autorité.

5.5.1 - Loi sur les assurances

La liste publiée dans cette section présente les sanctions administratives pécuniaires imposées aux assureurs, aux fédérations de sociétés mutuelles d'assurance ou aux fonds de garantie (désignés individuellement un « assujetti ») en vertu de l'article 405.1 de la Loi sur les assurances à la suite du défaut de respecter une disposition de cette loi ou d'un de ses règlements.

L'article 405.1 de la Loi sur les assurances prévoit :

> L'Autorité, après l'établissement de faits portés à sa connaissance qui démontrent qu'une personne ou une société a fait défaut de respecter une disposition de la présente loi ou d'un règlement pris en application de celle-ci, peut imposer à cette personne ou société une sanction administrative et en percevoir le paiement.
>
> Le montant de cette sanction doit être proportionné à la gravité du manquement et ne peut, en aucun cas, excéder 1 000 000 $.

Veuillez noter que l'Autorité a publié *l'Avis de l'Autorité des marchés financiers relatif au cadre de sanctions administratives pécuniaires imposées en cas de production tardive de renseignements ou documents (articles 405.1 et suivants de la Loi sur les assurances)* (le « Cadre de sanctions ») dont la dernière mise à jour a été publiée au Bulletin de l'Autorité du 7 juin 2012 (Vol. 9, n° 23, section 5.1).

La publication de la présente liste des sanctions administratives pécuniaires concerne les défauts de déposer dans les délais prescrits un ou plusieurs documents exigés par la Loi sur les assurances ou requis par l'Autorité. Cette publication au Bulletin a été prévue dans la mise à jour du Cadre de sanctions publiée le 16 décembre 2011 et s'applique pour tout défaut de déposer dans le délai indiqué un ou des documents énumérés en annexe du Cadre de sanctions et dont le dépôt était requis à partir du 1er janvier 2012. L'Autorité compte publier une telle liste sur une base trimestrielle, le cas échéant.

Le tableau qui suit présente les balises des sanctions prévues au Cadre de sanctions. Ces balises sont basées sur les actifs totaux d'un assujetti (excluant les actifs de fonds distincts pour un assureur) de l'année financière précédente.

Actifs totaux (excluant les actifs de fonds distincts pour un assureur)	Montant de la sanction, par jour	Montant maximal de la sanction
2,5 G$ et plus	1 800 $ le premier jour ouvrable et, le cas échéant, 1 500 $ par jour additionnel	67 800 $
Plus de 250 M$, mais moins de 2,5 G$	900 $ le premier jour ouvrable et, le cas échéant, 750 $ par jour additionnel	33 900 $
250 M$ et moins	500 $ le premier jour ouvrable et, le cas échéant, 300 $ par jour additionnel	13 700 $

La computation de la durée du retard ou du défaut se fait à partir du premier jour ouvrable suivant la date limite de dépôt, et ce, pour une période maximale de défaut de 45 jours.

Dans le cas où une sanction a déjà été imposée à un assujetti pour le défaut d'avoir déposé dans le délai indiqué un ou des documents exigés par la Loi sur les assurances ou demandés par l'Autorité, le montant de la sanction est porté au double pour tout autre défaut de déposer.

La liste ci-dessous indique le nom de l'assujetti concerné, le numéro de référence de la décision d'imposer une sanction administrative, ainsi que la date de la décision et le montant imposé.

Nom de l'assujetti	No de référence	Date de décision	Montant imposé
ARCH ASSURANCES CANADA LTÉE	2015-SOLV-0003	2015-02-26	900 $
DAS COMPAGNIE D'ASSURANCE DE PROTECTION JURIDIQUE LIMITÉE	2015-SOLV-0004	2015-02-26	1 000 $
COMPAGNIE D'ASSURANCE XL	2015-SOLV-0005	2015-02-26	1 800 $
ORDRE DES ÉVALUATEURS AGRÉÉS DU QUÉBEC	2015-SOLV-0021	2015-03-30	1 600 $
L'ENTREPRISE D'ASSURANCES SHIPOWNERS' MUTUAL PROTECTION & INDEMNITY ASSOCIATION (LUXEMBOURG) (SUCCURSALE CANADIENNE)	2015-SOLV-0022	2015-03-30	1 000 $
LA COMPAGNIE D'ASSURANCE-VIE ALLIANZ D'AMÉRIQUE DU NORD	2015-SOLV-0024	2015-05-13	500 $
AXA ART COMPAGNIE D'ASSURANCE	2015-SOLV-0025	2015-05-13	1 100 $
COMPAGNIE D'ASSURANCE TITRES CHICAGO	2015-SOLV-0026	2015-05-13	1 600 $
CHUBB DU CANADA COMPAGNIE D'ASSURANCE	2015-SOLV-0027	2015-05-13	4 800 $
DESJARDINS ASSURANCES GÉNÉRALES INC.	2015-SOLV-0028	2015-05-13	1 800 $
PROMUTUEL DEUX-MONTAGNES, SOCIÉTÉ MUTUELLE D'ASSURANCE GÉNÉRALE	2015-SOLV-0029	2015-05-13	500 $
L'ASSURANCE MUTUELLE DES FABRIQUES DE MONTRÉAL	2015-SOLV-0030	2015-05-13	500 $
COMPAGNIE D'ASSURANCES FÉDÉRALE	2015-SOLV-0031	2015-05-13	2 200 $
GIRAFE & CIE, COMPAGNIE D'ASSURANCE-VIE	2015-SOLV-0032	2015-05-13	500 $
LA COMPAGNIE D'ASSURANCE INCENDIE HARTFORD	2015-SOLV-0033	2015-05-13	1 000 $
LA MÉTROPOLITAINE, COMPAGNIE D'ASSURANCE-VIE	2015-SOLV-0035	2015-05-13	500 $
COMPAGNIE D'ASSURANCE MITSUI SUMITOMO LIMITÉE	2015-SOLV-0036	2015-05-13	2 200 $
PROMUTUEL L'OUTAOUAIS, SOCIÉTÉ MUTUELLE D'ASSURANCE GÉNÉRALE	2015-SOLV-0037	2015-05-13	1 100 $
LA PERSONNELLE, ASSURANCES GÉNÉRALES INC.	2015-SOLV-0038	2015-05-13	1 800 $

PROMUTUEL ASSURANCE INC.	2015-SOLV-0039	2015-05-13	500 $
PROMUTUEL RÉASSURANCE	2015-SOLV-0040	2015-05-13	900 $
ASSURANCE ET RÉASSURANCE STARR	2015-SOLV-0041	2015-05-13	2 600 $
COMPAGNIE D'ASSURANCES TRANS GLOBALE	2015-SOLV-0042	2015-05-13	1 000 $
COMPAGNIE D'ASSURANCE-VIE TRANS-GLOBALE	2015-SOLV-0043	2015-05-13	1 000 $
VIACTION ASSURANCE INC.	2015-SOLV-0044	2015-05-13	1 600 $

5.5.2 - Loi sur les sociétés de fiducie et les sociétés d'épargne

La liste publiée dans cette section présente les sanctions administratives pécuniaires imposées aux sociétés de fiducie et aux sociétés d'épargne (désignés individuellement un « assujetti ») en vertu de l'article 349.1 de LSFSÉ à la suite du défaut de respecter l'une des dispositions de cette loi ou de ses règlements.

L'article 349.1 de la LSFSÉ prévoit :

> L'Autorité peut, après l'établissement de faits portés à sa connaissance qui démontrent qu'une personne ou une société a fait défaut de respecter une disposition de la présente loi ou de ses règlements, imposer à cette personne ou à cette société une sanction administrative et en percevoir le paiement.
>
> Le montant de cette sanction doit être proportionné à la gravité du manquement et ne peut, en aucun cas, excéder 1 000 000 $.

Veuillez noter que l'Autorité a publié l'*Avis de l'Autorité des marchés financiers relatif au cadre de sanctions administratives pécuniaires imposées en cas de production tardive de renseignements ou documents (articles 349.1 de la Loi sur les sociétés de fiducie et les sociétés d'épargne)* (le « Cadre de sanctions SFSÉ ») au Bulletin de l'Autorité du 16 décembre 2011 (vol. 8, n°50, section 5.1).

La publication de la présente liste des sanctions administratives pécuniaires concerne les défauts de déposer dans les délais prescrits un ou plusieurs documents exigés par la LSFSÉ ou requis par l'Autorité. Cette publication au Bulletin a été prévue dans le Cadre de sanctions SFSÉ publié le 16 décembre 2011 et s'applique pour tout défaut de déposer un ou des documents dans le délai indiqué et dont le dépôt était requis en vertu de ce cadre de sanctions. L'Autorité compte publier une telle liste sur une base trimestrielle, le cas échéant.

Le tableau qui suit présente les balises des sanctions prévues au Cadre de sanctions SFSÉ. Ces balises sont basées sur les actifs totaux au bilan d'un assujetti de l'année financière précédente.

Actifs totaux au bilan	Montant de la sanction par jour	Montant maximale de la sanction
Plus de 2,5 milliards $	1800 $ le premier jour ouvrable et, le cas échéant, 1500 $ par jour additionnel	67 800 $
Plus de 250 millions $ et moins de 2,5 milliards $	900 $ le premier jour ouvrable et, le cas échéant, 750 $ par jour additionnel	33 900 $
100 M$ et moins de 250 M$	500 $ le premier jour ouvrable et, le cas échéant, 300 $ par jour additionnel	13 700 $
Moins de 100 M$	250 $ le premier jour ouvrable et, le cas échéant, 150 $ par jour additionnel	6 850 $

La computation de la durée du retard ou du défaut se fait à partir du premier jour ouvrable suivant la date limite de dépôt, et ce, pour une période maximale de défaut de 45 jours.

Dans le cas où une sanction a déjà été imposée à un assujetti pour le défaut d'avoir déposé dans le délai indiqué un ou des documents exigés par la LSFSÉ ou demandés par l'Autorité, le montant de la sanction est porté au double pour tout autre défaut de déposer.

La liste des sanctions administratives pécuniaires ci-dessous indique le nom de l'assujetti concerné, le numéro de référence de la décision d'imposer une sanction administrative, ainsi que la date de la décision et le montant imposé.

Nom de l'assujetti	No de référence	Date de décision	Montant imposé
SOCIÉTÉ HYPOTHÉCAIRE HSBC, CANADA	2015-SOLV-0010	2015-02-27	3 300 $
SOCIÉTÉ DE FIDUCIE HSBC, CANADA	2015-SOLV-0011	2015-02-27	3 300 $

5.6 AUTRES DÉCISIONS

Aucune information.