

5.1

Avis et communiqués

5.1 AVIS ET COMMUNIQUÉS

Rapport de l'intervention transversale en assurance invalidité collective

L'Autorité a lancé, en avril 2018, une intervention transversale portant sur le traitement des demandes de prestations en assurance invalidité collective, dont les invalidités liées à des facteurs psychologiques, dans le secteur des assurances au Québec.¹

Le résultat des travaux découlant de cette intervention est publié dans le Rapport de l'intervention transversale en assurance invalidité collective (le « Rapport ») de l'Autorité.²

En effet, l'Autorité a jugé opportun de préciser davantage, par les recommandations énoncées au Rapport, ses attentes en matière de traitement équitable du consommateur en assurance invalidité collective, en vue notamment d'assurer la mise en place des meilleures pratiques dans l'ensemble de l'industrie.

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 14 mars 2019

¹ <https://lautorite.qc.ca/grand-public/salle-de-presse/actualite/fiche-dactualite/lautorite-se-penche-sur-les-pratiques-de-lindustrie-en-matiere-de-reclamations-dassurance-invalid/>

² Insérer lien vers le rapport



Rapport de l'intervention transversale en assurance invalidité collective

Mars 2019

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

Contexte	3
Constats globaux	4
Recommandations	6
1. Information destinée au consommateur	6
1.1 Rôles et responsabilités de l'assureur et du preneur	6
1.2 Clarté et simplicité de l'information	8
2. Traitement et règlement des demandes de prestations	9
2.1 Formation en invalidité psychologique offerte au personnel responsable du traitement des demandes de prestations	9
2.2 Consultation d'un professionnel de la santé	10
2.3 Décision de refus, de cessation ou de suspension	11
2.4 Révision d'une décision	12
3. Traitement des plaintes et règlement des différends	13
4. Gouvernance	14
4.1 Information de gestion	14
4.2 Assurance qualité	16
5. Protection des renseignements personnels	18
Conclusion	19

CONTEXTE

L'Autorité des marchés financiers (l'Autorité) a lancé, en avril 2018, une intervention transversale sur le traitement des demandes de prestations en assurance invalidité collective (régimes employé-employeur)¹ portant entre autres sur les invalidités liées à des facteurs psychologiques.

Les informations dont disposait l'Autorité à cette période ne révélaient pas l'existence d'une problématique particulière. Toutefois, l'Autorité souhaitait obtenir un portrait global plus détaillé des pratiques commerciales ayant cours dans l'industrie et s'assurer que celles-ci étaient adéquates et permettaient un traitement équitable du consommateur.

Cette intervention s'est effectuée principalement par :

- 】 une requête d'information transmise aux dix principaux assureurs actifs en assurance collective de personnes au Québec, lesquels représentent près de 90 % des parts de marché dans le domaine de l'assurance invalidité collective;
- 】 des entrevues menées au cours de l'été et de l'automne 2018 auprès de la majorité de ces assureurs.

Ces travaux ont été effectués par l'Autorité dans le cadre de son mandat de surveillance des assureurs.

Afin d'établir le caractère adéquat des pratiques commerciales et leur niveau d'équité envers le consommateur, l'Autorité s'est appuyée sur plusieurs volets de la *Ligne directrice sur les saines pratiques commerciales*² (la « Ligne directrice ») publiée en juin 2013, qui s'applique à tous les assureurs régis par la *Loi sur les assurances*, RLRQ, c. A-32 (la « Loi sur les assurances »)³.

L'analyse effectuée ciblait principalement les aspects relatifs au traitement des demandes de prestations et ne visait pas l'ensemble des éléments énoncés à la Ligne directrice.

Par cette Ligne directrice, l'Autorité énonce ses attentes en matière de saines pratiques commerciales, lesquelles visent notamment à permettre la réalisation des objectifs suivants :

- 】 assurer le traitement équitable des consommateurs, lequel constitue un élément central de la culture d'entreprise des assureurs;
- 】 veiller à ce que les consommateurs disposent d'une information qui leur permet, avant, pendant et après l'achat d'un produit, d'être convenablement informés et de prendre des décisions éclairées quant au produit;
- 】 faire en sorte que les demandes d'indemnités et les plaintes soient traitées avec diligence et réglées équitablement, selon une procédure simple et accessible pour les réclamants.

1 Les résultats de cette intervention n'incluent pas les régimes d'avantages sociaux non assurés (RASNA) et les produits vendus selon un mode de distribution sans représentant (DSR).

2 https://lautorite.qc.ca/fileadmin/lautorite/reglementation/lignes-directrices-assurance/ligne-directrice-saines-pratiques-commerciales_fr.pdf

3 L'article 222.2 de la Loi sur les assurances, prévoit que tout assureur doit suivre de saines pratiques commerciales et qu'il doit notamment informer adéquatement les personnes à qui il offre un produit ou un service et agir équitablement dans ses relations avec celles-ci. Cette loi sera remplacée à partir du 13 juin 2019 par la *Loi sur les assureurs* (L.Q. 2018, c. 23, a. 3), dont le chapitre IV traitera des pratiques commerciales.

CONSTATS GLOBAUX⁴

En 2017, 1,776 milliard \$ a été perçu en primes, dont près de 408 millions \$ en invalidité de courte durée (« ICD ») et 1,368 milliard \$ en invalidité de longue durée (« ILD »)⁵.

Quant au versement des prestations, en 2017 les assureurs avaient versé plus de 1,447 milliard \$, soit 360 millions \$ en prestations d'ICD et 1,087 milliard \$ en prestations d'ILD.

L'Autorité a pu constater que, de 2015 à 2017, une moyenne annuelle de 86 % des primes souscrites en assurance invalidité collective de courte durée étaient versées en prestations, tandis qu'en assurance invalidité de longue durée cette moyenne était de 77 %.

La moyenne annuelle du nombre de demandes de prestations reçues entre 2015 et 2017 était d'environ 97 000. Les demandes de prestations en invalidité à caractère psychologique représentaient environ 30 % des demandes totales de prestations.

Le taux moyen annuel de demandes de prestations acceptées de 2015 à 2017 était de 95 % en assurance de courte durée et de 88 % en assurance de longue durée.

Ainsi, globalement, cette analyse n'a pas révélé une problématique systémique dans la gestion de l'assurance invalidité collective par l'industrie.

Cependant, l'Autorité a observé des pratiques qui nécessitent des correctifs afin de répondre à ses attentes et d'assurer le traitement équitable des consommateurs, en particulier quant :

- à l'information qui est communiquée à l'adhérent sur les protections offertes par le contrat-cadre et les motifs possibles de refus d'une demande de prestation. Cette information n'est pas toujours suffisante, transmise en temps opportun et exprimée dans un langage clair;
- au processus de révision d'une demande de prestation qui, d'une part, n'est pas toujours présenté explicitement à l'adhérent et, par ailleurs, compte souvent de nombreuses étapes, ce qui rend la tâche lourde pour l'adhérent;
- au processus de traitement d'une plainte, pour lequel l'information n'est pas toujours aisément accessible pour l'adhérent; et
- aux critères permettant de déterminer le besoin, ou non, de faire appel à un professionnel de la santé, qui n'étaient pas toujours formellement documentés.

4 Les données mentionnées au présent document sont basées sur les informations transmises par les assureurs sondés en mai 2018 et sont basées sur les années 2015 à 2017. Elles n'ont pas fait l'objet d'une vérification.

5 La durée maximale de l'invalidité de courte durée et le moment où commence l'invalidité de longue durée sont établis au contrat-cadre et peuvent différer selon le contrat.

Néanmoins, cette analyse a également fait ressortir de bonnes pratiques observées chez les assureurs, dont certaines concernant le traitement des dossiers d'invalidités à caractère psychologique.

L'Autorité a jugé opportun de préciser davantage, par les recommandations énoncées ci-dessous, les bonnes pratiques attendues en matière de traitement équitable du consommateur en assurance invalidité collective, en vue notamment d'assurer la mise en place des meilleures pratiques dans l'ensemble de l'industrie.

L'Autorité porte également une grande attention aux situations particulières qui lui sont partagées par les consommateurs dans le cadre de plaintes et de dénonciations, ou dont elle prend connaissance par le biais de reportages ou de publications dans différents médias.

L'Autorité est d'avis que la mise en place de ces recommandations permettra d'atténuer la survenance de ces situations tout en permettant aux assureurs de prévenir les cas de fraude et de consolider la confiance des consommateurs envers l'industrie de l'assurance.

RECOMMANDATIONS

1. INFORMATION DESTINÉE AU CONSOMMATEUR

1.1 Rôles et responsabilités de l'assureur et du preneur

En assurance invalidité collective, le titulaire du contrat d'assurance est généralement appelé le « preneur ». Celui-ci peut être, entre autres, l'employeur lui-même, un syndicat ou encore une association professionnelle.

L'assureur et le preneur prennent ententes (contrat-cadre et ententes connexes) afin d'offrir à tous les adhérents⁶ d'un même groupe les protections et garanties d'assurance invalidité collective selon les modalités négociées.

Le preneur assume certaines responsabilités découlant de ces ententes, dont la transmission à l'adhérent des informations relatives au contrat.

L'adhérent a effectivement besoin d'une information convenable afin d'avoir une bonne compréhension de la couverture de son assurance invalidité collective, d'anticiper les impacts de son invalidité et de connaître les exclusions⁷ et les conditions préexistantes qui pourraient le concerner.

Un preneur informé non adéquatement de ses rôles et responsabilités pourrait omettre de communiquer, en temps opportun, à l'adhérent les particularités de la couverture d'assurance qui pourraient avoir des conséquences importantes pour ce dernier, notamment :

- 】 La formule de calcul des prestations :

Le montant de la prestation d'invalidité couvre seulement un pourcentage du salaire de l'adhérent. Cette différence de revenu peut avoir des impacts sur sa capacité de respecter ses obligations financières.
- 】 La définition d'invalidité :

Lors d'une invalidité de plus longue durée, l'adhérent doit habituellement être incapable d'exercer toute occupation rémunératrice (autre que son emploi actuel) pour avoir droit à ses prestations. Cette invalidité entre en vigueur à la fin de la période d'invalidité de courte durée⁸.

6 Pour une meilleure compréhension du concept d'assurance collective et du terme « adhérent », se référer au site Web de l'Autorité au lien suivant : <https://lautorite.qc.ca/grand-public/assurance/assurances-collectives/>

7 Uniquement aux fins du présent document et afin d'alléger le texte, le terme « exclusions » a été utilisé et inclut également les termes « restrictions » et « limitations ».

8 Pour une meilleure compréhension du concept d'invalidité de courte et de longue durée, se référer au site de l'Autorité au lien suivant : <https://lautorite.qc.ca/grand-public/assurance/assurances-collectives/assurance-invalidite/>

Ligne directrice sur les saines pratiques commerciales

« 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. »

« L'Autorité s'attend à ce que l'information transmise aux consommateurs soit à jour et disponible au moment opportun, sur support papier ou sur tout autre médium durable. »

】 Les exclusions et conditions préexistantes :

Certaines exclusions et conditions préexistantes pourraient être méconnues, telles que celles liées aux sports extrêmes (ex. : saut en parachute ou ski hors piste). Parmi les différentes ententes que l'Autorité a analysées, jusqu'à 18 catégories d'exclusions ont été répertoriées.

Voici les bonnes pratiques attendues des assureurs par l'Autorité qui favorisent la transmission en temps opportun d'une information adéquate à l'adhérent, autant par le preneur que par l'assureur :

- 】 Précision des rôles et responsabilités du preneur au contrat-cadre ou à tout autre document pertinent et formation du preneur afin qu'il puisse comprendre concrètement ses rôles et responsabilités envers l'adhérent, notamment :
- l'obligation de remise du document explicatif à l'adhérent lorsque ce document n'est pas disponible autrement;
 - la teneur des informations à transmettre à l'adhérent afin que celui-ci soit convenablement informé (ex. : présentation de la couverture d'assurance, de la formule de calcul des prestations, de la définition d'invalidité, des exclusions et des conditions préexistantes);
 - les limites de son rôle (rôle d'information et non de conseil envers l'adhérent);
 - les moments où il doit référer l'adhérent à l'assureur.
- 】 Mise en place de mesures permettant de s'assurer que le preneur assume son rôle et ses responsabilités tels qu'ils ont été convenus (ex. : rappels ou présentations au preneur, sondage aléatoire transmis aux adhérents);
- 】 Mise en place d'outils permettant d'informer convenablement l'adhérent (ex. : accès à l'information sur un site destiné à l'adhérent, conférences offertes à ce dernier, foire aux questions, soutien téléphonique, lexique, dépliant résumant les informations essentielles de la couverture d'assurance);
- 】 Extension des obligations de l'assureur envers le preneur à ceux à qui le preneur délègue ses fonctions (ex. : l'employeur à qui le preneur (ex. : syndicat) a délégué des activités).

1.2 Clarté et simplicité de l'information

Le réclamant n'est pas familier avec le vocabulaire propre au domaine de l'assurance invalidité collective.

Les informations communiquées à l'adhérent lors de son adhésion à l'assurance et lors du processus de traitement de sa demande de prestations doivent être formulées dans un langage simple et clair.

Voici les bonnes pratiques attendues des assureurs par l'Autorité qui favorisent une meilleure compréhension par l'adhérent de l'information transmise par l'assureur :

- 】 Communication dans un langage simple et clair, notamment dans les documents explicatifs transmis au moment de l'adhésion ou lors du traitement des demandes de prestations (par exemple pour décrire les motifs de refus);
- 】 Utilisation d'un vocabulaire non technique ou non complexe (ex. : définition d'invalidité, capacité fonctionnelle, habiletés transférables, délai de carence) et ne portant pas à interprétation (ex. : soins ou chirurgies non médicalement nécessaires, activité ou sport dangereux). Lorsque cette utilisation ne peut être évitée, clarification de ce vocabulaire pour éliminer toute confusion pour l'adhérent sur la portée de sa couverture;
- 】 Création et accessibilité d'outils aidant l'adhérent à mieux comprendre l'information qui lui est transmise (ex. : lexique, paragraphes explicatifs ou référence à des clauses du contrat, guide destiné à l'adhérent, foire aux questions).

Ligne directrice sur les saines pratiques commerciales

« L'Autorité s'attend à ce que l'information transmise aux consommateurs soit rédigée dans un langage simple et clair, et de façon à ne pas induire en erreur. »

« L'Autorité s'attend notamment à ce que les réclamants se voient expliquer clairement et avec diligence les facteurs déterminants de l'évaluation et les motifs de rejet total ou partiel de leurs demandes d'indemnités, le cas échéant. »

2. TRAITEMENT ET RÈGLEMENT DES DEMANDES DE PRESTATIONS

2.1 Formation en invalidité psychologique offerte au personnel responsable du traitement des demandes de prestations

La diffusion d'une formation de base et d'une formation continue au personnel responsable du traitement des demandes de prestations en assurance invalidité collective est nécessaire.

La formation offerte pour l'invalidité psychologique est particulièrement essentielle étant donné que ces dossiers ont un aspect subjectif et sont souvent de nature plus complexe que les dossiers d'invalidité à caractère physique.

Voici les bonnes pratiques attendues des assureurs par l'Autorité qui favorisent une supervision et une formation adéquate sur le volet psychologique du personnel responsable du traitement des prestations :

- Mise en place d'un programme de formation de base et en continu pour le personnel traitant les demandes de prestations qui inclut :
 - Les particularités de certaines maladies à caractère psychologique;
 - L'évolution dans le domaine des maladies à caractère psychologique;
 - L'interaction appropriée avec les adhérents ayant une invalidité à caractère psychologique.
- Vigie de l'évolution dans le domaine des maladies à caractère psychologique et ajustement des programmes de formation de base et continue lorsque requis;
- Mise en place d'un système de contrôle pour s'assurer que les formations sur le volet psychologique ont été suivies dans les délais requis;
- Supervision de tout nouvel employé pendant une période appropriée pour les dossiers d'invalidité à caractère psychologique;
- Ajustement des programmes de formation en fonction des lacunes décelées sur ce volet lors des contrôles de qualité des dossiers.

Ligne directrice sur les saines pratiques commerciales

« 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. »

« L'Autorité s'attend notamment à ce que :

- les consommateurs connaissent l'existence du service de traitement et de règlement des demandes d'indemnités ainsi que les coordonnées pour y accéder;
- les réclamants connaissent les principales étapes de la procédure de traitement et les délais de traitement prévus;
- les réclamants se voient expliquer clairement et avec diligence les facteurs déterminants de l'évaluation et les motifs de rejet total ou partiel de leurs demandes d'indemnité, le cas échéant. »

2.2 Consultation d'un professionnel de la santé

L'analyse d'un dossier d'invalidité peut s'avérer parfois complexe et nécessiter l'avis d'un professionnel de la santé (ex. : documentation médicale difficile à interpréter, présence de diagnostics multiples ou de diagnostics de nature psychologique).

Pour ce faire, les assureurs mettent des professionnels de la santé à la disposition du personnel responsable de traiter les demandes de prestations.

Il est important d'orienter formellement le personnel responsable de traiter les demandes de prestations afin qu'il puisse déterminer s'il devrait consulter ou non un professionnel de la santé et le moment opportun pour le faire.

Voici les bonnes pratiques attendues des assureurs par l'Autorité qui favorisent la consultation au moment opportun d'un professionnel de la santé dans le cadre du traitement d'une demande de prestations :

- 】 Formalisation du rôle du professionnel de la santé;
- 】 Formalisation des critères permettant d'orienter le personnel responsable de traiter les demandes de prestations afin de déterminer la nécessité et le moment opportun pour consulter un professionnel de la santé;
- 】 Conservation au dossier de l'information relative à la consultation du professionnel de la santé par le personnel concerné et des résultats de cette consultation. Si la recommandation du professionnel de la santé n'est pas suivie par le personnel responsable, documentation de la raison et des démarches effectuées pour en arriver à cette conclusion (ex. : échanges avec le professionnel de la santé, discussion et approbation d'un supérieur).

Ligne directrice sur les saines pratiques commerciales

« 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. »

2.3 Décision de refus, de cessation ou de suspension

La décision de refus, de cessation ou de suspension est toujours confirmée par l'envoi d'une lettre adressée au réclamant par l'assureur. Une information verbale est également généralement transmise.

Le réclamant doit obtenir toute l'information pertinente afin de bien comprendre les motifs de rejet total ou partiel de sa demande de prestations et les étapes subséquentes.

Voici les bonnes pratiques attendues des assureurs par l'Autorité qui favorisent un suivi approprié et la transmission d'une information adéquate à l'adhérent :

- 】 Suivi adéquat effectué auprès du réclamant s'il manque de l'information au dossier, suspension du dossier le temps d'obtenir cette information (au lieu de refuser la demande de prestations ou de fermer le dossier) et information de cette suspension transmise au réclamant;
- 】 Information suffisante transmise au réclamant sur :
 - le motif de la décision aux lettres de refus et de cessation, et personnalisation des motifs de la décision à la situation du réclamant dès la première communication;
 - les informations additionnelles requises pour statuer sur la demande de prestations.
- 】 Prochaines étapes du dossier précisées clairement aux lettres transmises au réclamant (ex. : processus de révision précisé aux lettres de refus ou de cessation, processus de traitement d'une plainte et de règlement des différends suivant la révision, analyse des informations additionnelles lorsqu'elles seront obtenues).

Ligne directrice sur les saines pratiques commerciales

« 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. »

« L'Autorité s'attend à ce que les réclamants se voient expliquer clairement et avec diligence les facteurs déterminants de l'évaluation et les motifs de rejet total ou partiel de leurs demandes d'indemnités, le cas échéant. »

2.4 Révision d'une décision

Le processus de révision des décisions rendues dans un dossier d'assurance invalidité collective devrait être équitable, objectif et simple, être facilement accessible et être communiqué au réclamant.

Pour le réclamant, il est primordial de s'appuyer sur une référence écrite afin d'y accéder ultérieurement ou pour consulter, au besoin, un conseiller ou un proche aidant. Cet élément est d'autant plus important pour les invalidités à caractère psychologique, étant donné l'état de vulnérabilité du réclamant.

Voici les bonnes pratiques attendues des assureurs par l'Autorité qui favorisent l'accessibilité, la communication, la simplification, l'équité et l'objectivité de ce processus de révision :

- › Offre systématique à tous les réclamants de la possibilité de faire réviser la décision rendue à l'égard de leur demande de prestations, et ce, peu importe le motif de refus ou de cessation (incluant les motifs contractuels);
- › Information écrite au réclamant sur les éléments essentiels du processus de révision de la décision (ex. : formalités, délais habituels, lien vers la section ou les documents pertinents sur le site Web de l'assureur (ex. : documents explicatifs, foire aux questions));
- › Mise en place d'un processus de révision des décisions relatives aux demandes de prestations simple pour le réclamant et lui permettant notamment :
 - d'alléger ses démarches;
 - d'avoir peu d'étapes à franchir;
 - d'obtenir une révision par tous les intervenants appropriés dès la première demande de révision;
 - d'avoir l'assurance qu'une consultation du professionnel de la santé a été effectuée lorsque requis;
 - d'y accéder facilement (ex. : processus disponible et facilement accessible sur le site Web de l'assureur ou sur un site sécurisé destiné au réclamant).
- › Objectivité et équité dans l'analyse de la demande de révision en s'assurant, entre autres, que la personne qui effectue celle-ci est différente de celle qui a traité initialement la demande de prestations.

Ligne directrice sur les saines pratiques commerciales

« 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. »

« L'Autorité s'attend notamment à ce que les réclamants connaissent les principales étapes de la procédure de traitement et les délais de traitement prévus. »

3. TRAITEMENT DES PLAINTES ET RÈGLEMENT DES DIFFÉRENDS

Le réclamant devrait être avisé (ex. : par lettre ou sur le site Web de l'assureur) de la procédure de traitement des plaintes et de règlement des différends de l'assureur, incluant les coordonnées de l'officier de règlement des différends ou de l'Ombudsman de l'assureur.

Cette procédure devrait être facile à retrouver sur le site Web de l'assureur afin de faciliter la démarche du réclamant pour porter plainte.

L'article 52 de la *Loi sur les assureurs*, qui entrera en vigueur en juin 2019⁹, obligera l'assureur à rendre public sur son site Web et à diffuser, par tout moyen propre à atteindre la clientèle concernée, un résumé de sa politique portant sur le traitement des plaintes ainsi que sur le règlement des différends.

Voici les bonnes pratiques attendues des assureurs par l'Autorité qui favorisent une meilleure accessibilité et connaissance par le réclamant des informations relatives au processus de traitement des plaintes et de règlement des différends :

- Inclusion à la lettre transmise au réclamant, à la suite du maintien d'un refus, de l'information sur le traitement des plaintes et le règlement des différends disponible sur le site Web de l'assureur (ex. : détails inclus directement à la lettre avec référence à la section pertinente du site Web) et référence à l'endroit où la consulter;
- Disponibilité de l'information sur le traitement des plaintes et le règlement des différends sur le site Web de l'assureur, à un endroit facilement identifiable par l'adhérent;
- Rappel au réclamant de la possibilité de demander à l'assureur de transférer son dossier à l'Autorité.

Ligne directrice sur les saines pratiques commerciales

« Le traitement des plaintes et le règlement des différends sont des activités déterminantes pour apprécier la performance d'une institution au niveau du traitement équitable des consommateurs. L'Autorité s'attend notamment à ce que les consommateurs connaissent l'existence du service de traitement des plaintes et règlement des différends ainsi que les coordonnées pour y accéder.

Parmi les meilleures pratiques identifiées par l'Autorité, les institutions peuvent se référer aux suivantes :

- *les causes communes sous-jacentes aux plaintes reçues sont identifiées et des mesures appropriées sont prises pour les éliminer sinon les atténuer;*
- *les comportements inappropriés du personnel chargé du traitement des plaintes et du règlement des différends sont détectés et des mesures appropriées sont prises. »*

⁹ *Loi sur les assureurs*, L.Q. 2018, c. 23, a. 3.

4. GOUVERNANCE

4.1 Information de gestion

Des indicateurs permettant d'avoir une vision globale relative au traitement équitable du consommateur en assurance invalidité collective devraient être suivis par l'assureur afin qu'il puisse présenter une reddition de compte à la haute direction et au conseil d'administration qui leur :

- donne l'assurance que les objectifs en matière de traitement équitable du consommateur ont été atteints et qu'ils puissent en apprécier la performance;
- permette d'en dégager des constats et des tendances, de préciser les risques et les causes susceptibles d'avoir un impact négatif sur les adhérents et sur l'assureur (ex. : risque réputationnel) et d'intervenir en temps opportun.

Voici les bonnes pratiques attendues des assureurs par l'Autorité qui permettent à l'assureur d'avoir un portrait global du traitement effectué au sein de son entreprise et de s'assurer d'une gouvernance adéquate du traitement équitable du consommateur qui se reflète dans la culture de l'entreprise :

- Objectifs à atteindre établis en matière de traitement équitable du consommateur en assurance invalidité collective;
- Indicateurs développés pour évaluer le niveau d'atteinte de ces objectifs dont, à titre d'exemple :
 - le volume de primes et de prestations versées;
 - les délais de traitement des demandes de prestations et des révisions (incluant les délais de réponse et de versement des prestations);
 - le nombre de demandes de prestations par catégorie d'invalidités ou de diagnostics;
 - le taux de demandes de révision;
 - le taux de refus des demandes de prestations par catégorie d'invalidité ou de diagnostic (incluant celles à caractère psychologique);
 - le taux de maintien ou de changement de la décision à la suite d'une révision;
 - le nombre, les motifs et les types de plaintes et les litiges;

Ligne directrice sur les saines pratiques commerciales

« Parmi les meilleures pratiques identifiées par l'Autorité, les institutions peuvent se référer aux suivantes :

- la production d'une information de gestion qui permet :
 - d'apprécier la performance de l'institution en matière de traitement équitable des consommateurs;
 - de réagir, en temps opportun, aux changements ou aux risques susceptibles d'avoir un impact négatif sur ses clients;
 - de démontrer que le traitement équitable des consommateurs est intégré à la culture d'entreprise de l'institution. »

- le taux de satisfaction de la clientèle dans les dossiers d'assurance invalidité collective (incluant un volet sur le traitement équitable du consommateur);
 - les résultats de l'assurance qualité;
 - les résultats de la vigie effectuée dans le domaine du traitement équitable du consommateur en assurance invalidité collective;
 - la distinction, dans les indicateurs présentés, entre l'invalidité à caractère psychologique et l'invalidité à caractère physique, lorsque approprié.
- 】 Analyse de ces indicateurs afin de déceler les problématiques ou tendances en termes de traitement équitable du consommateur et apport de correctifs lorsque requis;
 - 】 Reddition de compte à la haute direction et au conseil d'administration afin de leur permettre d'obtenir l'assurance que les objectifs en traitement équitable du consommateur ont été atteints;
 - 】 Partage des statistiques liées aux invalidités à caractère psychologique au preneur afin de lui permettre de mettre en place des mesures d'amélioration telles qu'un programme d'aide ou de santé destinés aux employés. Le preneur ne doit cependant pas être en mesure d'associer cette information à un réclamant en particulier.

4.2 Assurance qualité

Un programme d'assurance qualité permet de s'assurer du respect des critères établis pour le traitement des dossiers d'assurance invalidité collective. Les grilles d'assurance qualité qui permettent d'évaluer ces aspects devraient contenir des éléments relatifs au traitement équitable du consommateur afin de permettre à l'assureur de s'assurer que l'adhérent a été traité équitablement tout au long du processus lié à son invalidité.

L'intégration de ces critères à l'assurance qualité constitue un excellent moyen de renforcer la culture de l'entreprise en matière de traitement équitable du consommateur dans les dossiers d'assurance invalidité collective, et ce, particulièrement dans les dossiers d'invalidité à caractère psychologique.

Voici les bonnes pratiques attendues des assureurs par l'Autorité qui favorisent une meilleure détection des enjeux relatifs au traitement équitable du consommateur dans le processus d'assurance qualité :

- ▶ Ajout aux grilles d'assurance qualité d'éléments de vérification du traitement équitable du consommateur tels que :
 - des communications écrites et verbales destinées au réclamant complètes et respectant les attentes exprimées par l'assureur, par exemple :
 - ton utilisé respectueux et vocabulaire adapté à la situation du réclamant;
 - indication des motifs de refus de façon suffisamment détaillée;
 - mention des processus de révision et de traitement des plaintes et de règlement des différends, lorsque requis;
 - précision donnée sur les délais de traitement.
 - l'analyse et le traitement du dossier de demande de prestations adéquats (ex. : prise en considération de tous les éléments au dossier, plan d'intervention approprié à la situation du réclamant);
 - la consultation du professionnel de la santé, s'il y a lieu, effectuée au moment opportun;
 - la consultation ou l'autorisation d'une personne de niveau supérieur ou d'un gestionnaire obtenue lorsque requis (ex. : cas plus complexe);

Ligne directrice sur les saines pratiques commerciales

« Parmi les meilleures pratiques identifiées par l'Autorité, les institutions peuvent se référer aux suivantes :

- *des mécanismes et des contrôles pour s'assurer que les dérogations aux stratégies, politiques et procédures de l'institution, les conflits d'intérêts ou toutes autres situations susceptibles de nuire au traitement équitable des consommateurs soient identifiés et traités. »*

- les retours d'appels effectués en temps opportun;
 - l'écoute de certains appels téléphoniques à des étapes importantes du dossier;
 - les règles de protection des renseignements personnels et confidentiels du réclamant dûment respectées.
- 】 Analyse des résultats de cette assurance qualité afin de cerner les enjeux et de les traiter;
 - 】 Retour auprès du personnel et des équipes concernées afin de les informer des éléments à améliorer, d'exiger des correctifs lorsque requis (ex. : réévaluation d'une décision ou d'un élément) et de faire un suivi de la mise en place des correctifs requis;
 - 】 Mise à jour du programme de formation, sensibilisation des formateurs et collaboration avec le réassureur, pour les formations diffusées par ce dernier, pour diffuser ou ajuster la formation selon les résultats de l'assurance qualité.

5. PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

La préservation de la confidentialité des renseignements personnels de l'adhérent est primordiale et est assurée, entre autres, par l'utilisation de moyens de communication sécurisés.

Voici une bonne pratique attendue des assureurs par l'Autorité qui favorise une meilleure protection des renseignements personnels et aide à rehausser la confiance du public :

- Utilisation et offre aux intervenants concernés (ex. : adhérent, preneur, employeur, professionnel du domaine médical) de moyens de communication sécurisés pour la transmission de renseignements personnels à teneur hautement sensibles tels que les informations médicales.

Ligne directrice sur les saines pratiques commerciales

« 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. »

« La protection des renseignements personnels est un enjeu prédominant pour une institution financière. La pérennité de ses opérations dépend entre autres de la confiance du public à cet égard. Les consommateurs s'attendent à ce que leurs renseignements personnels demeurent confidentiels et soient traités en conséquence. »

CONCLUSION

Plusieurs de ces bonnes pratiques sont déjà en place chez certains assureurs et chaque assureur précisera ses zones d'amélioration.

D'ailleurs, plusieurs assureurs, à la suite de nos travaux et discussions, ont confirmé qu'ils ont déjà amorcé la révision de certaines pratiques et qu'ils poursuivront leurs travaux en fonction des recommandations émises dans ce rapport.

Afin de favoriser l'atteinte des objectifs du présent rapport, l'Autorité vérifiera, dans le cadre de son mandat de surveillance, la mise en œuvre des bonnes pratiques recommandées par un suivi personnalisé auprès des assureurs concernés en obtenant un plan d'action de leur part et en menant ses interventions auprès de ceux-ci en application de son cadre de surveillance.

L'Autorité est consciente que le traitement équitable des invalidités à caractère psychologique fait l'objet de préoccupations de la part d'autres intervenants, dont les intervenants du milieu médical. L'Autorité demeure disponible pour un échange avec ces autres parties prenantes afin d'enrichir la réflexion sur le sujet.

L'Autorité tient à rappeler qu'elle rend accessible de l'information générale au sujet de l'assurance invalidité collective sur son site Web¹⁰ et peut également être contactée à son centre d'information par téléphone ou par l'utilisation du formulaire en ligne¹¹.

10 <https://lautorite.qc.ca/grand-public/assurance/assurances-collectives/assurance-invalidite/>

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



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, Square-Victoria, 22^e étage
C.P. 246, Place Victoria
Montréal (Québec) H4Z 1G3
514 395-0337



Group disability insurance cross-sectional analysis report

March 2019

Any material contained in this report is the property of the *Autorité des marchés financiers* and any commercial use hereof is strictly prohibited.

TABLE OF CONTENTS

Context	3
Overall findings	4
Recommendations	6
1. Information for consumers	6
1.1 Insurer's and policyholder's roles and responsibilities	6
1.2 Information in clear and plain language	8
2. Claims examination and settlement	9
2.1 Mental health disability training offered to claims examination staff	9
2.2 Consulting a health professional	10
2.3 Decision to deny, terminate or suspend a claim	11
2.4 Decision reviews	12
3. Complaint examination and dispute resolution	13
4. Governance	14
4.1 Management information	14
4.2 Quality assurance	16
5. Protection of personal information	18
Conclusion	19

CONTEXT

In April 2018, the *Autorité des marchés financiers* (the “AMF”) decided to conduct a cross-sectional analysis of how group disability insurance claims (employee-employer plans),¹ including claims for mental health disabilities, are handled.

When the AMF looked at the information in its possession, it did not find any specific problem. However, it sought to develop a more detailed overall picture of current industry commercial practices and ensure that they were adequate and resulted in the fair treatment of consumers (FTC).

The analysis was conducted primarily by means of:

- › a request for information sent to the ten largest group life and health insurers in Québec, which account for close to 90% of the group disability insurance market;
- › interviews conducted in the summer and fall of 2018 with most of those insurers.

The AMF carried out this work as part of its supervision of insurers.

To determine how adequate commercial practices were and how fair they were for consumers, the AMF relied on several components of the *Sound Commercial Practices Guideline*² (the “Guideline”) published in June 2013, which applies to all insurers governed by the *Act respecting insurance, CQLR, c. A-32* (the “Insurance Act”).³

The analysis focused mainly on items relating to claims examination and did not look at all aspects covered by the Guideline.

The Guideline sets out the AMF’s expectations for sound commercial practices, which are intended to ensure:

- › FTC, which is a core component of the governance and corporate culture of insurers;
- › that consumers have information allowing them to be properly informed and make enlightened decisions regarding a product, before, during and after the purchase of the product;
- › that claims and complaints are examined diligently and settled fairly, using a procedure that is simple and accessible to claimants.

1 The analysis results do not include administrative services only (ASO) plans and products sold other than through a representative.

2 https://lautorite.qc.ca/fileadmin/lautorite/reglementation/lignes-directrices-assurance/ligne-directrice-saines-pratiques-commerciales_an.pdf

3 Section 222.2 of the Insurance Act states that every insurer must adhere to sound commercial practices, including properly informing persons being offered a product or service and acting fairly in dealings with them. This statute will be replaced on June 13, 2019 by the *Insurers Act*, (S.Q. 2018, c. 23, s. 3), Chapter IV of which will cover commercial practices.

OVERALL FINDINGS⁴

In 2017, \$1.776 billion in premiums were collected, including nearly \$408 million in short-term disability ("STD") premiums and \$1.368 billion in long-term disability ("LTD") premiums.⁵

During that same year, insurers paid out in excess of \$1.447 billion in benefits, including \$360 million in STD benefits and \$1.087 billion in LTD benefits.

The AMF observed that, on average, from 2015 to 2017, 86% of premiums written for short-term group disability insurance and 77% of premiums written for long-term group disability insurance were paid out each year in benefits.

From 2015 to 2017, an average of around 97,000 claims were received every year, approximately 30% of which were for mental health disabilities.

The annual average acceptance rate for claims received between 2015 and 2017 was 95% for short-term insurance claims and 88% for long-term insurance claims.

Therefore, overall, the analysis did not expose any systemic problems with the way the industry manages group disability insurance.

However, the AMF observed some practices that require corrective action in order to meet its expectations and ensure FTC, particularly regarding:

- ▶ the information provided to participants relating to the coverage offered under the master policy and the possible reasons for denying a claim, which information is not always sufficient, timely and in clear language;
- ▶ the decision review process, which is not always explicitly presented to participants and, moreover, often consists of multiple steps, making it onerous for the participant;
- ▶ the complaint examination process, information about which is not always easily accessible for participants; and
- ▶ the criteria used to determine whether or not a health professional needs to be consulted, which are not always formally documented.

4 The figures in this document are based on information for the years 2015 through 2017 provided by the insurers surveyed in May 2018 and have not been verified.

5 The maximum duration of short-term disability benefits and the commencement of long-term disability benefits are set out in the master policy and may vary between policies.

Nevertheless, the analysis also brought to light some good practices among insurers, including in the examination of mental health disability claims.

In order to, in particular, achieve industry-wide adoption of best practices, the AMF determined that it was appropriate to further clarify expected FTC good practices in group disability insurance by means of the recommendations presented in this report.

The AMF also devotes considerable attention to the special situations that it is made aware of through complaints and reports from consumers or that it learns about from reports or publications in the various media.

The AMF believes that the implementation of these recommendations will help reduce the occurrence of such situations while enabling insurers to prevent fraud and strengthen consumer confidence in the insurance industry.

RECOMMENDATIONS

1. INFORMATION FOR CONSUMERS

1.1 Insurer's and policyholder's roles and responsibilities

In group disability insurance, the holder of the insurance contract is usually called the "policyholder." The policyholder can be an employer, a union, a professional association or another entity.

The insurer and policyholder enter into agreements (master policy and related agreements) to offer group disability insurance coverage, on negotiated terms, to all participants in a particular group.

The policyholder takes on certain responsibilities under the agreements, including responsibility for giving policy information to participants.

Participants need proper information in order to understand their group disability coverage, anticipate the impact of their disability, and identify any exclusions⁶ and pre-existing conditions that may affect them.

If policyholders are not properly informed of their roles and responsibilities, they may fail to inform the participants in a timely manner about specific aspects of coverage that could have major consequences for them, including:

- 】 The benefit calculation formula:

The disability benefit amount covers only a percentage of a participant's salary. The difference in income could have an impact on the participant's ability to meet his or her financial obligations.
- 】 The definition of a disability:

In the case of long-term disability, participants are usually entitled to their benefits only if they are incapable of performing any remunerative occupation (other than their current employment). Such disability insurance comes into effect upon the expiry of the short-term disability period.⁷

6 For the purposes of this document only and for ease of reading, the term "exclusions" includes the terms "restrictions" and "limitations".

7 For clarification of the concepts of short-term disability insurance and long-term disability insurance, refer to the AMF website at the following link: <https://lautorite.qc.ca/en/general-public/insurance/group-insurance/disability-insurance/>.

Sound Commercial Practices Guideline

The AMF expects consumers to have information allowing them to be properly informed and make enlightened decisions regarding a product, before, during and after the purchase of a product.

The AMF expects the information disclosed to consumers to be up to date and available, in a timely manner, on paper or any other durable medium.

› Exclusions and pre-existing conditions:

Certain exclusions and pre-existing conditions could be misunderstood (e.g., those related to extreme sports such as skydiving and backcountry skiing). The AMF identified as many as 18 exclusion categories in the various agreements that it analyzed.

The AMF expects insurers to adhere to the following good practices to help ensure that both policyholders and insurers provide proper information to participants in a timely manner:

- › The policyholder's roles and responsibilities are specified in the master policy or any other relevant document, and training is provided to the policyholder so that it gains a practical understanding of its roles and responsibilities in respect of participants, including:
 - the requirement to provide participants with an explanatory document when such a document is not otherwise available
 - the content of the information that is to be given to participants so that they are properly informed (e.g., presentation on insurance coverage, the benefit calculation formula, the definition of disability, and exclusions and pre-existing conditions)
 - the limits of its role (to provide participants with information, not advice)
 - times when they must refer participants to the insurer
- › Measures are implemented to ensure that the policyholder carries out its roles and responsibilities as agreed (e.g., reminders or presentations to the policyholder, random participant survey);
- › Tools are implemented to ensure that participants are properly informed (e.g., making the information available to them on a site specifically dedicated to them, offering them seminars, FAQs, telephone support, glossary, brochure summarizing key features of the insurance coverage);
- › The insurer's obligations to the policyholder extend to anyone to whom the policyholder delegates its duties (e.g., the employer to whom the policyholder (e.g., union) has delegated activities).

1.2 Information in clear and plain language

Claimants are unfamiliar with the vocabulary used in group disability insurance.

The information given to participants at the time of enrolment or during the claims examination process must be in clear and plain language.

The AMF expects insurers to adhere to the following good practices to help participants better understand the information that is given to them:

- ▶ Clear and plain language is used, particularly in the explanatory documents provided at the time of enrolment or during the claims examination process (when describing the reasons for denying a claim, for example);
- ▶ Vocabulary that is technical or complex (e.g., disability definition, functional capacity, transferable skills, waiting period) and not open to interpretation (e.g., non-medically-necessary treatments or surgeries, hazardous sport or activity) is not used. When such language cannot be avoided, the information should be clarified to eliminate any confusion participants may have concerning the scope of their coverage;
- ▶ Tools are created and made available to participants to help them better understand the information that is given to them (e.g., glossary, explanatory passages or reference to policy clauses, participants' guide, FAQs).

Sound Commercial Practices Guideline

The AMF expects the information disclosed to consumers to be drafted in clear and plain language and in a manner that is not misleading.

In particular, the AMF expects claimants to be provided with a clear and careful explanation of the determining factors of the assessment and the reasons for the total or partial rejection of a claim, where applicable.

2. CLAIMS EXAMINATION AND SETTLEMENT

2.1 Mental health disability training offered to claims examination staff

Insurers need to provide group disability claims examination staff with basic training and continuing training.

Mental health disability training is essential, considering that these types of files involve an element of subjectivity and are often more complex than physical disability files.

The AMF expects insurers to adhere to the following good practices to help ensure adequate supervision and mental health training of claims examination staff:

- › A basic training program and a continuing training program for claims examination staff are established that cover:
 - the characteristics of certain mental health illnesses
 - developments in the field of mental health illnesses
 - how to interact with participants who have a mental health disability
- › Developments in the field of mental health illness are monitored and the basic training and continuing training programs are adjusted as and when required;
- › A control system is established to ensure that mental health disability training is taken within the required time frames;
- › An appropriate period of supervision is provided to all new employees working on mental health disability files;
- › The training programs are adjusted to address any deficiencies that are identified when files are controlled for quality.

Sound Commercial Practices Guideline

The AMF expects claims to be examined diligently and settled fairly, using a procedure that is simple and accessible to claimants.

In particular, the AMF expects:

- *consumers to be aware of the existence of the claims examination and settlement service and the contact information for accessing the service;*
- *claimants to be aware of the main steps of the claims examination process and the anticipated time frame;*
- *claimants to be provided with a clear and careful explanation of the determining factors of the assessment and the reasons for the total or partial rejection of a claim, where applicable.*

2.2 Consulting a health professional

The analysis of a disability file can sometimes be very complex and require the opinion of a health professional (e.g., difficult-to-interpret medical documents, multiple diagnoses or mental health diagnoses). As a result, insurers make health professionals available to claims examination staff.

It is important to provide claims examination staff with formal guidance so that they can determine whether and when they should consult a health professional.

The AMF expects insurers to adhere to the following good practices to help ensure that health professionals are consulted at the appropriate time during the claims examination process:

- › The health professional's role is formalized;
- › The criteria to be applied by claims examination staff in order to determine whether and when they should consult a health professional are formalized;
- › Any information related to the relevant staff's consultation with the health professional and the results of that consultation are kept in the file. If the staff responsible do not follow the health professional's recommendation, they must document the grounds for not doing so and the steps that led to the decision (e.g., exchanges with the health professional, discussion with and approval of a superior).

Sound Commercial Practices Guideline

The AMF expects complaints to be examined diligently and fairly, using a procedure that is simple and accessible to consumers.

2.3 Decision to deny, terminate or suspend a claim

The decision to deny, terminate or suspend a claim is always confirmed by the insurer in a letter sent to the claimant. Usually, claimants are also informed orally.

Claimants must obtain all the relevant information needed to properly understand the reasons for the total or partial rejection of their claim and the next steps.

The AMF expects insurers to adhere to the following good practices to help ensure that there is appropriate follow-up and that appropriate information is sent to participants:

- ▶ Appropriate follow-up is conducted with claimants when information is missing from the file; the file is suspended for the time it takes to obtain the information (instead of the claim being denied or the file being closed); and the claimant is informed of the suspension;
- ▶ Sufficient details are provided to claimants regarding:
 - the reason for the decision in the denial and termination letters. The reasons given must be tailored to the claimant's circumstances immediately upon first contact with the claimant
 - any additional information needed to make a decision about the claim
- ▶ The next steps are clearly indicated in the letters sent to the claimant (e.g., review process explained in the denial or termination letters, complaint examination and dispute resolution procedure following the review, analysis of additional information once the information is obtained).

Sound Commercial Practices Guideline

The AMF expects complaints to be examined diligently and fairly, using a procedure that is simple and accessible to consumers.

The AMF expects claimants to be provided with a clear and careful explanation of the determining factors of the assessment and the reasons for the total or partial rejection of a claim, where applicable.

2.4 Decision reviews

The decision review process for group disability insurance files should be fair, objective, straightforward and easily accessible and be communicated to claimants.

Claimants must be able rely upon a written reference document that they can access at a later date or if they need to consult an advisor or family caregiver. Such a written reference document is especially important where a claimant suffers from a mental health disability, because of the person's vulnerable state.

The AMF expects insurers to adhere to the following good practices to help ensure that the review process is accessible, communicated to claimants, streamlined, fair and objective:

- › All claimants are systematically offered the possibility of having the decision reviewed, regardless of the reason for denial or termination (including contractual reasons);
- › Claimants are informed in writing about the key elements of the decision review process (e.g., formalities, usual time frames, link to the relevant section or documents on the insurer's website (e.g., explanatory documents, FAQs));
- › A decision review process is implemented that is straightforward for claimants and that, in particular:
 - reduces red tape
 - involves fewer steps
 - allows claimants to obtain a review by all the appropriate parties upon their first request for review
 - provides claimants with assurance that a health professional has been consulted as and when required
 - can be easily accessed by claimants (e.g., process that is available and easy to find on the insurer's website or on a secure site dedicated to claimants)
- › A fair and objective analysis of the request for review is ensured by, among other things, having it carried out by someone other than the individual who initially examined the claim.

Sound Commercial Practices Guideline

The AMF expects claims to be examined diligently and fairly, using a procedure that is simple and accessible to claimants.

In particular, the AMF expects claimants to be aware of the main steps of the claims examination process and the anticipated time frame.

3. COMPLAINT EXAMINATION AND DISPUTE RESOLUTION

Claimants should be notified (e.g., by letter or via the insurer's website) of the insurer's complaint examination and dispute resolution procedure, including the contact information of the insurer's dispute resolution officer or ombudsman.

The procedure should be easy to find on the insurer's website so as to facilitate the filing of complaints.

Section 52 of the Insurers Act, which will come into force in June 2019,⁸ will require insurers to make a summary of their complaint processing and dispute resolution policy publicly available on their website and disseminate it by any appropriate means to reach the clientele concerned.

The AMF expects insurers to adhere to the following good practices to help make information regarding the complaint examination and dispute resolution procedure more accessible and understandable to claimants:

- › the letter sent to claimants after a denial is upheld includes the complaint examination and dispute resolution information available on the insurer's website (e.g., details included directly in the letter with a reference to the relevant section of the website);
- › The complaint examination and dispute resolution information is made available in a readily identifiable location on the insurer's website;
- › Claimants are reminded that they can request the transfer of their file to the AMF.

Sound Commercial Practices Guideline

The complaint examination and dispute resolution are key indicators for assessing an institution's performance regarding the fair treatment of consumers. The AMF expects consumers to know about the existence of a complaints examination and dispute resolution service and the contact information for accessing the service.

Among the best practices identified by the AMF, institutions can refer to the following:

- *common underlying causes of complaints are identified and appropriate measures are taken to eliminate or reduce them*
- *inappropriate behaviours by staff in charge of the complaint examination and dispute resolution process are identified and appropriate measures are taken.*

⁸ *Insurers Act, S.Q. 2018, c. 23, s. 3*

4. GOVERNANCE

4.1 Management information

Insurers should monitor indicators providing them with an overall view of FTC in group disability insurance so that a report may be provided to the board of directors and senior management that can be used to :

- › assess FTC performance and obtain assurance that FTC objectives are being met
- › develop findings, determine trends, identify risks and causes likely to have a negative impact on participants and on the insurer (e.g., reputational risk), and take timely action.

The AMF expects insurers to adhere to the following good practices to help provide insurers with an overall picture of their FTC performance and ensure proper FTC governance that is reflected in the corporate culture:

- › FTC objectives are established for group disability insurance;
- › Indicators are developed to assess the extent to which those objectives are being met, including:
 - the volume of premiums and benefits paid
 - claims examination and review time frames (including response and benefit payment time frames)
 - the number of claims by disability category or diagnosis
 - the percentage of denials that resulted in a request for review
 - the claim denial rate by disability category or diagnosis (including mental health claims)
 - the percentage of decisions that were upheld or modified following a review
 - the number, reasons and types of complaints and disputes
 - the client satisfaction rate for group disability insurance files (including an FTC component)
 - the quality assurance results
 - the results from monitoring FTC in group disability insurance
 - the distinction between physical and mental health disability indicators, where appropriate

Sound Commercial Practices Guideline

Among the best practices identified by the AMF, institutions can refer to the following:

- *generation of management information that makes it possible to:*
 - *assess the institution's performance with respect to fair treatment of consumers;*
 - *react, in a timely manner, to changes or risks likely to have a negative impact on the institution's clients;*
 - *prove that fair treatment of consumers forms part of the institution's corporate culture.*

- › These indicators are analyzed to identify FTC issues or trends and take corrective action when required;
- › A report is made to senior management and the board of directors so that they can obtain assurance that FTC objectives are being met;
- › Mental health disability statistics are shared with the policyholder so the policyholder may implement improvement measures such as an employee assistance or health program. However, the policyholder must not be able to associate the information with a particular claimant.

4.2 Quality assurance

A quality assurance program helps ensure that the criteria set for the examination of group disability claims are being satisfied. Quality assurance checklists that are used to assess whether the criteria are being met should contain FTC-related items enabling insurers to ascertain that participants have been treated fairly throughout the disability claims process.

Incorporating such criteria into the quality assurance program is a valuable means of strengthening corporate FTC culture in group disability insurance files, especially as regards mental health disabilities.

The AMF expects insurers to adhere to the following good practices to better identify FTC-related issues in the quality assurance process:

- » Quality assurance checklists include items to assess FTC, such as:
 - written and oral communications to the claimant are complete and meet the insurer's stated expectations, e.g.:
 - respectful tone and vocabulary tailored to the claimant's situation
 - reasons for denial stated in sufficient detail
 - reference made to the review and complaint examination process and dispute resolution process, when required
 - examination time frames clarified
 - claim file analyzed and handled appropriately (e.g., consideration of all items in the file; preparation of an intervention plan suited to the claimant's situation)
 - health professional consulted, if necessary, at the appropriate time
 - consultation with or authorization from a higher-level individual or a manager when required (e.g., in more complex cases)
 - calls returned in a timely manner
 - certain telephone calls monitored at key stages in the claims process
 - rules applicable to claim to claimant personal and confidential information duly followed

Sound Commercial Practices Guideline

Among the best practices identified by the AMF, institutions can refer to the following:

- *mechanisms and controls to identify and deal with any departure from the institution's strategies, policies and procedures, any conflicts of interest or any other situation likely to interfere with the fair treatment of consumers.*

- › Quality assurance results are analyzed to identify and address issues;
- › A review is conducted with the staff and teams involved so as to inform them of the items to be improved, require corrective actions when necessary (e.g., reassessment of a decision or an item), and monitor the implementation of the corrective actions required;
- › Update the training program, provide instructors with awareness training, and, for training provided by the reinsurer, work with the reinsurer, to disseminate or adapt training in light of the quality assurance results.

5. PROTECTION OF PERSONAL INFORMATION

It is essential to maintain the confidentiality of personal information, including through the use of secure means of communication.

The AMF expects insurers to adhere to the following good practice to help better protect personal information and strengthen public confidence:

- Secure means of communication are used and are provided to the parties involved (e.g., participant, policyholder, employer, health professional) for the sending of highly sensitive personal data such as medical information.

Sound Commercial Practices Guideline

The AMF expects the personal information policy adopted by a financial institution to ensure compliance with the provisions of the Act respecting the protection of personal information in the private sector and reflect best practices in this area.

The protection of personal information is a key issue for a financial institution. The sustainability of its operations depends, among other things, on public confidence in this regard. Consumers expect that their information remains confidential and be handled accordingly.

CONCLUSION

Many of the good practices in this report are already being followed by some insurers, and insurers will identify the respective areas for improvement that are applicable to them.

Several insurers, following our work and our discussions with them, have confirmed that they have already started to review certain practices and will continue their efforts in light of the recommendations in this report.

To help achieve the objectives of this report, as part of its oversight mandate, the AMF will follow up individually with the insurers to verify the implementation of the recommended good practices by obtaining an action plans from each of them and carrying out its activities under its Supervisory Framework.

The AMF is aware that other stakeholders, including in the medical field, also have concerns about the fair treatment of mental health disabilities. The AMF remains available to hold a dialogue with those stakeholders in order to add to the conversation on this matter.

The AMF wishes to remind readers that general information about group disability insurance is available on the AMF website.⁹ They can also obtain information from the AMF Information Centre by submitting an online request¹⁰ or calling one of the numbers below:

⁹ <https://lautorite.qc.ca/en/general-public/insurance/group-insurance/disability-insurance/>

¹⁰ <https://lautorite.qc.ca/en/general-public/assistance-complaints-and-compensation/>



Toll-free 1-877-525-0337
lautorite.qc.ca

QUÉBEC CITY

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

MONTRÉAL

800, Square-Victoria, 22^e étage
C.P. 246, Place Victoria
Montréal (Québec) H4Z 1G3
514-395-0337