

POLITIQUE DE TRAITEMENT DES PLAINTES ET DE RÈGLEMENTS DES DIFFÉRENDS

ADOPTÉE PAR : Conseil d'administration Résolution : 2022.06.23-xx

Remplace la version antérieure : ca2015.12.16-15 ; ca2019.02.28-3

MISE EN VIGUEUR : 23 juin 2022

TABLE DES MATIÈRES

POLITIQUE DE TRAITEMENT DES PLAINTES ET DE RÈGLEMENTS DES DIFFÉRENDS	1
BUT DU PRÉSENT DOCUMENT	1
DOCUMENTS RELIÉS	2
POLITIQUE	2
1. NOTION DE PLAINTÉ	2
1.1. DEMANDE DE RÉVISION	3
1.2. LA CONFORMITÉ DU PROCESSUS DÉCISIONNEL.....	3
1.3. LA SUFFISANCE DE L'INFORMATION	3
2. PROCESSUS LIÉS AU TRAITEMENT DE PLAINTES	3
2.1. RÉCEPTION D'UNE PLAINTÉ.....	3
2.2. CRÉATION ET MAINTIEN DU DOSSIER DE LA PLAINTÉ	4
2.3. ENQUÊTE ET RÉPONSE	4
2.4. TRANSMISSION DU DOSSIER À L'AUTORITÉ.....	5
2.5. CRÉATION ET MAINTIEN D'UN REGISTRE	5
2.6. RAPPORTS STATUTAIRES	5
3. IMPUTABILITÉ, RÔLES ET RESPONSABILITÉS.....	5
3.1. SECRÉTAIRE CORPORATIF	5
3.2. MEMBRES DE LA DIRECTION	6
4. DISPOSITIONS FINALES.....	6
4.1. ENTRÉE EN VIGUEUR.....	6
ANNEXE 1 – MODÈLE D'ACCUSÉ DE RÉCEPTION.....	7
ANNEXE 2 – LETTRE CIRCULAIRE AUX PRINCIPAUX FOURNISSEURS.....	8

BUT DU PRÉSENT DOCUMENT

Ce document exprime la position de la Mutuelle et les normes qu'elle s'impose relativement au traitement des plaintes en conformité avec ses cadres normatifs interne et externe.

DOCUMENTS RELIÉS

- Code d'éthique et de déontologie
- Règlement intérieur
- Politique de gouvernance
- Politique de protection des renseignements personnels

POLITIQUE

La présente *Politique de traitement des plaintes et de règlement des différends* (« Politique ») vise la mise sur pied d'une procédure de traitement équitable et gratuite des plaintes reçues par la Mutuelle.

Elle vise notamment à encadrer la réception des plaintes, la transmission de l'accusé de réception au plaignant, la création du dossier de plainte, la transmission de ce dossier à l'Autorité des marchés financiers (l'Autorité) et la compilation des plaintes en vue de l'élaboration et de la transmission d'un rapport bisannuel.

Pour la direction, la bonne gestion des plaintes présente aussi l'occasion d'obtenir de l'information essentielle pour améliorer son offre et ses processus.

1. NOTION DE PLAINTÉ

Aux fins de la Politique, une plainte constitue l'expression d'au moins un des trois éléments suivants, par une personne assurée, qui subsiste après avoir été considérée et traitée au niveau opérationnel compétent :

- Un reproche à l'endroit de la Mutuelle ;
- L'identification d'un préjudice potentiel ou réel qu'aurait subi ou pourrait subir une personne assurée ;
- Une demande de mesure corrective.

Une « personne assurée » signifie l'Assuré désigné sur la police d'assurance émise par la Mutuelle ou un assuré au sens de la définition contenue à la police d'assurance.

La plainte doit être formulée par le coordonnateur aux assurances de l'Assuré désigné lorsqu'elle émane de ce dernier. Elle peut provenir directement de toute personne assurée qui n'est pas l'assuré désigné.

Dans la mesure où une personne assurée manifeste sa plainte de façon verbale et qu'elle est prise en charge et traitée par la personne responsable, elle doit être documentée d'une façon qui permette de la conserver.

Ne constitue pas une plainte au sens de la présente politique :

- Toute intervention de premier niveau qui relève d'une démarche informelle visant à faire corriger un problème particulier, pourvu que le problème soit traité dans le cadre des activités régulières et sans que la personne assurée n'ait à formellement porter plainte ;

- Le mécontentement exprimé avant que la Mutuelle n'ait statué de façon finale sur une réclamation, sauf s'il porte sur le processus de négociation lui-même.
- Le mécontentement qui relève de la gouvernance générale de la Mutuelle.

1.1. Demande de révision

Un membre de la Mutuelle ou l'un de ses assurés peut demander la révision d'une décision en matière de souscription ou d'indemnisation dans la mesure où elle le concerne directement. La demande de révision ne constitue pas un processus d'appel de la décision initiale. Elle porte sur les éléments suivants :

- La conformité du processus décisionnel ;
- La suffisance de l'information portée à l'attention de la Mutuelle dans le cadre du processus décisionnel.

1.2. La conformité du processus décisionnel

La conformité du processus décisionnel est évaluée en fonction du respect des règles qui encadrent les opérations de la Mutuelle en matière de souscription et d'indemnisation. Elle s'étend aux directives et politiques pertinentes, de même qu'à l'environnement réglementaire, juridique et normatif.

1.3. La suffisance de l'information

La demande de révision portant sur la suffisance de l'information vise à obtenir l'assurance raisonnable que la décision se fonde sur l'ensemble des paramètres pertinents. Lorsqu'un élément nouveau est porté à l'attention de la Mutuelle, elle doit d'abord déterminer s'il est de nature à modifier la décision initiale. Dans l'affirmative, une nouvelle évaluation du dossier est entreprise en tenant compte de cet élément.

La Mutuelle donne suite à la demande de révision dans les quarante-cinq (45) jours suivant la réception de tous les renseignements nécessaires à son étude.

Le dépôt d'une demande de révision n'entraîne pas l'interruption ou la suspension de délais de prescription applicables à un recours devant les tribunaux.

L'institution d'une procédure civile contre la Mutuelle portant sur l'objet de la demande de révision met un terme à ses obligations en vertu de la présente politique. Le dossier chemine par la suite exclusivement devant le tribunal saisi du litige.

2. PROCESSUS LIÉS AU TRAITEMENT DE PLAINTES

2.1. Réception d'une plainte

La personne qui désire porter plainte doit le faire par écrit à l'adresse suivante :

Responsable des plaintes et du règlement de différends
Compagnie Mutuelle d'assurance en Église 1071, rue de la Cathédrale
Montréal (Québec) H3B 2V4 Téléphone : 514 395-4969
Télécopieur : 514 861-8921

Tout employé, mandataire ou administrateur qui est saisi d'une plainte doit la référer dès réception au secrétaire corporatif.

Le secrétaire corporatif accuse réception de la plainte par écrit dans les cinq jours ouvrables suivant sa réception.

L'accusé de réception doit contenir au moins les éléments d'information suivants :

- Une description de la plainte reçue précisant le préjudice subi ou potentiel, le reproche fait à la Mutuelle et la mesure corrective demandée ;
- Le nom et les coordonnées de la personne responsable du traitement de la plainte ;
- Dans le cas d'une plainte incomplète, un avis mentionnant la nécessité de transmettre de l'information complémentaire dans les quinze (15) jours, à défaut de quoi la plainte sera réputée avoir fait l'objet d'un désistement ;
- Une copie de la Politique ;
- Un avis informant le plaignant :
 - De son droit de demander en tout temps le transfert de son dossier à l'Autorité, s'il est insatisfait de la réponse ou du traitement de sa plainte ;
 - Que l'Autorité peut offrir des services de règlement des différends, si les parties y consentent, rappelant au plaignant que la médiation est un processus de résolution à l'amiable d'un conflit dans lequel une tierce personne (le médiateur) intervient auprès des parties pour les aider à parvenir à un accord ;
 - Que le dépôt d'une plainte à l'Autorité n'interrompt pas la prescription relative aux poursuites devant les tribunaux civils.

Un exemplaire de l'accusé de réception généralement utilisé par la Mutuelle est fourni à l'Annexe 1 – Modèle d'accusé de réception.

2.2. Création et maintien du dossier de la plainte

La réception d'une plainte entraîne la constitution d'un dossier de plainte. Les dossiers de plainte sont conservés dans un répertoire sécurisé prévu à cet effet.

Le dossier de plainte doit comprendre les documents suivants :

- La plainte écrite du plaignant ou, si la plainte est verbale, le document qui la constate ;
- Le résultat du processus du traitement de la plainte (l'analyse et les documents de soutien) ;
- Une copie de la réponse finale et motivée transmise par écrit au plaignant.

2.3. Enquête et réponse

Le secrétaire corporatif ou la personne déléguée à cet effet par le secrétaire corporatif est tenu de procéder à une enquête à la suite de la réception d'une plainte. Le secrétaire corporatif peut requérir que l'enquête soit conduite par les services juridiques.

Le traitement de la plainte doit être effectué dans un délai raisonnable, soit dans les quarante-cinq (45) jours suivant la réception de tous les renseignements nécessaires à son étude.

À l'issue de l'enquête, la personne responsable transmet au plaignant une réponse finale écrite et motivée.

Lorsque les préoccupations soulevées par le plaignant ou certains aspects de celle-ci ne relèvent pas de la présente politique ou relèvent d'une autre instance au sein de la Mutuelle, la réponse peut comporter une proposition au plaignant afin que ses préoccupations lui soient transférées.

2.4. Transmission du dossier à l'Autorité

Lorsque le plaignant n'est pas satisfait de l'examen de sa plainte par la Mutuelle ou du résultat de cet examen, il peut demander de transférer son dossier de plainte à l'Autorité. Le dossier doit être transféré dans les quinze (15) jours de la demande du plaignant à cet effet.

Le dossier transféré est constitué de l'ensemble des pièces relatives au dossier de plainte.

2.5. Création et maintien d'un registre

Un registre des plaintes est établi aux fins de l'application de la Politique. Sa mise à jour est sous la responsabilité du secrétaire corporatif.

Toute plainte correspondant à la définition de cette expression doit, peu importe le niveau d'intervention impliqué dans le traitement de cette plainte, faire l'objet d'une inscription au registre, notamment toute plainte formulée par écrit.

2.6. Rapports statutaires

Le secrétaire transmet à l'Autorité, selon la méthode prescrite, un rapport bisannuel faisant état du nombre et de la nature des plaintes reçues, qu'elle ait ou non reçu des plaintes. Ces rapports doivent viser les périodes suivantes :

- Au plus tard le 30 juillet, pour les plaintes transmises du 1^{er} janvier au 30 juin ;
- Au plus tard le 30 janvier, pour les plaintes transmises du 1^{er} juillet au 31 décembre.

3. IMPUTABILITÉ, RÔLES ET RESPONSABILITÉS

3.1. Secrétaire corporatif

Le secrétaire corporatif agit à titre de personne responsable auprès de l'Autorité. Il a pour fonctions :

- a) De voir à la formation du personnel et il est tenu de lui transmettre l'information nécessaire à une application conforme de la Politique ;
- b) De transmettre à ses partenaires d'affaires qui agissent au nom de la Mutuelle une copie de la Politique (Voir [Annexe 2 – Lettre circulaire aux principaux fournisseurs](#)) ;
- c) D'accuser réception des plaintes auprès du plaignant ;
- d) De transmettre les avis requis au plaignant ;
- e) De transmettre le dossier à l'Autorité, sur demande du plaignant ;

- f) De maintenir un registre des plaintes et de transmettre une copie au président du comité de suivi et de contrôle des pratiques commerciales trimestriellement ;
- g) De transmettre à l'Autorité les rapports requis dans les délais prescrits.

3.2. Membres de la direction

Les membres de la direction sont tenus de faire preuve de vigilance et de mettre en œuvre les mesures nécessaires pour faciliter le signalement, l'acheminement et le traitement des plaintes.

Les membres de la direction passent en revue la présente politique et le code de déontologie avec les membres de leur personnel lors de chaque évaluation annuelle.

4. DISPOSITIONS FINALES

4.1. Entrée en vigueur

La présente politique abroge et remplace toute politique antérieure au même effet et entre en vigueur au moment de son adoption par le conseil d'administration.

ANNEXE 1 – MODÈLE D’ACCUSÉ DE RÉCEPTION

Montréal, le *jj mm aaaa*

Nom, adresse

**Objet : *Nom du plaignant* c. Compagnie Mutuelle d’assurance en Église (« la Mutuelle »)
Notre dossier : 00001**

Madame, Monsieur,

Nous accusons réception de la lettre que vous nous transmettiez le 11 mai 2015, accompagnée du rapport produit par l’architecte, Joe Pointu. Votre demande porte sur la révision de la décision que nous avons adoptée en regard de la réclamation présentée par votre Fabrique.

Nous avons abordé le traitement de votre demande en fonction de la *Politique sur le traitement des plaintes et le règlement des différends* adoptée par le Conseil d’administration. Nous joignons aux présentes, pour votre information, une copie de cette Politique.

Le soussigné agit à titre de responsable des plaintes et du règlement des différends. Vous pourrez m’adresser directement toute nouvelle correspondance.

Nous procéderons au traitement de votre demande et à la révision du dossier dans le délai prévu par la Politique, à savoir quarante-cinq (45) jours. Nous vous ferons part de nos conclusions par la suite.

Nous devons, par ailleurs, vous faire part des éléments suivants :

- Il vous est possible, en tout temps, de demander le transfert de votre dossier à l’Autorité des marchés financiers si vous êtes insatisfait de notre réponse ou du traitement de votre plainte.
- À la suite du transfert de votre dossier, l’Autorité procédera à son analyse et proposera, si elle le juge opportun, d’offrir des services de règlement des différends dans la mesure où les parties y consentent. Le service de règlement des différends est un processus de résolution à l’amiable d’un conflit dans lequel un médiateur intervient auprès des parties.

Veuillez noter que le dépôt de votre plainte ou la demande de transfert du dossier de plainte à l’Autorité des marchés financiers n’ont aucune incidence sur la prescription d’un recours devant le tribunal que vous pourriez faire valoir à l’encontre de la Mutuelle.

Nous soumettons le tout à votre considération et demeurons à votre disposition pour discuter plus amplement des présentes.

Veuillez accepter, *Madame, Monsieur,* nos salutations les meilleures.

Secrétaire corporatif

Compagnie Mutuelle d’assurance en Église

1071, rue de la Cathédrale
Montréal (Québec) H3B 2V4
514-395-4969 | 1-800-567 6586

p. j. *Politique sur le traitement des plaintes et le règlement des différends*

ANNEXE 2 – LETTRE CIRCULAIRE AUX PRINCIPAUX FOURNISSEURS

Montréal, le

Nom

Adresse

**Objet : La Compagnie Mutuelle d'assurance en Église
Politique de traitement des plaintes et de règlement des différends**

Madame, Monsieur,

Nous joignons aux présentes, pour votre information, le texte de la Politique de traitement des plaintes et de règlement des différends qui fut adoptée par la Compagnie Mutuelle d'assurance en Église. En prenant connaissance de ce document, vous connaîtrez la nature des obligations auxquelles nous sommes tenus à cet égard.

Nous vous demandons par ailleurs de porter à notre attention, sans aucun délai, tout élément susceptible de constituer une plainte au sens de la Politique, de même que toute manifestation d'insatisfaction quelconque.

Veillez compléter le présent accusé de réception et nous le transmettre dans les quinze (15) jours suivant la réception de la présente.

Nous vous remercions à l'avance de votre collaboration.

Le secrétaire corporatif,

p. j. *Politique sur le traitement des plaintes et le règlement des différends*

ACCUSÉ DE RÉCEPTION

Je, soussigné.e, (nom, et firme), reconnais avoir reçu les présentes et m'engage à m'y conformer.

Par :

Nom