

**RENSEIGNEMENTS DU CLIENT**

**CLIENT'S INFORMATION**

1. Veuillez compléter cette section et la commande de formulaires
2. Retourner à la Standard Life
  - A) Par la poste : Service des achats  
Standard Life  
1245 Sherbrooke Ouest  
Montréal (Québec) H3G 1G3
  - B) Par télécopieur : au 1 877 536-4666
  - C) Par courriel: corp\_serv\_purchasing@standardlife.ca
3. Conserver une photocopie pour vos dossiers

1. Please complete both this section and the Order Form
2. Return to Standard Life
  - A) By Mail: Purchasing Dept.  
Standard Life  
1245 Sherbrooke Street West  
Montreal, Québec H3G 1G3
  - B) By Fax to: 1-877-536-4666
  - C) By e-mail: corp\_serv\_purchasing@standardlife.ca
3. Keep a photocopy for your files

Police n° / Policy no.

Compte n° / Division no.

Nom du titulaire du contrat / Policyholder name

Nom de l'administrateur / Administrator name

Adresse / Address

Ville / City

Province

Code postal / Postal code

Adresse courriel / e-mail address

Téléphone / Telephone

**COMMANDE DE FORMULAIRES**

**ORDER FORM**

**FORMULAIRES COMMUNS À TOUS LES CLIENTS**

N°	Quantité	Nom	
E-F129	_____	Enveloppe-réponse-Administration	<input type="checkbox"/> Montréal
E-F307	_____	Enveloppe-réponse - Gestion des primes	
G1000	_____	Enveloppe-retour-Administration (format lettre)	<input type="checkbox"/> Montréal
G1052	_____	Preuves d'assurabilité	
G1192	_____	Demande d'assurance vie libérée	
G1222	_____	Demande de transformation de l'assurance vie collective	
E-F291	_____	Enveloppe-retour-Règlement	<input type="checkbox"/> Montréal
G2006	_____	Demande de règlement au décès	
G2020	_____	Mutilation - Déclaration du médecin traitant	
G2036	_____	Avis de retour au travail	
G2038	_____	Prolongation d'invalidité courte durée	
G2228	_____	Confirmation de fréquentation scolaire	
G2276	_____	Déclaration complémentaire du médecin traitant	
GB1306	_____	Commande de formulaires	
GF1027	_____	Demande d'inscription vérifiée	
GF8000	_____	Demande de participation - assurances collectives	
GF8001	_____	Demande de modification (I)- protection des personnes à charge, désignation de fiduciaire, exemption de participation, changement de nom, changement de bénéficiaire	
GF8002	_____	Garanties facultatives - assurance vie et décès et mutilation accidentels	
GF8003	_____	Demande de modification (II) - congé de maternité, congé parental, congé pour compassion, renonciation aux droits de bénéficiaire	
GF8004	_____	Refus de participer	
GF8033	_____	Confirmation d'adresse	
GF9205	_____	Carte médicament : Formulaire de Demande de règlement	
GF9874	_____	Désignation de bénéficiaire - assurances collectives	
GF10342	_____	Demande de règlement en cas d'invalidité - Évaluation initiale	
PCGF8289	_____	Service de dépôt direct	
XPSGF879	_____	Environnement de travail	
		Prière de communiquer avec votre bureau de ventes pour :	
		Livret	

**STANDARD FORMS FOR ALL CLIENTS**

No.	Quantity	Form		
E-E129	_____	Return Envelope - Administration	<input type="checkbox"/> Montréal	<input type="checkbox"/> Toronto
E-E307	_____	Return Envelope - Premium Management		
G1001	_____	Return Envelope - Administration (letter size)	<input type="checkbox"/> Montréal	<input type="checkbox"/> Toronto
G1053	_____	Evidence of Insurability		
G1193	_____	Request for Paid-up Life Insurance		
G1223	_____	Request for Conversion of Group Life Insurance		
E-E291	_____	Return Envelope - Claims	<input type="checkbox"/> Montréal	<input type="checkbox"/> Toronto
			<input type="checkbox"/> Calgary	
G2007	_____	Death Claim - Combined Statements		
G2021	_____	Dismemberment - Attending Physician's Statement		
G2037	_____	Notice of Return to Work		
G2039	_____	Extension of Short Term Disability		
G2277	_____	Attending Physician Supplementary Statement		
G2229	_____	Confirmation of School Attendance		
GB1306	_____	Order Form		
GE1027	_____	Positive Enrollment Request		
GE8000	_____	Application - Group Insurance		
GE8001	_____	Request for Change (I) - dependent coverage, appointment of Trustee, exemption request, name change, change of beneficiary		
GE8002	_____	Optional Benefits - Life, Accidental Death and Dismemberment		
GE8003	_____	Request for Change (II) - maternity leave, parental leave, compassionate leave, waiver of beneficiary rights		
GE8004	_____	Refusal to Join		
GE8033	_____	Address Confirmation		
GE9205	_____	Drug Card: Claim Form		
GE9874	_____	Beneficiary Designation - Group Insurance		
GE10342	_____	Disability Claim Form - Initial Assessment		
PCGE8289	_____	Direct Deposit Service		
XPSGE879	_____	Work Environment		
		Please Contact your sales office for:		
		Employee Descriptive Booklet		

**FORMULAIRES POUR LES CLIENTS FACTURÉS PAR L'ASSUREUR**

N°	Quantité	Nom
G1284	_____	Avis de changement
G2018	_____	Demande de règlement - Soins dentaires en cas d'accident
GF10468	_____	Demande de règlement - Soins médicaux et paramédicaux (incluant médicaments prescrits)
GF8228	_____	Demande de règlement - Soins dentaires

**FORMS FOR CLIENTS BILLED BY THE INSURER**

No.	Quantity	Form
G1285	_____	Notice of Change
G2019	_____	Dental Claim Form - Accidental Injury to Natural Teeth
GE10468	_____	Medical and Paramedical Claim Form (including prescription medications)
GE8228	_____	Dental Claim Form

**FORMULAIRES POUR LES CLIENTS AUTO-FACTURÉS**

N°	Quantité	Nom
G1284	_____	Avis de changement
G1344	_____	Relevé de primes (Participants/personnes à charge)
G1364	_____	Relevé de primes (Sans personne à charge/avec personne à charge)
G2018	_____	Demande de règlement - Soins dentaires en cas d'accident
GF10468	_____	Demande de règlement - Soins médicaux et paramédicaux (incluant médicaments prescrits)
GF8228	_____	Demande de règlement - Soins dentaires

**FORMS FOR SELF-BILLED CLIENTS**

No.	Quantity	Form
G1285	_____	Notice of Change
G1345	_____	Premium Statement (Participants/Dependents)
G1365	_____	Premium Statement (Without Dependents/With Dependents)
G2019	_____	Dental Claim Form - Accidental Injury to Natural Teeth
GE10468	_____	Medical and Paramedical Claim Form (including prescription medications)
GE8228	_____	Dental Claim Form

**FORMULAIRES POUR LES CLIENTS AUTO-ADMINISTRÉS**

N°	Quantité	Nom
G1364	_____	Relevé de primes (Sans personne à charge/avec personne à charge)
G2118	_____	Demande de règlement - Soins dentaires en cas d'accident
GF10469	_____	Demande de règlement - Soins médicaux et paramédicaux (incluant médicaments prescrits)
GF8598	_____	Demande de règlement - Soins dentaires
GF10308	_____	Certificat - Assistance voyage (traité par supp. adm.)
GB10309	_____	Certificat (traité par supp. adm.)

**FORMS FOR SELF-ADMINISTERED CLIENTS**

No.	Quantity	Form
G1365	_____	Premium Statement (Without Dependents/With Dependents)
G2119	_____	Dental Claim Form - Accidental Injury to Natural Teeth
GE10469	_____	Medical and Paramedical Claim Form (including prescription medications)
GE8598	_____	Dental Claim Form
GE10308	_____	Certificate - Travel Assistance (Processed by Adm. Support)
GB10309	_____	Certificate (Processed by Adm. Support)