

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Autonomik s'engage à respecter et à protéger votre vie privée. Tous les renseignements que vous nous fournissez ci-dessous resteront confidentiels.

Les champs suivis d'un astérisque (*) sont obligatoires.

**VILLE (RÉGION) PRINCIPALE
D'UTILISATION DU SERVICE*** Choisissez un élément.

Êtes-vous un assuré de La Capitale Assurances générales inc? Oui Non

Madame Monsieur

PRÉNOM*

NOM*

DATE DE NAISSANCE* AAAA-MM-JJ

ADRESSE*

APP. / BUR.

VILLE*

PAYS*

CANADA

PROVINCE*

QUÉBEC

CODE POSTAL*

TELÉPHONE*

CELLULAIRE

COURRIEL*

Réinscrivez votre

COURRIEL*

Je consens à recevoir l'Infolettre d'Autonomik par courriel **Oui**

LIEU D'ÉMISSION DU PERMIS DE CONDUIRE

PAYS* CANADA

PROVINCE* QUÉBEC

#PERMIS DE CONDUIRE*

EXPIRE LE* 00JAN2018

EXPÉRIENCE DE CONDUITE* 00 Années

Résidez-vous à votre adresse actuelle depuis au moins 2 ans?

OUI NON

PERSONNE CONTACT

EN CAS D'URGENCE*

TÉL. PERSONNE CONTACT*

**DÉTENEZ-VOUS DÉJÀ UN
COMPTE CHEZ AUTONOMIK** OUI NON