

## فرم پیشنهاد

۱. مشخصات بیمه گذار حقیقی		
نام:	نام خانوادگی:	نام پدر:
تاریخ تولد:	شماره شناسنامه:	کد ملی:
وضعیت تاهل:	تابعیت:	شمار بیمه شدگان:
تلفن ثابت:	شماره تلفن همراه:	پست الکترونیک:
آدرس محل سکونت:		
آدرس محل کار:		

۱. مشخصات بیمه گذار حقوقی		
نام:	شماره ثبت:	تاریخ تاسیس:
تابعیت:	شمار بیمه شدگان:	رئیس هیئت مدیره:
مدیر عامل:	تلفن:	پست الکترونیک:
آدرس:		

## ۲. پوشش هزینه ها

لطفا سقف درخواستی خود را در مورد پوشش های اصلی (جدول الف) تعیین نمایید. در صورت تمایل به استفاده از پوشش های اضافه می توانید سقف درخواستی خود را در مورد پوشش های جداول ب نیز انتخاب نمایید. توجه داشته باشید که انتخاب پوشش های اضافی به صورت پکیجی بوده و با انتخاب هر پوشش از جداول ب تمامی پوشش های آن جدول برای شما لحاظ می گردد.

### الف) پوشش های اصلی

ردیف	عنوان پوشش	سقف هزینه
۱	هزینه مشاوره حضوری و غیر حضوری	جلسه تا سقف ----- ریال
۲	هزینه بررسی و تنظیم اسناد و قراردادها	فقره تا سقف ----- ریال
۳	هزینه تنظیم لایحه و دفاعیه	فقره تا سقف ----- ریال
۴	هزینه کارشناسی	مورد تا سقف ----- ریال
۵	هزینه های دادرسی در محاکم	پرونده تا سقف ----- ریال
۶	هزینه های دادرسی در شورای حل اختلاف	پرونده تا سقف ----- ریال

### ب) پوشش های اضافه

ردیف	عنوان پوشش	سقف هزینه
۱	هزینه استخدام وکیل (حق الوکاله)	پرونده تا سقف ----- ریال
۲	هزینه داور و مصالحه	مورد تا سقف ----- ریال

## فرم پیشنهاد

### ۳. پوشش دعاوی

لطفاً دعاوی درخواستی خود را در مورد پوشش های اصلی (جدول الف) تعیین نمایید. در صورت تمایل به استفاده از پوشش های اضافه می توانید دعاوی درخواستی خود را در مورد پوشش های جداول ب و ج نیز انتخاب نمایید. توجه داشته باشید که انتخاب پوشش های اضافی به صورت پکیجی بوده و با انتخاب هر پوشش از جداول ب و ج تمامی پوشش های آن جدول برای شما لحاظ می گردد. همچنین انتخاب پوشش های جدول ج منوط به درخواست پوشش های جدول ب می باشد.

#### الف) پوشش های اصلی

ردیف	عنوان پوشش	موارد دعوی
۱	دعاوی خانواده	حضانت <input type="checkbox"/> ارث <input type="checkbox"/>
۲	دعاوی املاک و دارایی داخل کشور	خرید و فروش <input type="checkbox"/> مالک و مستاجر <input type="checkbox"/> توقیف اموال و فک رهن <input type="checkbox"/> دعاوی همسایگان <input type="checkbox"/>
۳	دعاوی مالی و تجاری	اسناد تجاری (مانند چک) <input type="checkbox"/> ورشکستگی <input type="checkbox"/>
۴	دعاوی مربوط به اتومبیل	توقیف <input type="checkbox"/> تصادف و حوادث جانی و مالی <input type="checkbox"/> ضبط گواهینامه <input type="checkbox"/> جرائم رانندگی <input type="checkbox"/>

#### ب) پوشش های اضافه شماره یک

ردیف	عنوان پوشش	موارد دعاوی
۱	دعاوی کیفری	حدود (بجز حد زنا، لواط، مساحقه و قذف) <input type="checkbox"/> قصاص (بجز قصاص نفس) <input type="checkbox"/> دیات <input type="checkbox"/>
۲	دعاوی تعزیری	درجه هشت <input type="checkbox"/> درجه هفت <input type="checkbox"/> درجه شش <input type="checkbox"/> درجه پنچ <input type="checkbox"/> درجه چهار <input type="checkbox"/>
۳	دعاوی تکمیلی خانواده	طلاق <input type="checkbox"/> مهریه <input type="checkbox"/> نفقه <input type="checkbox"/> جهیزیه <input type="checkbox"/> قیمومت <input type="checkbox"/> اطفال <input type="checkbox"/>
۴	دعاوی مربوط به املاک و دارایی	تفکیک <input type="checkbox"/> تجمیع <input type="checkbox"/> تغییر کاربری <input type="checkbox"/> تصرف <input type="checkbox"/> املاک و دارایی خارج از کشور <input type="checkbox"/>

#### ج) پوشش های اضافه شماره دو

ردیف	عنوان پوشش	موارد دعاوی
۱	دعاوی تکمیلی کیفری	قصاص نفس <input type="checkbox"/>
۲	دعاوی تکمیلی تعزیری	درجه سه <input type="checkbox"/> درجه دو <input type="checkbox"/> درجه یک <input type="checkbox"/>
۳	دعاوی مربوط به حقوق کار	اخراج <input type="checkbox"/> ترک خدمت <input type="checkbox"/> حقوق و مزایا <input type="checkbox"/>
۴	دعاوی مسئولیت مدنی	خسارات مالی <input type="checkbox"/> خسارات غیر مالی <input type="checkbox"/>

### ۴. اظهارنامه

با تکمیل این فرم این جانب ضمن مطالعه دقیق و پذیرش شرایط خصوصی، شرایط عمومی و پیوسته های بیمه نامه نسبت به دریافت پوشش بیمه وکالت اقدام و تعهد می نمایم که در صورت وقوع حادثه منجر به استفاده از پوشش های این بیمه نامه قبل از هرگونه اقدام مراتب را به مدیریت بیمه وکالت به شماره ۸۹۳۸۲-۰۲۱ داخلی ۲۲۵۵ و یا از طریق سایت [www.kowsarininsurance.ir](http://www.kowsarininsurance.ir) و یا با مراجعه یا تماس با شعب استانی شرکت بیمه کوثر اعلام و مطابق نظر بیمه گر اقدام نمایم. همچنین تعداد . . . . . برگ فرم اطلاعات بیمه شدگان به پیوست ارسال می گردد و صحت اطلاعات مندرج در فرم ها مورد تایید می باشد.

نام و نام خانوادگی:

تاریخ

امضاء و اثر انگشت