

حق بیمه تکمیلی برای افراد زیر ۶۰ سال

طرح ۱					
خانواده			اصلی		
۱۱/۹۲۷/۶۰۰		نقدی	۱۲/۹۳۰/۰۰۰		نقدی
مبلغ هر قسط	پیش پرداخت	دو قسط	مبلغ هر قسط	پیش پرداخت	دو قسط
۳/۲۸۰/۰۹۰	۵/۳۶۷/۴۲۰		۳/۵۵۵/۷۵۰	۵/۸۱۸/۵۰۰	

طرح ۲					
خانواده			اصلی		
۱۹/۷۸۴/۴۰۰		نقدی	۲۱/۲۸۴/۴۰۰		نقدی
مبلغ هر قسط	پیش پرداخت	دو قسط	مبلغ هر قسط	پیش پرداخت	دو قسط
۵/۴۴۰/۷۱۰	۸/۹۰۲/۹۸۰		۵/۸۵۳/۲۱۰	۹/۵۷۷/۹۸۰	
مبلغ هر قسط	پیش پرداخت	پنج قسط	مبلغ هر قسط	پیش پرداخت	پنج قسط
۲/۱۷۶/۲۸۴	۸/۹۰۲/۹۸۰		۲/۳۴۱/۲۸۴	۹/۵۷۷/۹۸۰	

*قیمت ها به تومان می باشد.

حق بیمه تکمیلی برای افراد بین ۶۰ تا ۷۰ سال

طرح ۱					
خانواده			اصلی		
۱۷,۸۹۱,۴۰۰		نقدی	۱۹/۳۹۵/۰۰۰		نقدی
مبلغ هر قسط	پیش پرداخت	دو قسط	مبلغ هر قسط	پیش پرداخت	دو قسط
۴,۹۲۰,۱۳۵	۸,۰۵۱,۱۳۰		۵,۳۳۳,۶۲۵	۸,۷۲۷,۷۵۰	
مبلغ هر قسط	پیش پرداخت	پنج قسط	مبلغ هر قسط	پیش پرداخت	پنج قسط
۱,۹۶۸,۰۵۴	۸,۰۵۱,۱۳۰		۲,۱۳۳,۴۵۰	۸,۷۲۷,۷۵۰	

* قیمت ها به تومان می باشد.

حق بیمه تکمیلی برای افراد بالای ۷۰ سال

طرح ۱

طرح ۱					
خانواده			اصلی		
۲۳,۸۵۵,۲۰۰		نقدی	۲۵,۸۶۰,۰۰۰		نقدی
مبلغ هر قسط	پیش پرداخت	دو قسط	مبلغ هر قسط	پیش پرداخت	دو قسط
۶,۵۶۰,۱۸۰	۱۰,۷۳۴,۸۴۰		۷,۱۱۱,۵۰۰	۱۱,۶۳۷,۰۰۰	
مبلغ هر قسط	پیش پرداخت	پنج قسط	مبلغ هر قسط	پیش پرداخت	پنج قسط
۲,۶۲۴,۰۷۲	۱۰,۷۳۴,۸۴۰		۲,۸۴۴,۶۰۰	۱۱,۶۳۷,۰۰۰	

* قیمت ها به تومان می باشد.

جدول تعهدات انجمن مهندسی ساختمان تهران دوره اردیبهشت (۱۴۰۴)							
نوع بیمه	ردیف	شرح تعهدات بیمه گر	طرح ۱	طرح ۲	طرح ۳ (طلایی)	درصد	جهت واحد
			مبلغ تعهد(ریال)	مبلغ تعهد(ریال)	مبلغ تعهد(ریال)		
درمان	۱	جبران هزینه های بستری،جراحی و Day Care در بیمارستان یا مراکز جراحی محدود حداکثر در سال تا مبلغ:	۱.۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۱.۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۱.۵۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۲۰	نفر
	۲	جبران هزینه های زایمان، اعم از طبیعی و سزارین، حداکثر در سال تا مبلغ:	۱۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۱۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۱۵۰.۰۰۰.۰۰۰	۲۰	نفر
	۳	جبران هزینه های شیمی درمانی، رادیوتراپی،اعمال جراحی مرتبط با سرطان،قلب،مغز و اعصاب مرکزی و نخاع،دیسک وستون فقرات، گاماتایف،پیوند ریه، پیوند کبد،پیوند مغز استخوان و آنژیوپلاستی عروق کرونر و عروق داخل مغز (با احتساب پوشش بیمارستانی) حداکثر در سال تا مبلغ:	۱.۵۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۱.۵۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۲.۵۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۲۰	نفر
	۴	جبران هزینه رفع عیوب انگسازی چشم، در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر، جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم(درجه نزدیک بینی یا دوربینی به اضافه نصف آستیگمات) ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد حداکثر در سال برای هر دو چشم مبلغ:	۶۰.۰۰۰.۰۰۰	۶۰.۰۰۰.۰۰۰	۱۲۰.۰۰۰.۰۰۰	۲۰	نفر
	۵	جبران هزینه انواع رادیوگرافی، آنژیوگرافی عروق محیطی، آنژیوگرافی چشم، سونوگرافی، ماموگرافی، انواع اسکن، ام آر آی، پزشکی هسته ای (شامل اسکن هسته ای و درمان رادیو ایزوتوپ) دالسیتومتري،حداکثر در سال تا مبلغ:	۱۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۱۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۱۵۰.۰۰۰.۰۰۰	۲۰	نفر
	۶	جبران هزینه انواع آندوسکوپی،خدمات تشخیص قلبی و عروقی شامل انواع الکتروکاردیوگرافی،انواع اکو کاردیوگرافی،انواع هولتر مانیتورینگ، تست ورزش، آنالیز پیسی میکروEECP، خدمات تشخیص تنفسی شامل(اسپیرومتری و PFT ، خدمات تشخیصی الکترومیلوگرافی و هدایت عصبی، الکترو السفالو گرافی، نوار مثانه، اپنومتري،پریمتری،بیومتري و پنناکم،شنوایی سنجي حداکثر در سال تا مبلغ:	۱۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۱۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۱۵۰.۰۰۰.۰۰۰	۲۰	نفر
	۷	جبران هزینه های مجاز سرپایی مانند شکسته بندی، گچ گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژون لیپوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی، حداکثر در سال تا مبلغ:	۱۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۱۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۱۵۰.۰۰۰.۰۰۰	۲۰	نفر
	۸	جبران هزینه های خدمات آزمایشگاهی(باستثنا چکاپ پزشکی): شامل آزمایشهای تشخیص پزشکی، پاتولوژی یا آسیب شناسی و ژنتیک پزشکی، انواع رادیوگرافی،نوار قلب،حداکثر در سال تا مبلغ:	۱۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۱۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۱۵۰.۰۰۰.۰۰۰	۲۰	نفر
	۹	جبران هزینه های ویزیت و دارو(بر اساس فهرست داروهای مجاز کشور و صرفا مازاد بر سهم بیمه گر اول) و خدمات اورژانسی در موارد غیر بستری حداکثر در سال تا مبلغ:	۰	۴۰.۰۰۰.۰۰۰	۸۰.۰۰۰.۰۰۰	۲۰	نفر
	۱۰	جبران هزینه مربوط به خرید عینک طبی یا لنز تماسی یا تجویز چشم پزشک یا اپتومتريست حداکثر در سال تا مبلغ:	۰	۱۵.۰۰۰.۰۰۰	۳۰.۰۰۰.۰۰۰	۲۰	نفر
	۱۱	جبران کلیه هزینه های دندانپزشکی(به استثنا اعمال زیبایی و والدین، حداکثر در سال تا مبلغ:	۰	۸۰.۰۰۰.۰۰۰	۱۲۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۲۰	نفر
	۱۲	جبران هزینه تستهای غربالگری جنین شامل مارکرهای جنینی و آزمایشات ژنتیک جنین در مجموع حداکثر در سال تا مبلغ:	۸۰.۰۰۰.۰۰۰	۸۰.۰۰۰.۰۰۰	۱۲۰.۰۰۰.۰۰۰	۲۰	نفر
	۱۳	جبران هزینه آمبولانس و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی (داخل شهری) حداکثر در سال تا مبلغ:	۵.۰۰۰.۰۰۰	۵.۰۰۰.۰۰۰	۵.۰۰۰.۰۰۰	۲۰	نفر
	۱۴	جبران هزینه آمبولانس و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی (خارج شهری) حداکثر در سال تا مبلغ:	۱۰.۰۰۰.۰۰۰	۱۰.۰۰۰.۰۰۰	۱۰.۰۰۰.۰۰۰	۲۰	نفر
	۱۵	جبران هزینه های فیزیوتراپی، گفتار درمان(ST)، کار درمان (OT)، در مجموع حداکثر در سال تا مبلغ	۷۰.۰۰۰.۰۰۰	۷۰.۰۰۰.۰۰۰	۱۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۲۰	نفر
	۱۶	هزینه های پزشکی حادثه:	۳۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۳۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۳۰۰.۰۰۰.۰۰۰		
	۱۷	فوت بر اثر حادثه:	۴.۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۴.۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۴.۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۰	نفر
	۱۸	نقص عضو و از کار افتادگی بر اثر حادثه:	۴.۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۴.۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۴.۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۰	نفر
آتش سوزی	۱۹	آتش سوزی ، صاعقه، انفجار ، زلزله ، ترکیدگی لوله، مسئولیت در مقابل همسایگان و پاکسازی	۱۲.۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۱۲.۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۱۲.۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۰	نفر
حق بیمه		حق بیمه نفر اصلی :	۱۲۰,۲۴۰,۰۰۰	۱۹۸,۷۲۰,۰۰۰	۲۲۱,۰۴۰,۰۰۰		
		حق بیمه نفر زیر مجموعه(اقساط ماهانه) هر قسط :	۱۱۸,۳۲۰,۰۰۰	۱۹۶,۸۰۰,۰۰۰	۲۱۹,۰۰۰,۰۰۰		
		حق بیمه نفر اصلی ۶۰ تا ۷۰ سال (اقساط ماهانه) هر قسط:	۱۷۵,۸۶۰,۰۰۰	۲۹۳,۵۸۰,۰۰۰	۳۲۷,۰۶۰,۰۰۰		
		حق بیمه نفر زیر مجموعه ۶۰ تا ۷۰ سال(اقساط ماهانه) هر قسط :	۱۷۳,۸۵۶,۰۰۰	۲۹۱,۶۰۰,۰۰۰	۳۲۵,۰۵۶,۰۰۰		
		حق بیمه نفر اصلی ۷۰ سال به بالا (اقساط ماهانه) هر قسط:	۲۳۱,۴۸۰,۰۰۰	۳۸۸,۴۴۰,۰۰۰	۴۳۳,۰۸۰,۰۰۰		
		حق بیمه نفر زیر مجموعه ۷۰ سال به بالا(اقساط ماهانه) هر قسط :	۲۲۹,۴۷۶,۰۰۰	۳۸۶,۴۳۶,۰۰۰	۴۳۱,۰۷۶,۰۰۰		

-فرانشیز این طرح ۲۰٪ می باشد.

تاریخ شروع بیمه نامه از ۱۴۰۴/۰۲/۱۵ می باشد.

-بیمه شدگان با پرداخت مبلغ فوق می توانند علاوه بر استفاده از بیمه تکمیل درمان آسیا از بیمه آتش سوزی منزل، بیمه عمر، بیمه حوادث و همچنین از خدمات باشگاه سازندگان و تولیدکنندگان ساختمان بهره مند شوند.

مشخصات حساب

شماره شبدا IR330570026980013044336101

شماره کارت 5022 2913 0240 6226

شماره حساب 269.8000.1304436.1

محمد شریفی