

شهادة التأمين
"برنامج الحماية العائلية"

	رقم الوثيقة Master Policy No.	EGY01000014536	رقم شهادة التأمين Certificate No.
	رقم التليفون Telephone No.	MOKBEL RIAD ABDEL MESSEH	اسم المؤمن عليه Insured Name
Plan3	نوع البرنامج Program Type	1 SHAMS ELDIN ELISH ST-HAMAMAT ELKOBA-ZEITON-EBN SONDOR SQUARE	العنوان Address
FAMILY	تاريخ بدء السريان Effective Date	09/07/2013	سنة الميلاد Year Of Birth
		1960	النوع Gender
		F	

بيانات الزوج/الزوجة والأطفال

Spouse /Child(ren) Data

سنة الميلاد Year Of Birth	الاسم Name	
1960	Mrs FAIROUZ FAWZY SWEIRAS	SPOUSE

التغطيات/مبلغ التأمين (جـم)

Benefits/Sum Insured (EGP)

التعويض اليومي بالمستشفى نتيجة حادث Accidental Daily In-Hospital Medical Expenses	ارجاع النفقات الطبية نتيجة حادث (بحد أقصى) Accident Medical Expenses Reimbursement (Up To)	العجز الكلي/الجزئي المستديم Permanent Total/Partial Disability	الوفاة بحادث Accidental Death	
300	7500	150,000.00	150,000	POLICYHOLDER
300	7500	150,000.00	150,000	SPOUSE

القسط الشهري (جـم)

Monthly Premium (EGP)

Emad x Legal



Shams ELDIN

54.27	Premium	قسط التأمين
0.05	Stamps	دمغات
0.68	Fees	رسوم
55.00	Total	الاجمالي

شروط خاصة

Special conditions

- ان هذه الوثيقة تجدد شهريا بصورة تلقائية بنفس المزايا و التغطيات بالوثيقة بعد تحصيل القسط الشهري.
- This Certificate shall be renewed automatically on monthly basis with the same benefits, sum insured and conditions as long as the monthly premium is paid.
- تحمل 50 جـم عن كل مطالبة للفرد عن كل تعويض ارجاع نفقات طبية.
- Accident medical expenses deductible is EGP 50 per person per claim.
- تحمل يومين عن كل مطالبة لتعويض اليومي بالمستشفى نتيجة حادث.
- Accidental daily in-hospital medical expenses deductible is the cost of two days per person per claim.
- التغطيات و الاستثناءات واردة بالتفصيل في الشروط العامة المرفقة بالوثيقة.
- Full details of the cover are included in the attached Policy General Terms and conditions.

شهادة التأمين
"برنامج الحماية العائلية"

رقم الوثيقة Master Policy No.	EGY01000014537	رقم شهادة التأمين Certificate No.
رقم التليفون Telephone No.	1006019302	اسم المؤمن عليه Insured Name
نوع البرنامج Program Type	FAMILY	العنوان Address
تاريخ بدء السريان Effective Date	09/07/2013	سنة الميلاد Year Of Birth
	2 ELLOKANDA ST.- ROXI APT.22 - FLR 4 - HELIOPOLIS	النوع Gender
		M

بيانات الزوج/الزوجة والأطفال

Spouse /Child(ren) Data

سنة الميلاد Year Of Birth	الاسم Name	
1961	Mr ALAA GALAL FAWZY SABIE	SPOUSE
1998	Ms RETA ALAA GALAL FAWZY SABIE	DEPENDENT/CHILD
2002	Mr JOUSEF ALAA GALAL FAWZY SABIE	DEPENDENT/CHILD
2012	Ms MARIA ALAA GALAL FAWZY SABIE	DEPENDENT/CHILD

التغطيات/مبلغ التأمين (جم)

Benefits/Sum Insured (EGP)

التعويض اليومي بالمستشفى نتيجة حادث Accidental Daily In-Hospital Medical Expenses	ارجاع النفقات الطبية نتيجة حادث (بحد أقصى) Accident Medical Expenses Reimbursement (Up To)	العجز الكلي/الجزئي المستديم Permanent Total/Partial Disability	الوفاة بحادث Accidental Death	
400	12500	250,000.00	250,000	POLICYHOLDER
400	12500	250,000.00	250,000	SPOUSE
400	500	5,000.00	5,000	DEPENDENT/CHILD

القسط الشهري (جم)

Monthly Premium (EGP)

Emad x legal



أحمد محمد

90.81	Premium	قسط التأمين
0.05	Stamps	دمغات
1.14	Fees	رسوم
92.00	Total	الإجمالي

شروط خاصة

Special conditions

- ان هذه الوثيقة تجدد شهريا بصورة تلقائية بنفس المزايا و التغطيات بالوثيقة بعد تحصيل القسط الشهري.
- This Certificate shall be renewed automatically on monthly basis with the same benefits, sum insured and conditions as long as the monthly premium is paid.
- تحمل 50 جم عن كل مطالبة للفرد عن كل تعويض ارجاع نفقات طبية.
- Accident medical expenses deductible is EGP 50 per person per claim.
- تحمل يومين عن كل مطالبة لتعويض اليومي بالمستشفى نتيجة حادث.
- Accidental daily in-hospital medical expenses deductible is the cost of two days per person per claim.
- التغطيات و الاستثناءات واردة بالتفصيل في الشروط العامة المرفقة بالوثيقة.
- Full details of the cover are included in the attached Policy General Terms and conditions.

شهادة التأمين
"برنامج الحماية العائلية"

	رقم الوثيقة Master Policy No.	EGY01000014539	رقم شهادة التأمين Certificate No.
1227836092	رقم التليفون Telephone No.	KHADIGA FAHMY MOHAMED	اسم المؤمن عليه Insured Name
Plan4 FAMILY	نوع البرنامج Program Type	76 SAKR KORISH BLDG. SHERATON HELIOPLES	العنوان Address
09/07/2013	تاريخ بدء السريان Effective Date		سنة الميلاد Year Of Birth
		1962	
		M	النوع Gender

بيانات الزوج/الزوجة والأطفال

Spouse /Child(ren) Data

سنة الميلاد Year Of Birth	الاسم Name	
1962	Mr MAHMOUD ALY ABDEL HAMID	SPOUSE
1991	Mr ALAA MAHMOUD ALY ABDEL HAMID	DEPENDENT/CHILD
1992	Ms RANA MAHMOUD ALY ABDEL HAMID	DEPENDENT/CHILD
1997	Mr OMR MAHMOUD ALY ABDEL HAMID	DEPENDENT/CHILD

التغطيات/مبلغ التأمين (جم)

Benefits/Sum Insured (EGP)

التعويض اليومي بالمستشفى نتيجة حادث Accidental Daily In-Hospital Medical Expenses	ارجاع النفقات الطبية نتيجة حادث (بحد أقصى) Accident Medical Expenses Reimbursement (Up To)	العجز الكلي/الجزئي المستديم Permanent Total/Partial Disability	الوفاة بحادث Accidental Death	
400	12500	250,000.00	250,000	POLICYHOLDER
400	12500	250,000.00	250,000	SPOUSE
400	500	5,000.00	5,000	DEPENDENT/CHILD

القسط الشهري (جم)

Monthly Premium (EGP)

Emad x legal



شهادة التأمين

90.81	Premium	قسط التأمين
0.05	Stamps	دمغات
1.14	Fees	رسوم
92.00	Total	الإجمالي

شروط خاصة

Special conditions

- ان هذه الوثيقة تجدد شهريا بصورة تلقائية بنفس المزايا و التغطيات بالوثيقة بعد تحصيل القسط الشهري.
- This Certificate shall be renewed automatically on monthly basis with the same benefits, sum insured and conditions as long as the monthly premium is paid.
- تحمل 50 جم عن كل مطالبة للفرد عن كل تعويض ارجاع نفقات طبية.
- Accident medical expenses deductible is EGP 50 per person per claim.
- تحمل يومين عن كل مطالبة لتعويض اليومي بالمستشفى نتيجة حادث.
- Accidental daily in-hospital medical expenses deductible is the cost of two days per person per claim.
- التغطيات و الاستثناءات واردة بالتفصيل في الشروط العامة المرفقة بالوثيقة.
- Full details of the cover are included in the attached Policy General Terms and conditions.

شهادة التأمين
"برنامج الحماية العائلية"

رقم الوثيقة Master Policy No.	EGY01000014540	رقم شهادة التأمين Certificate No.
رقم التليفون Telephone No.	1224504180	اسم المؤمن عليه Insured Name
نوع البرنامج Program Type	MOHAMED SHAKER SABRY SARAYA	العنوان Address
تاريخ بدء السريان Effective Date	16 CINEMA OPERA ST, OFF ELBAHR FLR.1-APT.1-CONCORDE FOR MEDIA	سنة الميلاد Year Of Birth
Plan4 FAMILY	1995	النوع Gender
09/07/2013	F	

بيانات الزوج/الزوجة والأطفال

Spouse /Child(ren) Data

سنة الميلاد Year Of Birth	الاسم Name	
1995	Ms ESRAA MOHAMED SHAKER SABRY SARAYA	DEPENDENT/CHILD
2001	Ms HAGER MOHAMED SHAKER SABRY SARAYA	DEPENDENT/CHILD
1993	Ms AYA MOHAMED SHAKER SABRY SARAYA	DEPENDENT/CHILD
1964	Mrs NAHED MOHAMED AHMED DARWESH	SPOUSE

التغطيات/مبلغ التأمين (جم)

Benefits/Sum Insured (EGP)

التعويض اليومي بالمستشفى نتيجة حادث Accidental Daily In-Hospital Medical Expenses	ارجاع النفقات الطبية نتيجة حادث (بحد أقصى) Accident Medical Expenses Reimbursement (Up To)	العجز الكلي/الجزئي المستديم Permanent Total/Partial Disability	الوفاة بحادث Accidental Death	
400	12500	250,000.00	250,000	POLICYHOLDER
400	12500	250,000.00	250,000	SPOUSE
400	500	5,000.00	5,000	DEPENDENT/CHILD

القسط الشهري (جم)

Monthly Premium (EGP)

Emad x legal



شهادة التأمين

90.81	Premium	قسط التأمين
0.05	Stamps	دمغات
1.14	Fees	رسوم
92.00	Total	الاجمالي

شروط خاصة

Special conditions

- ان هذه الوثيقة تجدد شهريا بصورة تلقائية بنفس المزايا و التغطيات بالوثيقة بعد تحصيل القسط الشهري.
- This Certificate shall be renewed automatically on monthly basis with the same benefits, sum insured and conditions as long as the monthly premium is paid.
- تحمل 50 جم عن كل مطالبة للفرد عن كل تعويض ارجاع نفقات طبية.
- Accident medical expenses deductible is EGP 50 per person per claim.
- تحمل يومين عن كل مطالبة لتعويض اليومي بالمستشفى نتيجة حادث.
- Accidental daily in-hospital medical expenses deductible is the cost of two days per person per claim.
- التغطيات و الاستثناءات واردة بالتفصيل في الشروط العامة المرفقة بالوثيقة.
- Full details of the cover are included in the attached Policy General Terms and conditions.

شهادة التأمين
"برنامج الحماية العائلية"

رقم الوثيقة Master Policy No.	EGY01000014546	رقم شهادة التأمين Certificate No.
رقم التليفون Telephone No.	1005414806	اسم المؤمن عليه Insured Name
نوع البرنامج Program Type	FAMILY	العنوان Address
تاريخ بدء السريان Effective Date	10/07/2013	سنة الميلاد Year Of Birth
Plan4	79 KHATAM ELMORSALEEN ST ELHARAM - FLOOR 7 APP? 3	النوع Gender
	2002	M

بيانات الزوج/الزوجة والأطفال

Spouse /Child(ren) Data

سنة الميلاد Year Of Birth	الاسم Name	
2002	Mr YUOSIF SHERIF SOLTAN ABDELAZIZ	DEPENDENT/CHILD
2007	Mr ZIAD SHERIF SOLTAN ABDELAZIZ	DEPENDENT/CHILD
1966	Mr SHERIF SOLTAN ABDELAZIZ	SPOUSE

التغطيات/مبلغ التأمين (جـم)

Benefits/Sum Insured (EGP)

التعويض اليومي بالمستشفى نتيجة حادث Accidental Daily In-Hospital Medical Expenses	ارجاع النفقات الطبية نتيجة حادث (بحد أقصى) Accident Medical Expenses Reimbursement (Up To)	العجز الكلي/الجزئي المستديم Permanent Total/Partial Disability	الوفاة بحادث Accidental Death	
400	12500	250,000.00	250,000	POLICYHOLDER
400	12500	250,000.00	250,000	SPOUSE
400	500	5,000.00	5,000	DEPENDENT/CHILD

القسط الشهري (جـم)

Monthly Premium (EGP)

Emad Negal



Shaima Elshorbagy

90.81	Premium	قسط التأمين
0.05	Stamps	دمغات
1.14	Fees	رسوم
92.00	Total	الاجمالي

شروط خاصة

Special conditions

- ان هذه الوثيقة تجدد شهريا بصورة تلقائية بنفس المزايا و التغطيات بالوثيقة بعد تحصيل القسط الشهري.
- This Certificate shall be renewed automatically on monthly basis with the same benefits, sum insured and conditions as long as the monthly premium is paid.
- تحمل 50 جـم عن كل مطالبة للفرد عن كل تعويض ارجاع نفقات طبية.
- Accident medical expenses deductible is EGP 50 per person per claim.
- تحمل يومين عن كل مطالبة لتعويض اليومي بالمستشفى نتيجة حادث.
- Accidental daily in-hospital medical expenses deductible is the cost of two days per person per claim.
- التغطيات و الاستثناءات واردة بالتفصيل في الشروط العامة المرفقة بالوثيقة.
- Full details of the cover are included in the attached Policy General Terms and conditions.

شهادة التأمين
"برنامج الحماية العائلية"

رقم الوثيقة Master Policy No.	EGY01000014549	رقم شهادة التأمين Certificate No.
رقم التليفون Telephone No.	1227436868	اسم المؤمن عليه Insured Name
نوع البرنامج Program Type	SHERIF MAHER LATIF NAKHLA	العنوان Address
تاريخ بدء السريان Effective Date	NO 16 TAHA HUSSEIN ST APP5 FLR3 ELZAMALEK-NEAR PRESIDENT HOTEL	سنة الميلاد Year Of Birth
Plan4 FAMILY		1961
10/07/2013		النوع Gender
		F

بيانات الزوج/الزوجة والأطفال

Spouse /Child(ren) Data

سنة الميلاد Year Of Birth	الاسم Name	
1961	Mrs SAMIA MOUNIR AMIN ESKANDER	SPOUSE
1992	Mr TAREK SHERIF MAHER LATIF NAKHLA	DEPENDENT/CHILD

التغطيات/مبلغ التأمين (جم)

Benefits/Sum Insured (EGP)

التعويض اليومي بالمستشفى نتيجة حادث Accidental Daily In-Hospital Medical Expenses	ارجاع النفقات الطبية نتيجة حادث (بحد أقصى) Accident Medical Expenses Reimbursement (Up To)	العجز الكلي/الجزئي المستديم Permanent Total/Partial Disability	الوفاة بحادث Accidental Death	
400	12500	250,000.00	250,000	POLICYHOLDER
400	12500	250,000.00	250,000	SPOUSE
400	500	5,000.00	5,000	DEPENDENT/CHILD

القسط الشهري (جم)

Monthly Premium (EGP)

Emad x legal



Shawky H. Elkhayat

90.81	Premium	قسط التأمين
0.05	Stamps	دمغات
1.14	Fees	رسوم
92.00	Total	الاجمالي

شروط خاصة

Special conditions

- ان هذه الوثيقة تجدد شهريا بصورة تلقائية بنفس المزايا و التغطيات بالوثيقة بعد تحصيل القسط الشهري.
- This Certificate shall be renewed automatically on monthly basis with the same benefits, sum insured and conditions as long as the monthly premium is paid.
- تحمل 50 جم عن كل مطالبة للفرد عن كل تعويض ارجاع نفقات طبية.
- Accident medical expenses deductible is EGP 50 per person per claim.
- تحمل يومين عن كل مطالبة لتعويض اليومي بالمستشفى نتيجة حادث.
- Accidental daily in-hospital medical expenses deductible is the cost of two days per person per claim.
- التغطيات و الاستثناءات واردة بالتفصيل في الشروط العامة المرفقة بالوثيقة.
- Full details of the cover are included in the attached Policy General Terms and conditions.

شهادة التأمين
"برنامج الحماية العائلية"

رقم الوثيقة Master Policy No.	EGY01000014551	رقم شهادة التأمين Certificate No.
رقم التليفون Telephone No.	1111788838	اسم المؤمن عليه Insured Name
نوع البرنامج Program Type	TAREK MOHAMED ABDO GOHAR	العنوان Address
تاريخ بدء السريان Effective Date	OUF FACTORYS-418 EL HORYA ROAD ROUSHDY APP?1 FLOOR 1	سنة الميلاد Year Of Birth
Plan3 FAMILY	10/07/2013	النوع Gender
		F

بيانات الزوج/الزوجة والأطفال

Spouse /Child(ren) Data

سنة الميلاد Year Of Birth	الاسم Name	
1971	Mrs MAYSA SAAD MOHAMED ALI ELSAYED	SPOUSE
2003	Mr MOHAMED TAREK MOHAMED ABDO GOHAR	DEPENDENT/CHILD
2002	Ms MANAR TAREK MOHAMED ABDO GOHAR	DEPENDENT/CHILD
2008	Mr MOHAND TAREK MOHAMED ABDO GOHAR	DEPENDENT/CHILD

التغطيات/مبلغ التأمين (جم)

Benefits/Sum Insured (EGP)

التعويض اليومي بالمستشفى نتيجة حادث Accidental Daily In-Hospital Medical Expenses	ارجاع النفقات الطبية نتيجة حادث (بحد أقصى) Accident Medical Expenses Reimbursement (Up To)	العجز الكلي/الجزئي المستديم Permanent Total/Partial Disability	الوفاة بحادث Accidental Death	
300	7500	150,000.00	150,000	POLICYHOLDER
300	7500	150,000.00	150,000	SPOUSE
300	500	5,000.00	5,000	DEPENDENT/CHILD

القسط الشهري (جم)

Monthly Premium (EGP)

Emad x legal



أحمد محمد

54.27	Premium	قسط التأمين
0.05	Stamps	دمغات
0.68	Fees	رسوم
55.00	Total	الإجمالي

شروط خاصة

Special conditions

- ان هذه الوثيقة تجدد شهريا بصورة تلقائية بنفس المزايا و التغطيات بالوثيقة بعد تحصيل القسط الشهري.
- This Certificate shall be renewed automatically on monthly basis with the same benefits, sum insured and conditions as long as the monthly premium is paid.
- تحمل 50 جم عن كل مطالبة للفرد عن كل تعويض ارجاع نفقات طبية.
- Accident medical expenses deductible is EGP 50 per person per claim.
- تحمل يومين عن كل مطالبة لتعويض اليومي بالمستشفى نتيجة حادث.
- Accidental daily in-hospital medical expenses deductible is the cost of two days per person per claim.
- التغطيات و الاستثناءات واردة بالتفصيل في الشروط العامة المرفقة بالوثيقة.
- Full details of the cover are included in the attached Policy General Terms and conditions.

شهادة التأمين
"برنامج الحماية العائلية"

	رقم الوثيقة Master Policy No.	EGY01000014553	رقم شهادة التأمين Certificate No.
1285815001	رقم التليفون Telephone No.	MOHAMED ABDEL GAWAD ELDAKKAK	اسم المؤمن عليه Insured Name
Plan3 FAMILY	نوع البرنامج Program Type	601 ELHOREYA ROAD-LOLOET ZIZENIA TOWER -APT.404	العنوان Address
10/07/2013	تاريخ بدء السريان Effective Date		سنة الميلاد Year Of Birth
		1990	
		M	النوع Gender

بيانات الزوج/الزوجة والأطفال

Spouse /Child(ren) Data

سنة الميلاد Year Of Birth	الاسم Name	
1990	Mr MOHAMED MOHAMED ABDEL GAWAD ELDAKKAK	DEPENDENT/CHILD
1950	Mrs FATMA RAMZY MOHAMED ABOU ELENENIEN KAMEL	SPOUSE

التغطيات/مبلغ التأمين (جم)

Benefits/Sum Insured (EGP)

التعويض اليومي بالمستشفى نتيجة حادث Accidental Daily In-Hospital Medical Expenses	ارجاع النفقات الطبية نتيجة حادث (بحد أقصى) Accident Medical Expenses Reimbursement (Up To)	العجز الكلي/الجزئي المستديم Permanent Total/Partial Disability	الوفاة بحادث Accidental Death	
300	7500	150,000.00	150,000	POLICYHOLDER
300	7500	150,000.00	150,000	SPOUSE
300	500	5,000.00	5,000	DEPENDENT/CHILD

القسط الشهري (جم)

Monthly Premium (EGP)

Emad x legal



Shawky H. Elshorbagy

54.27	Premium	قسط التأمين
0.05	Stamps	دمغات
0.68	Fees	رسوم
55.00	Total	الاجمالي

شروط خاصة

Special conditions

- ان هذه الوثيقة تجدد شهريا بصورة تلقائية بنفس المزايا و التغطيات بالوثيقة بعد تحصيل القسط الشهري.
- This Certificate shall be renewed automatically on monthly basis with the same benefits, sum insured and conditions as long as the monthly premium is paid.
- تحمل 50 جم عن كل مطالبة للفرد عن كل تعويض ارجاع نفقات طبية.
- Accident medical expenses deductible is EGP 50 per person per claim.
- تحمل يومين عن كل مطالبة لتعويض اليومي بالمستشفى نتيجة حادث.
- Accidental daily in-hospital medical expenses deductible is the cost of two days per person per claim.
- التغطيات و الاستثناءات واردة بالتفصيل في الشروط العامة المرفقة بالوثيقة.
- Full details of the cover are included in the attached Policy General Terms and conditions.

شهادة التأمين
"برنامج الحماية العائلية"

رقم الوثيقة Master Policy No.	EGY01000014560	رقم شهادة التأمين Certificate No.
رقم التليفون Telephone No.	1115948030	اسم المؤمن عليه Insured Name
نوع البرنامج Program Type	WAFAA EID HEFNY	العنوان Address
تاريخ بدء السريان Effective Date	KILO 11 ROAD EL KATAMYA ST KATAMYA	سنة الميلاد Year Of Birth
Plan4 FAMILY	2009	النوع Gender
11/07/2013	F	

بيانات الزوج/الزوجة والأطفال

Spouse /Child(ren) Data

سنة الميلاد Year Of Birth	الاسم Name	
2009	Ms KARMA MAHMOUD MOHAMED MOSTAFA	DEPENDENT/CHILD
2011	Ms HANA MAHMOUD MOHAMED MOSTAFA	DEPENDENT/CHILD
1980	Mr MAHMOUD MOHAMED MOSTAFA	SPOUSE

التغطيات/مبلغ التأمين (جـم)

Benefits/Sum Insured (EGP)

التعويض اليومي بالمستشفى نتيجة حادث Accidental Daily In-Hospital Medical Expenses	ارجاع النفقات الطبية نتيجة حادث (بحد أقصى) Accident Medical Expenses Reimbursement (Up To)	العجز الكلي/الجزئي المستديم Permanent Total/Partial Disability	الوفاة بحادث Accidental Death	
400	12500	250,000.00	250,000	POLICYHOLDER
400	12500	250,000.00	250,000	SPOUSE
400	500	5,000.00	5,000	DEPENDENT/CHILD

القسط الشهري (جـم)

Monthly Premium (EGP)

Emad Negal



Shaima Fakhry

90.81	Premium	قسط التأمين
0.05	Stamps	دمغات
1.14	Fees	رسوم
92.00	Total	الاجمالي

شروط خاصة

Special conditions

- ان هذه الوثيقة تجدد شهريا بصورة تلقائية بنفس المزايا و التغطيات بالوثيقة بعد تحصيل القسط الشهري.
- This Certificate shall be renewed automatically on monthly basis with the same benefits, sum insured and conditions as long as the monthly premium is paid.
- تحمل 50 جم عن كل مطالبة للفرد عن كل تعويض ارجاع نفقات طبية.
- Accident medical expenses deductible is EGP 50 per person per claim.
- تحمل يومين عن كل مطالبة لتعويض اليومي بالمستشفى نتيجة حادث.
- Accidental daily in-hospital medical expenses deductible is the cost of two days per person per claim.
- التغطيات و الاستثناءات واردة بالتفصيل في الشروط العامة المرفقة بالوثيقة.
- Full details of the cover are included in the attached Policy General Terms and conditions.

شهادة التأمين
"برنامج الحماية العائلية"

	رقم الوثيقة Master Policy No.	EGY01000014561	رقم شهادة التأمين Certificate No.
1222190860	رقم التليفون Telephone No.	GAMAL A TAWAB HUSSEIN	اسم المؤمن عليه Insured Name
Plan3	نوع البرنامج Program Type	MEKKA CO. FOR CLOTH-22 BERGWAN ST-GAMALYA-CAIRO	العنوان Address
FAMILY	تاريخ بدء السريان Effective Date	11/07/2013	سنة الميلاد Year Of Birth
		1954	النوع Gender
		F	

بيانات الزوج/الزوجة والأطفال

Spouse /Child(ren) Data

سنة الميلاد Year Of Birth	الاسم Name	
1954	Mrs HORYA MAHMOUD ABD EL GAWAD	SPOUSE
1992	Mr MOHAMED GAMAL ABD EL TAWAB HUSSEIN	DEPENDENT/CHILD
1995	Ms NEHAL GAMAL ABD EL TAWAB HUSSEIN	DEPENDENT/CHILD

التغطيات/مبلغ التأمين (جـم)

Benefits/Sum Insured (EGP)

التعويض اليومي بالمستشفى نتيجة حادث Accidental Daily In-Hospital Medical Expenses	ارجاع النفقات الطبية نتيجة حادث (بحد أقصى) Accident Medical Expenses Reimbursement (Up To)	العجز الكلي/الجزئي المستديم Permanent Total/Partial Disability	الوفاة بحادث Accidental Death	
300	7500	150,000.00	150,000	POLICYHOLDER
300	7500	150,000.00	150,000	SPOUSE
300	500	5,000.00	5,000	DEPENDENT/CHILD

القسط الشهري (جـم)

Monthly Premium (EGP)

Emad Negal



Shaima El-Din

54.27	Premium	قسط التأمين
0.05	Stamps	دمغات
0.68	Fees	رسوم
55.00	Total	الاجمالي

شروط خاصة

Special conditions

- ان هذه الوثيقة تجدد شهريا بصورة تلقائية بنفس المزايا و التغطيات بالوثيقة بعد تحصيل القسط الشهري.
- This Certificate shall be renewed automatically on monthly basis with the same benefits, sum insured and conditions as long as the monthly premium is paid.
- تحمل 50 جم عن كل مطالبة للفرد عن كل تعويض ارجاع نفقات طبية.
- Accident medical expenses deductible is EGP 50 per person per claim.
- تحمل يومين عن كل مطالبة لتعويض اليومي بالمستشفى نتيجة حادث.
- Accidental daily in-hospital medical expenses deductible is the cost of two days per person per claim.
- التغطيات و الاستثناءات واردة بالتفصيل في الشروط العامة المرفقة بالوثيقة.
- Full details of the cover are included in the attached Policy General Terms and conditions.

شهادة التأمين
"برنامج الحماية العائلية"

رقم الوثيقة Master Policy No.	EGY01000014562	رقم شهادة التأمين Certificate No.
رقم التليفون Telephone No.	GAMAL HAKIM GHOBRIAL GERGIS	اسم المؤمن عليه Insured Name
نوع البرنامج Program Type	25 ELDOKKI ST.- FLR 1 APP 6	العنوان Address
تاريخ بدء السريان Effective Date	11/07/2013	سنة الميلاد Year Of Birth
Plan4 FAMILY		النوع Gender
		F

بيانات الزوج/الزوجة والأطفال

Spouse /Child(ren) Data

سنة الميلاد Year Of Birth	الاسم Name	
1971	Mrs VIVIAN HELMY NASEF	SPOUSE
2000	Mr GOURGE GAMAL HAKIM GHOBRIAL GERGIS	DEPENDENT/CHILD
2002	Mr JON GAMAL HAKIM GHOBRIAL GERGIS	DEPENDENT/CHILD
2007	Ms JOYS GAMAL HAKIM GHOBRIAL GERGIS	DEPENDENT/CHILD

التغطيات/مبلغ التأمين (جم)

Benefits/Sum Insured (EGP)

التعويض اليومي بالمستشفى نتيجة حادث Accidental Daily In-Hospital Medical Expenses	ارجاع النفقات الطبية نتيجة حادث (بحد أقصى) Accident Medical Expenses Reimbursement (Up To)	العجز الكلي/الجزئي المستديم Permanent Total/Partial Disability	الوفاة بحادث Accidental Death	
400	12500	250,000.00	250,000	POLICYHOLDER
400	12500	250,000.00	250,000	SPOUSE
400	500	5,000.00	5,000	DEPENDENT/CHILD

القسط الشهري (جم)

Monthly Premium (EGP)

Emad Hegal



Amr El-Dokki

90.81	Premium	قسط التأمين
0.05	Stamps	دمغات
1.14	Fees	رسوم
92.00	Total	الاجمالي

شروط خاصة

Special conditions

- ان هذه الوثيقة تجدد شهريا بصورة تلقائية بنفس المزايا و التغطيات بالوثيقة بعد تحصيل القسط الشهري.
- This Certificate shall be renewed automatically on monthly basis with the same benefits, sum insured and conditions as long as the monthly premium is paid.
- تحمل 50 جم عن كل مطالبة للفرد عن كل تعويض ارجاع نفقات طبية.
- Accident medical expenses deductible is EGP 50 per person per claim.
- تحمل يومين عن كل مطالبة لتعويض اليومي بالمستشفى نتيجة حادث.
- Accidental daily in-hospital medical expenses deductible is the cost of two days per person per claim.
- التغطيات و الاستثناءات واردة بالتفصيل في الشروط العامة المرفقة بالوثيقة.
- Full details of the cover are included in the attached Policy General Terms and conditions.

شهادة التأمين
"برنامج الحماية العائلية"

رقم الوثيقة Master Policy No.	EGY01000014563	رقم شهادة التأمين Certificate No.
رقم التليفون Telephone No.	1001517225	اسم المؤمن عليه Insured Name
نوع البرنامج Program Type	19 SPHENX SQ.-FLR 7- FLT 37 BESIDE VODAFONE CO. -MOHANDESEN	العنوان Address
تاريخ بدء السريان Effective Date	13/07/2013	سنة الميلاد Year Of Birth
Plan3	FAMILY	النوع Gender
		F

بيانات الزوج/الزوجة والأطفال

Spouse /Child(ren) Data

سنة الميلاد Year Of Birth	الاسم Name	
2005	Ms MALAK KHALIL SAFIR SOLTAN EL NAGAR	DEPENDENT/CHILD
1976	Mrs REHAB NEGM ELDEN	SPOUSE

التغطيات/مبلغ التأمين (جم)

Benefits/Sum Insured (EGP)

التعويض اليومي بالمستشفى نتيجة حادث Accidental Daily In-Hospital Medical Expenses	ارجاع النفقات الطبية نتيجة حادث (بحد أقصى) Accident Medical Expenses Reimbursement (Up To)	العجز الكلي/الجزئي المستديم Permanent Total/Partial Disability	الوفاة بحادث Accidental Death	
300	7500	150,000.00	150,000	POLICYHOLDER
300	7500	150,000.00	150,000	SPOUSE
300	500	5,000.00	5,000	DEPENDENT/CHILD

القسط الشهري (جم)

Monthly Premium (EGP)

Emad x legal



Shawky H. Elkhayat

54.27	Premium	قسط التأمين
0.05	Stamps	دمغات
0.68	Fees	رسوم
55.00	Total	الاجمالي

شروط خاصة

Special conditions

- ان هذه الوثيقة تجدد شهريا بصورة تلقائية بنفس المزايا و التغطيات بالوثيقة بعد تحصيل القسط الشهري.
- This Certificate shall be renewed automatically on monthly basis with the same benefits, sum insured and conditions as long as the monthly premium is paid.
- تحمل 50 جم عن كل مطالبة للفرد عن كل تعويض ارجاع نفقات طبية.
- Accident medical expenses deductible is EGP 50 per person per claim.
- تحمل يومين عن كل مطالبة لتعويض اليومي بالمستشفى نتيجة حادث.
- Accidental daily in-hospital medical expenses deductible is the cost of two days per person per claim.
- التغطيات و الاستثناءات واردة بالتفصيل في الشروط العامة المرفقة بالوثيقة.
- Full details of the cover are included in the attached Policy General Terms and conditions.

شهادة التأمين
"برنامج الحماية العائلية"

رقم الوثيقة Master Policy No.	EGY01000014565	رقم شهادة التأمين Certificate No.
رقم التليفون Telephone No.	1210248882	اسم المؤمن عليه Insured Name
نوع البرنامج Program Type	FAMILY	العنوان Address
تاريخ بدء السريان Effective Date	13/07/2013	سنة الميلاد Year Of Birth
Plan3	272 GAMAL A.NASSER ST.-FLR 13 FLT 50-MIAMY-ALEXANDRIA	النوع Gender
	1959	F

بيانات الزوج/الزوجة والأطفال

Spouse /Child(ren) Data

سنة الميلاد Year Of Birth	الاسم Name	
1959	Mrs SALWA GEORGE BAGHOS	SPOUSE
1991	Ms NADA NADER FAYEK ABOU SEIF	DEPENDENT/CHILD

التغطيات/مبلغ التأمين (جم)

Benefits/Sum Insured (EGP)

التعويض اليومي بالمستشفى نتيجة حادث Accidental Daily In-Hospital Medical Expenses	ارجاع النفقات الطبية نتيجة حادث (بحد أقصى) Accident Medical Expenses Reimbursement (Up To)	العجز الكلي/الجزئي المستديم Permanent Total/Partial Disability	الوفاة بحادث Accidental Death	
300	7500	150,000.00	150,000	POLICYHOLDER
300	7500	150,000.00	150,000	SPOUSE
300	500	5,000.00	5,000	DEPENDENT/CHILD

القسط الشهري (جم)

Monthly Premium (EGP)

Emad xigal



Shawky H. Elkhayat

54.27	Premium	قسط التأمين
0.05	Stamps	دمغات
0.68	Fees	رسوم
55.00	Total	الاجمالي

شروط خاصة

Special conditions

- ان هذه الوثيقة تجدد شهريا بصورة تلقائية بنفس المزايا و التغطيات بالوثيقة بعد تحصيل القسط الشهري.
- This Certificate shall be renewed automatically on monthly basis with the same benefits, sum insured and conditions as long as the monthly premium is paid.
- تحمل 50 جم عن كل مطالبة للفرد عن كل تعويض ارجاع نفقات طبية.
- Accident medical expenses deductible is EGP 50 per person per claim.
- تحمل يومين عن كل مطالبة لتعويض اليومي بالمستشفى نتيجة حادث.
- Accidental daily in-hospital medical expenses deductible is the cost of two days per person per claim.
- التغطيات و الاستثناءات واردة بالتفصيل في الشروط العامة المرفقة بالوثيقة.
- Full details of the cover are included in the attached Policy General Terms and conditions.

شهادة التأمين
"برنامج الحماية العائلية"

	رقم الوثيقة Master Policy No.	EGY01000014569	رقم شهادة التأمين Certificate No.
1221039391	رقم التليفون Telephone No.	RAAFAT REFAAT GERGUIS	اسم المؤمن عليه Insured Name
Plan4 FAMILY	نوع البرنامج Program Type	NO.17 ELNASR ST. OF TAHA HUSSEN ST.-ARD SOULTAN AREA-ELMENIA	العنوان Address
14/07/2013	تاريخ بدء السريان Effective Date		سنة الميلاد Year Of Birth
		1961	
		F	النوع Gender

بيانات الزوج/الزوجة والأطفال

Spouse /Child(ren) Data

سنة الميلاد Year Of Birth	الاسم Name	
1961	Mrs MAJDA MAROUN BASELY	SPOUSE

التغطيات/مبلغ التأمين (جم)

Benefits/Sum Insured (EGP)

التعويض اليومي بالمستشفى نتيجة حادث Accidental Daily In-Hospital Medical Expenses	ارجاع النفقات الطبية نتيجة حادث (بحد أقصى) Accident Medical Expenses Reimbursement (Up To)	العجز الكلي/الجزئي المستديم Permanent Total/Partial Disability	الوفاة بحادث Accidental Death	
400	12500	250,000.00	250,000	POLICYHOLDER
400	12500	250,000.00	250,000	SPOUSE

القسط الشهري (جم)

Monthly Premium (EGP)

Emad x Legal



Shawky H. H. H.

90.81	Premium	قسط التأمين
0.05	Stamps	دمغات
1.14	Fees	رسوم
92.00	Total	الاجمالي

شروط خاصة

Special conditions

- ان هذه الوثيقة تجدد شهريا بصورة تلقائية بنفس المزايا و التغطيات بالوثيقة بعد تحصيل القسط الشهري.
- This Certificate shall be renewed automatically on monthly basis with the same benefits, sum insured and conditions as long as the monthly premium is paid.
- تحمل 50 جم عن كل مطالبة للفرد عن كل تعويض ارجاع نفقات طبية.
- Accident medical expenses deductible is EGP 50 per person per claim.
- تحمل يومين عن كل مطالبة لتعويض اليومي بالمستشفى نتيجة حادث.
- Accidental daily in-hospital medical expenses deductible is the cost of two days per person per claim.
- التغطيات و الاستثناءات واردة بالتفصيل في الشروط العامة المرفقة بالوثيقة.
- Full details of the cover are included in the attached Policy General Terms and conditions.

شهادة التأمين
"برنامج الحماية العائلية"

رقم الوثيقة Master Policy No.	EGY01000014574	رقم شهادة التأمين Certificate No.
رقم التليفون Telephone No.	1223178748	اسم المؤمن عليه Insured Name
نوع البرنامج Program Type	MOHAMED AHMED TAWFIK	العنوان Address
تاريخ بدء السريان Effective Date	1 GREEN TOWERS - BEHIND GREEN PLAZA - SMOUHA - ALEXANDRIA	سنة الميلاد Year Of Birth
Plan1 FAMILY	1989	النوع Gender
14/07/2013	F	

بيانات الزوج/الزوجة والأطفال

Spouse /Child(ren) Data

سنة الميلاد Year Of Birth	الاسم Name	
1989	Mrs RANA MOSTAFA ALLAM	SPOUSE
2012	Ms SALMA MOHAMED AHMED TAWFIK	DEPENDENT/CHILD

التغطيات/مبلغ التأمين (جم)

Benefits/Sum Insured (EGP)

التعويض اليومي بالمستشفى نتيجة حادث Accidental Daily In-Hospital Medical Expenses	ارجاع النفقات الطبية نتيجة حادث (بحد أقصى) Accident Medical Expenses Reimbursement (Up To)	العجز الكلي/الجزئي المستديم Permanent Total/Partial Disability	الوفاة بحادث Accidental Death	
100	2500	50,000.00	50,000	POLICYHOLDER
100	2500	50,000.00	50,000	SPOUSE
100	500	5,000.00	5,000	DEPENDENT/CHILD

القسط الشهري (جم)

Monthly Premium (EGP)

Emad x legal



Shawky H. Elshorbagy

17.73	Premium	قسط التأمين
0.05	Stamps	دمغات
0.22	Fees	رسوم
18.00	Total	الاجمالي

شروط خاصة

Special conditions

- ان هذه الوثيقة تجدد شهريا بصورة تلقائية بنفس المزايا و التغطيات بالوثيقة بعد تحصيل القسط الشهري.
- This Certificate shall be renewed automatically on monthly basis with the same benefits, sum insured and conditions as long as the monthly premium is paid.
- تحمل 50 جم عن كل مطالبة للفرد عن كل تعويض ارجاع نفقات طبية.
- Accident medical expenses deductible is EGP 50 per person per claim.
- تحمل يومين عن كل مطالبة لتعويض اليومي بالمستشفى نتيجة حادث.
- Accidental daily in-hospital medical expenses deductible is the cost of two days per person per claim.
- التغطيات و الاستثناءات واردة بالتفصيل في الشروط العامة المرفقة بالوثيقة.
- Full details of the cover are included in the attached Policy General Terms and conditions.

شهادة التأمين "برنامج الحماية العائلية"

		رقم الوثيقة	EGY01000014575	رقم شهادة التأمين
		Master Policy No.		Certificate No.
	1116001444	رقم التليفون		اسم المؤمن عليه
		Telephone No.	DALIA MOHAMED HELMY	Insured Name
Plan4	FAMILY	نوع البرنامج	VILA 44 SAFARYGOLF CITY OBOUR CITY	العنوان
		Program Type		Address
	14/07/2013	تاريخ بدء السريان		سنة الميلاد
		Effective Date		Year Of Birth
			1967	
				النوع
			M	Gender

بيانات الزوج/الزوجة والأطفال

Spouse /Child(ren) Data

سنة الميلاد Year Of Birth	الاسم Name	
1967	Mr AMR SALLAH ELDEN HAMZA	SPOUSE
1993	Ms PELAR AMR SALLAH ELDEN HAMZA	DEPENDENT/CHILD
1996	Mr AHMED AMR SALLAH ELDEN HAMZA	DEPENDENT/CHILD
1997	Mr IBRAHEM AMR SALLAH ELDEN HAMZA	DEPENDENT/CHILD

التغطيات/مبلغ التأمين (جم)

Benefits/Sum Insured (EGP)

التعويض اليومي بالمستشفى نتيجة حادث Accidental Daily In-Hospital Medical Expenses	ارجاع النفقات الطبية نتيجة حادث (بعد أقصى) Accident Medical Expenses Reimbursement (Up To)	العجز الكلي/الجزئي المستديم Permanent Total/Partial Disability	الوفاة بحادث Accidental Death	
400	12500	250,000.00	250,000	POLICYHOLDER
400	12500	250,000.00	250,000	SPOUSE
400	500	5,000.00	5,000	DEPENDENT/CHILD

القسط الشهري (جم)

Monthly Premium (EGP)

Enad Nagol



Shirley Goldstein

90.81	Premium	قسط التأمين
0.05	Stamps	دمغات
1.14	Fees	رسوم
92.00	Total	الاجمالي

شروط خاصة

Special conditions

- ان هذه الوثيقة تجدد شهريا بصورة تلقائية بنفس المزايا و التغطيات بالوثيقة بعد تحصيل القسط الشهري.
- This Certificate shall be renewed automatically on monthly basis with the same benefits, sum insured and conditions as long as the monthly premium is paid.
 - تحمل 50 جم عن كل مطالبة للفرد عن كل تعويض ارجاع نفقات طبية.
 - Accident medical expenses deductible is EGP 50 per person per claim.
 - تحمل يومين عن كل مطالبة لتعويض اليومي بالمستشفى نتيجة حادث.
 - Accidental daily in-hospital medical expenses deductible is the cost of two days per person per claim.
 - التغطيات و الاستثناءات واردة بالتفصيل فى الشروط العامة المرفقة بالوثيقة.
 - Full details of the cover are included in the attached Policy General Terms and conditions.

شهادة التأمين
"برنامج الحماية العائلية"

رقم الوثيقة Master Policy No. 1006260384 رقم التليفون Telephone No. نوع البرنامج Program Type Plan1 FAMILY تاريخ بدء السريان Effective Date 14/07/2013	EGY01000014577 ISLAM AHMED NAZIM ABDEL RAHMAN CHAMPOLION ST-GOMHORYA SQ-HAYEAT CANAL SUEZ-ESTRAHEAT ELOBOUR 1988 F	رقم شهادة التأمين Certificate No. اسم المؤمن عليه Insured Name العنوان Address سنة الميلاد Year Of Birth النوع Gender
--	---	--

بيانات الزوج/الزوجة والأطفال

Spouse /Child(ren) Data

سنة الميلاد Year Of Birth	الاسم Name	
1988	Mrs ESRAA MOHAMED REDA	SPOUSE

التغطيات/مبلغ التأمين (جـم)

Benefits/Sum Insured (EGP)

التعويض اليومي بالمستشفى نتيجة حادث Accidental Daily In-Hospital Medical Expenses	ارجاع النفقات الطبية نتيجة حادث (بحد أقصى) Accident Medical Expenses Reimbursement (Up To)	العجز الكلي/الجزئي المستديم Permanent Total/Partial Disability	الوفاة بحادث Accidental Death	
100	2500	50,000.00	50,000	POLICYHOLDER
100	2500	50,000.00	50,000	SPOUSE

القسط الشهري (جـم)

Monthly Premium (EGP)

Emad x Legal



Shawky H. H. H.

17.73	Premium	قسط التأمين
0.05	Stamps	دمغات
0.22	Fees	رسوم
18.00	Total	الاجمالي

شروط خاصة

Special conditions

- ان هذه الوثيقة تجدد شهريا بصورة تلقائية بنفس المزايا و التغطيات بالوثيقة بعد تحصيل القسط الشهري.
- This Certificate shall be renewed automatically on monthly basis with the same benefits, sum insured and conditions as long as the monthly premium is paid.
- تحمل 50 جـم عن كل مطالبة للفرد عن كل تعويض ارجاع نفقات طبية.
- Accident medical expenses deductible is EGP 50 per person per claim.
- تحمل يومين عن كل مطالبة لتعويض اليومي بالمستشفى نتيجة حادث.
- Accidental daily in-hospital medical expenses deductible is the cost of two days per person per claim.
- التغطيات و الاستثناءات واردة بالتفصيل في الشروط العامة المرفقة بالوثيقة.
- Full details of the cover are included in the attached Policy General Terms and conditions.

شهادة التأمين
"برنامج الحماية العائلية"

رقم الوثيقة Master Policy No.	EGY01000014578	رقم شهادة التأمين Certificate No.
رقم التليفون Telephone No.	1006862110	اسم المؤمن عليه Insured Name
نوع البرنامج Program Type	MOHAMED IBRAHIM ABOU ZEKRY	العنوان Address
تاريخ بدء السريان Effective Date	1ST KORNISH EL MAADI-MOTHERHOOD& CHILDHOOD FOR NATIONAL SOCIETY	سنة الميلاد Year Of Birth
Plan1 FAMILY	2008	النوع Gender
14/07/2013	F	

بيانات الزوج/الزوجة والأطفال

Spouse /Child(ren) Data

سنة الميلاد Year Of Birth	الاسم Name	
2008	Ms SALMA MOHAMED IBRAHIM ABOU ZEKRY	DEPENDENT/CHILD
1975	Mrs REHAM MOHAMED MAHMOUD	SPOUSE

التغطيات/مبلغ التأمين (جم)

Benefits/Sum Insured (EGP)

التعويض اليومي بالمستشفى نتيجة حادث Accidental Daily In-Hospital Medical Expenses	ارجاع النفقات الطبية نتيجة حادث (بحد أقصى) Accident Medical Expenses Reimbursement (Up To)	العجز الكلي/الجزئي المستديم Permanent Total/Partial Disability	الوفاة بحادث Accidental Death	
100	2500	50,000.00	50,000	POLICYHOLDER
100	2500	50,000.00	50,000	SPOUSE
100	500	5,000.00	5,000	DEPENDENT/CHILD

القسط الشهري (جم)

Monthly Premium (EGP)

Emad xigal



Shawky H. El-Dokki

17.73	Premium	قسط التأمين
0.05	Stamps	دمغات
0.22	Fees	رسوم
18.00	Total	الاجمالي

شروط خاصة

Special conditions

- ان هذه الوثيقة تجدد شهريا بصورة تلقائية بنفس المزايا و التغطيات بالوثيقة بعد تحصيل القسط الشهري.
- This Certificate shall be renewed automatically on monthly basis with the same benefits, sum insured and conditions as long as the monthly premium is paid.
- تحمل 50 جم عن كل مطالبة للفرد عن كل تعويض ارجاع نفقات طبية.
- Accident medical expenses deductible is EGP 50 per person per claim.
- تحمل يومين عن كل مطالبة لتعويض اليومي بالمستشفى نتيجة حادث.
- Accidental daily in-hospital medical expenses deductible is the cost of two days per person per claim.
- التغطيات و الاستثناءات واردة بالتفصيل في الشروط العامة المرفقة بالوثيقة.
- Full details of the cover are included in the attached Policy General Terms and conditions.