




POLICY HOLDER/NAME Страхователь(Ф.И.О./Наименование)		ADDRESS/PHONE OF THE POLICE HOLDER Адрес/№ телефона Страхователя		
EREMINA MARINA		/ +998 (93) 543-25-50		
LAST NAME, FIRST NAME OF INSURED PERSON Застрахованное лицо	PASSPORT# № Паспорта	DATE OF BIRTHDAY Дата рождения	NUMBER OF DAYS Количество дней	30
EREMINA MARINA	AA 0577021	30.11.1970	PERIOD OF INSURANCE Период страхования	from/c 02.10.2020 to/no 31.10.2020
			DATA OF ISSUE Дата выдачи	25.09.2020
PURPOSE OF THE TRIP/Цель поездки		SIGNATURE OF INSURER Подпись представителя Страховщика		
other				
INSURANCE PROGRAM/Программа страхования				
Comfort		SUM INSURED/Сумма покрытия 25 000€ (Зона 1)		
HOST COUNTRY/Страна поездки UNITED ARAB EMIRATES				
I hereby declare that the Insured persons are healthy, have no medical contraindications to the trip, do not currently undergo an intensive care course and do not need urgent medical treatment. I have agree with the Insurance Rules. Insurance Rules was reserved./Настоящим заявляю, что Застрахованные лица здоровы, не имеют медицинских противопоказаний для поездки, не проходят в настоящее время курс интенсивной терапии и не нуждаются в срочном медицинском лечении. С Правилами страхования ознакомлен и согласен. Полис и Правила страхования получил			SIGNATURE POLICY HOLDER/Подпись Страхователя	
EXPENSES LESS THAN 30 (THIRTY) EURO NOT REIMBURSED(CONDITIONAL FRANCHISE)!/РАСХОДЫ МЕНЕЕ 30 (тридцати) ЕВРО НЕ ВОЗМЕЩАЮТСЯ (УСЛОВНАЯ ФРАНШИЗА)!				

POLICY HOLDER/NAME Страхователь(Ф.И.О./Наименование)		ADDRESS/PHONE OF THE POLICE HOLDER Адрес/№ телефона Страхователя		
EREMINA MARINA		/ +998 (93) 543-25-50		
LAST NAME, FIRST NAME OF INSURED PERSON Застрахованное лицо	PASSPORT# № Паспорта	DATE OF BIRTHDAY Дата рождения	NUMBER OF DAYS Количество дней	30
EREMINA MARINA	AA 0577021	30.11.1970	PERIOD OF INSURANCE Период страхования	from/c 02.10.2020 to/no 31.10.2020
			DATA OF ISSUE Дата выдачи	25.09.2020
PURPOSE OF THE TRIP/Цель поездки		SIGNATURE OF INSURER Подпись представителя Страховщика		
other				
INSURANCE PROGRAM/Программа страхования				
Comfort		SUM INSURED/Сумма покрытия 25 000€ (Зона 1)		
HOST COUNTRY/Страна поездки UNITED ARAB EMIRATES				
I hereby declare that the Insured persons are healthy, have no medical contraindications to the trip, do not currently undergo an intensive care course and do not need urgent medical treatment. I have agree with the Insurance Rules. Insurance Rules was reserved./Настоящим заявляю, что Застрахованные лица здоровы, не имеют медицинских противопоказаний для поездки, не проходят в настоящее время курс интенсивной терапии и не нуждаются в срочном медицинском лечении. С Правилами страхования ознакомлен и согласен. Полис и Правила страхования получил			SIGNATURE POLICY HOLDER/Подпись Страхователя	
EXPENSES LESS THAN 30 (THIRTY) EURO NOT REIMBURSED(CONDITIONAL FRANCHISE)!/РАСХОДЫ МЕНЕЕ 30 (тридцати) ЕВРО НЕ ВОЗМЕЩАЮТСЯ (УСЛОВНАЯ ФРАНШИЗА)!				

POLICY HOLDER/NAME Страхователь(Ф.И.О./Наименование)		ADDRESS/PHONE OF THE POLICE HOLDER Адрес/№ телефона Страхователя		
EREMINA MARINA		/ +998 (93) 543-25-50		
LAST NAME, FIRST NAME OF INSURED PERSON Застрахованное лицо	PASSPORT# № Паспорта	DATE OF BIRTHDAY Дата рождения	NUMBER OF DAYS Количество дней	30
EREMINA MARINA	AA 0577021	30.11.1970	PERIOD OF INSURANCE Период страхования	from/c 02.10.2020 to/no 31.10.2020
			DATA OF ISSUE Дата выдачи	25.09.2020
PURPOSE OF THE TRIP/Цель поездки		SIGNATURE OF INSURER Подпись представителя Страховщика		
other				
INSURANCE PROGRAM/Программа страхования				
Comfort		SUM INSURED/Сумма покрытия 25 000€ (Зона 1)		
HOST COUNTRY/Страна поездки UNITED ARAB EMIRATES				
I hereby declare that the Insured persons are healthy, have no medical contraindications to the trip, do not currently undergo an intensive care course and do not need urgent medical treatment. I have agree with the Insurance Rules. Insurance Rules was reserved./Настоящим заявляю, что Застрахованные лица здоровы, не имеют медицинских противопоказаний для поездки, не проходят в настоящее время курс интенсивной терапии и не нуждаются в срочном медицинском лечении. С Правилами страхования ознакомлен и согласен. Полис и Правила страхования получил			SIGNATURE POLICY HOLDER/Подпись Страхователя	
EXPENSES LESS THAN 30 (THIRTY) EURO NOT REIMBURSED(CONDITIONAL FRANCHISE)!/РАСХОДЫ МЕНЕЕ 30 (тридцати) ЕВРО НЕ ВОЗМЕЩАЮТСЯ (УСЛОВНАЯ ФРАНШИЗА)!				