

«Uzbekinvest» NEIC. Address: 6, Chopon ota, Tashkent, 100097, Republic of Uzbekistan

Phone: 71-207-60-00/ Fax: 71-235-94-09; email:travel@uzbekinvest.uz; www.uzbekinvest.uz, www.insurance.uz

TRAVEL INSURANCE POLICY / ПОЛИС СТРАХОВАНИЯ ЛИЦ, ВЫЕЗЖАЮЩИХ ЗА РУБЕЖ

POLICY HOLDER/NAME Страхователь(Ф.И.О./Наименование)		ADDRESS/PHONE OF THE POLICE HOLDER Адрес/№ телефона Страхователя		
KODIROV RAKHMATILLAKHON		/ +998 (90) 321-97-72		
LAST NAME, FIRST NAME OF INSURED PERSON Застрахованное лицо	PASSPORT# № Паспорта	DATE OF BIRTHDAY Дата рождения	NUMBER OF DAYS Количество дней	91
KODIROV RAKHMATILLAKHON	FA 1301427	21.02.2002	PERIOD OF INSURANCE Период страхования	from/c 16.12.2020 to/по 31.03.2021
			DATA OF ISSUE Дата выдачи	20.11.2020
PURPOSE OF THE TRIP/Цель поездки	other		SIGNATURE OF INSURER/ Подпись представителя Страховщика	
INSURANCE PROGRAM/Программа страхования	SUM INSURED/Сумма покрытия			
Standart	60 000€ (Зона 1)			
HOST COUNTRY/Страна поездки			INSURANCE PREMIUM/Страховая премия	
LATVIA, SCHENGEN			438 747,00	
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)!				

«Uzbekinvest» NEIC. Address: 6, Chopon ota, Tashkent, 100097, Republic of Uzbekistan

Phone: 71-207-60-00/ Fax: 71-235-94-09; email:travel@uzbekinvest.uz; www.uzbekinvest.uz, www.insurance.uz

TRAVEL INSURANCE POLICY / ПОЛИС СТРАХОВАНИЯ ЛИЦ, ВЫЕЗЖАЮЩИХ ЗА РУБЕЖ

POLICY HOLDER/NAME Страхователь(Ф.И.О./Наименование)		ADDRESS/PHONE OF THE POLICE HOLDER Адрес/№ телефона Страхователя		
KODIROV RAKHMATILLAKHON		/ +998 (90) 321-97-72		
LAST NAME, FIRST NAME OF INSURED PERSON Застрахованное лицо	PASSPORT# № Паспорта	DATE OF BIRTHDAY Дата рождения	NUMBER OF DAYS Количество дней	91
KODIROV RAKHMATILLAKHON	FA 1301427	21.02.2002	PERIOD OF INSURANCE Период страхования	from/c 16.12.2020 to/по 31.03.2021
			DATA OF ISSUE Дата выдачи	20.11.2020
PURPOSE OF THE TRIP/Цель поездки	other		SIGNATURE OF INSURER/ Подпись представителя Страховщика	
INSURANCE PROGRAM/Программа страхования	SUM INSURED/Сумма покрытия			
Standart	60 000€ (Зона 1)			
HOST COUNTRY/Страна поездки			INSURANCE PREMIUM/Страховая премия	
LATVIA, SCHENGEN			438 747,00	
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)!				

«Uzbekinvest» NEIC. Address: 6, Chopon ota, Tashkent, 100097, Republic of Uzbekistan

Phone: 71-207-60-00/ Fax: 71-235-94-09; email:travel@uzbekinvest.uz; www.uzbekinvest.uz, www.insurance.uz

TRAVEL INSURANCE POLICY / ПОЛИС СТРАХОВАНИЯ ЛИЦ, ВЫЕЗЖАЮЩИХ ЗА РУБЕЖ

POLICY HOLDER/NAME Страхователь(Ф.И.О./Наименование)		ADDRESS/PHONE OF THE POLICE HOLDER Адрес/№ телефона Страхователя		
KODIROV RAKHMATILLAKHON		/ +998 (90) 321-97-72		
LAST NAME, FIRST NAME OF INSURED PERSON Застрахованное лицо	PASSPORT# № Паспорта	DATE OF BIRTHDAY Дата рождения	NUMBER OF DAYS Количество дней	91
KODIROV RAKHMATILLAKHON	FA 1301427	21.02.2002	PERIOD OF INSURANCE Период страхования	from/c 16.12.2020 to/по 31.03.2021
			DATA OF ISSUE Дата выдачи	20.11.2020
PURPOSE OF THE TRIP/Цель поездки	other		SIGNATURE OF INSURER/ Подпись представителя Страховщика	
INSURANCE PROGRAM/Программа страхования	SUM INSURED/Сумма покрытия			
Standart	60 000€ (Зона 1)			
HOST COUNTRY/Страна поездки			INSURANCE PREMIUM/Страховая премия	
LATVIA, SCHENGEN			438 747,00	
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)!				