



PAGATO 12

**Invoice**  
**APRIL OUT OF COUNTRY PLAN**

[Invoice Number: AE-160118-02]

[Date: January 18th, 2016]

<b>Master Broker:</b> <b>APRIL International Canada</b> 825, boul. Lebourgneuf, bureau 215 Québec (QC) G2J 0B9 CANADA Tel: 1-418-926-2042 E-mail: info@april-international.ca	<b>Bill to:</b> <b>Biloslavo, Fausto</b> Via A. Levier 1/1 Trieste (Trieste) 34128 Italia
--	---

**Destination:** Syrie Zone - Syria

<b>Contract</b>	<b>Cost</b>	<b>Tax</b>	<b>Total</b>
Fausto Biloslavo SRG 9141176-10219 - Medical Emergency Out Of Country - Zone Syria	\$ 339.19	\$ 0.00	\$ 339.19
SRG 9141175-10219 - Accidental Death or Dismemberment Amount of \$300,000	\$ 273.00	\$ 0.00	\$ 273.00
		<b>Total amount</b>	<b>\$ 612.19</b>

*All amounts expressed in Canadian dollars*

**Payment method:** Paid by credit card on 18-01-2016  
Transaction #:661375990014980510

**THANK YOU FOR YOUR CONFIDENCE**

ГЕНЕРАЛЬНОЕ КОНСУЛЬСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
В МИЛАНЕ

N КВИТАНЦИИ (RECEIPT): 236075

DATE: 18.01.2016

CLIENT: BILOSLAVO F.

ВИЗА ОБЫКНОВЕННАЯ ДЕЛОВАЯ ДВУКРАТНАЯ  
REGULAR BUSINESS DOUBLE-ENTRY VISA  
ИТАЛИЯ 70 X 1 = 70 EURO PICK UP: 18.01.2016  
СПОСОБ ОПЛАТЫ: НАЛ (CASH)



ПОДПИСЬ (SIGNATURE)



ПРОГРАММЫ СТРАХОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ И МЕДИКО-ТРАНСПОРТНЫХ РИСКОВ  
СТРАХОВОЙ ПОЛИС/INSURANCE POLICY

ST № 0021415  
" 18 " 01 2016г

**Заявление.** Прошу заключить договор страхования в соответствии с Правилами комбинированного страхования рисков, связанных с расходами граждан, выезжающих за пределы постоянного места жительства.

Страхователь/ Policy Holder: **BILOSLAVO FAUSTO** Дата рождения/ Date of Birth: **13/11/1961**  
Срок действия договора страхования: с **18/01/16** по **27/01/16** Период страхования (дни) Days of Coverage: **10**

№ п/п	Застрахованные лица (фамилия, имя)/ The Insured Persons (name, first name)	Дата рождения/ Date of Birth	Валюта договора/Currency of the Contract	EURO	USD	РУБ
				1	<b>BILOSLAVO FAUSTO</b>	<b>13/11/1961</b>
2			Общая премия по полису (эквивалент)/ Total Premium	<b>€30.00</b>		
3			Франшиза (эквивалент) по каждому случаю/ Deductibles per Each Claim			
4			Территория действия/Territory	<b>Россия</b>		
5			Особые условия/Special Terms			
			Программа страхования/Program of Insurance	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Подпись Страховщика/Signature of Insurer

М.П.

Подпись Страхователя/Signature of Policy Holder