



Declaration of medical travel insurance for trips to Schengen States

I,

Family name: _____ First name(s): _____

hereby declare that I have been informed that for each visit to the Schengen States, within the validity of the issued visa, I will provide for myself and for the members of my family a medical travel insurance that will meet the following standards:

- Valid for all the Schengen States
- Valid for each period of stay in the Schengen States
- Minimum coverage 30.000 Euro, without limitations
- Covering expenses of repatriation for medical reasons, urgent medical care and/or emergency treatment in a hospital.

I will carry proof of the medical travel insurance to be available at the immigrations check at each entry into the Schengen States.

Date: _____

Signature: _____

تصريح بتأمين طبي للسفر إلى دول شنغن

أنا الموقع أدناه ،

اسم العائلة : _____ الاسم الأول : _____

أفيد بموجب هذا بعلمي ، أنه من أجل كل زيارة إلى دول الشينغن خلال فترة صلاحية التأشيرة ، يجب علي إبراز تأمين طبي للسفر لي ولأفراد عائلتي المرافقة لي يلبي المعايير التالية :

- صالح لجميع الدول الشينغن.
- يغطي كل فترة من فترات الإقامة في دول الشينغن .
- الحد الأدنى للتغطية هو 30.000 يورو ، من دون قيود
- يغطي نفقات العودة إلى الوطن لأسباب طبية ، والرعاية الطبية العاجلة و / أو علاج الطوارئ في المستشفى.

وسوف أحمل معي دائماً ما يثبت التأمين الطبي للسفر لإبرازه إلى مكاتب الهجرة والجوازات في مراكز الدخول إلى دول الشينغن .

التوقيع :

التاريخ :