



### DECLARACIÓN RESPONSABLE (Spanish version)

D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, estudiante procedente de la (Universidad)  
\_\_\_\_\_, (país) \_\_\_\_\_, con número  
de pasaporte \_\_\_\_\_, y que ha sido aceptado/a en la Universidad Carlos III de Madrid como  
estudiante de intercambio de MOVILIDAD NO EUROPEA durante el curso 20\_\_/20\_\_

#### DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD:

- Que soy titular de un seguro de asistencia sanitaria con cobertura internacional.
- Que tengo contratado un seguro complementario que cubre la repatriación en caso de accidente.

Compañía: \_\_\_\_\_ N<sup>o</sup> Poliza: \_\_\_\_\_

Nombre y número de tlf. de persona de contacto en caso de accidente: \_\_\_\_\_

Y para que así conste a los efectos oportunos, firmo la presente declaración a fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_

### DECLARATION OF RESPONSIBILITY (English version)

Mr/Ms. \_\_\_\_\_, student from (University)  
\_\_\_\_\_, (country) \_\_\_\_\_, with passport/ID number  
\_\_\_\_\_, who has been accepted by University Carlos III of Madrid as NON EUROPEAN  
MOBILITY Exchange student during the academic year 20\_\_/20\_\_

#### HEREBY DECLARE UNDER MY OWN RESPONSABILITY:

- That I own a Health Insurance Policy with international coverage.
- That I own an insurance policy covering repatriation in case of accident.

Company: \_\_\_\_\_ Policy number \_\_\_\_\_

Emergency contact and telephone number in case of accident: \_\_\_\_\_

Date, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_