



INFORMATION BULLETIN

Issue 02-2020

Date: 12 July 2020

Subject: Flight restrictions due to coronavirus disease (COVID-19)

Applicability: Aircraft operators conducting flights to/from Dubai Airports (DXB/DWC).

Requirements:

With immediate effect, Aircraft operators operating a scheduled or non-scheduled flight to/from Dubai Airports (DXB/DWC) *shall* meet the following conditions:

- 1- Ensure that all passengers are in compliance with the Dubai government protocols and conditions for citizens, residents and tourists travelling into or out of Dubai airports.
- 2- Ensure that all passengers (tourist/visa on arrival) arriving Dubai, hold a negative PCR test report (Test validity 96 hours) before departure from the origin airport.
- 3- Provide the Authorities in Dubai upon request the test results.
- 4- Ensure that all passengers (tourist/visa on arrival) arriving Dubai must have a valid health insurance to be used in the UAE.
- 5- It is recommended that all transit/transfer passengers through Dubai Airports to have a valid health insurance.
- 6- Ensure that all passengers fill in **HEALTH DECLARATION FORM** prior to depart to and from Dubai. (refer to attachment 1)

نموذج الإفصاح الصحي

للمحافظة على صحتك، يرجى بتعبئة هذا النموذج حتى يتسنى للسلطات الصحية الاتصال بك إذا تعرضت لأي مرض معدي، لذا يتوجب تعبئة هذا النموذج بدقة. يتم الاحتفاظ بالمعلومات الخاصة بك وفقاً للقوانين المعمول بها حيث يتم استخدامها لأغراض تتعلق بالصحة العامة.

الاسم:	اسم العائلة:	الجنسية:	الجنس:
رقم الجواز/ بطاقة الهوية:	تاريخ الرحلة:	رقم الرحلة:	رقم المقعد:
مطار المغادرة:	الوجهة النهائية:	رقم الهاتف:	رقم هاتف آخر:
عنوان السكن في الإمارات الإمارة:	اسم المنطقة والشارع:	اسم الفندق أو رقم الفيلا/الشقة:	

1. هل تم تشخيصك كمريض كوفيد-19؟ نعم / لا | إذا كانت الإجابة نعم، متى: _____
 2. هل خالطت مريض تم تشخيصه بكوفيد-19 في الـ 14 يوم الماضية؟ نعم / لا
 3. هل تعاني من الحمى أو أي أعراض تنفسية مثل "السعال والعطس وصعوبة التنفس" خلال الأيام الثلاثة الماضية؟ نعم / لا
 4. هل لديك تأمين صحي ساري المفعول في دولة الإمارات العربية المتحدة؟ نعم / لا
 5. هل سافرت إلى دولة أخرى في الـ 14 يوم الماضية؟ نعم / لا | إذا أجبت بنعم فيرجى تحديد الدول: _____
- "أقر بأنني لائق للسفر وأؤكد أنني قمت بتعبئة ومراجعة البيانات المطلوبة بدقة وعناية، ولم أحجب أي معلومات طبية ذات صلة، ولم أدلي بأي معلومات مضللة. وأتحمل كامل المسؤولية في حالة عدم صحة المعلومات المذكورة أعلاه".

التاريخ:

التوقيع:

الاسم:

Health Declaration Form

To protect your health, public health officers need you to complete this form. Your information would help public health officers to contact you if you were exposed to a communicable disease. It is important to fill out this form completely and accurately. Your information is intended to be held in accordance with applicable laws and used only for public health purposes.

FirstName:	Surname:	Nationality:	Gender:
Emirates ID/Passport No.:	Date of Flight:	Flight Number:	Seat Number:
Airport of Departure:	Final Destination:	ContactNumber:	Second Contact Number:
Address in the UAE Emirate of residence:	Area and street:	Hotel name or villa/flat number:	

1. Have you been diagnosed as COVID-19 (Novel Coronavirus) patient? if yes when:.....
2. Did you, in the past 14 days, come in close contact with someone who has been diagnosed with COVID-19? Yes/No
3. Have you had any fever or respiratory symptoms “coughing, sneezing, trouble breathing” in the past 3 days? Yes/No
4. Do you have health insurance valid in the UAE? Yes/No
5. Have you travelled to any other country in last 14 days? If yes please specify.....

“I hereby declare that I am fit to travel and confirm that I have filled the information required accurately and I have carefully considered the statements made above and that to the best of my knowledge are complete, correct and that I have not withheld any relevant medical information or made any misleading statements. In case any of the above information is found to be false or untrue or misleading or misrepresenting, I am aware that I may be held liable for it.

Name:

Signature:

Date: