

# Application for Schengen Visa

## Antrag auf Erteilung eines Schengen-Visums

**This application form is free**  
**Dieses Antragsformular ist unentgeltlich**

Family members of EU, EEA or CH citizens shall not fill in fields no.21, 22, 30, 31 and 32 (marked with\*).  
 Fields 1-3 shall be filled in in accordance with the data in the travel document.

Die mit \* gekennzeichneten Felder 21, 22, 30, 31 und 32 müssen nicht von Familienangehörigen von Unionsbürgern,  
 Staatsangehörigen des EWR oder der Schweiz ausgefüllt werden.  
 Die Felder 1-3 sind entsprechend den Angaben im Reisedokument auszufüllen.

|                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Surname (Family name) / Name (Familiennamen)                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                          | RESERVIERT FÜR AMT-<br>LICHE EINTRAGUNGEN<br><br>Datum des Antrags<br><br>Nummer des Antrags<br><br>Antrag eingereicht bei:<br><input type="checkbox"/> Botschaft/Konsulat<br><input type="checkbox"/> Dienstleistungserbringer<br><input type="checkbox"/> kommerzielle<br>Mittlerorganisation<br><input type="checkbox"/> Grenzübergangsstelle<br><input type="checkbox"/> Sonstige Stelle<br><br>Akte bearbeitet durch<br><br>Belege<br><input type="checkbox"/> Reisedokument<br><input type="checkbox"/> Mittel zur Bestreitung<br>des Lebensunterhalts<br><input type="checkbox"/> Einladung<br><input type="checkbox"/> Reisekranken-<br>versicherung<br><input type="checkbox"/> Beförderungsmittel<br><input type="checkbox"/> Sonstiges<br><br>Visum<br><input type="checkbox"/> Verweigert<br><input type="checkbox"/> Erteilt<br><input type="checkbox"/> A<br><input type="checkbox"/> C<br><input type="checkbox"/> Visum mit räumlich<br>beschränkter Gültigkeit<br><br>Gültig<br>vom<br>bis<br><br>Anzahl Einreisen<br><input type="checkbox"/> 1<br><input type="checkbox"/> 2<br><input type="checkbox"/> mehrere<br>Anzahl der Tage |
| 2. Surname at birth (Former family name(s)) /<br>Familiennamen bei der Geburt (frühere(r) Familiennamen(n)) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 3. First name(s) (Given name(s)) / Vorname(n)                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 4. Date of birth (day-month-year) /<br>Geburtsdatum (Tag-Monat-Jahr)                                        | 5. Place of birth /<br>Geburtsort<br><br>6. Country of birth /<br>Geburtsland                                                                                                                                                                                                                              | 7. Current nationality /<br>Derzeitige Staats-<br>angehörigkeit<br><br>Nationality at birth, if different /<br>Staatsangehörigkeit bei der Geburt<br>(falls nicht wie oben)<br><br>Other nationalities /<br>Andere Staatsangehörigkeiten |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 8. Sex / Geschlecht<br><br>Male / männlich<br><br>Female / weiblich                                         | 9. Civil status / Familienstand<br><br>Single /ledig<br>Married /<br>verheiratet<br>Separated /<br>getrennt<br>Divorced /<br>geschieden<br>Widow(er) /<br>verwitwet<br><br>Registered Partnership /<br>Eingetragene Partnerschaft<br><br>Other (please specify) /<br>Sonstiges (bitte nähere Anga-<br>ben) |                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                          |                                                                                             |                                                    |                                        |                                      |                               |                                              |                               |                                                                                          |  |                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------|
| 10. Parental authority (in case of minors) /legal guardian (surname, first name, address, if different from applicant's, telephone no., e-mail address, and nationality) /<br>Inhaber der elterlichen Sorge (bei Minderjährigen) / Vormund (Name, Vorname, Anschrift, falls abweichend von der des Antragstellers, Telefonnummer, E-Mail-Adresse und Staatsangehörigkeit)                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                          |                                                                                             |                                                    |                                        |                                      |                               |                                              |                               |                                                                                          |  |                   |
| 11. National identity number, where applicable / ggf. nationale Identitätsnummer                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                          |                                                                                             |                                                    |                                        |                                      |                               |                                              |                               |                                                                                          |  |                   |
| 12. Type of travel document / Art des Reisedokuments<br><br><table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">Ordinary passport / Normaler Reisepass</td> <td style="width: 50%;">Diplomatic passport / Diplomatenpass</td> </tr> <tr> <td>Service passport / Dienstpass</td> <td>Official passport / Amtspass</td> </tr> <tr> <td>Special passport / Sonderpass</td> <td>Other travel document (please specify)<br/>Sonstiges Reisedokument (bitte nähere Angaben)</td> </tr> </table>                                                                                            |                                                                                          |                                                                                             |                                                    | Ordinary passport / Normaler Reisepass | Diplomatic passport / Diplomatenpass | Service passport / Dienstpass | Official passport / Amtspass                 | Special passport / Sonderpass | Other travel document (please specify)<br>Sonstiges Reisedokument (bitte nähere Angaben) |  |                   |
| Ordinary passport / Normaler Reisepass                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Diplomatic passport / Diplomatenpass                                                     |                                                                                             |                                                    |                                        |                                      |                               |                                              |                               |                                                                                          |  |                   |
| Service passport / Dienstpass                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Official passport / Amtspass                                                             |                                                                                             |                                                    |                                        |                                      |                               |                                              |                               |                                                                                          |  |                   |
| Special passport / Sonderpass                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Other travel document (please specify)<br>Sonstiges Reisedokument (bitte nähere Angaben) |                                                                                             |                                                    |                                        |                                      |                               |                                              |                               |                                                                                          |  |                   |
| 13. Number of travel document / Nummer des Reisedokuments                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 14. Date of issue / Ausstellungsdatum                                                    | 15. Valid until / Gültig bis                                                                | 16. Issued by (Country) / Ausgestellt durch (Land) |                                        |                                      |                               |                                              |                               |                                                                                          |  |                   |
| 17. Personal data of the family member who is an EU, EEA or CH citizen if applicable /<br>Personenbezogene Daten des Familienangehörigen, der Unionsbürger oder Staatsangehöriger des EWR oder der Schweiz ist - falls zutreffend                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                          |                                                                                             |                                                    |                                        |                                      |                               |                                              |                               |                                                                                          |  |                   |
| Surname (Family name) / Name (Familiename)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                          | First name(s) (Given name(s)) / Vorname(n)                                                  |                                                    |                                        |                                      |                               |                                              |                               |                                                                                          |  |                   |
| Date of birth (day-month-year) / Geburtsdatum (Tag-Monat-Jahr)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Nationality / Staatsangehörigkeit                                                        | Number of travel document or ID card / Nummer des Reisedokuments oder des Personalausweises |                                                    |                                        |                                      |                               |                                              |                               |                                                                                          |  |                   |
| 18. Family relationship with an EU, EEA or CH citizen if applicable /<br>Verwandtschaftsverhältnis zum Unionsbürger oder Staatsangehörigen des EWR oder der Schweiz - falls zutreffend<br><br><table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">Spouse / Ehegatte</td> <td style="width: 50%;">Dependent ascendant /</td> </tr> <tr> <td>Child / Kind</td> <td>Abhängiger Verwandter in aufsteigender Linie</td> </tr> <tr> <td>Grandchild / Enkelkind</td> <td>Registered Partnership / eingetragener Partner</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Other / Sonstiges</td> </tr> </table> |                                                                                          |                                                                                             |                                                    | Spouse / Ehegatte                      | Dependent ascendant /                | Child / Kind                  | Abhängiger Verwandter in aufsteigender Linie | Grandchild / Enkelkind        | Registered Partnership / eingetragener Partner                                           |  | Other / Sonstiges |
| Spouse / Ehegatte                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Dependent ascendant /                                                                    |                                                                                             |                                                    |                                        |                                      |                               |                                              |                               |                                                                                          |  |                   |
| Child / Kind                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Abhängiger Verwandter in aufsteigender Linie                                             |                                                                                             |                                                    |                                        |                                      |                               |                                              |                               |                                                                                          |  |                   |
| Grandchild / Enkelkind                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Registered Partnership / eingetragener Partner                                           |                                                                                             |                                                    |                                        |                                      |                               |                                              |                               |                                                                                          |  |                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Other / Sonstiges                                                                        |                                                                                             |                                                    |                                        |                                      |                               |                                              |                               |                                                                                          |  |                   |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                        |                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| 19. Applicant's home address and e-mail address<br>Wohnanschrift und E-Mail-Adresse des Antragstellers                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                        | Telephone no. / Telefonnummer(n) |
| 20. Residence in a country other than the country of current nationality /<br>Wohnsitz in einem anderen Staat als dem der derzeitigen Staatsangehörigkeit<br><br>No / Nein<br><br>Yes. Residence permit or equivalent / Ja. Aufenthaltstitel oder gleichwertiges Dokument<br><br>No. / Nr. <span style="float: right;">Valid until / Gültig bis</span>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                        |                                  |
| *21. Current occupation / Derzeitige berufliche Tätigkeit                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                        |                                  |
| *22. Employer and employer's address and telephone number. For students, name and address of educational establishment /<br>Name, Anschrift und Telefonnummer des Arbeitgebers. Bei Studenten Name und Anschrift der Bildungseinrichtung                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                        |                                  |
| 23. Purpose(s) of the journey / Zweck(e) der Reise<br><br><div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;">           Visit of family or friends / Besuch von Familienangehörigen oder Freunden<br/><br/>           Tourism / Tourismus<br/><br/>           Business / Geschäftsreise<br/><br/>           Cultural / Kultur<br/><br/>           Official visit / Offizieller Besuch<br/><br/>           Study / Studium         </div> <div style="width: 45%;">           Medical reasons / Gesundheitliche Gründe<br/><br/>           Sports / Sport<br/><br/>           Airport transit / Flughafentransit<br/><br/>           Other (please specify) / Sonstiges (bitte nähere Angaben)         </div> </div> |                                                                        |                                  |
| 24. Additional information on purpose of stay /<br>Weitere Informationen zum Aufenthaltszweck                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                        |                                  |
| 25. Member State of main destination (and other Member States of destination, if applicable) /<br>Mitgliedstaat der Hauptbestimmung (und andere Bestimmungsmitgliedstaaten, falls zutreffend)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 26. Member State of first entry /<br>Mitgliedstaat der ersten Einreise |                                  |
| 27. Number of entries requested / Anzahl der beantragten Einreisen<br><br>Single entry / Einmalige Einreise<br>Two entries / Zweimalige Einreise /<br>Multiple entries / Mehrfache Einreise                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                        |                                  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                          |                                                                                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| Intended date of arrival of the first intended stay in the Schengen area /<br>Datum der geplanten Ankunft des ersten geplanten Aufenthalts im Schengen-Raum                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Intended date of departure from the Schengen area after the first intended stay / Datum der geplanten Abreise aus dem Schengen-Raum nach dem ersten geplanten Aufenthalt |                                                                                            |
| 28. Fingerprints collected previously for the purpose of applying for a Schengen visa /<br>Wurden Ihre Fingerabdrücke bereits für die Beantragung eines Schengen-Visums erfasst?<br><br><div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <span>No / Nein</span> <span>Yes / Ja</span> </div> Date, if known / Datum, falls bekannt<br><br>Visa sticker number, if known / Nr. der Visummarke falls bekannt                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                          |                                                                                            |
| 29. Entry permit for the final country of destination, where applicable /<br>Gegebenenfalls Einreisegenehmigung für das Endbestimmungsland<br><br><div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Issued by<br/>Ausgestellt durch</span> <span>valid from<br/>Gültig vom</span> <span>until<br/>bis</span> </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                          |                                                                                            |
| *30. Surname and first name of the inviting person(s) in the Member State(s). If not applicable, name of hotel(s) or temporary accommodation(s) in the Member State(s) /<br>Name und Vorname der einladenden Person(en) in dem Mitgliedstaat bzw. den Mitgliedstaaten. Soweit dies nicht zutrifft, bitte Name des/der Hotels oder vorübergehende Unterkunft (Unterkünfte) in dem (den) betreffenden Mitgliedstaat(en) angeben                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                          |                                                                                            |
| Address and e-mail address of inviting person(s)/hotel(s)/temporary accommodation(s) / Anschrift und E-Mail-Adresse der einladenden Person(en)/jedes Hotels/jeder vorübergehenden Unterkunft                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                          | Telephone no. /<br>Telefonnummer(n)                                                        |
| *31. Name and address of inviting company/organisation / Name und Anschrift des einladenden Unternehmens/der einladenden Organisation                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                          |                                                                                            |
| Surname, first name, address, telephone no., and e-mail address of contact person in company/organisation / Name, Vorname, Anschrift, Telefonnummer(n) und E-Mail-Adresse der Kontaktperson im Unternehmen/in der Organisation                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                          | Telephone no. of company/organisation / Telefonnummer(n) des Unternehmens/der Organisation |
| *32. Cost of travelling and living during the applicant's stay is covered /<br>Die Reisekosten und die Lebenshaltungskosten während des Aufenthalts des Antragstellers werden getragen<br><br>by the applicant himself/herself /<br>vom Antragsteller selbst<br><br>Means of support /<br>Mittel zur Bestreitung des Lebensunterhalts<br><br><div style="margin-left: 20px;">           Cash / Bargeld<br/>           Traveller's cheques / Reiseschecks<br/>           Credit Card / Kreditkarte<br/>           Pre-paid accommodation / Im Voraus bezahlte Unterkunft<br/>           Pre-paid transport / Im Voraus bezahlte Beförderung<br/>           Other (please specify) / Sonstiges (bitte nähere Angaben)         </div> |                                                                                                                                                                          |                                                                                            |

by a sponsor (host, company, organisation), please specify /  
von einem Sponsor (Gastgeber, Unternehmen, Organisation), bitte nähere Angaben

referred to in field 30 or 31 /  
siehe Feld 30 oder 31

other (please specify) /  
von sonstiger Stelle (bitte nähere Angaben)

Means of support /  
Mittel zur Bestreitung des Lebensunterhalts

Cash / Bargeld

Accommodation provided /  
Zur Verfügung gestellte Unterkunft

All expenses covered during the stay /  
Übernahme sämtlicher Kosten während des  
Aufenthalts

Pre-paid transport / Im Voraus bezahlte Beförderung

Other (please specify) / Sonstiges (bitte nähere Angaben)

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>I am aware that the visa fee is not refunded if the visa is refused.<br/>         Mir ist bekannt, dass die Visumgebühr im Falle der Visumverweigerung nicht erstattet wird.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                |
| <p>Applicable in case a multiple-entry visa is applied for : I am aware of the need to have an adequate travel medical insurance for my first stay and any subsequent visits to the territory of Member States.<br/>         Im Falle der Beantragung eines Visums für die mehrfache Einreise: Mir ist bekannt, dass ich über eine angemessene Reise-<br/>         krankenversicherung für meinen ersten Aufenthalt und jeden weiteren Besuch im Hoheitsgebiet der Mitgliedstaaten verfügen muss.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                |
| <p>I am aware of and consent to the following: the collection of the data required by this application form and the taking of my photograph and, if applicable, the taking of fingerprints, are mandatory for the examination of the application; and any personal data concerning me which appear on the application form, as well as my fingerprints and my photograph will be supplied to the relevant authorities of the Member States and processed by those authorities, for the purposes of a decision on my application. Such data as well as data concerning the decision taken on my application or a decision whether to annul, revoke or extend a visa issued will be entered into, and stored in the Visa Information System (VIS) for a maximum period of five years, during which it will be accessible to the visa authorities and the authorities competent for carrying out checks on visas at external borders and within the Member States, immigration and asylum authorities in the Member States for the purposes of verifying whether the conditions for the legal entry into, stay and residence on the territory of the Member States are fulfilled, of identifying persons who do not or who no longer fulfil these conditions, of examining an asylum application and of determining responsibility for such examination. Under certain conditions the data will be also available to designated authorities of the Member States and to Europol for the purpose of the prevention, detection and investigation of terrorist offences and of other serious criminal offences. The authority of the Member State responsible for processing the data is the State Secretariat for Migration SEM (Staatssekretariat für Migration SEM).</p> <p>I am aware that I have the right to obtain in any of the Member States notification of the data relating to me recorded in the VIS and of the Member State which transmitted the data, and to request that data relating to me which are inaccurate be corrected and that data relating to me processed unlawfully be deleted. At my express request, the authority examining my application will inform me of the manner in which I may exercise my right to check the personal data concerning me and have them corrected or deleted, including the related remedies according to the national law of the Member State concerned. The national supervisory authority of that Member State (Federal Data Protection and Information Commissioner PDPIK / Eidgenössischer Datenschutz- und Öffentlichkeitsbeauftragter EDÖB, Feldeggweg 1, 3003 Bern) will hear claims concerning the protection of personal data.</p> <p>I declare that to the best of my knowledge all particulars supplied by me are correct and complete. I am aware that any false statements will lead to my application being rejected or to the annulment of a visa already granted and may also render me liable to prosecution under the law of the Member State which deals with the application. I undertake to leave the territory of the Member States before the expiry of the visa, if granted. I have been informed that possession of a visa is only one of the prerequisites for entry into the European territory of the Member States. The mere fact that a visa has been granted to me does not mean that I will be entitled to compensation if I fail to comply with the relevant provisions of Article 6 (1) of Regulation (EU) No2016/399 (Schengen Border Code) and I am therefore I refused entry. The prerequisites for entry will be checked again on entry into the European territory of the Member States.</p> <p>Mir ist bekannt und ich bin damit einverstanden, dass zur Prüfung meines Antrags die in diesem Antragsformular geforderten Daten erhoben werden müssen, ein Lichtbild von mir gemacht werden muss und gegebenenfalls meine Fingerabdrücke abgenommen werden müssen. Die Angaben zu meiner Person, die in diesem Antrag enthalten sind, sowie meine Fingerabdrücke und mein Lichtbild werden zur Entscheidung über meinen Antrag an die zuständigen Behörden der Mitgliedstaaten weitergeleitet und von diesen Behörden bearbeitet.</p> <p>Diese Daten sowie Daten in Bezug auf die Entscheidung über meinen Antrag oder eine Entscheidung zur Annullierung, Aufhebung oder Verlängerung eines Visums werden in das Visa-Informationssystem (VIS) eingegeben und dort höchstens fünf Jahre gespeichert; die Visumbehörden und die für die Visumkontrolle an den Außengrenzen und in den Mitgliedstaaten zuständigen Behörden sowie die Einwanderungs- und Asylbehörden in den Mitgliedstaaten haben während dieser fünf Jahre Zugang zu den Daten, um zu überprüfen, ob die Voraussetzungen für die rechtmässige Einreise in das Hoheitsgebiet der Mitgliedstaaten und den rechtmässigen Aufenthalt in diesem Hoheitsgebiet erfüllt sind, um Personen zu identifizieren, die diese Voraussetzungen nicht bzw. nicht mehr erfüllen, um einen Asylantrag zu prüfen und um zu bestimmen, wer für diese Prüfung zuständig ist. Zur Verhütung und Aufdeckung terroristischer und anderer schwerer Straftaten und zur Ermittlung wegen dieser Straftaten haben unter bestimmten Bedingungen auch benannte Behörden der Mitgliedstaaten und Europol Zugang zu diesen Daten. Die für die Verarbeitung der Daten zuständige Behörde des Mitgliedstaats ist das Staatssekretariat für Migration SEM. Die staatliche Aufsichtsbehörde dieses Mitgliedstaats (Eidg. Datenschutz- und Öffentlichkeitsbeauftragter EDÖB, Feldeggweg 1, 3003 Bern) ist zuständig für Beschwerden über den Schutz personenbezogener Daten.</p> <p>Mir ist bekannt, dass ich berechtigt bin, in jedem beliebigen Mitgliedstaat eine Mitteilung darüber einzufordern, welche Daten über mich im VIS gespeichert wurden und von welchem Mitgliedstaat diese Daten stammen; ausserdem bin ich berechtigt zu beantragen, dass mich betreffende Daten, die unrichtig sind, berichtigt und rechtswidrig verarbeitete Daten, die mich betreffen, gelöscht werden. Die Behörde, die meinen Antrag prüft, liefert mir auf ausdrücklichen Wunsch Informationen darüber, wie ich mein Recht wahrnehmen kann, die Daten zu meiner Person zu überprüfen und unrichtige Daten gemäss den Rechtsvorschriften des betreffenden Mitgliedstaats berichtigen oder löschen zu lassen, sowie über die Rechtsbehelfe, die das Recht des betreffenden Mitgliedstaats vorsieht. Die staatliche Aufsichtsbehörde dieses Mitgliedstaats (Eidg. Datenschutz- und Öffentlichkeitsbeauftragter EDÖB, Feldeggweg 1, 3003 Bern) ist zuständig für Beschwerden über den Schutz personenbezogener Daten.</p> <p>Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe und dass sie richtig und vollständig sind. Mir ist bewusst, dass falsche Erklärungen zur Ablehnung meines Antrags oder zur Annullierung eines bereits erteilten Visums führen und die Strafverfolgung nach den Rechtsvorschriften des Mitgliedstaats, der den Antrag bearbeitet, auslösen können. Ich verpflichte mich dazu, das Hoheitsgebiet der Mitgliedstaaten vor Ablauf des Visums zu verlassen, sofern mir dieses erteilt wird. Ich wurde davon in Kenntnis gesetzt, dass der Besitz eines Visums nur eine der Voraussetzungen für die Einreise in das europäische Hoheitsgebiet der Mitgliedstaaten ist. Aus der Erteilung des Visums folgt kein Anspruch auf Schadensersatz, wenn ich die Voraussetzungen nach Artikel 6 Absatz 1 der Verordnung (EU) Nr. 2016/399 (Schengener Grenzkodex) nicht erfülle und mir demzufolge die Einreise verweigert wird. Die Einreisevoraussetzungen werden bei der Einreise in das europäische Hoheitsgebiet der Mitgliedstaaten erneut überprüft.</p> |                                                                                                                                                                |
| Place and date / Ort und Datum                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Signature (signature of parental authority/legal guardian, if applicable) /<br>Unterschrift (ggf Unterschrift des Inhabers der elterlichen Sorge/des Vormunds) |