

**CONSULATE GENERAL OF FRANCE IN VANCOUVER**

**VISA SECTION**

**Suite 1100 - 1130 W Pender Street**

**Vancouver B.C. V6E 4A4**

**Tel. (604) 681.4345 Ext. 227**

**Fax (604) 681.4287**

FILL OUT THIS DOCUMENT EITHER IN ENGLISH OR IN FRENCH

**ENGAGEMENT DE SOUSCRIRE UNE ASSURANCE MEDICALE COMPLEMENTAIRE**

Je, soussigné (e) \_\_\_\_\_

Domicilié(e) à \_\_\_\_\_

m'engage à souscrire une assurance médicale pour les trois premiers mois de mon séjour et à la présenter au moment du retrait de mon visa de long séjour pour la France, si celui-ci est accordé.

Signé par le (a) requérant (e).

Lieu et date: \_\_\_\_\_

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

**UNDERTAKING TO SUBSCRIBE EXCESS MEDICAL INSURANCE**

I, the undersigned \_\_\_\_\_

Address and telephone number

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

hereby make a written undertaking to buy medical insurance for the first three months of my stay in France and to bring it to the Consulate General of France if my long stay visa to France is authorized.

Signed and stamped by the applicant:

Date and place: \_\_\_\_\_

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