



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

CONSULAT GENERAL DE FRANCE

A

ISTANBUL

8 Istiklal Cad. - 80090 Taksim - Istanbul

Tel : 00 90 212 334 87 36

Fax : 00 90 212 334 87 27

Je soussigné(e),....., déclare avoir connaissance de l'obligation d'être en possession d'une assurance médicale couvrant à hauteur de 30 000 euros, les dépenses médicales et hospitalières avec rapatriement sanitaire et rapatriement décès pour les séjours que j'effectuerai dans l'espace Schengen sous couvert du visa de circulation délivré par le Consulat Général de France à Istanbul.

Istanbul, le...../...../.....

Signature :

.....

Vize başvuru sahibi, seyahat sağlık sigortası gerekliliği hakkında bilgilendirildiğini imzası ile teyid eder :

Sigorta tüm Schengen ülkelerinde geçerli olmalıdır ve teminati en az 30 000 euro'luk olup, tıbbi masrafları, hastane masraflarını aynı zamanda sosyal yardımı ve gerektiğinde Türkiye'ye geri gönderilme ile ilgili masrafları da kapsayacak şekilde olmalıdır.

Yıllık vize verildiğinde, başvuru sahibi aynı şekilde Schengen ülkelerinde her kalış süresi için benzer bir seyahat sağlık sigortası yaptırmak zorundadır.

Ad-Soyad:

Tarih:/...../.....

İmza: