

OVERSEAS CONTACT

Chantal Bleyaert
02 509 20 18
tgvn-osz@rsz.fgov.be

ADRES

Victor Hortaplein 11
1060 Brussel

Uw bankgegevens in het kader van terugbetaling van medische kosten en/of uitkeringen

1. DE VERZEKERDE

Naam en voornaam van de verzekerde:

Geboortedatum of inschrijvingsnummer van de verzekerde: ____/____/____ -

E-mailadres van de verzekerde:

Telefoonnr.:

2. DE TITULARIS VAN DE REKENING

Naam en voornaam van de titularis van de rekening:

Adres van de titularis van de rekening:

Straat:

Nr.: Bus: Postcode: ____ ____ ____

Stad: Provincie/Staat:

Land:

3. BANKGEGEVENS

Rekening in de EER: Rekeningnr.:

IBAN: _____

BIC: _____

Rekening buiten de EER:

IBAN: _____

BIC: _____

Voor de USA: Routing nr.; voor Canada: Transit; voor Australië: BCB:

Naam van de bank:

Straat:

Nr.: Bus: Postcode: ____ ____ ____

Stad: Provincie/Staat:

Land:

Opgemaakt te op datum van ____/____/____

Handtekening*

¹ Door opgave van uw e-mailadres stemt u ermee in dat de RSZ uitvoering geeft aan de haar via dit e-mailadres meegedeelde gegevens en stemt u ermee in dat de Dienst antwoordt naar dit e-mailadres. Uw gegevens worden volgens de geldende wet op de privacy behandeld (wet 8/12/1992). U kunt hiervan inzage en wijziging vragen. Ze worden uitsluitend gebruikt voor de afhandeling van uw aanvraag en worden niet doorgegeven aan derden.

(*) Zowel elektronische als handgeschreven handtekening toegestaan