

OVERSEAS KONTAKT

Ronald Gillard
02 509 29 03
fgvn-osz@rsz.fgov.be

ANSCHRIFT

Place Victor Horta 11
1060 Brüssel

Ihre Bankdaten im Rahmen der Erstattung der medizinischen Kosten und/oder Entschädigungen

1. DER/DIE VERSICHERTE

Name und Vorname des (der) Versicherten:

Geburtsdatum oder Eintragungsnummer des (der) Versicherten: ____/____/____ -

E-Mail-Adresse des (der) Versicherten:

Anzahl der Telefone des (der) Versicherten:

2. DER KONTOINHABER

Name und Vorname des Kontoinhabers:

Anschrift des Kontoinhabers : (OBLIGATORISCH)

Straße:

Nr.: Briefkasten: Postleitzahl: _____

Stadt: Provinz/Staat:

Land:

3. BANKDATEN

Konto im EWR : Kontonr.:

IBAN : _____

BIC : _____

Konto außerhalb des EWR:

IBAN : _____

BIC : _____

Für die Vereinigten Staaten: Routing Nr.; für Kanada: Transit; für Australien: BCB:

Name der Bank:

Straße:

Nr.: Briefkasten: Postleitzahl: _____

Stadt: Provinz/Staat:

Land:

Ort Datum ____/____/____

Unterschrift**

¹ Durch Angabe Ihrer E-Mail-adresse sind Sie damit einverstanden, dass das LSS die mit dieser E-Mail-Adresse mitgeteilten Daten berücksichtigt und sind Sie damit einverstanden, dass der Dienst seine Antwort an diese Adresse schickt.
Ihre Daten werden gemäß des geltenden Gesetzes über den Schutz der Privatsphäre behandelt (Gesetz vom 8/12/1992). Sie können davon Einsicht nehmen oder eine Änderung beantragen. Diese werden ausschließlich zwecks Erledigung Ihres Antrags benutzt und werden nicht an Dritte weitergeleitet.

(**) Sowohl eine elektronische wie auch eine handschriftliche Unterschrift sind zugelassen.