LSS | ÜBERSEEISCHE SOZIALE SICHERHEIT

OVERSEAS KONTAKT
Chantal Bleyaert
02 509 20 18
tgvn-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.: .....

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.