

OVERSEAS CONTACT

Ronald Gillard
02 509 29 03
rsds-om@onss.fgov.be

ADRESSE

Place Victor Horta 11
1060 Bruxelles

Vos données bancaires dans le cadre du remboursement de frais médicaux et/ou de prestations

1. L'ASSURÉ

Nom et prénom de l'assuré :

Date de naissance et numéro d'immatriculation de l'assuré : ____/____/____ -

Adresse e-mail de l'assuré :

Numéro de téléphone de l'assuré :

2. LE TITULAIRE DU COMPTE

Nom et prénom du titulaire du compte :

Adresse postale du titulaire communiquée lors de l'ouverture du compte : (OBLIGATOIRE)

Rue :

N°: Boîte : Code postal : _____

Ville : Province/État :

Pays :

3. DONNÉES BANCAIRES

Compte dans un pays de l'EEE : numéro de compte :

IBAN : _____

BIC : _____

Compte en dehors de l'EEE :

IBAN : _____

BIC : _____

Pour les USA : Routing n° ; pour le CANADA : Transit ; pour l'Australie : BCB :

Nom de la banque :

Rue :

N°: Boîte : Code postal : _____

Ville : Province/État :

Pays :

Fait à le ____/____/____

Signature*

¹ En communiquant votre adresse e-mail, vous autorisez l'ONSS à se servir des données transmises par le biais de cette adresse. Vous autorisez également l'ONSS à vous répondre à cette adresse.
Vos données sont traitées dans le respect de la loi relative à la protection de la vie privée (loi du 8/12/1992). Vous pouvez consulter et rectifier vos données à tout moment. Elles sont uniquement utilisées pour le traitement de votre demande et ne sont pas transmises à des tiers.

(*) Signature électronique et manuscrite autorisées