



**AD VII Überseeische soziale Sicherheit – Dienst Krankenpflege**

Kontonummer : P.K. IBAN : BE56 6790 0735 1788 – BIC : PC

Ansprechpartner : Telefon : E-Mail :  
Ronald Gillard 02/509 29 03 [tgvn-osz@rsz.fgov.be](mailto:tgvn-osz@rsz.fgov.be)

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

**1. Der/die Versicherte**

Name und Vorname des (der) Versicherten : .....

Geburtsdatum oder Eintragsnummer des (der) Versicherten : .....

E-Mail-Adresse 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 : .....  
.....

Datum : ..... Unterschrift : .....

<sup>1</sup> 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.