



DG VII Sécurité sociale d'outre-mer – Service Soins de santé

Numéro de compte : C.P. IBAN : BE56 6790 0735 1788 - BIC : PCHQBEBB

Correspondants :  
Ronald Gillard

Téléphone :  
02/509 29 03

email :  
[remboursementssoinssante-om@onssrszls.fgov.be](mailto:remboursementssoinssante-om@onssrszls.fgov.be)

## 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<sup>1</sup> : .....Numéro de téléphone de l'assuré : .....

### 2. le titulaire du compte

Nom et prénom du titulaire du compte : .....

Adresse du titulaire du compte :

Rue : .....

N° : .... Boîte : ..... Code postal : .....

Ville : ..... Province/Etat : .....

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° : .....

Nom de la banque : .....

Rue : .....

N° : ..... Boîte : ..... Code postal : .....

Ville : ..... Province/Etat : .....Pays : .....

Date : .....Signature : .....

<sup>1</sup> 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.