



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

Correspondants : Téléphone : email :
Ronald Gillard 02/509 29 03 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'assuré¹ :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 :

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.