

OVERSEAS CONTACT

Andy Galle
02 509 20 99
betalingen-osz@rsz.fgov.be

ADRES

Victor Hortaplein 11
1060 Brussel

VERZOEK OM UITBETALING VAN DE UITKERINGEN DOOR Overschrijving OP EEN BANKREKENING BUITEN DE EUROPESE UNIE

De ondergetekende - *The undersigned*

Stamnummer - *Unique identification number* _____

Echtgenote-weduwe - *spouse - widow of*

wonende Straat: Nr. Bus
Domiciled at Street *N°* *Box*

Postnummer Gemeente Land
Postal Code *City* *Country*

Verzoekt om de uitbetaling van de uitkeringen waarvan het nummer hierboven is vermeld, door storting op zijn/haar rekening
Requests *the payment of the allowances with the ref. number mentioned above, by direct transfer into a bank account in his/her name*

IBAN/Rekeningnummer

Routing/Account _____

BIC/SWIFT _____

Machtigt de genoemde bank op eenvoudig verzoek van de RSZ alle ten onrechte sommen aan deze dienst terug te storten. De machtiging blijft van kracht na zijn/haar overlijden.

Verbindt zich ertoe:

1. de ten onrechte ontvangen sommen onmiddellijk terug te betalen;
2. de RSZ spontaan in te lichten over elke gebeurtenis die het recht op uitbetaling van de uitkeringen kan wijzigen (bijv.: wijziging i.v.m. de burgerlijke stand, het adres, de nationaliteit - hervatten van een beroepsactiviteit enz.);
3. bij ieder verzoek van de RSZ binnen de 15 dagen een volgens vereiste voorschriften afgeleverde levensbewijs en attest van woonplaats of van burgerlijke stand voor te leggen.

Authorizes *the bank, on simple request of the ONSS, to pay back to the latter any amount unduly paid, on the understanding that this authorization will not come to an end at his/her death.*

Agrees:

1. *to pay back immediately any amount unduly received;*
2. *to keep the ONSS spontaneously informed of any event likely to modify his/her right on the payment of the allowances (e.g. change of civil status, address, nationality - resumption of a professional activity, etc.);*
3. *to produce upon each request of the ONSS, and this within fifteen days, a life certificate, a certificate of residence or of civil status, submitted in the required form.*

TO BE COMPLETED BY THE BANK

Gedaan te The undersigned has taken note of the authorization given by the beneficiary to the ONSS. He agrees to pay back to the ONSS any amount unduly paid that will be reclaimed.

Op datum van ____/____/_____

Place

De gerechtigde
(handtekening van de rekeninghouder)*

Date ____/____/_____

Signature *

Stamp of the bank

(* Zowel elektronische als handgeschreven handtekening toegestaan)