

**OVERSEAS CONTACT**

Chantal Bleyaert  
02 509 20 18  
[terugbetalinggeneeskundigeverzorging-  
osz@onssrszls.fgov.be](mailto:terugbetalinggeneeskundigeverzorging-osz@onssrszls.fgov.be)

**ADRES**

Victor Hortaplein 11  
1060 Brussel

**REKENINGNUMMER**

IBAN: BE56 6790 0735 1788  
BIC: PCHQBEBB

## Overzicht van de medische kosten voor terugbetaling onder het aanvullende contract geneeskundige verzorging

**GELIEVE EEN BLAD PER BEGUNSTIGDE EN PER LAND IN TE VULLEN !**

Originele documenten per post sturen naar:

**RSZ – Overzeese sociale zekerheid  
Dienst Geneeskundige verzorging  
Victor Hortaplein 11 – 1060 BRUSSEL**

Inschrijvingsnummer: E- _____
Titularis van de verzekering: .....
Naam en voornaam begunstigde: .....

		Oorsprong kosten : (Land)	Verstuurd op : ___/___/_____	
	Datum	Aard v/d zorgen	Bedrag	Munt
1	___/___/_____			
2	___/___/_____			
3	___/___/_____			
4	___/___/_____			
5	___/___/_____			
6	___/___/_____			
7	___/___/_____			
8	___/___/_____			
9	___/___/_____			
10	___/___/_____			

**Correspondentieadres** van de verzekerde: .....

.....

E-mailadres: .....

**OVERSEAS CONTACT**

Chantal Bleyaert  
02 509 20 18  
[terugbetalinggeneeskundigeverzorging-  
osz@onssrszls.fgov.be](mailto:terugbetalinggeneeskundigeverzorging-osz@onssrszls.fgov.be)

**ADRES**

Victor Hortaplein 11  
1060 Brussel

**REKENINGNUMMER**

IBAN: BE56 6790 0735 1788  
BIC: PCHQBEBB

**Titularis van de rekening**

Naam: ..... Voornaam: .....

1. Rekening in EER

2. Rekening buiten EER

**Rekeningnummer**

Nr IBAN : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nr BIC : \_\_\_\_\_

Naam en adres van de bank: .....

.....  
.....

Gedaan te ..... op \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Naam: .....

Handtekening aanvrager\*

(\* Zowel elektronische als handgeschreven handtekening toegestaan)