



Formulaire de demande d'allocation de deuil

1. Vos données

Nom _____ Prénom _____

Numéro de registre national (Voir l'arrière de votre carte d'identité) ____ . ____ . ____ - ____ . ____

Si vous ne connaissez pas votre numéro national :

Date de naissance _____

Code postal _____

2. Données du défunt

Je demande une allocation de deuil suite au décès de (nom+ prénom) :

Date du décès _____

Cochez la case qui vous concerne :

mon conjoint ou partenaire cohabitant

mon enfant naturel ou adoptif

l'enfant naturel ou adoptif de mon conjoint ou partenaire cohabitant

mon enfant placé dans le cadre d'un placement familial de longue durée

l'enfant placé dans le cadre d'un placement familial de longue durée de mon conjoint ou partenaire cohabitant

3. Données sur (l'interruption de) votre activité

Il doit s'agir d'une interruption temporaire de votre activité, pas d'une cessation officielle de votre activité indépendante.

J'**interromps** durant les jours suivants: (indiquez la date.)

Si vous êtes indépendant **à titre complémentaire** :

J'ai droit au congé de deuil sur base de mon activité salariée ou sur base de mon activité comme fonctionnaire.

Je n'ai pas de droit au congé de deuil sur base de mon activité salariée ou sur base de mon activité comme fonctionnaire (merci de joindre une attestation de laquelle il ressort que vous n'ouvrez pas de droit).

Recevez-vous actuellement **un revenu de remplacement** ?

Non

Oui : lequel ? (cocher la case correspondante)

Roit passerelle

Indemnités d'incapacité de travail, de maternité ou d'invalidité

Pension

Autres (précisez) : _____

4. Données sur le paiement de l'allocation

Mentionnez le numéro de compte IBAN sur lequel l'allocation doit être payée :

IBAN BE _____

Au nom de _____

5. Signature

Je déclare avoir complété correctement ce formulaire et avoir lu les informations.

Je suis au courant du fait que ma demande ne peut pas être traitée sans les pièces justificatives demandées.

Je m'engage à signaler dans les quinze jours à Xerius Caisse d'Assurances Sociales toute modification dans les renseignements mentionnés ci-dessus.

Je suis au courant du fait que chaque déclaration fausse ou incomplète peut entraîner la récupération des prestations indûment versées et des poursuites judiciaires.

Nom _____

Prénom _____

Date _____

Signature