

# 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 exercez une activité salariée ou une activité en tant que fonctionnaire (quelle que soit l'ampleur de cette activité) :

J'ai interrompu mon activité salariée (avec maintien de salaire) suite au décès pendant ..... jours

J'ai interrompu mon activité de fonctionnaire (avec maintien de traitement) suite au décès pendant ..... jours

**Information importante :** Le nombre de jours d'allocation de deuil que vous pouvez prendre en tant qu'indépendant à la suite de décès sera réduit à concurrence du nombre de jours que vous prenez en tant que salarié/fonctionnaire. Il est donc important de compléter correctement la déclaration ci-dessus. Cette déclaration fera l'objet d'un contrôle a posteriori. Si, au moment de l'introduction de la présente demande, vous n'avez pas encore interrompu votre activité salariée ou en tant que fonctionnaire suite au décès, mais que vous interrompez cette activité par la suite, vous devez en informer Xerius dans les plus brefs délais.

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 conscient(e) que cette déclaration peut donner lieu à des contrôles. Je suis au courant du fait que chaque déclaration fautive ou incomplète peut entraîner la récupération des prestations indûment versées et des poursuites judiciaires.

Nom .....

Prénom .....

Date .....

Signature