



Demande d'allocation pour congé de deuil

Article 18 TER de l'AR n°38 du 27/07/1967

Complétez, datez et signez ce formulaire et renvoyez-le par recommandé ou par requête sur place.

Données du demandeur

Votre numéro de Registre national (au dos de votre carte d'identité) ¹:

□□. □□.□□ - □□□. □□

Prénom ¹:

Nom ¹:

Si vous ne connaissez pas votre numéro national :

Votre date de naissance : Code postal :

Données concernant le défunt

Je demande une allocation pour congé de deuil suite au décès de :

..... (nom + prénom)

Date du décès :

Cochez la case qui vous concerne :

- mon conjoint ou partenaire cohabitant
- mon enfant ou mon enfant adoptif
- l'enfant ou l'enfant 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
- mon enfant/ l'enfant de mon conjoint ou partenaire cohabitant né sans vie ou décédé peu après sa naissance après une grossesse d'au moins 180 jours

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) :

Jours d'interruption :

¹ A pré-remplir par nos soins. Merci de vérifier vos données d'identité et de les rectifier si nécessaire.

Jours d'interruption :

Si vous êtes indépendant à titre complémentaire (cochez ce qui correspond à votre situation) :

- 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 droit au congé de deuil sur base de mon activité salariée ou sur base de mon activité comme fonctionnaire. (Merci de joindre une attestation dont il ressort que vous n'ouvrez pas de droit).

Recevez-vous actuellement un revenu de remplacement ?

- Non
- Oui. Lequel ? (Cochez la case correspondant à votre situation)
 - Droit-passerelle
 - Indemnités d'incapacité de travail, de maternité ou d'invalidité
 - Pension
 - Autres (précisez) :

Données pour le paiement de l'allocation

Mentionnez le numéro de compte IBAN où l'allocation doit être payée. IBAN .BE :

- -

au nom de.....

Déclaration sur l'honneur

Je déclare avoir complété correctement ce formulaire et avoir lu les informations jointes.
 Je suis au courant du fait que ma demande ne peut pas être traitée sans les pièces justificatives demandées.
 Je m'engage à vous signaler dans les quinze jours toute modification dans les renseignements mentionnés ci-dessus.
 Je suis au courant du fait que chaque déclaration fautive ou incomplète peut entraîner la récupération des prestations indûment versées et des poursuites judiciaires.

Signature du demandeur

Nom, prénom :

Date :

Signature :