

Allocation de deuil

Qu'est-ce que l'allocation de deuil ?

Il s'agit d'une allocation qui peut être demandée par les travailleurs indépendants qui interrompent leur activité indépendante en raison du décès d'un membre de la famille.

Il s'agit d'une allocation pour 10 jours d'interruption maximum.

L'interruption doit avoir lieu dans une période de un an après le décès.

Qui peut demander l'allocation ?

Vous pouvez demander l'allocation si vous remplissez, entre autres, les conditions suivantes :

- vous êtes indépendant ;
- vous êtes confronté au décès d'un membre de votre famille (votre conjoint ou partenaire cohabitant, votre enfant naturel ou adoptif ou l'enfant naturel ou adoptif de votre conjoint ou partenaire cohabitant ou le décès d'un enfant pris en charge);
- vous êtes en ordre de cotisations sociales pour les deux trimestres qui précèdent le décès;
- Vous avez totalement interrompu toute activité professionnelle pendant quelques jours en raison du décès du membre de votre famille et cela dans l'année qui suit le décès.

Si vous êtes confronté(e) à la perte de votre enfant, après une grossesse d'au moins 180 jours, vous pouvez demander l'allocation. Pour ce faire, vous devez présenter un acte d'enfant sans vie.

Pour un aperçu de l'ensemble des conditions, prenez contact avec votre caisse d'assurances sociales.

A combien s'élève l'allocation?

Pour un jour d'interruption, vous recevrez 107,14 euros (maximum 10 jours) - montant à partir du 1er mars 2026.

Comment pouvez-vous demander cette allocation ?

Remplissez le **formulaire de demande** ci-joint, signez-le et faites le parvenir aussi vite que possible à votre caisse d'assurances sociales soit en le déposant **sur place**, soit en l'envoyant ou par **envoi recommandé**, ou **par voie électronique sécurisée** (uniquement si votre caisse d'assurances sociales le permet).

La demande doit être introduite au plus tard le dernier jour de l'année qui suit le jour du décès.

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ALLOCATION DE DEUIL

I. Données du demandeur

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 :

II. 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
- ☐ on 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



III. 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.)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Information importante: en complétant les informations ci-dessus, vous déclarez que vous n'avez exercé aucune activité professionnelle au cours de ces jours. Cette déclaration est soumise aux contrôles nécessaires.

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)
- ☐ Droit passerelle
 - ☐ Indemnités d'incapacité de travail, de maternité ou d'invalidité
 - ☐ Pension
 - ☐ Autres (précisez) :



IV. 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 :

V. Signature du demandeur

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 signaler dans les quinze jours à ma 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 :