



**Formulaire fin de paiement des
allocations familiales**

Date :

Réf. :

Veuillez renvoyer le présent formulaire au moment où vous ne percevez **plus**
d'allocations familiales

(A remplir en bleu foncé ou en noir)

DECLARATION

La/Le soussigné(e)
conjoint survivant de
qui bénéficie d'une pension de survie sous le numéro de pension : - -
déclare

(Veuillez cocher ce qu'il convient)

- ☐ que, à partir du. / / son fils/sa fille
- ☐ bénéficie/recevra des indemnités de chômage
- ☐ bénéficie/bénéficiera d'allocations sociales
- ☐ est/sera employé(e)
- ☐ qu'il / qu'elle ne reçoit/recevra plus lui-même / elle-même les allocations familiales à partir
du / /

Fait à , le

signature

Veuillez renvoyer ce formulaire au

00154 01.20 03/04

Service fédéral des Pensions (SFP) – Pensions de fonctionnaires
Contact Center - Tour du Midi - Esplanade de l'Europe 1 - 1060 Bruxelles

numéro spécial pensions : 1765 (gratuit)

tél de l'étranger : +32 78 15 17 65

www.sfpd.fgov.be – cc.fr@sfpd.fgov.be

