


N° de S.S. :
 Suivi par :
 Secteur :
 Téléphone :

N'oubliez pas d'indiquer sur vos courriers
 le secteur et le numéro de sécurité sociale

Questionnaire allocation de veuvage

Madame, Monsieur, Le

Pour me permettre de continuer le paiement de votre allocation de veuvage, vous devez compléter et me renvoyer ce questionnaire **avant le** 

Passé ce délai, sans information sur votre situation et vos ressources, nous interrompons le paiement de votre allocation.

Recevez, Madame, Monsieur, mes sincères salutations. Votre correspondant,

1 - VOTRE SITUATION FAMILIALE ET PROFESSIONNELLE

► **Votre situation familiale et professionnelle a-t-elle changé ?** OUI NON

Vous répondez **NON**, passez au **point 2**

Vous répondez **OUI**, complétez **ci-dessous**, selon votre situation :

- **Vous vous êtes remarié(e)** depuis le
- **Vous vivez en concubinage** depuis le
- **Vous avez conclu un pacs** depuis le
- **Vous travaillez ou vous suivez une formation rémunérée**
 - date du début de votre activité
 - date de création ou reprise d'entreprise
- **Vous avez cessé votre activité** depuis le

2 - VOS RESSOURCES DU AU

► **Avez-vous eu des ressources, en France et/ou à l'étranger, au cours des 3 mois indiqués ci-dessus ?** OUI NON

Vous répondez **NON**, passez au **point 3**.

Vous répondez **OUI**, indiquez le **montant brut de vos ressources, mois par mois**.

- **Revenus professionnels ou autres revenus** (indemnités maladie, maternité, accident du travail, chômage, préretraite, rente viagère, avantages en nature, pension alimentaire, revenus de la mise en gérance d'un commerce, etc...)

| NATURE, précisez : | Montants mensuels BRUTS pour chacun des 3 mois indiqués ci-dessus | | |
|--------------------|---|---|---|
| | € | € | € |
| | € | € | € |
| | € | € | € |

■ **Pensions, retraites, rentes, allocations** (RMI, allocation de parent isolé, allocation aux adultes handicapés, etc...)

| Indiquez les noms et adresses des organismes et vos références (n° d'allocataire, n° de retraite...) | Montants mensuels BRUTS pour chacun des 3 mois indiqués ci-dessus | | |
|--|--|---|---|
| | € | € | € |
| | € | € | € |
| | € | € | € |

3 - VOS BIENS PERSONNELS EN FRANCE ET/OU à l'étranger

► **Depuis votre dernière déclaration, vos biens sont-ils différents ?** OUI NON

Vous répondez **NON**, il vous suffit de dater et signer ce questionnaire.

Vous répondez **OUI**, complétez ci-dessous.

■ **Biens immobiliers** (précisez s'il y a lieu indivis, nue-propriété ou usufruit)

| Nature des biens (maison, terrain, appartement, commerce, etc.) | Adresse de chaque bien déclaré | Valeur actuelle |
|---|--------------------------------|-----------------|
| | | € |
| | | € |

Habitez-vous la maison ou l'appartement dont vous êtes propriétaire ? OUI NON

En louez-vous une partie ? OUI NON

Si OUI, valeur actuelle de la partie louée de votre habitation

■ **Titres, actions, obligations, etc...**

| Nature | Valeur actuelle du capital placé |
|--------|----------------------------------|
| | € |
| | € |
| | € |

■ **Capitaux d'assurance vie ou capitaux décès**

| Nom et adresse de l'organisme | Date de paiement | Montant du capital |
|-------------------------------|------------------|--------------------|
| | _____ | € |
| | | |

■ **Donation de biens personnels**

| Nature des biens donnés (propriétés, titres, etc...) | Adresse de chaque bien déclaré (s'il s'agit de propriétés) | Valeur actuelle |
|--|--|-----------------|
| | | € |
| | | € |

| Lien de parenté avec le donateur | Date de l'acte de donation |
|----------------------------------|----------------------------|
| | _____ |
| | _____ |

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur ce questionnaire.

Je m'engage :

- à faciliter toute enquête pour les vérifier,
- à vous faire connaître toute modification de ma situation.

Je reconnais être informé(e) qu'une vérification de l'exactitude de mes déclarations et de l'authenticité des documents produits à l'appui de ma demande, peut être effectuée dans le cadre de l'exercice du droit de communication prévu par les articles L.114-19 à L.114-21 du code de la Sécurité Sociale.

Fait à : Le _____

La loi n° 78.17 du 6 janvier 1978 modifiée vous garantit un droit d'accès et de rectification pour les données que nous enregistrons à partir de vos réponses.

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages indus (art. L114-13 du code de la Sécurité Sociale, arts 313-1, 313-3, 433-19, 441-1 et 441-7 du code pénal).

En outre, l'inexactitude, le caractère incomplet des déclarations ou l'absence de déclaration d'un changement de situation ayant abouti au versement de prestations indues, peut faire l'objet d'une pénalité financière en application de l'article L114-17 du code de la Sécurité Sociale.

Votre signature :