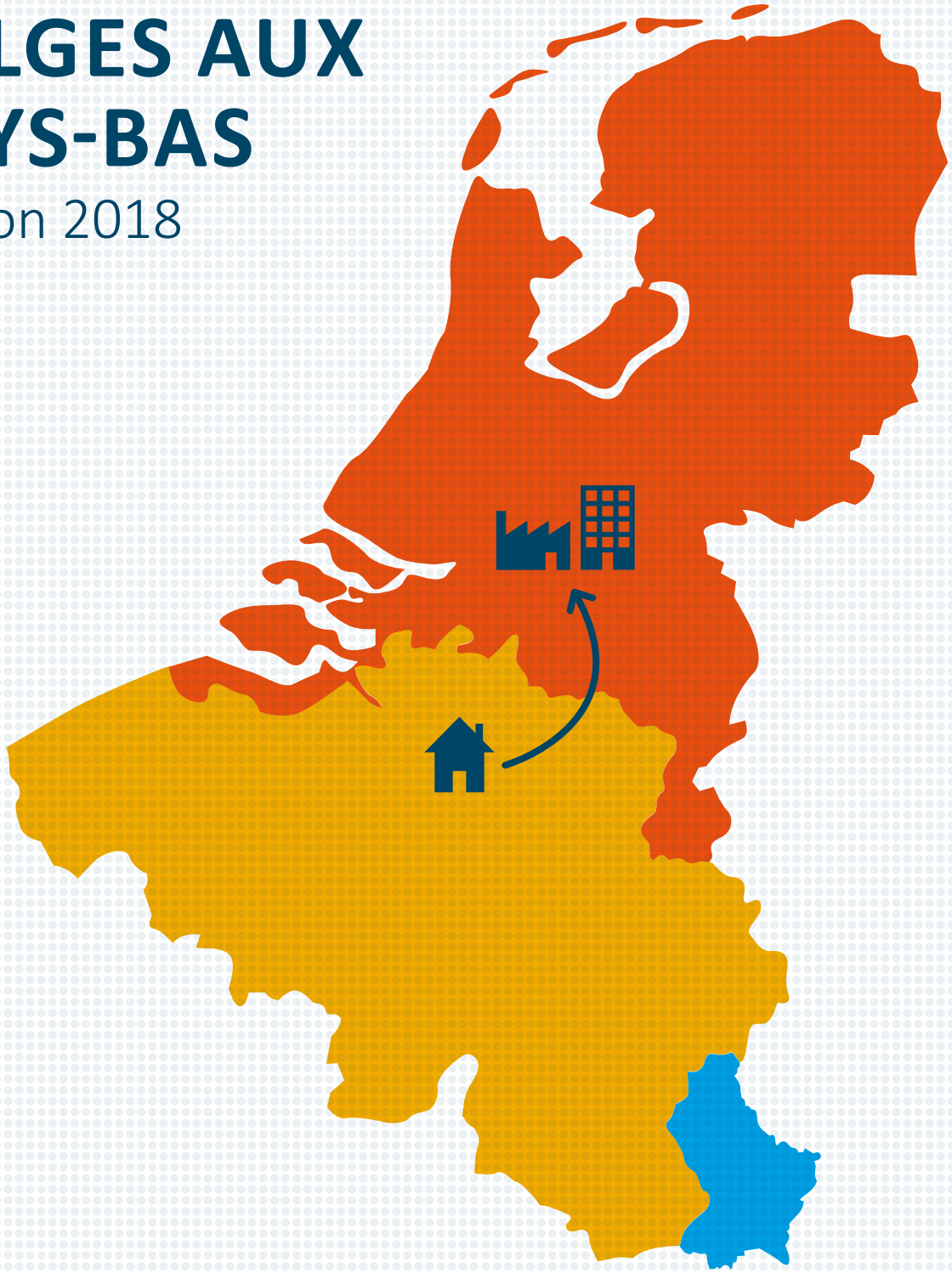
TRAVAILLEURS FRONTALIERS BELGES AUX PAYS-BAS

Édition 2018



Brochure d'information

Benelux
SECRETARIAAT-GENERAAL
SECRÉTARIAT GÉNÉRAL

Colophon

Editeur responsable
M. Thomas Antoine
Secrétariat général de l'Union Benelux
Rue de la Régence 39
BE-1000 Bruxelles
T +32 (0)2 519 38 11
info@benelux.int

Coordination
Direction Sécurité et Société du Secrétariat général de l'Union Benelux

Rédaction
Groupe de travail Benelux « Travailleurs frontaliers »

Cover
Crossmark - www.crossmark.be

Date : juillet 2018
Cette publication est protégée par le droit d'auteur.

AVANT-PROPOS

L'une des fonctions essentielles du Benelux dans la politique transfrontalière du marché de l'emploi est de rassembler et de fournir des sources d'informations existantes afin que tout travailleur transfrontalier puisse trouver le plus facilement possible les renseignements qui sont pertinents pour lui (fiscalité, sécurité sociale, pension,…). Le portail Benelux créé à cette fin suscite un intérêt toujours croissant.

En complément de l'offre numérique, il y a également une demande importante pour ces informations sur papier. C'est pourquoi l'Union Benelux publie des brochures d'informations relatives au travail frontalier.

Avec la participation des ministères compétents des trois pays, le Secrétariat général compile les informations, modifications législatives applicables et autres clarifications relatives à la position des travailleurs frontaliers au sein des pays du Benelux.

Quatre situations sont couvertes

- **les travailleurs frontaliers belges aux Pays-Bas ;**
- **les travailleurs frontaliers néerlandais en Belgique ;**
- **les travailleurs frontaliers belges au Luxembourg ;**
- **les travailleurs frontaliers luxembourgeois en Belgique.**

Ces brochures et leurs annexes sont mises à jour annuellement et sont disponibles en version électronique sur le site du Benelux[1] ainsi que sur le portail[2] «Point de départ travail frontalier». Ce dernier rassemble les informations essentielles à destination des travailleurs frontaliers belges, néerlandais, luxembourgeois et de Rhénanie du
Nord-Westphalie.

Le Collège des Secrétaires généraux de l'Union Benelux

[1] http ://www.benelux.int/fr/publications/publications/travailleurs-frontaliers-2018/
[2] http ://pointdedeparttravailfrontalier.benelux.int/

EN BREF

POINTS D'ATTENTION

Formalités :

A remplir lorsque vous allez travailler aux Pays-Bas :

- Demander un «burgerservicenummer» et contracter une assurance de base
- Pour des allocations familiales il faut demander un formulaire auprès du SVB

Pendant la période de travail :

- En cas de maladie, il faut informer votre employeur dans les 24 heures
- Assurance WLZ obligatoire

A remplir Lorsque vous arrêtez de travailler :

- Demander une attestation U1 auprès de votre UWV et informer votre assureur maladie de l'arrêt de vos activités professionnelles
-

Le droit du travail néerlandais :

Conditions du contrat de travail :

- Contrat conclu entre vous et votre employeur, sous certaines conditions

Existence du contrat de travail :

- Un flou l'entoure parfois : il existe des présomptions de l'existence d'un contrat de travail

Caractéristiques du contrat de travail :

- Durée déterminée ou indéterminée :
- La loi prévoit le moment de conversion d'un contrat de travail à durée déterminée en un contrat de travail à durée indéterminée
- Depuis le 01/07/2015 la «ketenbepaling»
- (clause relative aux contrats à durée déterminée successifs) visant les travailleurs temporaires a changé

Période d'essai :

- Est limitée depuis le 01/01/15
- Doit être convenue par écrit et est identique pour le travailleur et l'employeur

Salaire :

- Le montant du salaire est réglé dans le contrat de travail ou fixé dans la CCT de votre employeur

Licenciement :

Législation en matière de licenciement :

- Le UWV doit autoriser la résiliation du contrat de travail en vertu de l'arrêté relatif aux licenciements (BBA 1945)

Interdictions de licenciement et délais de préavis :

- Il existe certaines interdictions de licenciement et des délais de préavis à respecter
- Votre employeur peut déroger à ces délais dans le cadre d'une CCT

FISCALITÉ

Où payez-vous vos impôts :

- Le principe du pays d'emploi est devenu la règle
- Possibilité d'être considéré comme un contribuable étranger ou comme contribuable résident

Statut fiscal aux Pays-Bas :

- Demander un 'burgerservicenummer'
- Compléter un formulaire 'opgaaf gegevens voor de loonheffingen' (Déclaration à l'impôt sur les salaires)
- Déclarer les revenus aux Pays-Bas par le C-biljet
- Possibilité d'opter pour le régime applicable aux contribuables résidents

Imposition en Belgique :

- Signaler votre revenu mondial
- Déclarer vos revenus néerlandais dans les mêmes codes et rubriques que des revenus belges similaires
- Les revenus professionnels d'origine étrangère sont pris en considération à concurrence de leur montant net
- Possibilité de déclarer des frais professionnels, avec exceptions
- Pour fixer le taux d'imposition, tous les revenus étrangers sont ajoutés aux revenus belges
- Un impôt communal est imputé

SÉCURITÉ SOCIALE

Pays de la sécurité sociale :

- Obligatoirement assuré aux Pays-Bas – la législation néerlandaise de sécurité sociale s'applique mais il y a des exceptions
- Votre statut d'assuré social change en cas d'activité accessoire en Belgique
- En cas de détachement vous pouvez continuer à dépendre de la sécurité sociale belge à certaines conditions :
  - 24 mois : attestation de détachement A1 à remplir par l'employeur
  + 24 mois : l'employeur belge doit demander l'application de l'article 16 du Règlement 883/04

Types d'assurances sociales aux Pays-Bas :

- Assurances populaires, zorgverzekeringswet (loi sur l'assurance soins de santé) (obligatoire), assurances des travailleurs, assurance complémentaires de sécurité sociale.
- Perception des assurances sociales par le «belastingdienst» et le «zorginstituut»

Sécurité sociale des inactifs et actifs :

- Inactifs temporaires : vous restez assuré par la sécurité sociale néerlandaise
- Post-actifs : vous n'êtes plus socialement assuré aux Pays-Bas

Paiement des cotisations sociales :

Actifs :

- Zorgverzekeringwet (loi sur l'assurance soins de santé, Zvw) : le revenu maximal est € 54.614
- Werkloosheidswet (loi sur l'assurance chômage) : 0% du salaire.

Inactifs :

- En cas de travail à temps partiel avec maintien des droits, possibilité d'obtenir une allocation de garantie de revenus
- (Pre)pensionnés : droit à l'éventail belge des soins médicaux à charge des Pays-Bas, cotisation à payer aux Pays-Bas

Assurances maladie et incapacité de travail :

Paiement du salaire / Prestations d'assurance maladie :

- En cas de contrat de travail normal, vous avez droit à la continuation de la rémunération à charge de votre employeur pendant les 104 premières semaines de maladie

Indemnités d'incapacité de travail :

- Aux Pays-Bas il n'existe pas d'assurance spéciale contre les accidents du travail et maladies professionnelles
- En cas d'incapacité de travail complète et durable : indemnité au titre de la IVA

Soins médicaux :

- Travailleurs salariés ou indépendants sont en principe soumis à la législation néerlandaise de sécurité sociale, en ce compris l'assurance maladie

Actifs :

- Toutes les personnes qui répondent aux critères fixés par la loi, sont assurées au titre de WLZ mais sont tenues de contracter une 'zorgverzekering' (assurance maladie)

Inactifs :

- Pour les soins administrés aux Pays-Bas, il vous faudra une carte CEAM, à demander au Zorginstituut
- Contracter une assurance soins de santé d'un assureur soins de santé de votre choix dans les 4 mois après la naissance de l'obligation

Droits aux prestations :

- Sont établis en vertu de la Zorgverzekeringswet et de la WLZ

Changements :

Vous devez informer immédiatement l'assureur soins de santé néerlandais et/ou le Zorginstituut de tout changement ayant des conséquences pour votre assurance soins médicaux

Vacances :

Quand vous partez dans un pays UE, EEE, Suisse : attestez vos droits pour des soins au moyen de la Carte européenne d'assurance maladie (CEAM)

Droits aux jours de congé :

- Le nombre de jours de congé est calculé par mois travaillé

Prestations familiales :

- Les allocations familiales relèvent d'une assurance populaire (AKW – Loi générale sur les allocations familiales)
- Le montant des allocations familiales dépend de l'âge de l'enfant
- Financement des études valable aussi pour les enfants de travailleurs frontaliers

Allocations chômage :

- En cas de chômage partiel (non imputable au travailleur) : droit à l'allocation de chômage néerlandaise, via UWV régional
- Chômage complet : si votre occupation néerlandaise prend fin, vous pouvez solliciter une allocation de chômage belge
- + 60 ans : possibilité de prétendre à une indemnité complémentaire à une allocation de chômage, sous conditions

Pensions:

AOW :

- (Loi générale sur l'assurance vieillesse): en principe, droit à 2% de l'AOW néerlandaise par année de travail aux Pays-Bas
- Age légal de la pension : 65 ans et un mois
- Possibilité de se constituer une pension d'entreprise en plus de la pension légale néerlandaise AOW
- Allocation de survivant sous certaines conditions

TABLE DES MATIÈRES

A. POINTS D'ATTENTION 8

1. Formalités à accomplir si vous allez travailler aux Pays-Bas 8
2. Formalités à accomplir pendant la période de travail aux Pays-Bas 8
3. Formalités à accomplir lorsque vous arrêtez de travailler aux Pays-Bas 9
4. Le droit de travail néerlandais 9
   - 4.1. Spécificités du droit du travail néerlandais (après la loi sur la flexisécurité) 9
   - 4.2. Existence du contrat de travail 9
   - 4.3. Caractéristiques du contrat de travail 9
5. Salaire 10
6. Licenciement 11
   - 6.1. Législation en matière de licenciement 11
   - 6.2. Interdictions de licenciement et délais de préavis 11
   - 6.3. Indemnité de transition 11
   - 6.4. En cas de démission 12

B. FISCALITÉ 14

1. Qui est travailleur frontalier 14
2. Où payez-vous vos impôts 14
3. Statut fiscal aux Pays-Bas 14
   - 3.1. Le «Burgerservicenummer» 14
   - 3.2. La déclaration de l'impôt sur les salaires 14
   - 3.3. Comment faire sa déclaration d'impôts aux Pays-Bas 14
4. Imposition en Belgique (pays de résidence) 15
   - 4.1. Où dois-je mentionner ce revenu dans ma déclaration 15
   - 4.2. Quel montant dois-je déclarer 15
   - 4.3. Puis-je déclarer des frais relatifs à ces revenus étrangers 15
   - 4.4. Comment ces revenus sont-ils imposés 15
   - 4.5. Suis-je redevable de l'impôt communal sur ces revenus 16

C. SÉCURITÉ SOCIALE 18

1. Pays de la sécurité sociale 18
   - 1.1. Lois relatives à la sécurité sociale néerlandaise 18
   - 1.2. Exceptions : assurance en Belgique plutôt qu'aux Pays-Bas 18
   - 1.3. Types d'assurances sociales aux Pays-Bas 18
   - 1.4. Sécurité sociale des inactifs et actifs 20
2. Paiement des cotisations sociales 20
   - 2.1. Actifs 20
   - 2.2. Inactifs 21
   - 2.3. (Pré)pensionnés 21
3. Assurances maladie et incapacité de travail 22
   - 3.1. Prestations d'assurance maladie 22
   - 3.2. Indemnités d'incapacité de travail 22
4. Soins médicaux 24
   - 4.1. Généralités 24
   - 4.2. Affiliation à l'assurance maladie 27
   - 4.3. Droits aux prestations 28
   - 4.4. Changements 31
   - 4.5. Vacances 31
5. Droits aux jours de congé 32
6. Prestations familiales 32
   - 6.1. Le régime néerlandais d'allocations familiales 32
   - 6.2. Coordination des allocations familiales pour travailleurs frontaliers 33
   - 6.3. Financement des études 34
7. Tegemoetkoming onderhoudskosten thuiswonende gehandicapte kinderen (TOG) [Allocation de prise en charge à domicile d'enfants handicapés] 35
8. Allocations de chômage 35
   - 8.1. Chômage partiel 35
   - 8.2. Chômage complet 35

9. Pensions 39
9.1. Algemene ouderdomsuitkering (AOW) (Loi générale sur l'assurance vieillesse) 39
9.2. Pension néerlandaise d'entreprise 41
9.3. Retraite anticipée (Pension de vieillesse anticipée/VUT) 41
9.4. Allocation de survivant (Anw) 42
9.5. Soins médicaux 43
9.6. Assurance volontaire travailleurs frontaliers titulaires d'une allocation Anw, WAO ou WIA néerlandaise 43

AUTRES **46**

1. Commissions de paiement et frais bancaires 46
2. Conseils d'entreprise 46

ANNEXES 48

3. Aperçu des formulaires pour la sécurité sociale
4. Loonbelastingkaart
5. Certificat concernant la législation de sécurité sociale applicable au titulaire (A1 - anciennement E-101 - E-103)
6. Droits aux prestations en nature au titre de l'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles (DA1 - anciennement E-123)
7. Récapitulatif des décisions prises en matière de pensions (P1)
8. Inscription en vue de bénéficier de prestations de l'assurance maladie (S1 - anciennement E-106 - E-109 - E-121)
9. Droits aux soins programmés (S2 - anciennement - E-112)
10. Soins médicaux destinés à un ancien travailleur frontalier dans l'ancien Etat d'activité (S3)
11. Périodes à prendre en compte pour l'octroi de prestations de chômage (U1 - anciennement E 301)
12. Maintien du droit aux prestations de chômage (U2 - anciennement E303)
13. Faits susceptibles de modifier le droit aux prestations de chômage (U3)
14. CEAM – Carte européenne d'assurance maladie

POINTS D'ATTENTION

1. FORMALITÉS À REMPLIR LORSQUE VOUS ALLEZ TRAVAILLER AUX PAYS-BAS

- Lorsque vous acceptez un travail aux Pays-Bas :

a) demandez un numéro «burgerservice-nummer (BSN)» auprès de la commune désignée à cette fin aux Pays- Bas. Présentez-vous personnellement avec vos papiers d'identité.
b) contractez dans les trois mois une assurance de base auprès d'un assureur soins de santé néerlandais aux Pays-Bas.

• Si vous souhaitez bénéficier des allocations familiales, demandez un formulaire de demande auprès d'une direction régionale de la Sociale Verzekeringsbank (SVB). Téléphonez à cette fin à la SVB du lieu d'implantation de votre employeur. Informez-vous préalablement auprès du Bureau des affaires belges sur la façon dont le 'cumul' de droits aux allocations familiales belges et néerlandaises est réglé. Vous pouvez aussi consulter le site www.grensinfopunt.nl

• En cas de modification de votre situation familiale, informez-en sans délai la direction régionale de la Sociale Verzekeringsbank (SVB) afin de préserver vos droits.

• Si le conjoint ou le partenaire du travailleur frontalier n'acquiert pas de droits à sa propre pension, par exemple en raison de son statut de femme au foyer, il est bon de s'adresser au Bureau Verzekeringen de la Sociale Verzekeringsbank, Afdeling Vrijwillige Verzekering, Postbus 357, 1180 AJ Amstelveen, afin d'y contracter éventuellement au profit du conjoint une assurance volontaire au titre de l'assurance vieillesse (AOW) et de l'assurance des survivants (Anw). L'affiliation doit, sous peine de nullité, être effectuée dans l'année qui suit le début de l'activité aux Pays-Bas.

2. FORMALITÉS À REMPLIR LORSQUE VOUS ALLEZ TRAVAILLER AUX PAYS-BAS

- En cas de maladie, quelle qu'en soit la cause, votre employeur doit en être informé dans les 24 heures.
- En tant que travailleur salarié aux Pays-Bas, vous y êtes assuré au titre de la Wlz et tenu de contracter une assurance maladie au titre de la Loi sur la couverture maladie (Zvw) pour couvrir vos frais médicaux.

Si vous résidez en dehors de la Belgique ou des Pays-Bas, il est conseillé de vous procurer la carte européenne d'assurance maladie (CEAM – European Health Insurance Card) auprès de l'assureur soins de santé néerlandais.
Sur présentation de la carte CEAM (voir annexe 9), vous bénéficierez des soins médicaux nécessaires pendant votre séjour dans les autres Etats membres de l'UE/ EEE et en Suisse. Pour que les membres de votre famille soient considérés comme ayants droit aux soins médicaux, vous devrez vous inscrire auprès d'un organisme assureur belge. Cet organisme assureur apprécie quels membres de la famille sont admissibles en droit belge. Un formulaire (E-106 ou S1), requis à cet effet est délivré par l'assureur maladie néerlandais. Les membres de famille des travailleurs frontaliers belges enregistrés auprès d'un organisme assureur belge ont également droit aux soins médicaux aux Pays-Bas. À cet effet, il leur faudra demander un formulaire CEAM délivré par le CAK. Avec ce CEAM, les membres de votre famille ont également droit aux soins médicaux nécessaires lors d'un séjour temporaire dans un État membre de l'UE/EEE et en Suisse. En outre, les Pays-Bas ont conclu plusieurs traités bilatéraux avec d'autres pays qui prévoient les soins médicaux nécessaires en cas de séjour temporaire.

- En cas de modification de votre situation familiale, informez en la direction régionale de la Sociale Verzekeringsbank (SVB) afin de préserver vos droits. Pour le droit aux soins médicaux des autres membres de la famille, vous devrez informer l'organisme assureur belge et le CAK.
- En cas de décès du travailleur frontalier, une demande de pension de survie ou de réversion doit être introduite auprès de l'administration communale belge ou résidait le travailleur frontalier.

3. FORMALITÉS À REMPLIR LORSQUE VOUS ARRÊTEZ DE TRAVAILLER AUX PAYS-BAS

- Lorsque vous êtes chômeur complet et définitif, vous devez demander une attestation U1 (anciennement E-301, voir annexe) auprès de votre UWV (Organisme d'application des assurances sociales). Appelez à cette fin le numéro de téléphone UWV 0031-88-898.20.01. Cette formalité s'applique aussi aux Néerlandais qui ont déménagé en Belgique.

- Vous devez également informer votre assureur maladie de l'arrêt de vos activités professionnelles aux Pays-Bas. Votre assurance soins de santé prendra alors fin. Votre assureur maladie en informera l'organisme assureur belge.

- Il est recommandé de demander une attestation d'activité professionnelle auprès de l'employeur, et ce pour éventuellement pouvoir faire valoir ses droits par après.

- Quelque 8 mois à un an à peu près avant d'atteindre l'âge de la retraite, vous devez introduire votre demande de pension AOW néerlandaise auprès de l'administration communale de votre lieu de résidence.

4. LE DROIT DU TRAVAIL NÉERLANDAIS

4.1. Conditions du contrat de travail

Le contrat de travail
Un contrat de travail est un contrat conclu entre vous et votre employeur. Il existe un contrat de travail s'il est satisfait aux conditions suivantes :
- vous êtes au service de votre employeur. Ceci implique qu'il existe une relation d'autorité entre vous et votre employeur ;
- vous recevez une rémunération pour le travail effectué ;
- vous effectuez personnellement le travail. Vous ne pouvez donc pas vous faire remplacer par autrui pour l'exécution du travail sans autorisation de l'employeur ;
- vous effectuez le travail pendant une période déterminée.

4.2. Existence du contrat de travail

Un flou entoure parfois l'existence d'un contrat de travail ou l'étendue du contrat de travail. Les présomptions de l'existence d'un contrat de travail sont les suivantes :
- pendant trois mois consécutifs ;
- effectuer un travail rémunéré pour l'employeur (en vertu de l'article 7:610a du Code civil) ;
- chaque semaine ou au moins 20 heures par mois, l'existence d'un contrat de travail est présumée.

Lorsque l'existence d'un contrat de travail est établie, un flou peut subsister quant à l'étendue du contrat de travail, par exemple lorsque cette étendue n'a pas été convenue ou ne l'a pas été clairement. La présomption de l'étendue du contrat de travail est déterminée en calculant l'étendue moyenne du travail effectué mensuellement pendant les trois mois précédents (en vertu de l'article 7:610b du Code civil).

4.3. Caractéristiques du contrat de travail

4.3.1. Durée déterminée ou indéterminée

Un employeur peut vous accorder un contrat de travail pour une durée déterminée ou indéterminée. La loi (la «ketenbepaling» à l'article 7:668a du Code civil) prévoit le moment de conversion d'un contrat de travail à durée déterminée en un contrat de travail à durée indéterminée :
- lorsque le travailleur et l'employeur signent plus de trois contrats temporaires successifs ;
- lorsqu'ils ont recours depuis plus de 2 ans à des contrats temporaires successifs.

Il est question de contrats à durée déterminée successifs lorsque ceux-ci se succèdent avec une période intermédiaire de six mois ou moins. Les périodes de
6 mois (ou moins) qui séparent les contrats à durée déterminée sont comptabilisées dans le calcul de cette période de 2 ans.

Cette clause ne s'applique pas :
- Si elle porte sur un contrat de travail d'apprenti d'une filière d'apprentissage (formation BBL) ;
- Si elle porte sur le contrat de travail d'un travailleur de moins de 18 ans qui travaille au maximum 12 heures par semaine.

Votre employeur est-il lié par une convention collective de travail (CCT) ? Cette dernière peut déroger à la clause légale dans les situations suivantes:
- Contrats d'intérimaires. Dans cette situation, le nombre de contrats temporaires successifs peut être porté à un maximum de six et la période peut être portée à un maximum de 4 ans.
- Si une dérogation est nécessaire en raison de la

nature de l'activité. Pour des fonctions ou groupes de fonctions spécifiques, Le nombre de contrats temporaires successifs peut être porté par CCT à un maximum de six et la période à un maximum de 4 ans.

- Dans le cadre de contrats de formation. Dans ce cas, la clause de conversion peut être déclarée inapplicable en tout ou en partie par une CCT.
- En cas de travail saisonnier. Ce sont les fonctions qui, en raison des conditions climatologiques ou naturelles, peuvent être exercées pendant 9 mois maximum par an, l'intervalle dans la clause de conversion peut être ramené de six à trois mois par une CCT.
- En cas de fonction de direction. Il peut être dérogé à la période de deux ans dans une convention écrite (contrat de travail ou CCT).
- Si la clause de conversion constitue un risque pour la survie du secteur, parce que l'on travaille dans ce secteur uniquement avec des contrats de travail à durée déterminée (par exemple le football professionnel).

C'est pourquoi une décision ministérielle peut désigner des fonctions dans une branche d'activité où l'on travaille exclusivement avec des contrats de travail à durée déterminée. En pareil cas, la CCT exclut l'application de la clause de conversion.

4.3.2. Période d'essai

Vous et votre employeur pouvez convenir d'une période d'essai dans un contrat de travail (7:652 du Code civil).

La période d'essai doit être convenue par écrit et est identique pour le travailleur et l'employeur. La durée de la période d'essai dépend de la durée du contrat :

- il n'est plus permis de prévoir une période d'essai pour les contrats de 6 mois ou moins dans le contrat de travail ;
- dans le cas d'un contrat d'une durée supérieure à 6 mois mais inférieure à 2 ans, la période d'essai maximale peut être fixée à 1 mois ; Cette durée peut être portée à deux mois maximum par CCT ;
- dans le cas d'un contrat de travail à durée déterminée de 2 ans ou plus ou d'un contrat à durée indéterminée, la durée maximale de la période d'essai est fixée à 2 mois.

Un contrat à durée déterminée est prolongé ? Alors le nouveau contrat ne peut pas prévoir de période d'essai. Il existe toutefois une exception à cette règle. Le contrat peut prévoir une période d'essai dans le cas ou de nouvelles compétences ou responsabilités sont attribuées au travailleur.

5. SALAIRE

Le montant du salaire est réglé dans le contrat de travail ou fixé dans la convention collective de travail (CCT) de votre employeur. Vous avez au moins droit au salaire minimum légal. Le montant de ce dernier est fixé par la loi sur le salaire et les primes de vacances minimums.

Plus d'informations sur : www.rijksoverheid.nl/ onderwerpen/minimumloon

Salaire minimum brut légal et salaire minimum des jeunes travailleurs 1er janvier 2018 (en €)				
Âge	%	Par mois	Par semaine	Par jour
22 ans et plus	100	€ 1.594,20	€ 367,90	€ 73,58
21 ans	85	€ 1.355,05	€ 312,70	€ 62,54
20 ans	72,5	€ 1.115,95	€ 257,55	€ 51,51
19 ans	61,5	€ 876,80	€ 202,35	€ 40,47
18 ans	52,5	€ 757,25	€ 174,75	€ 34,95
17 ans	45,5	€ 629,70	€ 145,30	€ 29,06
16 ans	39,5	€ 550,00	€ 126,95	€ 25,39
15 ans	34,5	€ 478,25	€ 110,35	€ 22,07

6. LICENCIEMENT

6.1. Législation en matière de licenciement

Un employeur ne peut licencier un employé arbitrairement. Il doit avoir une bonne raison à cela et respecter les règles du droit en matière de licenciement. Le licenciement intervient souvent par consentement mutuel. Vous ne parvenez pas à vous entendre, vous et votre employeur ? L'employeur peut alors vous licencier en passant par l'UWV ou le juge cantonal.

Procédure de licenciement
La procédure de licenciement dépend du motif du licenciement :

- En cas de licenciement pour des motifs économiques et de licenciement pour cause d'incapacité de travail de longue durée, l'employeur doit demander l'autorisation de l'UWV.
- En cas de licenciement pour d'autres motifs (liés davantage à la personne du travailleur), l'employeur doit introduire une requête en résiliation du contrat auprès du juge cantonal.

Une alternative est le licenciement par consentement mutuel. Vous signez alors une convention de résiliation avec votre employeur par voie écrite. Vous avez ensuite un délai de réflexion de 14 jours. L'employeur doit vous rappeler ce délai de réflexion.

6.2. Interdictions de licenciement et délais de préavis

Vous ne pouvez pas être licencié, s'il existe une interdiction de licenciement (article 7:670 du Code civil). Ainsi, vous ne pouvez pas être licencié pour cause de maladie, de grossesse ou d'appartenance au conseil d'entreprise. Si vous vous déclarez malade après que l'UWV a reçu la demande de licenciement de votre employeur ou après que l'employeur a introduit une requête en résiliation auprès du juge, l'interdiction de licenciement en cas de maladie n'est pas applicable.

En cas de licenciement avec l'autorisation de l'UWV et en cas de licenciement du fait de la résiliation du contrat de travail par le juge cantonal, l'employeur ou le juge, selon le cas, doit tenir compte du délai de préavis applicable (article 7:672 du Code civil).
La durée de votre contrat de travail détermine la durée de votre préavis :

- pour un contrat de travail de 0 à 5 ans : 1 mois de préavis ;
- pour un contrat de travail de 5 à 10 ans : 2 mois de préavis ;
- pour un contrat de travail de 10 à 15 ans : 3 mois de préavis ;
- pour un contrat de travail de 15 ans ou plus, le délai de préavis s'élève à 4 mois.

La durée du préavis peut être abrégée par une CCT ; un allongement de la durée du délai de préavis peut être convenue par une CCT ou dans le contrat de travail.

Déduire le temps de procédure du délai de préavis :
La procédure à suivre devant l'UWV et le juge de canton prend du temps. Cette période peut être intégralement déduite du délai de préavis. Il doit toutefois rester un mois de délai de préavis.

6.3. Indemnité de transition

Si vous avez été en service chez un employeur depuis 2 ans ou plus, vous recevez une indemnité de transition (transitievergoeding) en cas de licenciement. Vous en bénéficiez aussi bien si vous avez travaillé sous un contrat à durée déterminée (contrat temporaire) que si vous avez travaillé sous un contrat à durée indéterminée (contrat fixe). Cette indemnité est toutefois uniquement versée si l'initiative du licenciement émane de l'employeur. Vous disposez librement de l'indemnité de transition. Vous pouvez utiliser cette indemnité de transition, par exemple, pour suivre des formations ou pour assurer une transition vers un autre emploi.

En ce qui concerne cette indemnité, les accords sont les suivants :

- L'employeur paie cette indemnité à tout travailleur qui a travaillé pendant 2 ans ou plus auprès de cet employeur. Lorsque le licenciement est imputable à une faute grave du travailleur, celui-ci n'a pas droit à cette indemnité.
- Cette indemnité est constituée par année de service. La règle est la suivante : 1/3 du salaire mensuel par année de service. Et 1/2 salaire mensuel par année de service lorsqu'un travailleur a été en service pendant plus de 10 ans.
- L'indemnité s'élève à € 77.000 au maximum. Ou un salaire annuel, si celui-ci est plus élevé.
- L'employeur peut déduire de cette indemnité les frais qu'il a exposés pour accompagner le travailleur vers un autre travail (par exemple au moyen de l'outplacement ou de formations). Ces coûts doivent avoir été consentis dans le cadre du licenciement et avec le consentement du travailleur. Est-ce que des coûts ont été consentis pendant la durée du contrat de travail pour des mesures de meilleure employabilité sur le marché du travail ? Dans ce cas, l'employeur peut également les déduire de

l'indemnité de transition. À cet effet, le travailleur doit également donner son approbation.

En cas d'imputabilité grave de l'employeur dans le licenciement, le juge de canton peut encore octroyer une indemnité supplémentaire.

L'employeur ne doit pas payer l'indemnité de transition :

- En cas de résiliation du contrat par consentement mutuel.
- Si vous êtes licencié pour faute grave ou négligence grave, sauf si le juge de canton en décide autrement.
- Si vous n'avez pas encore 18 ans au moment du licenciement et que vous avez travaillé en moyenne 12 heures maximum par semaine.
- Si vous êtes licencié parce que vous avez atteint l'âge donnant droit à la pension AOW ou à une autre pension ou après avoir atteint cet âge ;
- Si l'entreprise a fait faillite ou si l'employeur est entré en restructuration de dettes. Il en est de même
- Si le tribunal a accordé à l'employeur un sursis de paiement (report de paiement), parce qu'il ne peut pas rembourser les dettes.
- Si une 'prestation équivalente' est prévue dans une CCT. Une prestation équivalente est une indemnité en espèces ou une prestation en nature qui est comparable à la valeur de l'indemnité de transition à laquelle vous auriez légalement droit.
- Si, avant la fin (de plein droit) d'un contrat temporaire, vous avez signé un contrat temporaire suivant avec l'employeur, à condition que le nouveau contrat prenne cours 6 mois maximum après la fin du contrat précédent (et qu'il puisse être résilié dans l'intervalle).

En cas de cessation involontaire de travail, examinez aussi votre contrat de travail ou votre CCT. Il reprend généralement vos droits et vos devoirs en cas de licenciement. Si la responsabilité du licenciement ne vous revient pas, vérifiez votre droit éventuel à une allocation. Vous pouvez le savoir auprès du HVW de votre domicile ou auprès de l'organisme de paiement de votre syndicat belge.

6.4. En cas de démission

Si vous donnez votre démission, vous devez respecter le délai de préavis qui vous est applicable. Vous et votre employeur pouvez convenir de modalités concernant la durée de votre préavis. A défaut de modalités convenues, votre délai de préavis est d'un mois. Si vous ne respectez pas le délai de préavis, vous êtes redevable d'une indemnité à votre employeur. L'indemnité pour avoir enfreint le délai de préavis est égale au salaire que vous auriez reçu sur le délai de préavis qui vous est applicable.
Si vous voulez résilier un contrat temporaire, ce n'est possible que si vous en avez convenu ainsi avec votre employeur. Si ce n'est pas le cas et que vous persistez à démissionner, vous êtes redevable d'une indemnité à votre employeur. Celle-ci est égale au salaire sur la période restante du contrat de travail.

Vous pouvez également demander au juge de prononcer la résiliation de votre contrat de travail. Le juge de canton détermine la date à laquelle votre contrat prend fin.
Si vous donnez votre démission, vous n'avez pas droit à une indemnité de transition, sauf si vous avez démissionné pour faute grave ou négligence grave de votre employeur, à condition d'avoir été en service pendant au moins deux ans.

Il s'agit d'une initiative commune du Bureau des Affaires Belges et du Bureau des affaires Allemandes de la Sociale Verzekeringsbank (Banque des assurances sociales), avec le Ministères des Affaires sociales et de l'Emploi, le Ministère des Finances, le Belastingsdienst (administration fiscale), l'Uitvoeringsinstituut werknemersverzekeringen (organisme de gestion des assurances sociales des salariés) et le CAK (Centraal Administratie Kantoor).

Le Grensinfopunt a un site web : www.grensinfopunt.nl

FISCALITÉ

1. QUI EST TRAVAILLEUR FRONTALIER ?

Dans la présente brochure, on entend par “travailleur frontalier” toute personne, quelle que soit sa nationalité, domiciliée en Belgique et exerçant une activité salariée ou indépendante (relevant de la législation néerlandaise de sécurité sociale) aux Pays-Bas, tout en rentrant à son domicile quotidiennement ou au moins une fois par semaine.

2. OÙ PAYEZ-VOUS VOS IMPÔTS ?

Pour déterminer lequel des deux pays a le droit d’imposer vos revenus, il faudra leur appliquer les dispositions de la convention préventive de la double imposition entre la Belgique et les Pays-Bas. Il faudra pour ce faire déterminer à quelle catégorie appartiennent les éléments de revenu (qualification juridique des revenus) et déterminer ensuite lequel des deux pays détient le pouvoir d’imposition.

Si vous habitez en Belgique et que vous exercez un emploi salarié aux Pays-Bas, vous êtes la plupart du temps imposable aux Pays-Bas sur les revenus tirés de ces activités aux Pays-Bas. Mais ce principe souffre quelques exceptions. Si vous êtes concerné par une telle exception, vos revenus ne seront la plupart du temps pas imposés aux Pays-Bas, mais en Belgique.

Ces exceptions sont les suivantes :

- vous travaillez aux Pays-Bas pour un employeur qui n’est pas établi aux Pays-Bas, vous n’avez pas séjourné aux Pays-Bas pendant plus de 183 jours au cours d’une période de douze mois et il n’y a pas d’employeur réel aux Pays-Bas, ou
- vous travaillez pour un organisme public belge aux Pays-Bas, ou
- vous travaillez en tant que professeur, enseignant ou instituteur aux Pays-Bas. Si vous êtes dans ce cas, vous êtes imposable aux Pays-Bas pendant les deux premières années.

Si les Pays-Bas peuvent prélever un impôt sur votre revenu, vous y êtes considéré comme un contribuable étranger. Ceci ne vous dispense pas de vos obligations envers l’administration fiscale belge (déclaration de vos revenus mondiaux). En tant que contribuable étranger, il est possible que vous soyez assimilé aux Pays-Bas à un contribuable résident. Vous êtes alors un contribuable étranger ‘qualifiant’.

3. STATUT FISCAL AUX PAYS-BAS (ETAT DE TRAVAIL)

3.1. Le numéro Burgerservicenummer

Lorsque vous allez travailler aux Pays-Bas sans vous établir dans ce pays, vous devez demander un numéro burgerservicenummer. Vous recevez un BSN si vous vous faites enregistrer dans l’enregistrement de base des personnes ou Basisregistratie Personen (BRP). Vous êtes alors un «non-résident». Vous pouvez le faire auprès de la commune avec un guichet pour non-résidents. Vous trouverez plus d’informations à ce sujet sur le site https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/persoonsgegevens/vraag-en-antwoord/wat-is-de-registratie-niet-ingezetenen-rni

3.2. La déclaration de l’impôt sur les salaires

Votre employeur vous remettra un formulaire Opvraag gegevens voor de loonheffingen [Déclaration à l’impôt sur les salaires]. Vous devez compléter ce formulaire et le remettre ensuite à votre employeur.

3.3. Comment faire sa déclaration d’impôts aux Pays-Bas?

Aux Pays-Bas, vous devez déclarer vos revenus et vos cotisations de sécurité sociale [premies volksverzekeringen] sur une feuille de déclaration de revenus spéciale, à savoir le C-billet. Vous pouvez également vous servir de l’aangifteprogramma voor buitenlandse belastingplichtigen [programme de déclaration pour contribuables étrangers].
C’est un service en ligne pour lequel vous devez demander séparément un code d’identification. Vous pouvez le faire sur le site internet de l’administration fiscale, www. belastingdienst.nl. Si vous recevez un message disant que vous devez faire la déclaration, vous êtes tenu de la compléter et de la renvoyer au

belastingdienst par voie électronique. Si vous ne recevez pas ce message, mais que vous pensez néanmoins avoir droit à un remboursement, vous pouvez aussi faire la déclaration avec ledit programme de déclaration. Il est possible aussi d'obtenir une version papier de la formule de déclaration ou de la demande de remboursement provisoire (formule Tc) et d'effectuer ainsi la déclaration.
Des informations à ce sujet peuvent être obtenues au Belastingtelefoon Buitenland, 0031-55-538.53.85.

Si vous êtes contribuable étranger, vous déclarez les revenus dont vous avez bénéficié aux Pays-Bas. Si vous êtes contribuable étranger qualifiant, vous devez déclarer votre revenu mondial. Vous trouverez plus d'informations sur l'obligation fiscale étrangère qualifiante et ses conséquences dans la notice explicative de votre formulaire de déclaration. Pour en savoir plus à ce sujet, allez sur www.belastingdienst.nl, tapez «internationaal» dans la fenêtre de recherche et cliquez sur le premier résultat de la recherche.

Pourcentages de cotisations et plafonds salariaux

Le montant des réductions de prélèvement peut varier selon les cas. Dans certaines situations, le conjoint/ partenaire peut également entrer en ligne de compte pour ces réductions. Pour plus d'information, vous pouvez vous adresser au Team GWO du Belastingdienst Buitenland à Heerlen (voir «adresses utiles»).

4. IMPOSITION EN BELGIQUE (PAYS DE RÉSIDENCE)

En tant que résident belge vous devez signaler dans votre déclaration à l'impôt des personnes physiques en Belgique l'ensemble de votre revenu mondial. Ce qui signifie concrètement tous les revenus imposables, y compris les revenus d'origine étrangère.

Après l'entrée l'introduction de la loi «Wet administratieve lastenverlichting en vereenvoudiging in sociale verzekeringswetten» [Loi sur l'allègement des charges administratives et la simplification des lois sur la sécurité sociale] la jaaropgavekaart [Relevé annuel] ne sera plus utilisée.
Le travailleur ne sera plus que le seul destinataire de ce relevé.

4.1. Où dois-je mentionner ce revenu sur ma déclaration ?

Vous déclarez vos revenus néerlandais dans les mêmes codes ou rubriques de la déclaration que là où vous mentionneriez des revenus belges similaires. Si vous estimez que vos revenus néerlandais doivent être exonérés d'impôts en Belgique en vertu de la convention préventive de double imposition signée entre la Belgique et les Pays-Bas (voir explication sous le point 2 «Où payez- vous vos impôts»), vous déclarez vos revenus néerlandais une seconde fois dans la rubrique «revenus d'origine étrangère (et coûts afférents)».

Si vous remplissez cette rubrique, il est souhaitable d'annexer à la déclaration les pièces justificatives nécessaires prouvant que les revenus néerlandais sont effectivement exemptés de l'imposition en Belgique.

4.2. Quel montant dois-je déclarer?

Les revenus professionnels d'origine étrangère sont pris en considération à concurrence de leur montant net. Du montant brut de ces rémunérations étrangères il faut déduire l'impôt étranger et les cotisations légales de sécurité sociale retenues à la source. La différence obtenue doit être déclarée comme rémunération imposable (code 1250/2250 de la déclaration). La cotisation de sécurité sociale et l'impôt ne sont déductibles que s'ils ont effectivement été payés ou retenus (sur le salaire) au cours de la période imposable. Un avantage en vertu de la réglementation des 30% (il s'agit d'une réglementation néerlandaise qui ne s'applique pas à l'impôt sur le revenu en Belgique) est considéré comme un revenu imposable en Belgique et doit par conséquent être déclaré. Il y est toutefois exonéré d'impôts.

4.3. Puis-je déclarer des frais concernant ces revenus étrangers ?

Vous pouvez déclarer des frais professionnels s'ils correspondent à des dépenses réelles, ont un caractère professionnel et peuvent être justifiés.

Attention : si vous déclarez en Belgique vos frais professionnels, y compris ceux qui grèvent vos

revenus étrangers, ceux-ci doivent satisfaire aux conditions belges en la matière. Il se peut très bien qu'un frais professionnel déterminé soit accepté aux Pays-Bas, alors que la législation belge ne le permet pas !
Si vous ne justifiez pas vos frais professionnels réels, la déduction forfaitaire de vos frais professionnels sera également toujours appliquée à vos revenus étrangers.

4.4. Comment ces revenus sont-ils imposés ?

Pour fixer le taux d'imposition, tous les revenus étrangers seront ajoutés aux revenus belges. Les revenus sur lesquels la Belgique n'a pas de droit d'imposition seront exonérés d'impôt. C'est ce qu'on appelle «l'exonération sous réserve de progression».

4.5. Suis-je redevable de l'impôt communal sur ces revenus ?

L'impôt communal n'est pas directement calculé sur la base de vos revenus, mais bien sur la base de l'impôt (national) qui est dû.
Malgré le fait que vos revenus étrangers sont exonérés d'impôt en Belgique, vous serez néanmoins redevable des taxes communales supplémentaires sur l'ensemble de vos revenus professionnels néerlandais qui seront exonérés en Belgique. Cela se fait sur la base d'une disposition spécifique de la Convention préventive de la double imposition et d'une disposition légale du Code des impôts sur les revenus.

Adresses utiles aux Pays-Bas

Belastingdienst Buitenland kantoor Buitenland
Le Belastingdienst Limburg, kantoor Buitenland est compétent pour les personnes qui ne résident pas aux Pays-Bas, mais qui jouissent d'un revenu imposé aux Pays-Bas.
Adresse postale : Postbus 1865, 6401 DJ Heerlen

Le Team Grensoverschrijdend werken en Ondernemen (Team GWO) : si vous avez des questions générales, vous pouvez téléphoner au team GWO. Il s'agit d'un centre d'information au sein duquel coopèrent les administrations fiscales néerlandaise, belge et allemande. Deux employés du fisc belge y travaillent.

Numéros de téléphone :
Depuis les Pays-Bas : 0800-024.12.12.12
Depuis la Belgique : 0800-90.220 (gratuit)

Le Team GWO est joignable les jours ouvrables entre 8 et 17 heures.

L'adresse postale est : Belastingdienst kantoor Maastricht
T. a. v. Team GWO
Postbus 5750, 6202 MB Maastricht

Sur le site internet de l'administration fiscale néerlandaise (www.belastingdienst.nl) vous trouverez aussi de plus amples informations sur l'imposition des personnes qui vont travailler aux Pays-Bas.
Sans oublier :

- L'administration fiscale par téléphone : depuis les Pays-Bas : tél 0800-0543 (numéro gratuit)
- L'administration fiscale par téléphone : depuis l'étranger : tél +0031-55-538 53 85
- Le site internet www.toeslagen.nl

Adresses utiles en Belgique

Pour des informations complémentaires, vous pouvez vous adresser :

- Au centre de contact général des Finances, joignable téléphoniquement au 0032-2-572.57.57

- Internet :
  - pour des informations générales, sur le site : http://financien.belgium.be
  - pour des informations plus spécialisées : la banque de données élargie Fisconetplus, sur le site www.fisconetplus.be

- à votre bureau des contributions : pour des questions spécifiques concernant votre dossier fiscal, le numéro de téléphone et l'adresse sont mentionnés sur la déclaration et l'avertissement-extrait de rôle.

SÉCURITÉ SOCIALE

1. PAYS DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Si vous travaillez aux Pays-Bas, vous y serez en règle générale obligatoirement assuré à la sécurité sociale. Cette règle souffre cependant quelques exceptions. Vous restez assuré en Belgique dans certaines situations et vous y payez alors vos cotisations sociales, même si vous travaillez aux Pays-Bas.

1.1. Lois relatives à la sécurité sociale néerlandaise

La législation néerlandaise de sécurité sociale s'applique en principe aux travailleurs frontaliers belges aux Pays- Bas. La coordination des différentes lois est réglée par le règlement européen de coordination nº 883/04.

Définition du travailleur frontalier
Selon le règlement de coordination, un travailleur frontalier est :

- «toute personne qui exerce une activité salariée ou non salariée dans un État membre et qui réside dans un autre État membre où elle retourne en principe chaque jour ou au moins une fois par semaine».
- un ressortissant d'un pays de l'UE/ de l'EEE (Islande, Norvège et Liechtenstein) ou de Suisse.

Depuis le 1er janvier 2011, le règlement de coordination nº 883/04 s'applique également aux ressortissants de pays tiers (non-UE/EEE) qui résident légalement en Belgique et souhaitent travailler comme frontaliers aux Pays-Bas. Ces ressortissants de pays tiers sont tenus de posséder un permis de travail pour pouvoir travailler comme frontaliers aux Pays-Bas. L'employeur néerlandais demande ce permis de travail auprès de l'UWV.

1.2. Exceptions : assurance en Belgique plutôt qu'aux Pays-Bas

Vous restez assuré en Belgique dans les situations suivantes, notamment :

- si vous êtes détaché aux Pays-Bas par votre employeur pour une période de maximum 24 mois, ou ;
- si vous exercez un travail salarié en Belgique et aux Pays-Bas pour le même employeur et que vous prestez au moins 25% de votre temps de travail en Belgique, ou ;
- si vous travaillez aux Pays-Bas en tant que fonctionnaire belge ou ;
- si vous travaillez en Belgique comme fonctionnaire et aux Pays-Bas comme salarié ou indépendant, ou ;
- si vous travaillez en Belgique comme salarié et aux Pays- Bas comme indépendant.

1.2.1. Activité accessoire en Belgique

Si vous travaillez, en plus de vos activités aux Pays-Bas, une partie substantielle de votre temps en Belgique (activité accessoire ou travail à domicile), votre statut d'assuré social peut changer. Vous pouvez être alors assuré socialement en Belgique. Si vous vous trouvez dans cette situation, contactez sans tarder l'Office national belge de sécurité sociale ou le Bureau des Affaires belges. Dans certaines situations, vous pouvez néanmoins rester socialement assuré aux Pays-Bas (application de l'article 16 du Règlement nº 883/04 de coordination). Travailler tant aux Pays-Bas qu'en Belgique crée une situation administrativement très complexe, qui est financièrement intéressante pour vous, mais désavantageuse pour votre employeur.

Si vous travaillez aux Pays-Bas comme salarié et en Belgique comme indépendant, vous êtes obligatoirement assuré aux Pays-Bas.

1.2.2. Salarié détaché par une entreprise belge

Période ne dépassant pas 24 mois
Si vous êtes détaché par une entreprise belge et que vos activités aux Pays-Bas ne dépassent pas 24 mois, vous pouvez continuer à dépendre de la sécurité sociale belge à certaines conditions. Votre employeur belge peut demander à cette fin une attestation de détachement A1 (anciennement E-101, (voir annexe) auprès de l'Office belge de Sécurité sociale.

Période excédant 24 mois
Si vous êtes détaché aux Pays-Bas par une entreprise belge pour une période dépassant 24 mois, vous êtes alors en principe assuré socialement dans le pays où vous travaillez. Si vous le voulez, vous pouvez continuer à dépendre de la sécurité sociale belge à certaines conditions. La Nederlandse Sociale Verzekeringsbank (division : internationale detachering) doit marquer son accord.

Votre employeur belge peut demander l'application de l'article 16 du Règlement nº 883/04 auprès de l'Office belge de sécurité sociale. L'imposition fiscale suit d'autres règles pour les personnes détachées. Si vous ne résidez ou ne travaillez pas plus de 183 jours aux Pays-Bas et que vous respectez par ailleurs une série de conditions, vous restez soumis à l'impôt des personnes physiques en Belgique en vertu de la convention préventive de la double imposition. Consultez votre bureau des contributions avant de partir travailler comme détaché aux Pays-Bas.

1.3. Types d'assurances sociales aux Pays-Bas

Les Pays-Bas connaissent différentes assurances sociales : les assurances populaires, les assurances des travailleurs, la zorgverzekeringswet [Zvw, loi sur l'assurance Soins de santé] et les assurances sociales complémentaires.

1.3.1. Assurances populaires

Il existe quatre assurances populaires aux Pays-Bas :

- AOW : algemene ouderdomswet [Loi générale sur l'assurance vieillesse] (pension de vieillesse) ;
- ANW : algemene nabestaandenwet [Loi générale sur l'assurance des survivants] (allocation de survivant) ;
- AKW : algemene Kinderbijslagwet [Loi générale sur les allocations familiales]
- Wlz : Wet Langdurige Zorg [Loi relative aux soins de longue durée].

Les AOW, Anw et AKW sont gérées par la Sociale Verzekeringsbank (SVB) [Banque d'assurance sociale]. La Wlz est gérée par les prestataires Wlz. En plus des assurances précitées, il convient encore de signaler la Wet Arbeidsongeschiktheid jonggehandicapten (Wajong) [Loi sur les indemnités d'incapacité de travail pour jeunes handicapés], la Participatiewet et le Kindgebonden Budget. La Wajong est gérée par le uitvoerinsinstituut werknemersverzekeringen (UWV) alors que le Kindgebonden Budget l'est par l'administration fiscale néerlandaise/Toeslagen et la Participatiewet est mise en œuvre par les communes.

1.3.2. Zorgverzekeringswet (loi sur l'assurance soins de santé)

Tous les assurés Wlz sont obligatoirement assurés pour l'assurance soins de santé (Zvw). La Zvw est gérée par les assureurs maladie et par le CAK. L'assureur maladie prélève une prime nominale (pas un pourcentage).
Celle-ci varie par assureur-maladie. En outre, il convient également de tenir compte d'une cotisation liée au revenu Zvw.

1.3.3. Assurances des travailleurs

Il en existe trois différentes aux Pays-Bas :

- ZW : Ziektewet [Loi sur l'assurance maladie] ;
- WIA: Wet Werk en Inkomen naar arbeidsvermogen [Loi sur le travail et le revenu en fonction de la capacité de travail] ;
- WW : Werkloosheidswet [Loi sur l'assurance-chômage].

Les ZW, WIA, WW sont gérées par le uitvoeringsinstituut werknemersverzekeringen (UWV).

1.3.4. Perception des assurances sociales

L'administration fiscale est responsable de la perception :

- de l'impôt sur le salaire et des cotisations des assurances populaires ;
- des cotisations des assurances des travailleurs, et
- de la cotisation Zvw, calculée en fonction des revenus.

Le CAK Nederland (CAK) est responsable de l'administration (e.a. délivrer la CEAM) et de la perception de la cotisation Zvw des membres de la famille des travailleurs frontaliers et des post-actifs (pensionnés).

1.3.5. Assurances complémentaires de sécurité sociale

Il existe aux Pays-Bas un vaste système d'assurances complémentaires (extra-légales) de sécurité sociale. À titre d'exemple, citons les régimes de pension sectoriels, les régimes de pension anticipée (VUT), les assurances complémentaires incapacité de travail et survivants et les assurances soins médicaux complémentaires. Vous souhaitez plus d'informations sur ces réglementations ? Informez-vous auprès de votre employeur, de votre syndicat, assureur maladie ou fonds de pension ou consultez votre CCT. Vous trouverez aussi plus d'informations dans les autres paragraphes de la rubrique C. Sécurité sociale de la brochure «travailleurs frontaliers belges aux Pays-Bas» sur le site du Startpunt Grensarbeid :
www.startpuntgrensarbeid.nl.

Informations sur les assurances-maladies et sur le règlement européen de sécurité sociale n° 883/04

- Votre assureur maladie ou l'organisme d'assurance belge
- CAK Nederland
  Postbus 320, 1110 AH Diemen
  Tél. 0031-10-428.95.51
  Site web : www.CAKnederland.nl
- Zilveren kruis Achmea Tel. 0031 (0) 33 445 6870
  Site web : www.zilverenkruis.nl

- Zorgverzekeraars Nederland (ZN) Postbus 520, 3700 AM Zeist Tél. 0031-30-698.89.11 Site web : www.zn.nl

Pour toutes vos questions relatives à l'AOW ou à la pension AOW, vous pouvez également vous adresser au Département Affaires sociales et Emploi de l'ambassade des Pays-Bas, Avenue de Kortenberg 410, 1040 Bruxelles

1.4. Sécurité sociale des inactifs et actifs

1.4.1. Inactifs temporaires

N'est pas assurée au titre des assurances populaires la personne qui réside aux Pays-Bas et qui, pendant une période ininterrompue d'au moins trois mois, a exercé une activité professionnelle exclusivement en dehors des Pays-Bas. Etes-vous temporairement inactif comme travailleur frontalier sur le marché belge du travail ? Par exemple, en cas de maladie temporaire, d'infirmité, de grossesse, d'accouchement, de chômage, de congé, de grève ou d'exclusion ? Cette période n'est pas prise en compte pour déterminer la période de trois mois et vous restez assuré par la sécurité sociale néerlandaise, tant que vous ne travaillez qu'aux Pays-Bas. Cette situation est réglée par le décret Besluit uitbreiding en beperking kring verzekerden volksverzekeringen (BUB) [Décret sur l'augmentation et la limitation du nombre d'assurés des assurances populaires] de 1999.

1.4.2. Post-actifs

Si vous résidez en Belgique et que vous obtenez des Pays- Bas une allocation WAO, WIA, Anw, AOW ou une pension anticipée pour travailleurs salariés, par exemple, vous n'êtes plus socialement assuré aux Pays-Bas.

Droit aux soins médicaux

Si vous ne percevez qu'une allocation néerlandaise et aucune allocation d'un autre pays tel que la Belgique, vous avez droit aux soins médicaux en Belgique. Ceux-ci seront toutefois à charge des Pays-Bas. Pour bénéficier des soins de santé, vous devrez vous inscrire auprès d'un organisme assureur belge ou auprès d'un fonds maladie. Ceci est possible grâce au formulaire E-121 ou S1.

Vous pouvez demander ce formulaire auprès du CAK [Conseil des assurances frais de maladie] à La Haye. Si outre votre indemnité néerlandaise, vous touchez une pension légale belge, les soins de santé seront à charge de l'assurance belge (si cette pension belge donne droit à l'assurance belge).

En cas d'allocation d'incapacité partielle de travail

Si vous sollicitez une allocation d'incapacité partielle de travail alors que vous travaillez encore aux Pays-Bas, vous restez assuré au titre du régime d'assurance sociale néerlandaise. Si en plus de votre allocation WIA ou WAO néerlandaise vous recevez également une allocation belge, ou si vous travaillez également en Belgique, le régime belge de sécurité sociale vous est applicable.

Constitution d'une pension AoW et Anw

Si vous n'êtes plus assuré aux Pays-Bas, la constitution des droits à la pension AOW prend fin. Vous conservez naturellement les droits précédemment acquis. Si vous souhaitez recevoir une allocation AOW suffisante à l'âge de la retraite, il vous est loisible de poursuivre l'assurance AOW à titre volontaire et de maintenir ainsi votre assurance néerlandaise. Votre assurance Anw peut également être prolongée. Il vous suffit alors d'introduire une demande auprès de la Sociale Verzekeringsbank de Amstelveen, dans l'année suivant la date à laquelle l'assurance obligatoire AOW ou Anw a pris fin.

Il est par ailleurs possible que vous entriez en ligne de compte pour une assurance volontaire spéciale AOW/ Anw (suite à un arrêt pris par la Cour de Justice européenne à Luxembourg au cours de la période 2000- 2006).

Vous entrez en ligne de compte pour cette assurance si :

- au cours de la période 2000-2006, vous résidiez en Belgique ou dans un autre État membre européen,
- qu'au cours de la période concernée vous étiez assuré obligatoire à tout le moins au titre d'une assurance sociale néerlandaise, et
- que vous n'exerciez plus d'activité professionnelle (aux Pays-Bas).

2. PAIEMENT DES COTISATIONS SOCIALES

2.1. Actifs

Les cotisations d'assurance sociale aux Pays-Bas sont retenues sur votre salaire. Elles s'élèvent à 27,65 % (2018) et sont d'application sur un montant maximal de € 33.994 ; Le calcul se fait à partir du salaire brut après déduction des réductions d'impôts et de cotisations, ainsi que des abattements appliqués aux Pays-Bas (par exemple les cotisations pension, la hiaatpremie [cotisation de continuité]). Les réductions d'impôt applicables aux Pays- Bas sont déduites de la cotisation calculée sur cette base. En tant qu'assuré vous avez droit à la partie cotisations des réductions d'impôt et de cotisations sociales. En

plus des cotisations aux assurances populaires retenues sur votre salaire, un certain nombre d'autres cotisations sont également à votre charge

Zorgverzekeringswet [loi sur l'assurance soins de santé, Zvw] : Taux et revenu maximal soumis à la cotisation 2017.
Depuis 2017, les taux de Zvw sont les suivants :
- Pour le précompte employeur (werkgeversheffing) Zvw, le taux élevé de 6,9 % s'applique ;
- Pour la cotisation propre à la Zvw que votre employeur ou votre organisme payeur retient de votre salaire ou de votre indemnité, le taux faible de 5,65 % s'applique ;
- Pour la cotisation propre à la Zvw versée par la déclaration de revenus Zvw, le pourcentage faible de 5,65 % s'applique.

Le revenu maximal soumis à la cotisation s'élève en 2018 à € 54.614,00.

Vous avez d'autres revenus que votre salaire, votre pension ou une indemnité ? Vous percevez par exemple des bénéfices d'une entreprise, une pension alimentaire ou des revenus d'autres activités professionnelles ?
Vous êtes artiste ? Rien ne change pour vous en 2018, si ce n'est le taux.

Vous payez la cotisation Zvw sur vos revenus par le biais d'une déclaration. Une cotisation de 5,65 % liée aux revenus doit être payée sur les revenus pour lesquels il n'existe pas d'indemnité obligatoire dans le chef d'un employeur ou d'un organisme (les revenus d'indépendant, par exemple). Cette cotisation est temporairement ramenée à 0% pour les bénéficiaires d'une pension alimentaire payée directement par l'ancien partenaire. Ce taux de cotisation vaut uniquement si une pension alimentaire était déjà perçue en 2005. Il s'agit d'une mesure transitoire décidée pour une période de 11 ans. Outre cette cotisation liée aux revenus, une prime nominale est également due pour l'assurance soins de santé. La prime nominale (non exprimée en pourcentage) diffère d'un assureur maladie à l'autre.
Le montant à payer pour la franchise obligatoire s'élève à € 385 pour 2018.

La franchise obligatoire implique que l'assuré doit payer les 385 premiers euros de soins de santé couverts par l'assurance de base. Seuls les soins pratiqués par le médecin généraliste, les soins dentaires jusqu'à 18 ans, les soins d'obstétrique et les soins postnatals ne relèvent pas de cette franchise. Elle s'applique à tous les assurés de plus de 18 ans. Outre cette franchise obligatoire, une franchise volontaire (supplémentaire) peut être contractée. Cette franchise s'applique si vous bénéficiez vous-même de soins aux Pays-Bas ou si votre assureur-maladie vous verse une allocation.

Les membres du ménage qui sont affiliés auprès d'un organisme assureur belge et qui sont âgés de 18 ans ou plus sont redevables en 2018 d'une cotisation forfaitaire Zvw de € 944,00 par ans. Vous recevez à ce titre une facture du CAK.

Pour vos frais de soins de santé et pour les membres de votre ménage âgés de 18 ans ou plus, vous pouvez en fonction de votre revenu demander une indemnité, appelée zorgtoeslag [allocation de santé] auprès du Belastingdienst.
Vous ne payez cependant pas l'impôt salarial ni les primes d'assurances sociales sur cette indemnité.
Plus d'informations à ce sujet peuvent être obtenues sur www.toeslagen.nl.

Werkloosheidswet (WW) [Loi sur l'assurance chômage]
Depuis le 1er janvier 2018, la part salariale de la cotisation WW est de 0% ; depuis cette date la cotisation est entièrement à la charge de l'employeur :
- La cotisation à la Arbeidsongeschiktheidswet (WAO) [Assurance d'incapacité de travail] est entièrement à la charge de l'employeur.
- Les cotisations à la pension d'entreprise, à la retraite anticipée et aux assurances WAO /WIA complémentaires sont notamment réglées dans les CCT concernées.

2.2. Inactifs

Si vous effectuez un travail à temps partiel aux Pays-Bas, vous obtenez en Belgique la qualité de travailleur à Temps partiel avec maintien des droits et vous pouvez obtenir sous certaines conditions une allocation de garantie de revenus. Si vous introduisez une demande en ce sens auprès du Service des Conventions internationales de l'Office belge de Sécurité sociale, il peut être convenu en application de l'article 16 du Règlement (CE) n° 883/04 que vous paierez vos cotisations de sécurité sociale uniquement en Belgique. En cas d'acceptation, ce service vous enverra une attestation A1 (anciennement E-101) (voir annexe). Ce service vous informera alors concernant les modalités de paiement de la cotisation sur votre salaire néerlandais.

2.3. (Pré)pensionnés

Si vous résidez en Belgique et si vous touchez seulement une allocation ou une pension légale (AOW p.ex.), vous avez droit, en vertu du Règlement

européen de sécurité sociale n° 883/04, à l'éventail belge de soins médicaux à charge des Pays-Bas. Vous payez pour cela une cotisation aux Pays-Bas qui est retenue sur votre pension ou allocation. Si vous êtes pensionné et si en plus de votre pension légale et de votre pension d'entreprise néerlandaise vous touchez également une pension de retraite belge (sur la base des périodes d'emploi ou de service militaire), vous pouvez être dispensé des cotisations aux assurances populaires. En vertu de cette pension belge, vous devenez assuré auprès d'une mutualité belge. Vous ne devez plus payer de cotisation aux Pays-Bas.

3. ASSURANCES MALADIE ET INCAPACITÉ DE TRAVAIL

3.1. Paiement du salaire / Prestations d'assurance maladie

Si vous travaillez aux Pays-Bas pour un employeur dans le cadre d'un contrat de travail normal et que pour cause de maladie ou d'accident – quelle qu'en soit la cause – vous n'êtes plus en mesure de travailler, vous avez droit à la continuation de la rémunération à charge de votre employeur néerlandais pendant les 104 premières semaines de maladie. Votre employeur est tenu de continuer à vous payer 70% du salaire, mais ce montant ne peut être inférieur au salaire minimum garanti. En fonction de la CCT, il arrive qu'une allocation complémentaire soit versée par l'employeur, la plupart du temps jusqu'à 100% pendant les 52 premières semaines.

L'indemnité de maladie légale (ZW) s'élève à 70% du salaire que vous gagnez, mais qui est lié cependant à un plafond revu chaque année. Ce salaire journalier maximum, partant d'une semaine de travail de 5 jours, s'élève à € 209,26 au 1er janvier 2018.

Employeurs et travailleurs peuvent convenir de poursuivre le paiement du salaire au-delà des 104 semaines afin de disposer ainsi d'un temps plus long pour finaliser la réintégration éventuelle ou attendre le rétablissement.

Lorsque vous ne travaillez pas dans le cadre d'un emploi, p. ex. par ce que vous travaillez comme intérimaire, ou parce que votre employeur a été déclaré en faillite, ou parce que votre travail temporaire prend fin, vous pouvez prétendre à une indemnité de maladie auprès de l'UWV. Les arrangements à suivre en matière de notification de maladie par les travailleurs sont consignés dans le contrat de travail. Le travailleur doit en tout cas signaler dans les deux jours à l'employeur qu'il est inapte à travailler.
L'employeur doit en aviser l'organisme d'exécution après 42 semaines (délai légal). Chaque arbeidsraad [organisme de médecine du travail] organise à sa façon le contrôle des malades. Arboned p.ex. effectue lui-même les contrôles en Belgique. L'UWV (uitvoeringsinstituut werknemersverzekeringen) [organisme l'exécution des assurances pour travailleurs] intervient comme organisme de médecine du travail pour les bureaux de travail intérimaire. Si vous êtes une travailleuse assurée aux Pays-Bas, vous avez droit, en cas de grossesse, à une indemnité de maternité de l'organisme d'exécution identique à votre salaire quotidien (plafonné). Vous ne devez pas être inapte au travail pour pouvoir en bénéficier Le congé de grossesse et d'accouchement peut être pris de manière flexible à partir de 6 à 4 semaines avant la date présumée de l'accouchement et pendant une durée maximale de 16 semaines ininterrompues.

Congé parental
Le congé parental vous permet de réduire temporairement vos prestations pour consacrer plus de temps à un enfant jusqu'à 8 ans. Aux Pays-Bas, chacun des parents a droit à 26 fois le nombre d'heures de travail hebdomadaires pour le congé parental. Les clauses dans votre contrat de travail sur le travail et le nombre d'heures de travail, par exemple, ne changent pas. Le congé n'est pas payé, mais certains employeurs continuent à payer (partiellement) le salaire. Après l'accouchement, la mère obtient, outre un congé de maternité, 3 jours de congé parental.

3.2. Indemnités d'incapacité de travail

Aux Pays-Bas il n'existe pas d'assurance spéciale contre les accidents du travail et les maladies professionnelles.
Si à la suite d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle vous êtes inapte au travail, c'est le régime maladie qui est d'application (voir 3.1.). Ensuite vous entrez en ligne de compte pour une indemnité d'incapacité de travail dans le cadre de la WIA (voir 3.2.1.).

3.2.1. Loi sur le travail et le revenu en fonction de la capacité de travail (WIA)

- La WIA règle le droit des travailleurs à une indemnité d'incapacité de maladie en cas d'incapacité de travail totale et permanente. Le travailleur qui n'est que partiellement inapte au travail touchera un

supplément de salaire. La WIA comporte deux volets: la Regeling inkomensvoorziening volledig arbeids-ongeschikten [Réglementation de compensation pour invalidité totale] et

- la Regeling uitkering werkhervatting gedeeltelijk arbeidsgeschikten (WGA) [Réglementation invalidité partielle visant à la reprise du travail].

La cotisation WIA se compose de 3 parties :

- Une cotisation de base identique pour chaque employeur qui s'élève à 6,27 % ;
- Une cotisation WAO uniforme : 0,00% à partir du 1.1.2011, le fisc ne prélève plus de cotisation uniforme ;
- Une cotisation différenciée : celle-ci varie d'un employeur à l'autre. Pour les gros employeurs, elle se situe entre 0,75% et 3,00%.

IVA

Si vous êtes en incapacité de travail complète et durable, vous pouvez, après une période de carence de 104 semaines, entrer en ligne de compte pour une indemnité d'incapacité de travail au titre de l'IVA. Le droit à une indemnité IVA peut naître aussi lorsqu'à l'issue de la période de carence de 104 semaines vous aviez un taux d'incapacité de travail de moins 35%, mais qu'endéans les 5 années après cette période vous étiez devenu totalement et définitivement inapte au travail pour les mêmes raisons médicales. Enfin le droit à l'indemnité peut également prendre naissance lorsque, endéans les quatre semaines suivant la période de carence (104 semaines) vous devenez totalement ou définitivement inapte au travail pour une autre raison médicale. L'indemnité s'élève à 75% du salaire journalier. Depuis le 1er janvier 2018, le salaire journalier maximum est de € 209,26.

L'allocation WIA (IVA) s'élève à 75% maximum du salaire que vous gagnez, avec un salaire journalier maximum de € 209,26 par jour. Le montant de l'allocation WGA s'élève les deux premiers mois à 75% du salaire journalier, puis 70%. Ce salaire journalier est plafonné à € 209,26. Un revenu éventuel est déduit à 70%. L'allocation suivante dépend du taux d'incapacité de travail. De ce fait, le pourcentage de l'allocation peut être inférieur à 70%. Le pourcentage de la cotisation Wlz s'élève en 2018 à 9,65% par an sur un maximum de € 33.994 (1ère et 2e tranche d'imposition).

S'il reste une chance de rétablissement, vous serez invité pour un entretien au cours des cinq premières années. Lors de ces entretiens on vérifiera si votre situation médicale s'est améliorée. Si tel est le cas, votre indemnité sera adaptée en conséquence. Elle sera alors convertie en une indemnité WGA. Si votre situation d'inaptitude totale et définitive au travail persiste, vous conserverez votre indemnité IVA jusqu'à l'âge de la retraite.

WGA

Si vous n'êtes pas en incapacité de travail complète ou durable, vous pourrez prétendre à une indemnité au titre de la WGA. Dans ce cas vous recevrez, pendant une période de minimum 3 mois une indemnité calculée en fonction du salaire. La durée maximale de cette indemnité liée au salaire dépend de la durée de vos antécédents professionnels. Pendant les deux premiers mois, l'allocation s'élève à 75% du salaire journalier et ensuite à 70%. Les revenus que vous percevez en sont déduits (partiellement).

A la fin de la période de perception de l'indemnité liée au salaire, on vérifiera le montant que vous gagnez. S'il représente minimum 50% de la capacité de gain restante, la WGA suppléera le salaire à concurrence de 70% de la différence entre le salaire journalier et la capacité de gain restante ou le nouveau salaire. Si à l'issue de la période d'indemnité liée au salaire vous n'avez pas de travail ou gagnez moins de 50% de la capacité de gain restante, vous recevrez une indemnité basée sur un pourcentage du salaire minimum.

Indemnité de congé

Chaque mois un montant de 8% est réservé sur votre indemnité WIA pour alimenter l'indemnité de congé vakantietoeslag que la WIA verse chaque année dans le courant du mois de mai. Si votre indemnité prend fin plus tôt, l'indemnité de congé vakantietoeslag vous sera versée le mois où vous toucherez votre dernière indemnité.

Demande

Vous devez vous-même solliciter l'indemnité WIA auprès de l'UWV. L'UWV envoie les formulaires 4 mois avant la fin du délai de carence.

Allocation proportionnelle

Si vous avez des périodes belges en plus de vos périodes néerlandaises, vous recevez une allocation partielle belgo- néerlandaise, allocation dite proportionnelle. La Belgique paie sur les périodes de travail en Belgique une pension d'invalidité, calculée selon le droit belge, et les Pays-Bas calculent sur les périodes néerlandaises une allocation WIA, selon le droit néerlandais. Comme dernier assuré néerlandais, l'UWV effectue deux calculs dont le montant le plus avantageux vous est alloué. La Belgique paie une allocation pour les périodes de travail dans ce pays.

Remarques

- Si vous recevez une allocation AOW ou WIA, vous n'êtes plus assuré dans le cadre des assurances populaires. Dans ce cas, il vous est évidemment loisible de poursuivre les assurances AOW et Anw sur une base volontaire. Vous devez pour cela introduire auprès de la SVB une demande dans l'année suivant la fin de l'assurance obligatoire. Si vous bénéficiez d'une pension d'invalidité belge en plus de l'allocation WAO ou WIA, vous êtes assuré social belge. Vous êtes dès lors assuré notamment pour les soins médicaux et vous proméritez une pension de retraite dite forfaitaire. Le travailleur en incapacité de travail peut également, dans les trois ans suivant la date de la décision, demander par lettre recommandée au SFP à être autorisé à payer une cotisation volontaire pour la pension de retraite et de survie. La cotisation s'élève à 16,53 % du revenu non plafonné.
- Pour ce qui concerne vos droits aux soins médicaux, nous nous bornerons à vous renvoyer au chapitre 4.

3.2.2. Wet arbeidsongeschiktheidsverzekering zelfstandigen (WAZ) [Loi sur l'assurance incapacité de travail des indépendants]

La WAZ a été abrogée le 1er août 2004. Seuls les indépendants qui étaient en incapacité de travail avant le 1er août 2004 peuvent encore entrer en ligne de compte pour une allocation WAZ.

La WAZ assurait les indépendants, les conjoints aidants et les professionnels, comme les directeurs, gros actionnaires, aides familiales, etc. Le recours à la WAZ n'est plus possible que dans des situations de transition. Les "situations de transition" sont les suivantes : l'indépendant qui à la date du 1er août 2004 bénéficiait déjà d'une allocation Waz conserve cet avantage aussi longtemps qu'il satisfait aux conditions d'attribution, c'est-à-dire :

- il doit avoir une incapacité de travail supérieure à 25% ;
- il doit être âgé de moins de 65 ans ;
- le revenu au premier jour de maladie a été obtenu en tout ou en partie au titre d'activités comme indépendant.

Remarques

- Si vous touchez une allocation d'incapacité de travail (WAZ) néerlandaise, vous n'êtes plus assuré dans le cadre des assurances populaires néerlandaises. Une solution serait de contracter une assurance AOW et /ou Anw sur une base volontaire (voir 1.2.) ;
- pour ce qui concerne vos droits aux soins médicaux nous vous renvoyons au chapitre 4 (Soins médicaux).

4. SOINS MÉDICAUX

4.1. Généralités

Si vous allez travailler aux Pays-Bas en tant que travailleur salarié ou indépendant, vous êtes en principe soumis à la législation néerlandaise de sécurité sociale. L'assurance maladie en est aussi une composante.

Aux Pays-Bas, les droits aux soins médicaux sont réglés dans deux lois, à savoir, la Wet langdurige zorg [Loi relative aux soins de longue durée] et la Zorgverzekeringswet (Zvw)[Loi sur les soins de santé courants]. Les paragraphes que les inactifs liront avec intérêt sont : 4.1.1.1. et 4.1.1.2., 4.2.2. et 4.2.4., 4.3.2.1. à 4.3.2.3., 4.4.1. et 4.4.2., ainsi que 4.5.
Si vous résidez en Belgique et bénéficiez uniquement d'une prestation ou pension légale néerlandaise (comme WIA/WAO et AOW), vous n'êtes pas assuré Wlz (et dès lors non assujetti à l'assurance soins de santé, mais vous avez droit en Belgique, en vertu du règlement européen de sécurité sociale 883/04 à l'éventail belge des soins de santé à charge des Pays-Bas. Pour les non-actifs, il importe de lire dans cette brochure les paragraphes 4.1.2.1 et 4.1.2.2, 4.2.3 et 4.2.4, 4.3.3.1 et 4.3.3.2, 4.4.1 et 4.4.2, ainsi que 4.5.

4.1.1. Actifs

4.1.1.1. Aperçu des réglementations

a) L'assurance Wlz

Wlz est une assurance de plein droit. Cela signifie concrètement que toutes les personnes qui répondent aux critères fixés par la loi, qu'elles aient ou non l'intention de faire valoir leurs droits que leur confère la législation. Toute personne qui réside légalement aux Pays-Bas ou qui habite à l'étranger et travaille aux Pays- Bas. Les travailleurs frontaliers qui viennent travailler aux Pays-Bas comme salarié ou comme travailleur indépendant sont par conséquent assurés au titre de Wlz. Les membres de la famille des travailleurs frontaliers ne sont pas assurés au titre de la Wlz, sauf s'ils travaillent ou résident aux Pays-Bas.

b) L'assurance Zvw

En vertu de la Zorgverzekeringswet, toute personne assurée de plein droit sur la base de la Wlz est tenue de contracter une zorgverzekering. Tout assureur soins de santé opérant aux Pays-Bas est obligé d'accepter toute demande de zorgverzekering qui lui serait adressée. Le travailleur frontalier est lui-même tenu de souscrire une zorgverzekering. En vertu du

règlement européen de sécurité sociale n° 883/04, le travailleur frontalier assuré a droit aux soins médicaux en Belgique. Le travailleur frontalier a un droit d'option : il bénéficie à la fois du droit aux soins de santé en vertu de sa zorgverzekering et sur base du Règlement européen. Les membres de la famille du travailleur frontalier ont également droit, en vertu du règlement, aux soins en Belgique s'ils peuvent être considérés comme membres de la famille selon la législation belge. Ils ne sont pas assurés pour la Wlz. Il a toutefois été convenu avec la Belgique que les membres de la famille des travailleurs frontaliers peuvent également prétendre aux soins médicaux aux Pays-Bas. Le travailleur frontalier belge et les membres assurés de sa famille bénéficient grâce au formulaire E-106 ou S1 des soins médicaux en Belgique à charge des Pays-Bas. Délivré par l'assureur soins de santé néerlandais, cette attestation devra être remise à l'organisme assureur belge où l'intéressé a choisi de s'inscrire. Cela permettra à l'organisme assureur belge de rembourser les frais engagés en Belgique. Les frais engagés aux Pays-Bas seront remboursés en vertu de la zorgverzekeringswet par l'assureur soins de santé. Le travailleur frontalier peut aussi choisir de faire rembourser les frais engagés en Belgique par l'assureur soins de santé néerlandais. Chaque année, le travailleur frontalier peut changer d'assureur soins de santé. L'assureur offre au travailleur frontalier la possibilité de faire un choix entre plusieurs catégories de police couvrant l'assurance de base, avec en plus de la franchise obligatoire de € 385 une franchise volontaire au choix. Il vous est aussi loisible de contracter une assurance complémentaire.

L'assureur vous informera sur le contenu et les possibilités des polices. Vous avez le choix entre :

- Une restitutiepolis [police contre remboursement] qui rembourse les frais et vous permet dès lors de vous adresser à un prestataire de soins de votre choix aux Pays-Bas ou en Belgique. Cette police permet le remboursement des frais engagés en Belgique, mais d'après les critères néerlandais ;
- Une naturapolis [police en nature] qui implique que vous serez directement soigné par des prestataires de soins attitrés qui ont passé un contrat avec l'assureur. Lorsque les soins sont prodigués par un prestataire de soins (belge) non contractuel, l'assureur soins de santé est autorisé à vous rembourser partiellement les frais. L'assureur soins de santé doit avoir défini la notion de remboursement partiel ;
- Une combinaison des deux polices.

Membres de la famille

Les membres de la famille qui ne sont pas eux-mêmes assurés doivent se présenter au CAK à La Haye. Le formulaire E-106 ou S1 et l'inscription auprès d'un organisme assureur belge est en tout cas indispensable pour les membres de la famille. Un organisme assureur belge décidera si les membres de la famille sont inscrits – via le travailleur frontalier – auprès d'un organisme assureur en Belgique. Ils peuvent obtenir des soins médicaux tant en Belgique qu'aux Pays-Bas. Pour les soins aux Pays-Bas, ils doivent demander au préalable une CEAM auprès du CAK et présenter celle-ci au prestataire de soins. Ils ont droit aux Pays-Bas aux soins prévus dans la Zvw et Wlz.

Vlaamse zorgverzekering (Assurance dépendance flamande)

Les habitants de Flandre doivent obligatoirement s'affilier à la Vlaamse zorgverzekering. Les travailleurs frontaliers sont toutefois exclus de cette assurance.

4.1.1.2. Cotisations

La cotisation nominale et la cotisation liée au revenu pour la zorgverzekering (Zvw).

Tous les assurés âgés de 18 ans et plus qui ont contracté une zorgverzekering versent à l'assureur soins de santé une cotisation nominale dont il a lui-même fixé la hauteur. Elle peut varier en fonction des variantes des contrats d'assurance mis sur le marché (police contre remboursement, en nature ou combinaison), mais pour le même modèle de contrat cette hauteur doit être identique quel que soit l'assureur choisi. La possibilité de contracter des assurances collectives est la seule exception à l'interdiction de différencier la prime. Une réduction de prime de maximum 10% par rapport au montant de base de la prime appliquée à cette variante de la zorgverzekering. En plus de la cotisation nominale, l'employeur verse sur le salaire ou l'organisme de paiement sur l'allocation une contribution liée au revenu. Dans certains cas, l'assuré paie la cotisation liée au revenu Zvw. Les cotisations sont perçues par le fisc.

Une franchise obligatoire a été introduite. Le montant de la franchise est fixé à € 385 pour l'année 2018. En plus de la franchise obligatoire, on peut également choisir une franchise volontaire qui est plafonnée à € 500 en plus de la franchise obligatoire. La franchise obligatoire se traduit par l'obligation pour l'assuré de payer lui-même les 375 premiers euros de soins médicaux couverts par l'assurance de base. La franchise obligatoire ne s'applique pas aux soins pratiqués par le généraliste, aux soins dentaires pour les jeunes jusqu'à 18 ans, aux soins d'obstétrique, ni aux soins postnataux. La franchise obligatoire s'applique à tous les assurés à partir de 18 ans. La franchise obligatoire s'applique si vous bénéficiez

vous-même de soins aux Pays-Bas ou si vous percevez une indemnité de votre assureur soins de santé.

Cotisations des membres de la famille ayants droit contractuels
Une cotisation est due aux Pays-Bas pour les membres de la famille d'un travailleur frontalier qui en vertu du Règlement européen de sécurité sociale n° 883/04 ont droit en Belgique à l'éventail belge des soins de santé à charge des Pays-Bas et sont âgés de 18 ans ou plus. Le CAK est responsable du prélèvement et de l'encaissement de cette cotisation. Le travailleur frontalier reçoit à cette fin une facture périodique du CAK. Le CAK base la facture sur les données concernant les membres de la famille, telles qu'elles sont transmises au CAK par l'organisme assureur belge. C'est pourquoi il est important de transmettre les changements dans la situation familiale directement à l'organisme assureur belge. Pour 2018, la cotisation Zvw s'élève par membre de la famille âgé de 18 ans ou plus à € 944,00 par an.

4.1.2. Inactifs

En vertu du règlement européen, le travailleur frontalier non-actif qui reçoit exclusivement une pension néerlandaise a en principe uniquement droit aux frais de santé en Belgique et aux Pays-Bas. Pour les soins administrés aux Pays-Bas, il vous faudra une carte CEAM, que vous devez demander au CAK. Les conditions du Wlz et de la Zvw sont applicables aux soins aux Pays-Bas. Si on était assuré en Belgique et inscrit comme «ressortissant» auprès de l'organisme assureur belge, il faudra d'abord se faire rayer de la liste comme «ressortissant» par cet organisme et se présenter ensuite au CAK. Muni du formulaire E-121/S1 que lui remettra le CAK, l'intéressé devra s'affilier à un organisme assureur belge «à charge des Pays-Bas». Il pourra éventuellement contracter ou maintenir une assurance (hospitalisation) en Belgique.

Membres de la famille
Pour les membres de la famille qui ne sont pas assurés à titre personnel, l'organisme assureur belge décide si les membres de la famille seront inscrits auprès de l'organisme assureur en Belgique – via le travailleur frontalier pensionné. Dans ce cas, le CAK délivre un formulaire E-121 (ou S1 pour les membres de la famille). Les membres de la famille ont droit en Belgique aux soins selon le régime belge. Les soins médicaux aux Pays-Bas sont soumis aux mêmes conditions que pour le pensionné lui-même.

Protection sociale flamande
Les personnes résidant en Flandre doivent obligatoirement s'affilier à la Vlaamse zorgverzekering. Les assurés étrangers qui n'exercent pas d'activité professionnelle sont toutefois exclus de cette assurance.

4.1.2.1. Aperçu des réglementations

Droits découlant du règlement
Si vous résidez en Belgique et touchez seulement une prestation ou pension légale (WIA/WAO et AOW par exemple), vous et les éventuels membres de la famille avez droit en Belgique, en vertu du Règlement européen de sécurité sociale n° 883/04, au panier de soins belges à charge des Pays-Bas. Pour ce faire vous et les éventuels membres de votre famille devez vous présenter au CAK. Le CAK vous fera ensuite parvenir le formulaire E-121 ou S1 qui vous permettra de vous inscrire auprès d'un organisme assureur belge.

L'organisme assureur belge appréciera quels sont les membres de la famille «coassurés». Vous paierez pour vous-même et les membres de la famille (âgés de 18 ans et plus) une cotisation aux Pays-Bas, dont le montant sera prélevé sur votre pension ou prestation. Suivant la hauteur de votre revenu et la composition du ménage vous pourrez prétendre à l'allocation soins de santé (zorgtoeslag). Le formulaire de demande peut être obtenu auprès du Belastingdienst Toeslagen, page web www.toeslagen.nl ou au numéro de téléphone 0031-55-538.53.85.

4.1.2.2. Contributions à payer

Pour bénéficier des droits en vertu du règlement européen de sécurité sociale n° 883/04, vous paierez pour vous-même et les membres de la famille (âgés de 18 ans et plus) une cotisation aux Pays-Bas dont le montant sera prélevé sur votre pension ou indemnité. La cotisation due est fixée selon la structure néerlandaise. Tout comme la structure de cotisations de la Zvw et de le Wlz, la cotisation comporte une composante nominale et une composante liée au revenu. Pour tenir compte des conditions locales de soins de santé dans le pays de résidence, le montant total des différentes composantes sera multiplié par le coefficient pays de résidence (= coût moyen des frais de santé dans le pays de résidence / coût moyen des frais de santé aux Pays-Bas). Les coefficients pays de résidence sont publiés annuellement. En 2017 il s'élève à 0,7029 pour la Belgique. En fonction de l'importance de votre revenu et de la composition de votre ménage, vous pourrez prétendre à une allocation soins de santé (zorgtoeslag). Pour les bénéficiaires du traité, le montant de cette allocation est également lié au coefficient pays de résidence.
Le formulaire de demande peut être obtenu auprès du Belastingdienst Toeslagen, page web www.toeslagen.nl ou au numéro de téléphone 0031-55-538.53.85.

Pourcentages et montants de la cotisation			
Cotisation pour le fonds de	**Pourcentage**		**Plafond salarial (par jour/an)**
	Travailleur	Employeur	
Loi générale sur les allocations familiales	-	-	
Loi sur l'assurance-chômage			
Fonds de chômage		2,85	€ 209,26 par jour
Werkhervattingskas [Caisse de reprise du travail]		1,22	€ 209,26 par jour
Fonds sectoriel		1,28	
Loi sur la couverture maladie		6,9	€ 54.614,00 par ans
Loi sur l'assurance maladie	9,65		€ 33.994,00 par ans
Loi sur le travail et le revenu en fonction de la capacité de travail			
Base			€ 209,26 par jour
Différentiel (WGA)			€ 209,26 par jour
Loi générale sur l'assurance vieillesse	17,90		€ 33.994 par ansr
Loi générale sur l'assurance des survivant	0,60		€ 33.994 par ans

4.2. Affiliation à l'assurance maladie

4.2.1. Aux Pays-Bas

Pour satisfaire à l'obligation d'assurance vous devez dans les 4 mois après la naissance de l'obligation contracter une assurance soins de santé auprès d'un assureur soins de santé de votre choix. Tout assureur soins de santé est obligé d'accepter votre demande d'assurance santé. Si vous ne satisfaites pas ou trop tard à votre obligation d'assurance, vous ne serez pas assuré.

La loi 'Opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering' (sur la recherche et l'assurance des personnes non assurées pour l'assurance maladie) est entrée en vigueur le 15 mars 2011.
Cette loi comporte des mesures pour rechercher les personnes qui n'ont pas d'assurance maladie malgré leur obligation d'assurance (les personnes dites non-assurées).

Les non-assurés sont recherchés au moyen du croisement de fichiers. Ils reçoivent une sommation du CAK qui les enjoint de contracter une assurance maladie. A défaut, ils se voient infliger une amende d'environ € 382,50.
Une deuxième amende d'environ € 382,50 ne sera infligée que s'il apparaît après un nouveau croisement des données que l'intéressé n'est toujours pas assuré. Ceux qui persistent à ne pas s'assurer après deux pénalités sont assurés d'office par le CAK auprès d'un assureur maladie. Les intéressés sont alors redevables pendant 12 mois d'une prime administrative de € 134,38 par mois (montant en 2017). Celle- ci fera si possible l'objet d'une retenue à la source.

Après votre inscription auprès de l'assureur soins de santé vous recevrez les conditions de la police. L'assureur soins de santé vous donnera de plus amples informations quant à vos droits et à la procédure à suivre pour accéder aux soins de santé. Il vous délivrera en outre le formulaire S1 (anciennement E-106) (voir annexe) pour que vous puissiez vous affilier auprès d'un organisme assureur de votre choix. Cet organisme vous inscrira ainsi que les membres de la famille à votre charge comme ayants droit aux prestations en Belgique. Informez-vous sur les éventuelles assurances complémentaires (par exemple l'assurance hospitalisation). En plus de l'assurance soins de santé il vous est loisible aussi de contracter une assurance complémentaire aux Pays-Bas. L'assurance complémentaire n'a rien à voir avec l'assurance soins de santé.

C'est une assurance privée où les pouvoirs publics ne peuvent pas imposer de règles. L'obligation d'acceptation n'est pas non plus de mise.

Les assureurs soins de santé privés fixent eux-mêmes le panier de soins couverts et le montant de la cotisation s'y rapportant. Dans la ZVW il est toutefois prévu qu'un assureur soins de santé ne peut pas résilier l'assurance complémentaire lorsqu'un assuré contracte une assurance soins de santé auprès d'un autre assureur.

4.2.2. En Belgique

Vous vous présentez auprès d'un organisme assureur (mutuelle) belge de votre choix muni du formulaire S1 of E-106. S'il en a convenu ainsi avec vous, votre assureur soins de santé peut envoyer le formulaire E-106 directement à l'organisme assureur. Cet

organisme vérifiera quels sont les membres de la famille qui peuvent également être assurés suivant la législation belge. Si des données spécifiques vous sont demandées à ce sujet, prière de bien vouloir les transmettre dans les meilleurs délais. L'assureur soins de santé de votre commune complétera pour sa part le formulaire S1 of E-106 et l'enverra au CAK.

Celui-ci en informera ensuite votre assureur soins de santé néerlandais. De cette manière l'organisme assureur belge sait que vous et les éventuels membres de votre famille avaient droit en Belgique et aux Pays-Bas aux soins médicaux à charge des Pays-Bas.

4.2.3. Affiliation de personnes uniquement titulaires d'une allocation ou d'une pension légale néerlandaise

Si vous résidez en Belgique et avez droit p.ex. à une prestation WAO, WAZ ou Anw, ou si, ayant atteint l'âge de la retraite, vous touchez une pension AOW, vous devez en informer votre assureur soins de santé néerlandais.
Il en est de même pour certaines pensions anticipées et allocations (VUT). Si vous touchez seulement une pension ou prestation légale néerlandaise, vous n'êtes en effet plus assujetti à l'assurance soins de santé aux Pays-Bas, mais avez droit en tant que résident d'un pays contractant aux soins médicaux en Belgique à charge des Pays-Bas.
Vous êtes tenu de communiquer toute modification au CAK. Celui-ci vous enverra ensuite le formulaire S1 anciennement E-121 qui vous permettra de vous affilier ainsi que les éventuels membres de la famille auprès de votre organisme assureur belge.

4.3. Droits aux prestations

4.3.1. Généralités

Vos droits aux soins de santé sont établis en vertu de la Zorgverzekeringswet et de la Wlz.

L'étendue de la couverture est définie sous l'angle fonctionnel dans la Zorgverzekeringswet. Cela veut dire concrètement que les dispositions légales ne règlent plus que ce qui concerne l'ouverture de droits (contenu et étendue des soins) et quand (dans quelles circonstances) ces droits peuvent s'exercer. Le choix du dispensateur de soin et l'endroit où ce soin sera prodigué relèvent de la responsabilité de l'assureur. Ces questions seront réglées dans la convention de soins qu'il établira avec les prestataires de soins.

Cette convention devra également mentionner les conditions procédurales, comme les exigences en matière d'autorisations, de renvoi et de prescription. L'assurance soins de santé offre en principe une couverture mondiale, quel que soit le prestataire de soins choisi. En fonction de la police d'assurance, le remboursement portera sur une partie ou sur la totalité du tarif appliqué aux Pays-Bas. Le travailleur frontalier a droit aux soins médicaux tant aux Pays-Bas (en vertu de la réglementation nationale) qu'en Belgique (sur la base de l'assurance soins de santé ou en vertu du Règlement suivant la réglementation belge).
Si vous avez recours à des soins médicaux en Belgique sur base du Règlement, vous devrez vous adresser à un médecin agréé par l'INAMI (Belgique). Votre organisme assureur est en possession de la liste des médecins belges agréés.

Les droits reconnus au travailleur frontalier sont les suivants :
a) Droits découlant de la Zorgverzekeringswet (vaut pour tous les assurés Zvw)
L'assurance soins de santé ouvre le droit aux soins suivantes :

- médecins de famille, hôpitaux, médecins spécialistes et sages-femmes ;
- séjour hospitalier ;
- soins dentaires jusqu'à 18 ans (à partir de 18 ans uniquement chirurgie dentaire spécialisée et dentiers) ;
- certains dispositifs d'aide médicale ;
- médicaments (franchise) ;
- soins de maternité (franchise) ;
- transport vers l'hôpital (franchise) ;
- soins gériatriques ;
- soins de santé mentale ;
- soins paramédicaux ;
- soins infirmiers et soins dans une institution ;
- soins aux personnes présentant un handicap) ;
- les soins infirmiers et les soins personnels ;
- traitement pour les personnes présentant un handicap sensoriel ;
- soins palliatifs ;
- soins pédiatriques intensifs ;
- soins pour les personnes présentant un handicap sensoriel ou des troubles de développement du langage ;
- les soins infirmiers de proximité. Par e passé, ces soins étaient remboursés dans le cadre de l'ABWZ. La cotisation propre pour les soins infirmiers et les soins n'existe plus. Les soins de proximité ne relèvent plus de la cotisation propre obligatoire ;
- budget personnel pour soins de proximité.

b) Droits découlant de Wlz (vaut pour tous les assurés Wlz) :
La loi relative aux soins de longue durée (Wet langdurige zorg) est entrée en vigueur au 1er janvier 2015. Cette loi couvre toutes les branches de soins concernant les personnes nécessitant des soins lourds

et de longue durée, comme, par exemple, les personnes âgées vulnérables et les personnes présentant un déficit important, une maladie chronique ou un handicap et qui nécessitent des soins intensifs ou une surveillance de proximité pendant toute la journée. Il peut s'agir, par exemple, de personnes âgées démentes ou de personne présentant une grave déficience intellectuelle, corporelle ou sensorielle. La loi Wlz règle les soins en institution ou à domicile.

Les soins couverts par la loi Wlz se composent d'une formule intégrale, qui peut comprendre les éléments suivants :

- Séjour dans un établissement ;
- Soins personnels, accompagnement et soins infirmiers ;
- Traitement :
  - Traitement Wlz ;
  - Soins médicaux généraux ;
- Dispositifs d'aide ;
- Transport pour l'accompagnement ou le traitement ;
- Adaptations au logement pour les jeunes jusqu'à 18 ans.

Pour bénéficier de soins dans le cadre de la loi Wlz, il faut obtenir une indication Wlz. Celle-ci peut être demandée au Centrum indicatiestelling.
Outre les droits aux catégories de soins ci-dessus, il y a encore parmi d'autres les droits aux articles de soins infirmiers, aux soins en milieu hospitalier, aux soins de réadaptation (après un an), aux soins prénataux,
au dépistage de certaines maladies héréditaires du métabolisme et aux vaccinations dans le cadre du programme de vaccinations.
Les membres de la famille du travailleur frontalier et le travailleur frontalier post actif ne sont pas assurés au titre de la Wlz, ni obligatoirement assujettis à l'assurance soins de santé.

4.3.2. Actifs

4.3.2.1. Particularités en cas de recours aux prestations par le travailleur frontalier

Si vous êtes assujetti obligatoire à l'assurance soins de santé et que vous avez contracté une assurance soins de santé vous bénéficiez du droit d'option : vous avez droit aux soins médicaux tant sur la base de votre assurance Wlz et de l'assurance soins de santé qu'au titre du Règlement. Si vous optez pour l'assurance soins de santé, le montant du remboursement dépendra de la police que vous avez choisie. Si votre choix s'est porté sur une police de restitution, le remboursement maximal sera limité au tarif en vigueur aux Pays-Bas. Dans le cas d'une police en nature, une réduction pourra être opérée sur le remboursement des soins prodigués (aux Pays-Bas ou en Belgique) par un prestataire de soins qui n'a pas passé un contrat avec l'assureur. Le montant de cette réduction est précisée dans votre police. En cas de séjour temporaire dans un autre Etat membre UE/EEE ou en Suisse, vous avez droit aux soins médicaux urgents. Vous êtres tenu d'attester de vos droits aux soins médicaux nécessaires pendant le séjour. Vous pouvez utiliser à cette fin la carte européenne d'assurance maladie (CEAM). Cette carte vous est remise par votre assureur soins de santé néerlandais.

4.3.2.2. Les membres de la famille

Si vous avez conclu une assurance soins de santé, les membres de votre famille ont, en vertu du Règlement européen de sécurité sociale n° 883/04, également droit aux soins médicaux en Belgique suivant les dispositions de la législation belge. Les membres de la famille de travailleurs frontaliers peuvent également se faire soigner aux Pays-Bas. Ils ont besoin pour cela de la CEAM. La CEAM pour les membres de votre famille est délivrée par le CAK.

4.3.2.3. Accidents de travail

Aux Pays-Bas, contrairement à la Belgique, il n'existe pas d'assurance spéciale contre les accidents de travail. Si vous avez contracté une assurance soins de santé, les frais engagés à la suite d'une maladie ou d'un accident seront à charge de la Zorgverzekeringswet ou de Wlz. Il se peut toutefois que vous nécessitiez en Belgique des soins médicaux suite à un accident que la nomenclature belge qualifierait d'accident de travail. Par exemple un accident survenu sur le chemin du travail, même si cet accident s'est produit aux Pays-Bas. Il arrive en Belgique que les soins médicaux appliqués en matière d'accidents de travail soient plus étendus que l'aide octroyée en cas de maladie.
Dans ce cas il vous est conseillé de vous adresser auprès de votre organisme assureur/mutualité belge ou auprès de votre caisse d'assurance maladie invalidité. Vous serez alors remboursé comme si l'accident s'était produit sous le couvert de la législation belge.

4.3.3. Inactifs

4.3.3.1. Particularités lorsque les prestations sont réclamées par d'anciens travailleurs frontaliers

L'ayant droit à une rente sera désigné ci-après par le terme «pensionné». Votre mise à la retraite peut avoir un impact sur vos soins de santé et ceux des membres de votre famille. En effet, si vous résidez en Belgique et que vous ne touchez qu'une pension ou prestation légale néerlandaise, vous et les membres de votre famille n'êtes pas assurés au titre de la Wlz et dès lors pas obligatoirement assujettis à la Zorgverzekeringswet. En vertu du Règlement européen de sécurité sociale n° 883°04 vous et les

membres de votre famille avez droit au paquet de soins de la Belgique à charge des Pays-Bas.
Les travailleurs frontaliers pensionnés résidant en Belgique peuvent se trouver dans les situations suivantes.

a) Vous percevez une pension néerlandaise et une pension belge et vous résidez en Belgique

a.1) Si vous résidez en Belgique et que vous percevez à la fois une pension légale néerlandaise et une pension légale belge, alors qu'en vertu de la législation belge vous avez droit aux soins médicaux, vous et les membres de votre famille avez droit en Belgique aux soins médicaux selon les règles en vigueur en Belgique, si vous étiez assurés en Belgique seulement. Vous devez pour cela vous affilier auprès d'un organisme assureur belge. Aucune cotisation Zvw ne peut encore être retenue sur votre prestation/ pension néerlandaise au titre de l'assurance soins de santé et de la Wlz. Si cette retenue a malgré tout été effectuée, vous devez en informer l'organisme assureur belge et lui demander de prendre contact par écrit avec le CAK pour signaler que l'intéressé est assuré obligatoire en Belgique sur la base de la pension de retraite qui lui est versée. Le CAK avisera le ou les organismes de pension concernés de ne plus effectuer de retenue sur la pension.

a.2) Si vous travailliez comme travailleur frontalier aux Pays-Bas juste avant de bénéficier d'une pension de vieillesse ou d'une indemnité d'invalidité, vous continuez à avoir droit aux prestations médicales aux Pays-Bas dans la mesure où il s'agit de la continuation d'un traitement déjà entamé. Ce droit s'étend également aux membres de votre famille. Vous devez demander à cette fin un document S3 à votre organisme assureur belge.

a.3) En cas de séjour temporaire aux Pays-Bas (à l'exception de la situation visée sous a.2) ou dans un autre Etat membre de l'Union européenne, de l'EEE ou en Suisse, vous et les membres de votre famille avez droit aux soins médicaux urgents accordés selon les règles applicables dans ce pays. Dans ce cas, vous devez attester votre droit aux soins médicaux au moyen de la carte européenne d'assurance maladie (CEAM) (voir annexe). Celle-ci vous est délivrée par votre organisme assureur belge. Si vous voulez vous rendre aux Pays-Bas ou dans un autre Etat membre de l'Union européenne ou en Suisse pour y subir un traitement médical, vous devez d'abord en demander l'autorisation à votre organisme assureur belge. Vous obtenez alors un formulaire E-112/S2 (voir annexe) que vous devez remettre à Zilveren Kruis/Achmea. De plus, vous pouvez, en vertu de la jurisprudence de la Cour de justice de l'Union européenne, demander sans autorisation préalable au CAK de rembourser un traitement médical en dehors d'un hôpital aux Pays-Bas ou dans un autre état membre de l'Union européenne ou de l'EEE.

b) Vous avez droit à une pension néerlandaise seulement et résidez en Belgique

b.1) Si vous bénéficiez exclusivement d'une pension ou allocation légale néerlandaise et résidez en Belgique, vous avez droit, en vertu du règlement européen de sécurité sociale n° 883/64 à la couverture belge des soins médicaux, à charge des Pays-Bas Dans ce cas, vous devez vous inscrire, de même que les membres de votre famille, avec un formulaire E-121/S1 (voir annexe) auprès d'un organisme assureur belge. D'autre part, vous avez droit aux soins aux Pays-Bas. Si vous êtes enregistré comme bénéficiaire du traité auprès du CAK, vous pouvez demander le CEAM. Les frais des soins médicaux sont à charge des Pays-Bas. Les conditions de Wlz et de la Zvw sont applicables aux soins aux Pays-Bas.

b.2) Si vous avez droit exclusivement à une pension néerlandaise et que vous avez donc droit en Belgique aux soins médicaux à charge des Pays-Bas, vous conservez votre droit aux soins médicaux aux Pays-Bas (vous gardez donc votre droit d'option). Cette règle s'applique aussi aux membres de votre famille qui sont enregistrés dans l'organisme assureur belge comme étant à la charge des Pays-Bas.

b.3) Si vous résidez en Belgique, vous et les membres de votre famille avez droit, en cas de séjour temporaire dans un autre pays de l'Union européenne que les Pays-Bas (pour les Pays-Bas, voir B.2), l'EEE ou la Suisse, aux soins médicaux urgents qui sont accordés selon les règles en vigueur dans ce pays. Dans ce cas, vous devez attester votre droit aux soins médicaux au moyen de la carte européenne d'assurance maladie (CEAM) (voir annexe). Celle-ci vous est délivrée par le CAK. Si vous voulez vous rendre dans un autre état membre de l'Union européenne que la Belgique (pour les Pays-Bas, voir B.2), l'EEE ou la Suisse pour y subir un traitement médical, vous devez introduire une demande d'autorisation préalable auprès de votre organisme assureur belge qui, après évaluation, la transmettra au CAK qui prendra ensuite une décision. Vous obtenez alors un formulaire E-112/S2 (voir annexe) que vous devez remettre à l'organisme du séjour.

c) Séjour temporaire aux Pays-Bas et dans d'autres Etats membres UE/EEE et Suisse

Si vous résidez en Belgique et que vous avez droit comme résident d'un pays contractant au paquet de soins de santé belge à charge des Pays-Bas, vous et les membres de votre famille avez droit aux Pays-Bas, en

cas de séjour temporaire dans ce pays, aux soins médicaux urgents prodigués selon les règles qui y sont en vigueur Vous devez dans ce cas attester votre droit aux soins médicaux au moyen du CEAM du CAK. L'assureur soins de santé Zilveren Kruis fournit des informations sur les droits et indemnités aux Pays-Bas. En cas de séjour temporaire dans un autre état membre de l'UE/EEE et en Suisse, vous avez droit aux soins nécessaires. Vous pouvez utiliser à cette fin la CEAM. Cette carte vous est envoyée par le CAK sur simple demande. Si vous voulez vous faire soigner dans un autre état membre, vous devez introduire une demande d'autorisation à cette fin après de votre organisme assureur belge. Celui-ci apprécie si vous remplissez les conditions et transmet la demande au CAK. Le CAK décide si vous pouvez aller dans l'autre état membre pour y subir le traitement médical souhaité. Dans l'affirmative, vous recevez un formulaire E-112 ou S2 du CAK.

4.3.3.2. Membres de la famille de travailleurs frontaliers pensionnés

En application du Règlement européen de sécurité sociale n° 883/04, les membres de la famille de travailleurs frontaliers pensionnés qui résident en Belgique et y perçoivent seulement une pension légale néerlandaise ont droit, au même titre que le pensionné lui-même, au paquet de soins de santé belge à charge des Pays-Bas.

C'est la législation du pays de résidence de l'intéressé qui désigne les personnes considérées comme membre de la famille. Pour peu que le pensionné, en application des dispositions du Règlement (ou d'une convention) ait droit aux soins médicaux, la position d'assurance des membres de la famille du travailleur frontalier pensionné qui résident dans un autre Etat membre que le travailleur frontalier pensionné sera évaluée dans le pays compétent pour le versement de la pension. S'il en résulte un droit aux soins de santé, il sera accordé par l'organisme assureur du domicile des membres de la famille pour le compte de l'organisme assureur compétent. Ces derniers doivent s'inscrire auprès de l'organisme assureur de leur domicile. Le formulaire E-121 ou S1 (voir modèle en annexe) attestera de leurs droits aux soins médicaux. Ce formulaire est délivré par le CAK.

4.4. Changements

4.4.1. Fin de la période d'assurance

Si vous n'êtes plus assujetti obligatoire aux soins de santé aux Pays-Bas, par exemple parce que vous n'y exercez plus d'activité professionnelle, vous êtes tenu d'en informer immédiatement l'assureur soins de santé aux Pays-Bas. Dès ce moment-là vous ne pourrez plus bénéficier de soins médicaux aux Pays-Bas. L'organisme assureur néerlandais communiquera la fin de votre assurance aux Pays-Bas à un organisme assureur belge. Cet organisme mettra fin à votre droit aux soins médicaux à charge des Pays-Bas. Il est important de savoir que vous et les membres de votre famille devez informer immédiatement l'assureur soins de santé néerlandais et/ ou le CAK de tout changement ayant des conséquences pour votre assurance soins de santé obligatoire ou pour l'éventuel droit des membres de votre famille comme résidents d'un pays contractant. C'est le cas par exemple lorsque les membres de votre famille acquièrent un droit individuel aux soins de santé après avoir souscrit leur propre assurance ou lorsqu'une autre personne les a inscrit comme cocontractant. Lorsque vous quittez la Belgique suite à un déménagement vous êtes également tenu de le faire savoir.

4.4.2. Changement d'organisme assureur

Si vous changez d'organisme assureur en Belgique, à la suite d'un déménagement par exemple, vous devrez en informer directement votre assureur soins de santé néerlandais et le CAK. Si vous avez aussi des membres de la famille, vous devez également informer le CAK (Antwoordnummer 91041, 2509 VC Den Haag).

4.5. Vacances

Si vous êtes travailleur frontalier et que vous partez en vacances dans un pays UE, EEE, Suisse ou dans un pays contractant, avec les membres de votre famille, vous y avez droit, en application du Règlement européen de sécurité sociale n° 883/04, aux soins médicaux nécessaires pendant le séjour selon les règles en vigueur dans le pays de vacances. Vous attestez de vos droits au moyen de la Carte européenne d'assurance maladie (CEAM) que vous pouvez demander auprès de votre assureur soins de santé. Ce dernier est alors tenu de vous la délivrer. Les membres de votre famille peuvent réclamer la CEAM auprès du CAK. Si vous êtes travailleur frontalier pensionné et que vous partez en vacances avec les membres de votre famille, vous avez également droit aux soins médicaux immédiats nécessaires. Vous et les membres de votre famille peuvent demander la CEAM auprès du CAK. Sur présentation de la carte CEAM (chez le médecin ou à l'hôpital), le prestataire de soins médicaux réglera les frais de santé (à l'exclusion des éventuelles dépenses personnelles) avec l'organisme assureur de votre lieu de séjour.

5. DROITS AUX JOURS DE CONGÉ

Aux Pays-Bas le nombre de jours de congé est calculé par mois travaillé. Ce nombre varie selon le secteur d'activité sur base des différentes CCT, mais est au moins égal à quatre fois le nombre de jours ouvrables par semaine. Si on quitte un emploi en Belgique pour aller travailler aux Pays-Bas ou si on accepte un travail aux Pays-Bas après avoir terminé ses études en Belgique, des problèmes pourraient surgir si l'employeur applique une fermeture annuelle alors que le travailleur frontalier concerné n'a pas acquis suffisamment de jours de congé pour couvrir toute la période de fermeture. Dans certaines circonstances une allocation de chômage pourra toutefois lui être accordée. S'il y a résiliation du contrat de travail (démission-chômage) au cours de cette période de fermeture annuelle, l'intéressé aura droit seulement à une allocation de chômage selon les dispositions légales belges. En l'absence d'une démission, le travailleur frontalier relèvera du régime de chômage partiel ou accidentel au sens de l'article 65, paragraphes 1 et 5 du Règlement (CEE) n° 884/04. Dans ce cas d'espèce, le travailleur frontalier résidant en Belgique a en principe droit à une allocation de chômage aux Pays-Bas et l'organisme d'exécution néerlandais pourra accorder une allocation de chômage s'il est également satisfait aux autres conditions.

Il est toutefois tenu compte des jours de congé payés que le travailleur s'était constitué, mais qu'il n'a jamais pris. Aux Pays-Bas le travailleur salarié a généralement droit à 4 semaines de congés avec maintien de la rémunération à laquelle s'ajoute une allocation vacances de 8% du salaire touché au cours de l'exercice de vacances. Si vous avez travaillé moins d'un an, le nombre de jours et l'allocation seront réduits proportionnellement.

Remarque :
Le travailleur salarié dont la période d'activités prend fin en Belgique perçoit le pécule de vacances belge pour l'année ou les années de services prestées à charge de la caisse de vacances. Le pécule de vacances des employés est à charge de l'employeur. Le montant du pécule de vacances s'élève à 15,34% du salaire touché au cours de l'exercice de vacances, le cas échéant majoré d'une rémunération fictive pour les journées d'inactivité assimilées à des journées de travail.

6. PRESTATIONS FAMILIALES

6.1. Le régime néerlandais d'allocations familiales

Aux Pays-Bas, les allocations familiales relèvent d'une assurance populaire (AKW : Algemene Kinderbijslag-wet [Loi générale sur les allocations familiales]. Il n'existe pas de régimes distincts pour travailleurs salariés et indépendants. L'AKW verse aux personnes qui résident aux Pays-Bas ou y exercent une activité professionnelle soumise à l'impôt néerlandais sur le salaire une allocation (allocation familiale) pour la charge d'enfants jusqu'à l'âge de 18 ans.

Le montant des allocations familiales dépend de l'âge de l'enfant. Selon le pays où l'enfant réside, les revenus que l'enfant tire éventuellement de son travail et dans certains cas aussi la contribution alimentaire, le bénéficiaire aura droit à des allocations simples ou doubles. À la suite de la suppression de la TOG [allocation de prise en charge à domicile], les parents ayant des enfants handicapés vivant au domicile peuvent prétendre à des allocations familiales doubles. Les allocations familiales sont versées tous les trois mois.

Pour les enfants de 16 ou de 17 ans, elles sont soumises à des conditions de fréquentation scolaire. Il existe un droit aux allocations familiales si l'enfant si les leçons en milieu scolaire ou les stages de formation professionnelle totalisent en moyenne au moins 213 heures par trimestre.
Il existe également un droit aux allocations familiales pour les enfants au chômage ou les enfants atteints d'une incapacité de travail d'au moins 55%.

S'il existe un droit au financement des études au titre de la WSF [Loi sur le financement des études] avant l'âge de 18 ans, le droit aux allocations familiales expire à compter de cette date.
Si l'enfant suit des études supérieures (haute école ou université) avant l'âge de 18 ans, il peut bénéficier d'un droit au financement des études au titre de la loi sur le financement des études (Wet Studiefinanciering). Le droit aux allocations familiales expire à compte de cette date de référence.

Toute demande d'allocations familiales doit être adressée au bureau de la Sociale Verzekeringsbank de la région où l'employeur est établi.

Quelle est la hauteur des allocations familiales ?
Au 1er janvier 2017, les montants trimestriels (diminués) des allocations familiales par enfant sont les suivants :

Pour enfants de	Pour enfants nés le 1 janvier 1995 ou après
de 0 jusqu'à 5 ans y compris	€ 201,05
de 6 jusqu'à 11 ans y compris	€ 244,13
de 12 jusqu'à 18 ans y compris	€ 287,21

Le Kindgebonden budget (KGB)
[Budget personnalisé pour enfant à charge]
Le Kindgebonden budget est conçu comme une intervention dans les frais des ménages avec des enfants mineurs. Il s'agit d'enfants jusqu'à l'âge de 18 ans pour qui les parents reçoivent des allocations familiales ou d'enfants pour qui les parents paient une pension alimentaire d'au moins € 422,00 par trimestre, tandis que l'enfant peut gagner moins de € 1.285,00 nets par trimestre.

Le budget personnalisé par enfant est un montant par enfant. Le montant le plus élevé concerne l'enfant le plus âgé. A partir du cinquième enfant s'applique un montant fixe. D'autre part, le montant du budget personnalisé par enfant dépend du revenu conjoint et du patrimoine des parents et du nombre d'enfants.
Pour un revenu allant jusqu'à € 20.451,00 il existe un droit aux montants maximum.
Faites une simulation à l'aide de www.toeslagen.nl

Budget personnalisé par enfant pour enfants de 12 à 18 ans
Si vous avez des enfants de 12 à 18 ans, le budget personnalisé par enfant est augmenté automatiquement chaque année des montants ci-après. Cette augmentation est conçue comme une intervention dans les frais de scolarité.
Vous ne devez pas demander cette intervention séparément.

- De 12 à 15 ans : € 236 (2018) ;
- 16 et 17 ans : € 421 (2018).

Montants maximum par ans	
1 enfant	€ 1.152,00
2 enfants	€ 2.129,00
3 enfants	€ 2.417,00
4 enfants	€ 288,00 extra par enfant

L'exécution du KGB est entre les mains du Belastingsdienst/Toeslagen. Vous pouvez faire une simulation pour savoir si vous avez droit à un KGB via https://www.belastingdienst.nl/wps/wcm/connect/nl/toeslagen/content/hulpmiddel-proefberekening-toeslagen.

Patrimoine
Le patrimoine est pris en considération pour l'admission au budget personnalisé par enfant.
Si le patrimoine est supérieur à la franchise, on n'est pas admis à bénéficier d'un budget personnalisé par enfant.

Vous et votre partenaire éventuel pouvez détenir par personne un patrimoine maximum de € 25.000 pour obtenir le budget personnalisé par enfant. De plus, une franchise de € 82.752 s'applique à vous deux ensemble. Voyez dans votre situation la valeur du patrimoine maximum que vous pouvez détenir.

Situation	Franchise patrimoine
Isolé	€ 107.752
Avec partenaire	€ 132.752

6.2. Coordination des allocations familiales par les travailleurs frontaliers

En tant que travailleur frontalier vous pouvez au même titre que les travailleurs salariés néerlandais faire valoir vos droits aux allocations familiales néerlandaises (AKW). Si toutefois votre partenaire a droit aux allocations familiales belges du fait qu'il/elle travaille comme salarié, indépendant, ou fonctionnaire vous êtes dans une situation de cumul de droits. Dans ce cas d'espèce il y a un droit prioritaire aux allocations belges parce qu'un des parents travaille en Belgique. Du fait qu'en vertu de l'AKW les montants des allocations familiales néerlandaises sont généralement inférieures aux montants des allocations familiales belges, les bénéficiaires la plupart du temps n'ont plus droit à l'allocation familiale complémentaire néerlandaise.

Il convient de signaler à cet égard que s'il y a un droit prioritaire aux allocations familiales belges, les Pays-Bas verseront un complément si les allocations familiales belges sont inférieures aux allocations familiales néerlandaises. Une telle situation peut se produire en présence d'un droit à des allocations familiales doubles aux Pays-Bas. Dans le cas d'un ménage dont les deux parents travaillent aux Pays-Bas, d'un ménage dont un parent travaille aux Pays-Bas et dont l'autre n'exerce pas d'activités professionnelles ou encore de ménages mono-parentaux, seul le droit aux allocations familiales est d'application.

Quelques grandes entreprises néerlandaises suppléent la différence. Toute modification dans la situation de votre ménage doit être communiquée à la SVB. Qu'il s'agisse de changements relatifs aux revenus et au statut d'activité de votre partenaire, d'une naissance, d'enfants qui n'habitent plus chez leurs parents, d'un divorce, etc.
En cas de retard dans la communication de cette information, une amende pourra vous être infligée. Le montant de cette amende dépendra du montant que vous avez perçu en omettant de signaler le

changement intervenu. Dans le cas d'un transfrontalier, ces changements doivent être signalés dans les huit semaines.

6.3. Financement des études

• Aux Pays-Bas, les étudiants qui ont suivie pour la première fois des études supérieures ou qui ont changé d'orientation en 2016-2017 bénéficieront d'un autre système de financement des études. Si votre enfant suit déjà une formation et qu'il/elle ne change pas d'orientation, alors «l'ancien» système, détaillé ci-dessous, reste d'application. La nouvelle politique s'applique aux nouveaux étudiants et aux étudiants qui changent d'orientation.

• Aux Pays-Bas il existe un droit aux allocations familiales pour les enfants jusqu'à 18 ans. Après c'est le droit aufinancement des études qui prend le relais. Vous pouvez faire une demande de financement des études pour vos enfants dès leurs 18 ans. Une des conditions est toutefois que votre enfant suive des cours dans un établissement de l'enseignement supérieur aux Pays-Bas ou en Belgique et qu'un des parents travaille aux Pays-Bas. S'il est satisfait à cette condition, il vous est recommandé d'introduire une demande de financement des études dans les plus brefs délais. Cette allocation sera octroyée dès le mois suivant celui de la demande. La demande de financement des études (Wet Studiefinanciering/ WSF) peut être introduite auprès du Dienst Uitvoering Onderwijs (DUO), Postbus 50103, 9702 GC Groningen ou via internet : www. ib.groep.nl

• Si l'enfant suit des études supérieures (haute école ou université) avant l'âge de 18 ans, il peut bénéficier d'un droit au financement des études au titre de la loi sur le financement des études (Wet Studiefinanciering). Le droit aux allocations familiales expire à compte de cette date de référence.

Nouvelle politique de financement des études.

Hautes écoles et universités : la bourse de base disparaît. Depuis le 1er septembre 2015, les étudiants des hautes écoles et des universités sont soumis à un nouveau régime de financement des études. La bourse de base disparait à cette date. À la place de celle-ci, les étudiants pourront emprunter environ € 1.037,63 par mois au maximum. Les étudiants déterminent eux-mêmes combien ils souhaitent emprunter pour les inscriptions et subvenir à leurs besoins.
Ce montant de € 1.037,63 inclut un prêt et le crédit de minerval, y compris une éventuelle bourse complémentaire. Les enfants de parents moins nantis reçoivent une bourse complémentaire de € 389,16 au maximum. Cette bourse devient un don si l'étudiant obtient son diplôme dans les 10 ans. A partir du 1.9.2017, les montants suivants sont applicables pour le prêt et le crédit de minerval : € 1034,85 et pour la bourse complémentaire € 387,92.
La phase de remboursement obligatoire varie entre 15 et 35 ans.

Financement des études versus allocations familiales belges

• En Belgique les travailleurs frontaliers belges qui exercent une activité professionnelle aux Pays-Bas ont droit aux allocations familiales, aux allocation de naissance ou à la prime d'adoption belges si un tel droit fait défaut en application d'autres dispositions légales ou réglementaires belges ou étrangères ou en vertu de règles applicables au personnel d'une institution de droit international. Il doit s'agir en l'occurrence d'enfants qui sont nés, élevés ou scolarisés en Belgique. La demande d'allocations familiales pour travailleurs frontaliers doit être adressée à l'Agence fédérale pour les allocations familiales (FAMIFED), Bureau accords internationaux, rue de Trèves 70, 1000 Bruxelles.

Une dérogation n'est pas requise pour les enfants tombant sous l'application des règlements 883/2004 et 987/2009. Lorsque les règlements 883/2004 et 987/2009 ne s'appliquent pas et dans des cas dignes d'intérêt, le ministre belge des Affaires sociales ou le fonctionnaire délégué du Service public fédéral Sécurité sociale peut néanmoins par dérogation et après enquête accorder au cas par cas des allocations familiales, des allocations de naissance ou une prime d'adoption pour des enfants de travailleurs frontaliers qui ne sont pas nés, élevés ou scolarisés en Belgique. Les demandes en ce sens seront adressées au Service public fédéral Sécurité sociale, Direction générale, Soutien et Coordination Politique, Pôle Etudes et Législation , Centre administratif Botanique, Tour des finances, Boulevard du Jardin Botanique, 50 Boîte 115, 1000 Bruxelles.

• Il n'existe pas de droit à une allocation de maternité aux Pays-Bas. Le montant des allocations familiales néerlandaises peut être réduit sous l'effet d'une bourse d'études belge, car la législation néerlandaise part du principe d'entretien des enfants en vertu duquel les parents doivent contribuer à l'entretien de leurs enfants. Depuis le 01/01/1997, l'enfant n'a pas d'autre revenu que le revenu du travail. Tant que l'enfant est au chômage, il continue de bénéficier du droit aux allocations familiales, pour autant qu'il soit inscrit comme demandeur d'emploi auprès de l'UWV (organisme de gestion des assurances sociales). Selon la législation néerlandaise

en matière d'allocations familiales, les conséquences liées au montant des allocations familiales s'appliquent à chaque assuré, quel que soit son lieu de résidence ou sa nationalité. L'enfant conserve le droit aux allocations familiales aussi longtemps qu'il est au chômage.

7. TEGEMOETKOMING ONDERHOUDSKOSTEN THUISWONENDE GEHANDICAPTE KINDEREN (TOG) [ALLOCATION DE PRISE EN CHARGE À DOMICILE D'ENFANTS HANDICAPÉS]

L'allocation TOG a été intégrée dans les allocations familiales. Les parents qui ont des enfants handicapés à domicile peuvent prétendre à une double allocation familiale. Voir aussi ci-dessus 6. Prestations familiales.

8. ALLOCATIONS DE CHÔMAGE

8.1. Chômage partiel

En cas de chômage partiel qui ne vous est pas imputable et si vous avez travaillé en outre le nombre suffisant de semaines, vous pouvez prétendre à une allocation de chômage aux Pays-Bas. La demande d'allocation est à soumettre auprès de l'UWV de votre région. Vous devez également être inscrit comme demandeur d'emploi auprès du service d'emploi subrégional compétent dont dépend votre domicile (FOREM, VDAB, ACTIRIS). Pour avoir droit à une allocation de chômage néerlandaise, vous devez avoir travaillé aux Pays-Bas, ou éventuellement en Belgique, au moins un jour par semaine pendant 26 semaines au cours des 36 semaines qui ont précédé la période de chômage. Si, au cours des 5 années qui ont précédé la période de chômage, vous avez également touché un salaire pendant 52 jours ou plus par année au cours d'au moins 4 années civiles, il se peut que vous puissiez bénéficier d'une allocation liée au salaire pendant une plus longue période. L'allocation doit être demandée auprès de l'UVW.

Les périodes pendant lesquelles vous avez travaillé dans d'autres pays membres européens (la Belgique, par exemple) entrent en considération pour le calcul de vos droits à une allocation, du moins si vous étiez assuré pendant ces périodes. Vous pouvez demander le formulaire PD U1 à l'Office national de l'emploi (ONEM) pour prouver que vous avez travaillé en Belgique tout en étant assuré. Ce formulaire n'est pas obligatoire : l'UWV et l'ONEM peuvent aussi s'échanger ces données.

8.2. Chômage complet

- **Pouvez-vous percevoir une allocation de chômage belge ?**

Si votre occupation néerlandaise prend fin, vous pouvez solliciter une allocation de chômage belge. Vérifiez si vous satisfaites aux conditions belges en matière de chômage complet.

Vous vous inscrivez comme demandeur d'emploi auprès du service subrégional de l'emploi compétent de votre domicile (Flandre : VDAB, Wallonie : Forem, Bruxelles : Actiris, région germanophone : ADG).

Vous soumettez une demande d'allocations de chômage en Belgique auprès de la Caisse auxiliaire de paiement des allocations de chômage ou auprès du syndicat (CSC, FGTB et CGSLB). La demande est alors transmise à l'Office national de l'emploi (ONEM) où elle sera évaluée.
Les périodes pendant lesquelles vous avez travaillé dans d'autres pays membres européens (les Pays-Bas, par exemple) entrent en considération pour le calcul de vos droits à une allocation. Vous deviez toutefois être assuré pendant ces périodes. Vous pouvez demander le formulaire PD U1 à l'UWV pour prouver que vous avez travaillé aux Pays-Bas tout en étant assuré. Ceci est possible par téléphone. Le formulaire n'est pas obligatoire : l'UWV et l'ONEM peuvent aussi s'échanger ces données.

- **Pouvez-vous percevoir une allocation de chômage néerlandaise ?**

Depuis le 1er mai 2010, il n'est plus possible de prétendre à une allocation néerlandaise en raison de «liens plus étroits» avec les Pays-Bas (Cour de Justice, arrêt Miethe). Toutefois, si vous n'étiez pas travailleur frontalier, étant donné que vous ne reveniez pas au moins une fois par semaine à votre résidence en Belgique, vous pouvez poursuivre votre séjour aux Pays-Bas pour y chercher du travail. Pendant ce temps, vous pouvez prétendre aux allocations aux Pays-Bas. Dans ce cas, consultez l'information Allocation de chômage néerlandaise. En cas de retour à votre résidence en Belgique, vous pouvez prétendre au régime d'allocations belge. La période dont vous avez déjà bénéficié aux Pays-Bas est prise en compte.

- **Comment introduisez-vous une demande ?**

Vous sollicitez l'allocation auprès d'un des trois organismes de paiement mis en place par les syndicats FGTB, CGSLB et CSC ou auprès de l'organisme public de paiement CAPAC :
FGTB: http://http://www.fgtb.be/contact

CGSLB: http://http://www.cgslb.be/fr
CSC:
https://csc-ostbelgien.csc-en-ligne.be/default.html
CAPAC: https://www.capac.fgov.be/de

Le formulaire U1 est nécessaire à cet effet. Vous pouvez l'obtenir auprès de l'UWV :
Demandes formulaire U1 UWV
http://www.uwv.nl/ internationaal/werken-in-nl/ formulier-e301/index.aspx

- **Quelles conditions devez-vous remplir pour avoir droit aux allocations de chômage ?**

Vous devez satisfaire aux conditions habituelles d'admission et d'octroi. Vous devez ainsi prouver un certain nombre de jours de travail salarié dans une période de référence précédant votre demande. Ainsi, si vous êtes âgé de moins de 36 ans, vous devrez prouver que vous avez travaillé 312 jours pendant les 21 mois précédents la demande. Si vous êtes âgé de 36 à moins de 50 ans, vous devrez justifier 468 jours pendant les 33 mois précédents. Et finalement, à partir de 50 ans, le nombre de journées de travail nécessaires s'élève à 624 pendant les 42 derniers mois.

- **A combien s'élève votre allocation après un emploi ?**

Vous recevez en principe des allocations sans limitation dans le temps. Elles sont cependant dégressives. Vous parcourez une première, deuxième et troisième période d'indemnisation.

Les demandeurs d'emploi sont répartis en trois catégories en fonction de leur situation familiale :
- Travailleurs ayant charge de famille ;
- Isolés ;
- Cohabitants sans enfant à charge.

Tous les chômeurs complets perçoivent les pourcentages suivants de leur dernier salaire (plafonné) pendant la première année de chômage, la première période d'indemnisation :
- 65 % pendant les 3 premiers mois, plafonné à la limite salariale supérieure ;
- 60 % pendant les 3 mois suivants, plafonné à la limite salariale supérieure ;
- 60 % pendant les 3 mois suivants, plafonné à la limite salariale moyenne ;

Les allocations minimales varient selon la situation familiale.
La durée de chômage est exprimée en périodes d'indemnités, elles-mêmes divisées en phases, et ce, indépendamment de la situation familiale. Cette dernière joue toutefois un rôle dans la dégressivité du montant des allocations.

La première période d'indemnisation comprend 12 mois et se compose de 3 phases (= 3 mois + 3 mois + 6 mois). Cette première période d'un an est suivie d'une période de 2 mois, prolongée de 2 mois par année de passé professionnel. Cette deuxième période est de 36 mois maximum et est subdivisée en maximum 5 phases :
- une première phase de 12 mois maximum (2 mois « fixes » et 10 mois maximum en fonction du passé professionnel) :

Le montant diminue comme suit :
- Avec charge de famille : 60% plafonné à la limite salariale inférieure ;
- Isolé : 55% plafonné à une limite salariale spécifique ;
- Cohabitant : 40% plafonné à la limite salariale inférieure.

Quatre phases suivantes qui représentent au total 24 mois maximum (= au maximum 4 périodes de chacune 6 mois maximum) : les allocations diminuent en quatre étapes pour atteindre une allocation forfaitaire
Vous conservez le montant dont vous bénéficiiez dans une phase de la deuxième période si vous vous trouvez dans l'une des situations suivantes lors de cette même phase :
- vous avez un passé professionnel de 25 ans en tant que salarié ;
- vous avez un taux d'incapacité de travail permanente d'au moins 33% ;
- vous avez eu 55 ans.

Si vous avez travaillé assez longtemps (p.ex. 1 an à temps plein dans une période de 18 mois), vous recevez à nouveau le montant de la première période; ainsi, le cycle recommence. Si vous vous trouvez dans la première ou deuxième période, celle-ci peut également être prolongée par certains événements (p.ex. au moins 3 mois de travail à plein temps).

- **Vos activités néerlandaises peuvent-elles être prises en considération ?**

Pour autant que cela soit nécessaire, la Belgique prend en considération toutes les périodes sur la base desquelles vous auriez droit aux allocations aux Pays-Bas. Les périodes de travail qui n'ouvrent aucun droit aux Pays-Bas, mais bien en Belgique sont tout de même prises en considération pour le calcul belge. L'UWV mentionne toutes ces périodes néerlandaises dans le formulaire U1. Vous pouvez demander ce formulaire vous-même auprès de l'UWV.
https://www.uwv.nl/particulieren/formulieren/ aanvragen-formulier-e30-pd-u1-via-internet.aspx
Vous n'êtes pas obligé d'introduire le formulaire U1 ; s'il fait défaut, l'ONEM demandera directement l'information auprès de l'UWV.

- **Sur la base de quelle rémunération vos**

allocations sont-elles calculées ?
Votre salaire (néerlandais) constitue la base de calcul de vos allocations. Cette rémunération est prise en considération selon les règles belges habituelles, mais est toutefois limitée à € 2.370,76 par mois.
La limite supérieure s'élève à 2.619,09 par mois et vaut pour les six premiers mois de la première période de perception des allocations. La limite salariale intermédiaire s'élève à 2.441,04 par mois pendant les six premiers mois de la première période d'allocations. La limite salariale médiane atteint € 2.281,09 par mois (pour les isolés € 2.231,06) et s'applique après la première période d'indemnisation.

- **À combien votre allocation s'élève-t-elle?**

Allocations de chômage complet
Depuis novembre 2012, des modifications importantes ont été apportées au droit aux allocations en cas de chômage complet. Le gouvernement a décidé en effet d'étendre et de durcir les règles de la réduction progressive du montant de l'allocation («la dégressivité»), en fonction de la durée du chômage et de votre passé professionnel.

Montants des allocations belges (1.9.2017)

Chômage complet (Tous les montants mentionnés sont des montants bruts)

Cohabitant avec charge de famille					
Période	**Quel mois**	**Minimum par jour**	**Maximum par jour**	**Minimum par mois**	**Maximum par mois**
1e période – phase 1	1 à 3	€ 47,94	€ 65,48	€ 1.246,44	€ 1.702,48
1e période – phase 2	4 à 6	€ 47,94	€ 60,44	€ 1.246,44	€ 1.571,44
1e période – phase 3	7 à 12	€ 47,94	€ 56,33	€ 1.246,44	€ 1.464,58
2e période – phase 2A en 2B	13 à 14	€ 47,94	€ 52,64	€ 1.246,44	€ 1.368,64
	15 à 24 (éventuellement (1))	€ 47,94	€ 52,64	€ 1.246,44	€ 1.368,64
2e période – phase 21	25 à 30 (éventuellement (1))	€ 47,94	€ 51,38	€ 1.246,44	€ 1.335,88
2e période – phase 22	31 à 36 (éventuellement (1))	€ 47,94	€ 50,11	€ 1.246,44	€ 1.302,86
2e période – phase 23	37-42 (éventuellement (1))	€ 47,94	€ 48,85	€ 1.246,44	€ 1.270,10
2e période – phase 24	43-48 (éventuellement (1)	€ 47,94	€ 47,94	€ 1.246,44	€ 1.246,44
3e période	A partir de mois 49 (éventuellement (2))	€ 47,94	€ 47,94	€ 1.246,44	€ 1.246,44

Isolé					
Période	**Quel mois**	**Minimum par jour**	**Maximum par jour**	**Minimum par mois**	**Maximum par mois**
1e période – phase 1	1 à 3	€ 39,69	€ 65,48	€ 1.031,94	€ 1.702,48
1e période – phase 2	4 à 6	€ 39,69	€ 60,44	€ 1.031,94	€ 1.571,44
1e période – phase 3	7 à 12	€ 39,69	€ 56,33	€ 1.031,94	€ 1.464,58
2e période – phase 2A en 2B	13 à 14	€ 39,69	€ 47,20	€ 1.031,94	€ 1.227,20
	15 à 24 (éventuellement (1))	€ 39,69	€ 47,20	€ 1.031,94	€ 1.227,20
2e période – phase 21	25 à 30 (éventuellement (1))	€ 39,69	€ 45,54	€ 1.031,94	€ 1.184,04
2e période – phase 22	31 à 36 (éventuellement (1))	€ 39,69	€ 43,88	€ 1.031,94	€ 1.140,88
2e période – phase 23	37-42 (éventuellement (1))	€ 39,69	€ 42,23	€ 1.031,94	€ 1.097,98
2e période – phase 24	43-48 (éventuellement (1)	€ 39,69	€ 40,57	€ 1.031,94	€ 1.054,82
3e période	A partir de mois 49 (éventuellement (2))	€ 39,69	€ 39,69	€ 1.031,94	€ 1.031,94

Cohabitant					
Période	**Quel mois**	**Minimum par jour**	**Maximum par jour**	**Minimum par mois**	**Maximum par mois**
1e période – phase 1	1 à 3	€ 29,46	€ 65,48	€ 765,96	€ 1.702,48
1e période – phase 2	4 à 6	€ 29,46	€ 60,44	€ 765,96	€ 1.571,44
1e période – phase 3	7 à 12	€ 29,46	€ 56,33	€ 765,96	€ 1.464,58
2e période – phase 2A en 2B	13 à 14	€ 29,46	€ 35,09	€ 765,96	€ 912,34
	15 à 24 (éventuellement (1))	€ 29,46	€ 35,09	€ 765,96	€ 912,34
2e période – phase 21	25 à 30 (éventuellement (1))	€ 27,72	€ 32,18	€ 720,72	€ 836,68
2e période – phase 22	31 à 36 (éventuellement (1))	€ 25,98	€ 29,27	€ 675,48	€ 761,02
2e période – phase 23	37-42 (éventuellement (1))	€ 24,24	€ 26,37	€ 630,24	€ 685,62
2e période – phase 24	43-48 (éventuellement (1)	€ 22,50	€ 23,46	€ 585,00	€ 609,96
3e période	A partir de mois 49 (éventuellement (2))	€ 20,76	€ 20,76	€ 539,76	€ 539,76

- (1) Dépend du nombre d'années de passé professionnel. 2 mois supplémentaires par année de passé professionnel. Cette période dure 36 mois maximum.
- (2) Le montant minimal qui est toujours octroyé après épuisement du nombre de mois (1). Il s'agit d'un montant forfaitaire.
- (3) Augmenté à (au moins) € 27,94 si vous et votre partenaire bénéficiez uniquement des allocations de chômage et le montant journalier de l'allocation du partenaire ne dépasse pas € 35,09.

Remarque : Le montant de l'allocation ne diminue plus de manière permanente dans la deuxième période d'indemnisation (après 1 an de chômage) dès l'instant où soit :
- Le chômeur atteint l'âge de 55 ans (après le mois d'octobre 2012) ;
- Le chômeur a au moins 33 % d'inaptitude au travail permanente suite à une décision du médecin désigné par l'Onem;
- Le chômeur prouve une durée de passé professionnel de 25 ans.

- **Votre allocation évolue-t-elle dans le temps ?**

Voir : infoblad T67 - http://www.onem.be/fr/documentation/feuille-info/t67

- **Qu'en est-il si le chômage vous est imputable ?**

Ce qui est qualifié de « chômage reprochable » (verwijtbare werkloosheid) aux Pays-Bas est appelé « chômage dépendant de votre volonté» en Belgique. Vous pouvez perdre temporairement vos allocations si vous quittez votre emploi sans raison valable ou si vous êtes reconnu responsable de la perte de votre emploi, par exemple. En cas de « licenciement de commun accord », la Belgique n'émettra pas d'objection si vous satisfaites aux conditions qui seraient posées par l'UWV. Voir Je suis d'accord avec mon licenciement. Vous pouvez prouver ce fait au moyen d'une attestation UWV en ce sens.

- **Pouvez-vous chercher du travail aux Pays-Bas ?**

Vous devez d'abord vous inscrire en Belgique comme demandeur d'emploi, auprès du service régional de l'emploi de votre résidence (Flandre : VDAB, Wallonie: Forem, Bruxelles : Actiris, Communauté germano-phone : Arbeitsamt). Vous devez rechercher activement un emploi et collaborer aux actions d'accompagnement que le service précité peut vous proposer.
Vous pouvez ensuite également vous inscrire comme demandeur d'emploi aux Pays-Bas (UWV-Werkbedrijf). Dans ce cas, avertissez le service de l'emploi en Belgique. Vos efforts aux Pays-Bas seront alors évalués comme s'ils avaient eu lieu en Belgique. Vous avez accès à l'accompagnement et aux formations dispensées aux Pays-Bas, vous pouvez, dans ce cas, conserver vos allocations aux mêmes conditions qu'en Belgique.

- **Devez-vous accepter du travail aux Pays-Bas ?**

En tant que demandeur d'emploi, vous devez accepter tout travail salarié qui satisfait aux critères de « l'emploi convenable ». Vous n'êtes néanmoins pas obligé d'accepter un tel travail aux Pays-Bas sauf si :
(1) vous avez exclusivement travaillé comme travailleur frontalier durant vos 24 derniers mois d'occupation et dans la mesure où la rémunération offerte correspond aux barèmes néerlandais en vigueur.

(2) vous avez, durant les 24 derniers mois d'occupation (entre autres) travaillé comme travailleur frontalier et pour autant que la

rémunération offerte (y compris tous les avantages ainsi que les allocations familiales) soit au moins aussi élevée que le minimum en vigueur pour la même profession en Belgique.

- **Que se passe-t-il si vous souhaitez partir en vacances ?** Vous pouvez prendre quatre semaines de vacances (à l'étranger) par an avec maintien des allocations. Pour savoir de combien de jours de vacances vous disposez encore pour l'année civile en cours, vous devez déduire tous les jours de vacances déjà pris, même ceux que vous avez pris durant votre (vos) période(s) de travail.

- **Dans quel pays êtes-vous assuré socialement ?**

Si vous percevez l'allocation belge en tant que chômeur complet, vous êtes assuré socialement en Belgique. C'est là également que vous payez vos impôts.
Si vous reprenez le travail à temps partiel aux Pays-Bas et si vous satisfaites aux conditions pour bénéficier de « l'allocation de garantie de revenus » et que vous souhaitez recourir à cette possibilité, votre employeur ne devra pas payer les cotisations sociales aux Pays-Bas, mais en Belgique. Pendant ce temps, vous restez assujetti à la sécurité sociale belge et vous devez être disposé à accepter un travail complémentaire en Belgique. Voir également : feuille info T70.

Voulez-vous rester informé?
Voir également : www.onem.be. - fiches informatives

Belgique :
Adressez tout d'abord vos questions à votre organisme de paiement : FGTB, CGSLB, CSC, CAPAC.

Pays-Bas :
- Bureau voor Belgische Zaken : www.svb.nl/bbz
- UWV : http://www.uwv.nl
- UWV : http://www.werk.nl

9. PENSIONS

9.1. Algemene ouderdomsuitkering (AOW) (Loi générale sur l'assurance vieillesse)

9.1.1. Constitution de droits

Vous avez en principe droit à 2% de l'AOW néerlandaise par année de travail aux Pays-Bas. La personne qui n'a pas été assurée de manière continue avant l'âge légal de la pension n'obtient pas une AOW complète. L'AOW est alors réduite de 2% par année non assurée.
Le conjoint sans revenu d'un travailleur transfrontalier belge (qui est allé travailler aux Pays-Bas après le 2 aout 1989) ne constitue pas de droits à la pension aux Pays- Bas. Une Medeverzekering voor pensioen [coassurance pour pension] (AOW) est possible à condition de s'affilier à la Sociale Verzekeringsbank à Amstelveen dans l'année qui suit la date de début de l'emploi du travailleur transfrontalier aux Pays-Bas. Pour le conjoint coassuré sans revenus, la cotisation AOW volontaire et la cotisation Anw s'élèvent respectivement à € 508 et /ou € 17. Si le conjoint a des revenus, la cotisation est calculée sur le revenu plafonné à € 33.363. Mais la cotisation minimale précitée au moins reste due dans tous les cas. Les cotisations maximales s'élèvent respectivement à € 5.267 et à € 28. En Belgique, ces cotisations volontaires sont fiscalement déductibles au titre de frais professionnels (et elles ne peuvent pas non plus être déduites des revenus nets totaux).

9.1.2. Demande d'allocation AOW

L'allocation AOW prend cours le premier jour de la période de la retraite légale. Le 1er janvier 2013, l'âge de l'AOW a augmenté d'un moins, pour passer de 65 ans à 65 et un mois. Dans les années à venir, l'âge de l'AOW sera progressivement augmenté pour atteindre 66 ans en 2019 et 67 ans en 2023. A partir de 2024, l'âge de l'AOW sera lié à l'espérance de vie.

Pour déterminer votre âge AOW :
www.svb.nl/AOWleeftijd.

Si vous percevez une pension AOW néerlandaise, vous êtes autorisé à exercer toute activité professionnelle sans restriction. Votre demande d'allocation AOW néerlandaise et de pension belge doit en tout cas être introduite un an avant l'âge légal de la pension via le service de pension de l'administration communale de votre domicile ; pour ce faire, munissez-vous de

toutes vos preuves d'emploi et d'assurances. La commune transmettra votre demande de pension à l'Office national des Pensions à Bruxelles, qui la fera parvenir au bureau régional de l'Office national des Pensions pour d'éventuels compléments d'
informations.
C'est via le Bureau des Conventions internationales que la demande de pension sera transmise à la Sociale Verzekeringsbank à Utrecht. La Sociale Verzekeringsbank à Utrecht enverra alors la décision relative à la pension directement à l'Office national des Pensions. Via le Bureau des Conventions internationales de l'Office national des Pensions à Bruxelles, le dossier à la Sociale Verzekeringsbank à Utrecht qui examinera auprès de différents bureaux et services vos périodes de travail et d'assurances aux Pays-Bas et dans d'autres pays et les soumettra à divers contrôles.
Après examen complet, votre dossier sera envoyé à l'Office national des Pensions, Bureau des Conventions internationales où aura lieu un nouveau contrôle. Le service de paiement de l'Office national des Pensions sera alors mandaté pour effectuer le versement de votre pension de retraite. Vous recevrez la décision définitive de l'Office national des Pensions à Bruxelles, Bureau des Conventions internationales, ainsi que la décision des Pays-Bas. Vous disposez d'un délai d'un mois pour aller en appel de la décision belge auprès du Tribunal du travail et de la décision néerlandaise auprès du Tribunal d'arrondissement aux Pays-Bas. Vous devrez par contre vous-même demander votre ou vos pensions complémentaires de retraite d'entreprise auprès de votre fonds de pensions d'entreprise néerlandais. Conservez votre lettre/ décompte de pension annuel(le). L'allocation AOW est imposée en Belgique, tout comme la pension de retraite d'entreprise. Il existe toutefois des exceptions (pour les fonctionnaires nationaux, provinciaux et communaux). Pour plus d'informations, contactez le fisc.

9.1.3 Hauteur de l'allocation AOW

Personnes mariées
Les ayants droit à la pension mariés, les partenaires enregistrés et les concubins non mariés vivant en couple ont chacun le droit à une pension AOW plafonnée à 50% du salaire net minimum. Ensemble ils percevront dès lors une allocation nette équivalente à 100 % du salaire minimum. Si le partenaire n'a pas atteint l'âge de 65 ans, le bénéficiaire de la pension a droit à une allocation supplémentaire au profit du partenaire moins âgé. Ce supplément dépend du revenu issu ou en rapport avec le travail du partenaire moins âgé, ainsi que du nombre d'années d'assurance de celui-ci. Une partie des revenus issus du travail (salaire, retraite anticipée et avantages extralégaux), à savoir 15% du salaire minimum plus un tiers du restant, n'est pas prise en considération.
Si le revenu brut est inférieur à € 225,27, l'allocation complémentaire sera versée dans son intégralité. Si le revenu brut est supérieur à € 1.366,17, cette allocation ne sera plus versée. Entre ces deux montants, le complément sera payé proportionnellement. Le complément ne sera plus octroyé aux personnes qui atteindront l'âge de 65 ans après le 31 décembre 2015.

Isolés
Un ayant droit isolé perçoit une pension AOW nette qui, sur base mensuelle, est plafonnée à 70% du salaire net minimum.

Parents isolés
Un parent isolé ayant droit avec un enfant âgé de moins de 18 ans a droit à une pension AOW qui, sur base mensuelle, est plafonnée à 90% du salaire net minimum.

Complément de revenus
L'intervention KOB a été supprimée le 1er janvier 2015.
À la même date, le système de complément de revenus (inkomensondersteuning) AOW est entré en vigueur. Pour la plupart des bénéficiaires, cela n'a donné lieu à aucun changement.

À qui s'adressait l'intervention KOB ?
Toute personne qui avait atteint l'âge AOW avant le 1er janvier 2015 bénéficiait de l'intervention KOB (Koopkrachttegemoetkoming Oudere Belasting-plichtigen, intervention en faveur du pouvoir d'achat des contribuables plus âgés) de € 25,12 par mois et ce, indépendamment de la constitution ou non d'une pension complète ou partielle.

Qu'est-ce qui a changé ?
À la différence de l'intervention KOB, le complément de revenus AOW dépend du capital de pension AOW constitué par le bénéficiaire.

Les bénéficiaires d'une pension AOW complète (À 100%) ne verront pas de changements. Ils recevront un complément de revenus de l'AOW de € 25,12.

Pour les personnes avec une pension AOW partielle, les montants ont diminué au 1er janvier. Par exemple, une personne qui a constitué 50 % de pension recevra 50 % de € 25,12 = € 12,56. Ces personnes seront averties personnellement par courrier.

Pour les personnes qui n'avaient pas d'AOW et

percevaient uniquement le KOB, cela signifie qu'elles ne recevront pas de complément de revenus AOW. Ces personnes ont toutes reçu un courrier personnel.

Hauteur de la pension de vieillesse (1er janvier 2017)

Pension de vieillesse pour	Montant brut par mois	
	Pension	Pécule de vacances
Célibataire	€ 1.173,33	€ 71,42
Marié avec partenaire de 65 ans ou plus	€ 807,88	€ 51,01
Marié avec partenaire de moins de 65 ans	€ 807,88	€ 51,01

Les montants comprennent l'intervention de 24,93 € par mois.
Attention : l'intervention ne fait en aucun cas partie de la pension de retraite.
Remarque : il s'agit de l'AOW que vous constituez lorsque vous travaillez 50 ans aux Pays-Bas. Vous acquérez 2% par année. Si vous travaillez aux Pays-Bas pendant 20 ans, vous constituez un droit à la pension AOW de 20 x 2% = 40%. Celle-ci est généralement complétée par une pension d'entreprise.
(1) L'isolé, c'est également l'ayant droit à l'AOW qui vit durablement séparé de son conjoint
(2) Il s'agit de l'AOW pour une personne de 65 ans avec un partenaire de moins de 65 ans sans revenu.
(3) Il n'est fait aucune différence entre les personnes mariées et les personnes en ménage

9.1.4. Pension belge complémentaire (intern grensarbeiderspensioen) [pension de droit interne pour travailleurs transfrontaliers]

Dans le cas d'une pension AOW incomplète (2% par année assurée), vous pouvez obtenir, à charge de la Caisse de pensions belge, un complément de pension dont le montant équivaut à la différence entre l'allocation de chômage AOW néerlandaise et la pension de retraite belge que vous auriez perçue si, au cours de la période d'assurance aux Pays-Bas, vous aviez travaillé en Belgique (ce que l'on appelle la pension de droit interne). Depuis le 1er juin 1992, les pensions pour lesquelles des cotisations ont été versées sur une base volontaire (par exemple la cotisation AOW versée par le partenaire) ne peuvent plus être déduites des pensions légales belges.
Le recalcul de la pension jusqu'au 1er juin 1994 peut être demandé auprès de l'Office national des Pensions. Après cette date, l'adaptation éventuelle avec effet rétroactif sera d'application à compter de la date du dépôt de la demande de recalcul.
Le régime de pension des travailleurs frontaliers est devenu moins favorable au 1er janvier 2015. Toutefois, certaines personnes relèvent encore de l'ancien régime. Dans ce cas, la pension peut entrer en vigueur plus vite que la pension AOW. Et l'ONP déduit uniquement la pension AOW et non la pension d'entreprise. Vous relevez de l'ancien régime si vous avez exercé une activité en tant que transfrontalier aux Pays-Bas avant le 1er janvier 2015. En outre, vous devez avoir atteint l'âge de 65 ans avant le 1er décembre 2015 ou répondre aux conditions d'âge et de carrière pour bénéficier d'une retraite anticipée.

Vous avez commencé à travailler pour la première fois en qualité de travailleur frontalier aux Pays-Bas après le 1er janvier 2015 ? Alors vous ne constituerez pas de pension de travailleur frontalier.

Attention : si vous disposez déjà d'une pension de travailleur frontalier, vous continuerez à la recevoir en vertu des anciennes règles.

9.2. Pension néerlandaise d'entreprise

En plus de la pension légale néerlandaise AOW, il est possible de se constituer une pension d'entreprise dans la plupart des secteurs d'activité. Une cotisation sera versée à cette fin par le travailleur (également le travailleur transfrontalier) et par l'employeur. Cette pension complémentaire – par ailleurs totalement indépendante de la pension AOW néerlandaise et de la pension de retraite belge – est versée à l'âge de la retraite. Dans la plupart des secteurs/entreprises, le travailleur est obligé de s'affilier à un fonds de pension d'entreprise et d'acquitter la cotisation.
Ces cotisations sont fiscalement déductibles aux Pays-Bas. Les arrangements en question – ils font partie intégrante des CCT – sont mis en œuvre par les fonds de pension. Ces derniers fournissent un relevé annuel des pensions de vieillesse et de survivant déjà constituées et encore à constituer. En règle générale, le rachat de ces pensions n'est pas possible. Lors de leur paiement, les pensions d'entreprise et les pensions AOW néerlandaises sont imposées en Belgique. Il existe toutefois des exceptions. Informez-vous auprès du Belastingdienst.

9.3. Retraite anticipée

(Pension de vieillesse anticipée/VUT)

En plus des régimes de pension de vieillesse complémentaire, la plupart des entreprises et des secteurs d'activité disposent d'arrangements en matière de retraite (pension) anticipée. Ces arrangements – ils font partie intégrante des conventions collectives de travail – sont mis en œuvre par les fonds de pensions. Ceux-ci fournissent un relevé annuel des pensions de vieillesse et de survivant (anticipées) déjà constituées et encore à constituer.
Si vous faites usage de la législation néerlandaise sur la retraite anticipée (par exemple une règlementation VUT) et que vous résidez en Belgique, vous n'êtes plus couvert par les assurances populaires AOW, Anw, AKW et Wlz et vous ne constituez plus de pension AOW. En cas de décès, vos survivants ne recevront qu'une indemnité Anw partielle, voire pas d'indemnité Anw du tout.
Vous pouvez cependant continuer de cotiser volontairement à l'assurance AOW et à l'assurance AKW, à condition de vous affilier (SVB) dans l'année qui suit la fin de votre assurance obligatoire. Les cotisations sont basées sur le revenu. Cette possibilité n'existe toutefois pas pour l'AKW et l'AWBZ.
Il est possible aussi de cotiser volontairement dans le cadre de la règlementation belge relative aux pensions de retraite et de survie.
Informez-vous correctement. Les travailleurs frontaliers belges qui ont pris leur retraite anticipée/VUT n'entrent pas en ligne de compte pour les allocations familiales néerlandaises. En règle générale, les allocations de retraite anticipée/VUT sont imposées en Belgique lors du paiement.

9.4. Nabestaandenuitkering (Anw) (Allocation de survivant)

En vertu de la loi générale sur l'assurance des survivants (Anw), on peut prétendre à une allocation de survivant, à une allocation d'orphelin, et à une allocation d'orphelin de père ou de mère. Pour que la demande d'une allocation en vertu de l'Anw soit fructueuse, le partenaire, l'époux ou le parent décédé devait être assuré à ce titre le jour de son décès.

9.4.1. Droit à l'allocation

Allocation de survivant
En cas de décès du partenaire, les couples mariés, les partenaires enregistrés et les cohabitants non mariés, vivant en couple, peuvent en principe toucher une allocation de survivant. Bénéficient du droit à cette allocation, les survivants qui :

- ont un enfant célibataire de moins de 18 ans qui ne fait pas partie du ménage d'une autre personne, ou
- présentent une incapacité de travail d'au moins 45%, ou
- sont nés avant le 1er janvier 1950.

Allocation d'orphelin
Ont droit à une allocation d'orphelin :

- tous les enfants jusqu'à l'âge de 16 ans,
- les enfants de 16 à 18 ans en incapacité de travail pour une durée d'au moins 3 mois (ou que l'on peut raisonnablement estimer à au moins 3 mois),
- les enfants de 16 à 21 ans qui suivent un enseignement ou une formation professionnelle de 213 heures pleines par trimestre en moyenne et qui ne sont pas inscrits comme élève libre,
- les enfants célibataires jusqu'à l'âge de 21 ans dont les périodes de travail disponibles sont en grande partie consacrées au ménage qui comprend au moins un autre orphelin dont les deux parents sont décédés.

9.4.2. Montant de l'allocation

Allocation de survivant
L'allocation de survivant est proportionnelle au revenu et s'élève à maximum 70% du salaire net minimum. Les revenus liés au travail (par exemple une allocation au tire des WAO, WIA, WW ou VUT) sont entièrement déduits de l'allocation. Les revenus de travail (salaire, bénéfice ou une allocation extralégale) ne sont pas entièrement pris en compte : 50% du salaire minimum plus un tiers du restant. Par conséquent, dans le cas d'un revenu de travail de € 789,00 bruts, l'allocation de survivant sera versée intégralement. Si le revenu dépasse ce montant, l'allocation de survivant sera moins importante.
L'allocation disparaît entièrement à partir d'un revenu de € 2.556,57.

Allocation d'orphelin
Le montant brut des allocations d'orphelin s'exprime en un pourcentage de l'allocation de survivant brute maximale.

Montants s'appliquant aux enfants :

- de moins de 10 ans : 32%
- de 10 à 16 ans : 48%, et,
- de 16 à 21 ans : 64%.

Indemnité ANW
Tout ayant droit ANW a droit, en plus de son allocation, à une indemnité fixée à € 16,92 par mois (par an € 203,40 bruts). L'allocation de survivant prend fin en cas de mariage ou de cohabitation. Si la cohabitation prend fin dans les 6 mois, le survivant peut retomber sur l'Anw.
Les survivants qui cohabitent avec une personne nécessitant des soins conservent une partie de leur

allocation (50% du salaire minimum, en fonction des revenus).

L'allocation Anw prend fin lorsque le survivant atteint à l'âge de la retraite. A partir de ce moment, le 'survivant' peut éventuellement prétendre à une allocation AOW s'il a été lui-même assuré au titre de l'AOW. Des règles spécifiques s'appliquent aux personnes qui avaient déjà le statut de survivant au 1er juillet 1996, ainsi qu'aux personnes qui, nées entre le 1er janvier 1950 et le 1er juillet 1956, ont perdu leur conjoint avant le 1er juillet 1999.
Une réglementation supplémentaire a été mise en place pour ce qui concerne le décès d'un partenaire non assurable survenu après cette date. La veuve/le veuf dont le conjoint n'était plus assuré aux Pays-Bas au moment du décès, mais l'avait cependant été pendant au moins un an avant le décès, peut prétendre à une allocation partielle de survivant aux Pays-Bas si le conjoint était assuré à ce moment-là en Belgique ou dans un autre pays de l'Union européenne, ou si l'intéressé(e) touche une pension de veuve, resp. de veuf dans un pays de l'UE.

La demande d'allocation Anw doit être effectuée auprès de l'administration communale du domicile de la veuve ou du veuf. S'il n'y a aucun doute quant aux périodes d'assurance néerlandaises, la Sociale Verzekeringsbank vous versera un acompte en attendant la détermination de l'allocation Anw. Si votre partenaire vient à décéder, une allocation d'orphelin sera accordée sous certaines conditions. La législation néerlandaise prévoit une pension d'orphelin pour les orphelins de père ou de mère. En vertu de l'Anw, les orphelins de père et de mère et les orphelins de père ou de mère peuvent prétendre à une pension d'orphelin. En Belgique il existe un droit à des allocations familiales majorées.

Le régime belge des pensions pour travailleurs salariés prévoit l'attribution éventuelle d'une pension de survivant ou de retraite aux travailleurs frontaliers ayant travaillé aux Pays-Bas et à leur conjoint survivant. Cette pension est égale à la différence entre le montant de la pension de retraite ou de survie que l'intéressé aurait obtenue si l'activité comme travailleur frontalier avait été exercée en Belgique et le montant de la pension obtenue pour la même activité en vertu de la législation néerlandaise. L'allocation Anw néerlandaise est imposée en Belgique.

Allocations ANW à partir du 1er janvier 2017
Les montants comprennent l'indemnité de € 16,79 par mois.

Allocation pour	Montant brut par mois	
	Pension	Pécule de vacances par mois
Survivant	€ 1.195,30	€ 85,47
Orphelin jusqu'à 10 ans	€ 394,00	€ 27,35
Orphelin jusqu'à 16 ans	€ 582,54	€ 41,03
Orphelin de 16 à 21 ans	€ 771,08	€ 54,70

Attention : l'indemnité ne fait nullement partie intégrante de la prestation de pension. Un partenaire cohabitant non marié est également considéré comme survivant. La hauteur de l'allocation Anw est liée aux revenus propres. Pour les revenus de travail, un «vrijlatingregeling» est de mise. Depuis le 1er janvier 2015 les premiers € 789,00 sont exonérés. Un tiers des revenus restants est également exonéré. Pour un revenu mensuel d'au moins € 2.556,57 l'allocation de survivant n'est plus versée. Des revenus liés au travail, comme la retraite anticipée (VUT), et la pension sont considérés comme des revenus de travail. Des revenus liés à la sécurité sociale légale (comme le WAO, les allocations de chômage etc.) sont entièrement déduits de l'allocation de survivant Anw. Une pension d'entreprise de survivant n'entre pas en ligne de compte.

9.5. Soins médicaux

La situation en matière de soins médicaux est expliquée au point 4.3.3.1. pour ce qui concerne les travailleurs frontaliers pensionnés et au point 4.3.3.2. pour ce qui concerne les membres de la famille de travailleurs frontaliers pensionnés.

9.6. Assurance volontaire travailleurs frontaliers titulaires d'une allocation Anw, WAO ou WIA néerlandaise :

Les travailleurs frontaliers qui résident en Belgique et ont droit à une allocation Anw, WAO/WIA ne sont pas obligatoirement assurés pour la pension AOW/Anw. Pour rencontrer ce problème, on se sert de l'arrêté royal belge du 2 décembre dont la finalité est 'la constitution d'une pension belge de travailleur salarié'. Il faut pour cela que les travailleurs frontaliers en incapacité de travail versent les cotisations

volontaires (cotisations patronales et personnelles) au Service fédéral des Pensions. Cet arrêté permet ainsi aux travailleurs frontaliers qui ont travaillé par exemple aux Pays-Bas tout en continuant de résider en Belgique, ainsi qu'aux travailleurs saisonniers qui bénéficient d'une allocation d'invalidité en application de la législation du pays où ils travaillent, de tenir compte, pour le calcul de leur pension, des périodes pour lesquelles aucune cotisation n'a été payée.
L'arrêté royal exclut cependant les périodes durant lesquelles le travail frontalier ou saisonnier fut soumis à une réglementation belge ou étrangère en matière de pension, ainsi que les périodes assimilables à des périodes de travail réel dans le cadre du régime des pensions des travailleurs salariés.
La demande de paiement des cotisations doit être introduite dans les trois ans à compter de la date à laquelle la décision d'octroyer l'allocation d'invalidité a été prise. Vous pouvez obtenir des informations à ce sujet auprès de l'Office national des Pensions (ONP).

Le choix peut aussi se porter sur une assurance néerlandaise volontaire AOW et/ou Anw. Cette assurance peut être contractée dans l'année qui suit la fin de l'assurance obligatoire néerlandaise. Des informations peuvent être obtenues auprès de la Sociale Verzekeringsbank (SVB). Le choix de l'assurance – l'assurance volontaire néerlandaise AOW et/ou Anw ou l'assurance volontaire belge dépend du montant des cotisations et est fonction de l'importance/de la durée de la future pension. De plus, il convient aussi de tenir compte de la déductibilité fiscale. Informez-vous correctement.

Adresses utiles pour des informations générales

Bureau Belgische Zaken (BBZ) Rat Verleghstraat 2 4815 NZ Breda Postbus 90151 4800 RC Breda
Tél. 0031-76-548.58.40
Fax 0031-76-548.58.09
Courriel : bbz@svb.nl
Site internet : www.svb.nl/bbz Visites de 8.00 à 17.00 heures

Heures de consultation Bureau des Affaires belges aux Pays-Bas
Les consultations sont toujours sur rendez-vous. Appelez le 0031.76. 548.58.40

Breda: 1e donderdag van de maand, van 15.00 tot 19.00 uur.

- Adresse: Gemeente Breda, Claudius Prinsenlaan 10, 4811 DJ Breda

Consultation Terneuzen : chaque 1er lundi du mois, de 10h00 à 12h00
Adresse : Gemeentehuis, Oostelijk Bolwerk 4,

Terneuzen
Consultation Eindhoven : chaque 4e mercredi du mois de 13h30 à 16h00
Adresse : Holland Expat Center South, Vestdijk 27a, 5611 CA Eindhoven

<u>Consultations Bureau des Affaires Belges en Belgique</u>
Les consultations sont toujours sur rendez-vous.
Appelez le 0031.76. 548.58.40

Anvers
Chaque 3ème jeudi du mois de 10 à 16 heures (avec l'équipe GWO)
Adresse : Rijksdienst voor Pensioenen,
St. Katelijnevest 54/7, 2000 Antwerpen

Brasschaat: 1x per twee maanden
Adresse: gemeente Brasschaat, Verhoevenlei 11, 2930 Brasschaat
Hasselt
Chaque 2ème mardi du mois de 10 à 16 heures
Adresse : Rijksdienst voor Pensioenen, Ridder Poortmanstraat 16, 3500 Hasselt.

Lommel
Chaque 3ème mardi du mois de 10 à 16 heures 30

Adresse : Sociaal Huis/Huis van de Stad, Hertog Janplein 1, 3620 Lommel

Maasmechelen
1 fois par trimestreAdresse : VDAB Werkwinkel, Binnenhof 1, Maasmechelen

Lanaken: 1x per twee maanden
Adresse: Gemeente Lanaken, Gasthuisstraat 36, 3620

Informations sur les assurances volontaires

- AOW/Anw Sociale Verzekeringsbank (SVB)

Kantoor Verzekeringen

Postbus 357, 1180 AJ Amstelveen
Tél. 0031-20-656.52.25
Fax 0031-20-656.58.88
Site internet www.svb.nl

Informations et remise d'une attestation de détachement (formulaire E-101)

- Sociale verzekeringsbank (SVB) Division : détachement international

Postbus 357, 1180 AJ Amstelveen
Tél. 0031-20-656.52.77
Site internet : www.svb.nl

Informations sur les assurances maladie et le Règlement européen sur les régimes de sécurité sociale n° 883/04 Votre assureur soins de santé ou l'organisme assureur belge

- het CAK, Antwoordnummer 91041, 2509 VC, Den Haag, Tel. 0031.88.7115551, www.hetcak.nl

Postbus 320, 1110 AH Diemen
Tél. 0031-10-428.95.51
Site internet : www.CAKnederland.nl

- Zilveren Kruis

Groep Buitenlands Recht (GBR)
Postbus 650, 7300 AR Apeldoorn
Tel. 0031-33-445.68.70 Website : www.agisweb.nl

- Zorgverzekeraars Nederland (ZN) Postbus 520, 3700 AM Zeist

Tel. 0031-(0)33 445 6870 – 0031 (0)33-445.68.70
Website : www.zn.nl

Pour les questions relatives à votre pension AOW ou Anw, vous pouvez également vous adresser au Bureau voor Sociale Zaken en Werkgelegenheid de l'Ambassade des Pays-Bas
Avenue de Cortenbergh 410, 1040 Bruxelles
Informations sur les allocations de chômage et d'incapacité de travail

Info Werkloosheid en arbeidsongeschiktheidsuitkeringen
Uitvoeringsinstituut werknemersverzekeringen (UWV) Postbus 58285, 1040 HG Amsterdam
Tél UWV : + 31 888 98 20 01
www.uwv.nl/internationaal

AUTRES

1. COMMISSIONS DE PAIEMENT ET FRAIS BANCAIRES

Si les Pays-Bas un versent un salaire ou une indemnité de quelque nature que ce soit (à l'exception des pensions sous-mentionnées) par virement sur votre compte en Belgique ou au moyen d'un chèque néerlandais que vous pourrez encaisser en Belgique, les banques belges vous réclameront la commission mentionnée dans l'annexe 1.

Les :
- pensions, revenus, et diverses allocations payées en application de la législation sociale et les
- pensions octroyées pour indemniser des dommages causés par des faits de guerre sont normalement versés sans frais sur un compte en Belgique.

Commissions normalement prélevées par les banques belges sur le paiement de salaires ou d'indemnités en provenance des Pays-Bas :
Une commission de paiement de
- 3 ‰ jusqu'à € 2.478,94 avec un minimum de € 5,58
- 2 ‰ pour la tranche entre € 2.478,94 et € 12.394,68

Remarque :
Les frais mentionnés sont à considérer comme étant purement indicatifs car les banques fixent séparément leurs tarifs. Les minima pour la commission de paiement s'élèvent à € 5,58.

2. CONSEILS D'ENTREPRISE

Dans la loi sur les conseils d'entreprise, la nationalité n'est ni une condition d'éligibilité, ni une condition pour pouvoir voter.

Peuvent voter :

a) dans une entreprise de 100 travailleurs et plus : les personnes qui y sont occupées depuis au moins six mois ;
b) dans une entreprise de moins de 100 travailleurs : les personnes qui y sont occupées depuis au moins un an et qui y travaillent au moins 13 heures par semaine.

Sont éligibles :
a) dans une entreprise de 100 travailleurs et plus : les personnes qui y sont occupées depuis au moins un an ;
b) dans une entreprise de moins de 100 travailleurs : les personnes qui y sont occupées depuis au moins un an et qui y travaillent au moins 13 heures par semaine. Le comité d'entreprise peut fixer d'autres exigences en matière de durée d'emploi et ce tant pour le droit de vote actif que pour le droit de vote passif.

ANNEXES

APERÇU DES FORMULAIRES POUR LA SÉCURITÉ SOCIALE

FORMULAIRE	OBJET	AUTORITÉS RESPONSABLES ET UTILISATION
A1 (anciennement E-101,E-103)	Attestation énonçant la législation applicable à un travailleur qui n'est pas affilié dans le pays où il travaille. Utile pour prouver que vous versez des cotisations sociales dans votre pays d'origine, si vous êtes travailleur détaché ou travaillez dans plusieurs pays à la fois, par exemple.	Adressez-vous à l'autorité chargée des travailleurs détachés dans votre pays pour savoir quel organisme peut vous délivrer ce document.
DA1 (anciennement E-123)	Formulaire donnant droit à un traitement médical aux conditions s'appliquant aux accidents du travail et aux maladies professionnelles dans un autre pays de l'UE.	Organisme d'assurance maladie Vous devez présenter le formulaire à l'organisme d'assurance maladie de votre pays de résidence.
P1	Formulaire récapitulant les décisions vous concernant prises par les organismes de pays de l'UE auprès desquels vous avez fait une demande de pension de retraite, de survivant ou d'invalidité.	L'organisme de retraite auquel vous avez demandé votre pension de retraite. Il vous remet le formulaire une fois qu'il a reçu la décision prise par chacun des organismes ayant traité votre demande.
S1 (anciennement E-106, E-109 et E-121)	Attestation donnant droit aux prestations de santé aux personnes ne résidant pas dans le pays dans lequel elles sont assurées. Utile pour les travailleurs frontaliers, les retraités, les fonctionnaires et les personnes à leur charge.	Organisme d'assurance maladie Vous pouvez le présenter à tout organisme d'assurance maladie de votre pays de résidence.
S2 (anciennement E-112)	Autorisation de recevoir des soins médicaux programmés dans un autre pays de l'UE ou de l'AELE. Vous devez être traité de la même façon que les ressortissants du pays concerné. On peut vous demander de payer une partie des frais à l'avance.	Organisme d'assurance maladie Vous devez présenter le document à l'organisme d'assurance maladie du pays où vous vous rendez pour suivre un traitement
S3	Attestation donnant droit aux prestations de santé dans son ancien pays d'emploi. Utile pour les travailleurs frontaliers à la retraite qui ne sont plus assurés dans leur ancien pays d'emploi.	Organisme d'assurance maladie Vous devez le présenter à l'organisme d'assurance maladie du pays où vous avez travaillé comme travailleur frontalier.
U1 (anciennement E-301)	Relevé des périodes d'assurance à prendre en compte dans le calcul des allocations de chômage.	Service national pour l'emploi du/des dernier(s) pays dans lequel/lesquels vous avez travaillé. Vous devez le présenter au service national pour l'emploi du pays dans lequel vous souhaitez recevoir des allocations.
U2 (anciennement E-303)	Autorisation donnant le droit de continuer à percevoir des allocations de chômage tout en cherchant un emploi dans un autre pays.	Service national pour l'emploi du pays dans lequel vous avez perdu votre travail. Vous devez le présenter au service national pour l'emploi du pays dans lequel vous cherchez un emploi.
U3	Faits susceptibles de modifier les droits aux prestations de chômage. Ce formulaire informe les services pour l'emploi du pays versant vos allocations de changements dans votre situation pouvant conduire à une révision de vos droits.	Service national pour l'emploi du pays dans lequel vous cherchez du travail, sur la base du formulaire U2.

A1

Certificat concernant la législation de sécurité sociale applicable au titulaire

Règlements (CE) n° 883/04 et (CE) n° 987/09 (*)

INFORMATIONS À L'ATTENTION DU TITULAIRE

Ce certificat concerne la législation de sécurité sociale à laquelle vous êtes assujetti(e) et confirme que vous n'êtes pas tenu(e) de cotiser dans un autre État.

Avant de quitter l'État dans lequel vous êtes assuré(e) pour vous rendre dans un autre État pour y travailler, assurez-vous que vous êtes bien en possession des documents attestant de vos droits pour bénéficier des prestations en nature nécessaires (par exemple, soins médicaux, hospitalisation, etc.) dans l'État de travail.

- Si vous séjournez temporairement dans l'État où vous travaillez, demandez à votre institution compétente en matière de soins de santé de vous délivrer une carte européenne d'assurance maladie. Si vous avez besoin de prestations en nature durant votre séjour, vous devrez présenter cette carte au prestataire de soins.
- Si vous allez résider dans l'État où vous travaillez, demandez à l'institution compétente en matière de soins de santé de vous délivrer le document S1 et présentez-le le plus tôt possible à l'institution compétente en matière de soins de santé du lieu où vous allez travailler (**).

À titre provisoire, en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, des prestations particulières seront également servies par l'institution d'assurance du pays de séjour.

1. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE TITULAIRE

1.1	Numéro d'identification personnel	☐ Femme	☐ Homme
1.2	Nom		
1.3	Prénoms		
1.4	Nom de naissance (***)		
1.5	Date de naissance	1.6	Nationalité
1.7	Lieu de naissance		
1.8	Adresse dans l'État de résidence		
1.8.1	Rue, n°	1.8.3	Code postal
1.8.2	Ville	1.8.4	Code du pays
1.9	Adresse dans l'État du séjour		
1.9.1	Rue, n°	1.9.3	Code postal
1.9.2	Ville	1.9.4	Code du pays

2. ÉTAT MEMBRE DONT LA LÉGISLATION S'APPLIQUE

2.1	État membre		
2.2	Date de début	2.3	Date de fin

☐ 2.4 Le certificat est valable pendant toute la durée de l'activité

☐ 2.5 Il s'agit d'une détermination provisoire

☐ 2.6 Le règlement (CE) n° 1408/71 reste applicable, en vertu de l'article 87 (8) du règlement (CE) n° 883/2004

(*) Règlements (CE) n° 883/2004, articles 11 à 16, et (CE) n° 987/2009, article 19.

(**) Pour l'Espagne, la Suède et le Portugal, ce certificat doit être communiqué respectivement aux directions provinciales de l'Institut national de la sécurité sociale (INSS), à l'Office des assurances sociales et à l'Institut de la sécurité sociale du lieu de résidence.

(***) Renseignements communiqués par le titulaire à l'institution, lorsque celle-ci n'en dispose pas.

©Commission européenne

Coordination des systèmes
de sécurité sociale

A1

Certificat concernant la législation de sécurité sociale applicable au titulaire

3. CONFIRMATION DE VOTRE SITUATION PROFESSIONNELLE

☐ 3.1 Travailleur salarié détaché

☐ 3.2 Salarié, occupé dans deux ou plusieurs États

☐ 3.3 Travailleur non salarié détaché

☐ 3.4 Travailleur non salarié exerçant une activité, dans deux États ou plus

☐ 3.5 Fonctionnaire

☐ 3.6 Agent contractuel

☐ 3.7 Marin

☐ 3.8 Travailleur occupé en qualité de salarié et non salarié dans plusieurs pays

☐ 3.9 Travailleur occupé en qualité de fonctionnaire dans un pays et en qualité de salarié/non salarié dans un ou plusieurs autre(s) pays

☐ 3.10 Dérogations

4. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'EMPLOYEUR /L'ACTIVITÉ NON SALARIÉE DANS L'ÉTAT DONT LA LÉGISLATION S'APPLIQUE

☐ 4.1.1 Travailleur salarié

☐ 4.1.2 Activité non salariée

4.2	Code de l'activité de l'employeur/de l'activité non salariée		
4.3	Nom ou raison sociale		
4.4	Adresse officielle		
4.4.1	Rue, n°	4.4.2	Code du pays
4.4.3	Ville	4.4.4	Code postal

5. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'EMPLOYEUR /L'ACTIVITÉ NON SALARIÉE DANS L'/LES AUTRE(S) ÉTAT(S) MEMBRE(S)

5.1 Nom(s) ou raison(s) sociale(s) et numéro(s) d'identification de l'/des entreprise(s) ou du/des navire(s) dans laquelle/lesquelles/lequel/lesquels vous serez employé

5.2 Adresse(s) ou nom(s) du/des navire(s) où vous serez travailleur salarié/travailleur non salarié dans l'/les Etat(s) d'accueil

☐ 5.3 Ou aucune adresse fixe dans l'/les Etat(s) où vous serez travailleur salarié/travailleur non salarié

SPECIMEN

SPECIMEN

A1

Certificat concernant la législation de sécurité sociale applicable au titulaire

6. INSTITUTION COMPLÉTANT LE FORMULAIRE

6.1	Nom		
6.2	Rue, n°		
6.3	Ville		
6.4	Code postal	6.5	Code du pays
6.6	N° d'identification de l'institution		
6.7	N° de télécopie (bureau)		
6.8	N° de téléphone (bureau)		
6.9	Adresse électronique		
6.10	Date		
6.11	Signature		

CACHET

SPECIMEN

Coordination des systèmes de sécurité sociale

DA1

Droits aux prestations en nature au titre de l'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles

Règlements (CE) n° 883/04 et (CE) n° 987/09 (*)

INFORMATIONS À L'ATTENTION DU TITULAIRE

Ce document est destiné aux assurés qui se déplacent, résident ou séjournent dans un État membre de l'UE autre que celui dans lequel ils sont assurés contre les accidents du travail et les maladies professionnelles (AT/MP).
Vous devez présenter ce document à l'organisme d'assurance maladie ou d'assurance AT/MP de l'État de résidence ou de séjour pour pouvoir bénéficier des prestations de soins de santé nécessaires.
Vous pouvez éventuellement avoir droit à un remboursement complémentaire en fonction des taux de remboursement nationaux du lieu de séjour.
Contactez votre institution d'assurance maladie pour plus d'informations à ce sujet. Vous trouverez une liste des institutions d'assurance maladie à l'adresse http://ec.europa.eu/social-security-directory/

1. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE TITULAIRE

1.1 Numéro d'identification personnel dans l'État membre compétent

1.2 Nom

1.3 Prénoms

1.4 Nom de naissance (**)

1.5 Date de naissance

1.6 Situation

☐ 1.6.1 Travailleur salarié ☐ 1.6.2 Travailleur non salarié ☐ 1.6.3 Chômeur

1.7 Adresse dans l'État de résidence/de séjour

1.7.1 Rue, n° 1.7.3 Code postal

1.7.2 Ville 1.7.4 Code du pays

2. LE TITULAIRE PEUT BÉNÉFICIER DE PRESTATIONS EN NATURE

☐ 2.1.1 pour accident du travail ☐ 2.1.2 pour maladie professionnelle

2.2 Durée prévue des soins

☐ 2.2.1 durée fixée par les dispositions de la législation de l'État de sa résidence

☐ 2.2.2 date de début date de fin

☐ 2.2.3 pendant trois mois maximum ☐ 2.2.4 pour une durée illimitée

(*) Règlements (CE) n° 883/2004, article 36, et (CE) n° 987/2009, article 33.
(**) Renseignements communiqués par le titulaire à l'institution, lorsque celle-ci n'en dispose pas.

©Commission européenne

SPECIMEN

Coordination des systèmes de sécurité sociale

DA1

Droits aux prestations en nature au titre de l'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles

3. LE TITULAIRE PEUT BÉNÉFICIER DE SOINS DE SANTÉ DU FAIT DE

☐ 3.1 l'accident du travail survenu 3.1.1 le (date)

3.1.2 qui a entraîné les conséquences suivantes

☐ 3.2 la maladie professionnelle qui a été constatée 3.2.1 le (date)

3.2.2 qui a entraîné les conséquences suivantes

☐ 3.3 L'autorisation accordée à l'intéressé de conserver le bénéfice des prestations en nature en/au(x)/à (État où il/elle se rend

☐ 3.3.1 pour y établir sa résidence ☐ 3.3.2 pour y recevoir des soins

4. LE RAPPORT DE NOTRE MÉDECIN-CONSEIL

☐ 4.1 est joint sous pli fermé ☐ 4.2 peut être obtenu sur demande

☐ 4.3 a été envoyé

4.3.1 le 4.3.2 à

☐ 4.4 n'a pas été établi

5. INSTITUTION COMPÉTENTE LE FORMULAIRE

5.1 Nom

5.2 Rue, n°

5.3 Ville

5.4 Code postal 5.5 Code du pays

5.6 N° d'identification de l'institution

5.7 N° de télécopie (bureau)

5.8 N° de téléphone (bureau)

5.9 Adresse électronique

5.10 Date

5.11 Signature

CACHET

SPECIMEN

P1

Récapitulatif des décisions prises en matière de pensions

Article 48 du règlement (CE) n° 987/2009

1. ADRESSE ET COORDONNÉES DU TITULAIRE

1.1	Nom(s)		
1.2	Prénom(s)		
1.3	Nom(s) à la naissance (*)		
1.4	Adresse actuelle		
1.4.1	Rue, n°	1.4.3	Code postal
1.4.2	Localité	1.4.4	Code du pays

INFORMATIONS DESTINÉES AU TITULAIRE

La demande d'une pension d'invalidité/de survivant/de vieillesse introduite par l'assuré auprès de [ ] (**) a également conduit, en application de la législation européenne, à l'examen d'une demande d'une prestation similaire dans les autres États membres de l'Union européenne dans lesquels l'assuré a travaillé ou a été assuré. Le présent document rend compte du résultat de cet examen.

Le but de ce document est de vous permettre de juger si votre droit à une pension dans un ou plusieurs États membres a ou non été lésé par l'interaction de décisions prises par deux ou plusieurs institutions. Par exemple, le montant de votre pension pourrait être réduit en fonction d'autres revenus ou prestations; il pourrait aussi être affecté par des règles relatives à la superposition de périodes d'assurance. Pour de plus amples informations, veuillez consulter la décision nationale applicable en matière de pension ou prendre contact avec l'institution de pension à l'origine de cette décision.

Conformément à l'article 48 du règlement (CE) n° 987/2009, votre demande de réexamen d'une décision doit être introduite auprès de l'institution concernée dans les délais prévus par la législation nationale de l'État membre concerné. Ces délais prennent cours à la date de réception du présent récapitulatif. Vous trouverez ci-dessous l'indication de ces délais et l'adresse de l'institution.

Il ne faut pas confondre ce droit à un réexamen d'une demande de pension avec le droit à un recours en droit national à l'encontre d'une décision prise par une institution de pension concernant une telle demande. Une demande de réexamen ne peut être autorisée que lorsque des décisions nationales en matière de pensions ont interagi négativement sur vos droits à une pension.

Le présent document rend compte de la décision prise au regard de votre demande de pension par chaque institution qui l'a examinée. Le montant de la pension peut être fonction de la durée et de la nature des périodes d'assurance. Nous ne vous offrons pas ici un aperçu complet de la manière selon laquelle chaque État membre a pris en compte les périodes d'assurance dès lors que l'évaluation de ces périodes peut différer en raison de la diversité des dispositions nationales.

2. COORDONNÉES DE L'ASSURÉ

2.1	Nom(s)		
2.2	Prénom(s)		
2.3	Nom(s) à la naissance (*)		
2.4	Date de naissance		
2.5	Dernière adresse connue		
2.5.1	Rue, n°	2.5.3	Code postal
2.5.2	Localité	2.5.4	Code du pays

(*) Informations fournies à l'institution par le titulaire lorsque ces informations ne sont pas connues de l'institution.
(**) Indiquez le nom de l'institution entre [ ].

©Commission européenne

Coordination des systèmes
de sécurité sociale

P1

Récapitulatif des décisions prises en matière de pensions

3. PENSION(S) ALLOUÉES

3.1 Institution allouant la pension – y compris le n° PIN/ le numéro de dossier et la date de la décision	3.2 Type de pension (1), (2), (3)	3.3 Date du premier paiement	3.4 Montant brut, y compris fréquence et devise	3.5 La pension a été allouée: (4), (5), (6)	3.6 La pension a été réduite: (7), (8)	3.7 Période de réexamen (début à la date de réception du récapitulatif)	3.8 Où envoyer la demande de réexamen?

SPECIMEN

SPECIMEN

NOTES

[1] Vieillesse
[2] Invalidité
[3] Survivant
[4] en application de la législation nationale
[5] comme une pension au regard de laquelle les périodes accomplies dans un autre État membre ont été prises en considération (méthode européenne de calcul au prorata)
[6] comme une pension au regard de laquelle les périodes de moins d'un an ont été prises en compte comme si elles avaient été accomplies au sens de la législation de cet État membre
[7] compte tenu d'une autre prestation ou d'un autre revenu
[8] compte tenu de la superposition de périodes fictives

Pour de plus amples informations sur les périodes accomplies dans tous les États membres qui ont été prises en compte dans le calcul de la pension ou sur des questions concernant les règles relatives à la superposition de périodes d'assurance, veuillez consulter la décision nationale applicable aux pensions ou prendre contact avec l'institution qui a pris ladite décision; ayez l'obligeance de mentionner le numéro d'identification personnel (PIN) et/ou le numéro de dossier.

4. PENSION(S) REFUSÉE(S)

4.1 Institution refusant d'octroyer la pension – y compris le numéro PIN / le numéro de dossier et la date de la décision	4.2 Type de pension (1), (2), (3)	4.3 Motifs du refus (4), (5), (6), (7), (8), (9), (10)	4.4 Période du réexamen (début à la date de réception du récapitulatif)	4.5 Où adresser la demande de réexamen?

SPECIMEN

NOTES

[1] Vieillesse
[2] Invalidité
[3] Survivant
[4] Aucune période d'assurance
[5] Moins d'un an de périodes d'assurance
[6] période de stage incomplète ou critères d'admissibilité non satisfaits
[7] aucune incapacité partielle ou invalidité observée
[8] dépassement du plafond de revenu
[9] âge de la retraite non encore atteint
[10] autres motifs

Pour de plus amples renseignements, veuillez consulter la décision nationale relative aux pensions ou prendre contact avec l'institution qui a pris cette décision; ayez l'obligeance de mentionner le numéro d'identification personnel (PIN) et/ou le numéro de dossier.

Coordination des systèmes de sécurité sociale

P1

Récapitulatif des décisions prises en matière de pensions

5. INSTITUTION CHARGÉE DE REMPLIR LE FORMULAIRE

5.1	Nom		
5.2	Rue, n°		
5.3	Localité		
5.4	Code postal	5.5 Code pays	
5.6	N° d'identification de l'institution		
5.7	N° de télécopie (bureau)		
5.8	N° de téléphone (bureau)		
5.9	Adresse électronique		
5.10	Date		
5.11	Signature		

CACHET

SPECIMEN

S1

Inscription en vue de bénéficier de prestations de l'assurance maladie

Règlements (CE) n° 883/04 et (CE) n° 987/09 (*)

INFORMATIONS À L'ATTENTION DU TITULAIRE

Ce certificat atteste de vos droits et de ceux de votre famille à bénéficier de prestations en nature de maladie, de maternité et de paternité assimilées (c.-à-d. soins de santé, traitements médicaux, etc.) dans votre État de résidence. Les membres de la famille ne sont couverts que dans la mesure où ils satisfont aux conditions fixées par la législation de l'État de résidence.
Ce certificat doit être remis le plus rapidement possible à l'institution d'assurance maladie de votre lieu de résidence (**).
Vous trouverez une liste des institutions d'assurance maladie à l'adresse suivante:
http://ec.europa.eu/social-security-directory/

1. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE TITULAIRE

1.1	Numéro d'identification personnel dans l'État membre compétent		
1.2	Nom		
1.3	Prénoms		
1.4	Nom de naissance (***)		
1.5	Date de naissance		
1.6	Adresse dans l'État de résidence		
1.6.1	Rue, n°	1.6.3 Code postal	
1.6.2	Ville	1.6.4 Code du pays	
1.7	Situation		

☐ 1.7.1 Personne assurée
☐ 1.7.2 Membre de la famille de la personne assurée
☐ 1.7.3 Titulaire de pension
☐ 1.7.4 Membre de la famille d'un titulaire de pension
☐ 1.7.5 Demandeur de pension

2. PRESTATIONS EN ESPÈCES POUR DES SOINS DE LONGUE DURÉE

☐ 2.1 Le titulaire bénéficie de prestations en espèces pour des soins de longue durée

SPECIMEN

(*) Règlements (CE) n°883/2004, articles 17, 22, 24, 25, à 26 et 34, et (CE) n° 987/2009, articles 24 et 28.
(**) Pour l'Espagne, la Suède et le Portugal, ce certificat doit être communiqué respectivement aux Directions provinciales de l'Institut national de la sécurité sociale (INSS), à l'Office des assurances sociales et à l'Institut de la sécurité sociale du lieu de résidence.
(***) Renseignements communiqués par le titulaire à l'institution lorsque celle-ci n'en dispose pas.

©Commission européenne

Coordination des systèmes
de sécurité sociale

S1

Inscription en vue de bénéficier de prestations de l'assurance maladie

3. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA PERSONNE ASSURÉE

(à compléter si le titulaire du certificat est l'ayant droit de l'assuré(e))

3.1	Numéro d'identification personnel dans l'État membre compétent		
3.2	Nom		
3.3	Prénoms		
3.4	Nom de naissance (*)		
3.5	Date de naissance		
3.6	Adresse de la personne assurée (si différente de celle indiquée en 1.6)		
3.6.1	Rue, n°	3.6.3 Code postal	
3.6.2	Ville	3.6.4 Code du pays	

4. PÉRIODE DE COUVERTURE PAR L'ASSURANCE (DU / AU):

4.1	Date de début	4.2 Date de fin	

5. INSTITUTION COMPLÉTANT LE FORMULAIRE

5.1	Nom		
5.2	Rue, n°		
5.3	Ville		
5.4	Code postal	5.5 Code du pays	
5.6	N° d'identification de l'institution		
5.7	N° de télécopie (bureau)		
5.8	N° de téléphone (bureau)		
5.9	Adresse électronique		
5.10	Date		
5.11	Signature		

CACHET

SPECIMEN

(*) Renseignements communiqués par le titulaire à l'institution lorsque celle-ci n'en dispose pas.

Droit aux soins programmés

Règlements (CE) n° 883/04 et (CE) n° 987/09 (*)

INFORMATIONS À L'ATTENTION DU TITULAIRE

Ce certificat atteste de vos droits à bénéficier de certains soins médicaux à l'étranger. Si vous le présentez à l'institution d'assurance maladie de l'Etat où ces soins seront dispensés, vous en bénéficierez dans les mêmes conditions que les assurés de cet État.
Vous pouvez éventuellement avoir droit à un remboursement complémentaire en fonction des taux de remboursement nationaux applicables.
Contactez votre institution d'assurance maladie pour plus d'informations à ce sujet. Vous trouverez une liste des institutions d'assurance maladie à l'adresse: http://ec.europa.eu/social-security-directory/

1. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE TITULAIRE

1.1	Numéro d'identification personnel dans l'État membre compétent		
1.2	Nom		
1.3	Prénoms		
1.4	Nom de naissance (**)		
1.5	Date de naissance		
1.6	Adresse actuelle		
1.6.1	Rue, n°	1.6.3 Code postal	
1.6.2	Ville	1.6.4 Code du pays	

2. NATURE ET LIEU DU TRAITEMENT

2.1	Soins		
2.2	Lieu du traitement		
2.3	Durée prévue du traitement		
2.3.1	Date de début	2.3.2 Date de fin	

(*) Règlements (CE) n° 883/2004, articles 20, 27 et 36, et (CE) n° 987/2009, articles 26 et 33.
(**) Renseignements communiqués par le titulaire à l'institution, lorsque celle-ci n'en dispose pas.

©Commission européenne

SPECIMEN

S2

Coordination des systèmes de sécurité sociale

Droit aux soins programmés

3. INSTITUTION COMPLÉTANT LE FORMULAIRE

3.1	Nom		
3.2	Rue, n°		
3.3	Ville		
3.4	Code postal	3.5 Code du pays	
3.6	N° d'identification de l'institution		
3.7	N° de télécopie (bureau)		
3.8	N° de téléphone (bureau)		
3.9	Adresse électronique		
3.10	Date		
3.11	Signature		

CACHET

SPECIMEN

U1

Périodes à prendre en compte pour l'octroi de prestations de chômage

Règlements (CE) n° 883/04 et (CE) n° 987/09 (*)

INFORMATIONS À L'ATTENTION DU TITULAIRE

Le présent document est destiné au chômeur qui demande des prestations de chômage dans un État membre après avoir été assuré ou avoir travaillé dans un autre État membre. Le cas échéant, ce document est délivré par ce dernier État membre.
Il convient de le présenter aux services de l'emploi ou à la caisse d'assurance du pays dans lequel vous demandez les prestations.
L'État membre dans lequel la demande est introduite tiendra compte, en tant que de besoin, des périodes mentionnées dans la présente attestation.

1. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE TITULAIRE

1.1 Numéro d'identification personnel — ☐ Fem. ☐ Homme
1.2 Nom
1.3 Prénoms
1.4 Nom de famille à la naissance (**)
1.5 Date de naissance — 1.6 Nationalité
1.7 Lieu de naissance
1.8 Adresse actuelle dans l'État délivrant la présente attestation
1.8.1 Rue, n° — 1.8.3 Code postal
1.8.2 Ville — 1.8.4 Code du pays

2. LE TITULAIRE A ACCOMPLI LES PÉRIODES SUIVANTES[1]:

2.1 PÉRIODES D'ASSURANCE ET PÉRIODES ASSIMILÉES

2.1.1 Activité salariée assujettie à l'assurance — Du … au …
2.1.2 Activité non salariée assujettie à l'assurance — Du … au …

SPECIMEN

(*) Règlements (CE) n° 883/2004, articles 61 et 62, et (CE) n° 987/2009, article 54 (paragraphes 1 et 2).
(**) Informations communiquées à l'institution par le titulaire lorsque celle-ci n'en dispose pas.

©Commission européenne

Coordination des systèmes
de sécurité sociale

U1

Périodes à prendre en compte pour l'octroi de prestations de chômage

2. LE TITULAIRE A ACCOMPLI LES PÉRIODES SUIVANTES (SUITE):

2.1 PÉRIODES D'ASSURANCE ET PÉRIODES ASSIMILÉES (SUITE)

2.1.3 Autres périodes d'assurance

Du … au … Nature[2]
Du … au … Nature[2]
Du … au … Nature[2]

2.1.4 Périodes assimilées à des périodes d'assurance

Du … au … Motif[3]
Du … au … Motif[3]
Du … au … Motif[3]

2.2 PÉRIODES D'ACTIVITÉ SALARIÉE ET D'ACTIVITÉ NON SALARIÉE QUI NE SONT PAS DES PÉRIODES D'ASSURANCE

2.2.1 Activité salariée

Du … au … Activité
Du … au … Activité
Du … au … Activité

2.2.2 Activité non salariée

Du … au … Activité
Du … au … Activité
Du … au … Activité

2.2.3 Ces périodes ne constituent pas des périodes d'assurance parce que

2.3 DÉTAILS DES REVENUS[4,5]

2.3.1 Revenus de l'activité salariée

Du … au … Rémunération
Du … au … Rémunération
Du … au … Rémunération

2.3.2 Revenus de l'activité non salariée

Du … au … Revenus
Du … au … Revenus
Du … au … Revenus

SPECIMEN

3. MOTIF DE LA FIN D'ACTIVITÉ

☐ 3.1 licenciement
☐ 3.2 Rupture d'un commun accord
☐ 3.3 licenciement pour motif disciplinaire
☐ 3.4 démission
☐ 3.5 expiration du contrat
☐ 3.6 licenciement pour motif économique
☐ 3.7 autre (activité salariée)
☐ 3.8 autre (activité non salariée)

4. AUTRES PAIEMENTS REÇUS

Le titulaire

☐ 4.1 a perçu ou doit encore percevoir une rémunération pour la période qui suit la fin de l'activité

jusqu'au

☐ 4.2 a perçu ou doit encore percevoir une indemnité compensatrice de fin d'activité

ou d'autres paiements analogues d'un montant de

☐ 4.3 a perçu ou doit encore percevoir une indemnité compensatrice de congé annuel,

d'un montant de pour jours

☐ 4.4 a renoncé aux droits ci-dessus découlant du contrat de travail

4.4.1 Motif

☐ 4.5 perçoit actuellement d'autres prestations

5. DEPUIS LE DÉBUT DE LA PREMIÈRE PÉRIODE MENTIONNÉE AU POINT 2, LE TITULAIRE A PERÇU DES PRESTATIONS DE CHÔMAGE

5.1 Période

Du au

Du au

Du au

5.2 Agence locale pour l'emploi ou caisse ayant versé des prestations en dernier lieu

5.3 N° d'identification

5.4 Dénomination

5.5 Adresse

5.5.1 Rue, n° 5.5.3 Code postal

5.5.2 Ville 5.5.4 Code pays

6. DROIT AUX PRESTATIONS DE CHÔMAGE

6.1 ☐ Le titulaire a droit à des prestations de chômage servies par l'institution qui délivre la présente attestation

au titre de l'article ☐ 64 ☐ 65, paragraphe 5, point b), du règlement (CE) n° 883/2004

Pour la période

Du au

6.2 ☐ Le titulaire n'a pas droit à des prestations de chômage servies par l'institution

qui délivre la présente attestation parce que

☐ Il n'y a pas de droit en vertu de la législation de l'État membre concerné

☐ Le titulaire n'a pas demandé l'exportation de ses prestations de chômage;

SPECIMEN

Coordination des systèmes de sécurité sociale

U1

Périodes à prendre en compte pour l'octroi de prestations de chômage

7. INSTITUTION COMPLÉTANT LE FORMULAIRE

7.1 Nom

7.2 Rue, n°

7.3 Ville

7.4 Code postal 7.5 Code du pays

7.6 N° d'identification de l'institution

7.7 N° de télécopie (bureau)

7.8 N° de téléphone (bureau)

7.9 Adresse électronique

7.10 Date

7.11 Signature

CACHET

NOTES

[1] La (les) période(s) renseignée(s) au point 2 de la présente attestation est/sont mentionnée(s)conformément aux périodes de référence indiquées dans la présente note pour l'État membre concerné. Les périodes de référence sont les suivantes:
Un an - si l'attestation est destinée à une institution luxembourgeoise.
Deux ans - si elle est destinée à une institution italienne, islandaise, du Liechtenstein ou suisse. L'Italie pourra, en outre, demander des informations sur la carrière complète de l'étranger de la personne désignée. Pour les besoins des institutions suisses, quatre ans dans le cas de l'éducation d'un enfant ou d'une activité non salariée de courte durée.
Trois ans - si elle est destinée à une institution belge, chypriote, tchèque, danoise, française, grecque, irlandaise, portugaise ou du Royaume-Uni.
Plus de trois ans - si l'attestation est destinée à une institution finlandaise ou polonaise (20 ans), espagnole (6 ans), allemande (5 ans), autrichienne(10, 15 ou 25 ans), hongroise ou slovaque (4 ans), suédoise (8 ans), polonaise (20 ans), bulgare, estonienne, lettone, néerlandaise (années postérieures à 1998), roumaine, slovène ou maltaise (historique de la carrière complète). Dans certains cas, l'institution belge demande des informations sur la carrière complète. En ce qui concerne les travailleurs de 52 ans ou plus, l'institution espagnole peut, si nécessaire, demander des informations sur des périodes supplémentaires précédant les six dernières années.
La dernière année civile écoulée ou les trois dernières années civiles - si le formulaire est destiné à une institution norvégienne.

[2] Veuillez compléter en sélectionnant dans la liste:
Maternité ou éducation d'un enfant; maladie; privation de liberté; études; service militaire ou service civil en tenant lieu; prestations de chômage avant le début de la dernière activité; autres (veuillez préciser)

[3] Pour les périodes assimilées, indiquez s'il s'agit, par exemple,
i De périodes de maladie — indiquez la dénomination et l'adresse de la caisse d'assurance-maladie
ii De périodes de maternité ou d'éducation d'un enfant — indiquez la dénomination et l'adresse de la caisse d'assurance-maladie
iii De périodes de privation de liberté
iv De périodes d'études
v De périodes de service militaire ou de service civil
vi D'une période d'octroi de prestations de chômage avant le début de la dernière activité

[4] Si le détail des revenus n'est pas immédiatement disponible au moment de la demande, l'institution qui complète l'attestation laisse cette partie vierge et fournit le détail des revenus ultérieurement, sur demande. Périodes de référence en matière de revenus, comptabilisées à rebours depuis la fin de la dernière activité ou de la dernière période d'assurance. Pour l'Autriche et l'Espagne: les 6 derniers mois; pour la République tchèque: la dernière activité; pour l'Estonie, la France, la Hongrie, les Pays-Bas, la Roumanie: les 12 derniers mois; pour la Bulgarie: les 15 derniers mois; pour l'Allemagne, la Slovaquie, les 24 derniers mois; pour la Pologne: les revenus d'une activité salariée et d'une activité non salariée qui ne sont pas des périodes d'assurance; pour Chypre, Malte, le Royaume-Uni: information facultative.

[5] Nature des revenus. Pour l'Autriche, la Belgique, la Bulgarie, la Hongrie, les Pays-Bas et la Pologne: les revenus bruts; pour l'Estonie, la France, la Roumanie, la Slovaquie: les revenus bruts de chaque mois (ou une moyenne mensuelle); pour l'Allemagne: les revenus bruts de chaque mois (ou une moyenne mensuelle) et le nombre hebdomadaire moyen d'heures; pour la République tchèque (moyenne mensuelle nette): les revenus nets; pour Chypre, Malte, le Royaume-Uni: information facultative.

SPECIMEN

Maintien du droit aux prestations de chômage

Règlements (CE) n °883/04 et (CE) n° 987/09 (*)

INFORMATIONS A L'ATTENTION DU TITULAIRE

Vous pouvez bénéficier de prestations de chômage à charge de l'institution qui a délivré ce document jusqu'à la date indiquée au cadre 2, si vous:

- vous rendez dans un autre État membre de l'UE pour y chercher du travail;
- vous inscrivez en tant que demandeur d'emploi auprès des services de l'emploi de cet État et vous conformez aux procédures de contrôle qui y sont organisées;
- vous inscrivez dans les 7 jours (voir cadre 2) à compter de la date à laquelle vous avez cessé d'être à la disposition des services de l'emploi de l'État membre que vous avez quitté. Si vous vous inscrivez après cette date, les prestations ne vous seront versées qu'à compter de la date de votre inscription;
- continuez à remplir les conditions requises par l'État membre que vous avez quitté;
- remplissez les conditions requises par l'État membre où vous cherchez du travail.

1. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE TITULAIRE

1.1 Numéro d'identification personnel ☐ féminin ☐ masculin

1.2 Nom

1.3 Prénoms

1.4 Nom de naissance (**)

1.5 Date de naissance 1.6 Nationalité

1.7 Lieu de naissance

2. PÉRIODES DURANT LESQUELLES LES PRESTATIONS DE CHÔMAGE PEUVENT ÊTRE VERSÉES PAR L'ORGANISME QUI A DÉLIVRÉ CE DOCUMENT

Le titulaire a droit à des prestations de chômage versées par l'organisme ayant délivré ce document,

2.1 à compter du 2.2.1 jusqu'au (date)

Ou 2.2.2 durant (x jours) au maximum

En principe, les prestations seront versées au titulaire s'il/elle est inscrit(e) auprès des services de l'emploi de l'État dans lequel il/elle recherche un travail

2.3 au plus tard le

et pourront continuer d'être payées pendant la période visée ci-dessus, dans la mesure où il/elle reste inscrit(e) et se conforme aux procédures de contrôle organisées par l'État dans lequel il/elle cherche du travail durant cette période. Toutefois, les prestations ne pourront être payées qu'à partir de la date indiquée au point 2.1 et aussi longtemps que le droit aux prestations de chômage existe en vertu de la législation de l'organisme qui délivre ce document.

(*) Règlements (CE) n° 883/2004, article 64 et (CE) n° 987/2009, article 55, paragraphe 1.
(**) Renseignements communiqués par le titulaire à l'institution, lorsque celle-ci n'en dispose pas.

©Commission européenne

SPECIMEN

Coordination des systèmes de sécurité sociale

U2

Maintien du droit aux prestations de chômage

3. RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES POUR LE TITULAIRE

3.1 Notification de l'inscription

Les services de l'emploi de l'État où vous cherchez du travail sont tenus d'informer immédiatement l'organisme qui a délivré ce document de la date de votre première inscription sur leur territoire et de lui communiquer votre nouvelle adresse.

3.2 Rapports mensuels

Les services de l'emploi de l'Etat où vous recherchez du travail

☐ 3.2.1 sont tenus de

☐ 3.2.2 ne sont pas tenus de communiquer des rapports mensuels à l'organisme qui a délivré ce document

3.3 Changements de situation

Le paiement des prestations peut être suspendu par l'État qui a délivré ce document dans l'un ou l'autre des cas indiqués ci-dessous. S'il s'avère que vous vous trouvez dans l'une des situations ci-après, les services de l'emploi de l'État dans lequel vous cherchez du travail doivent immédiatement en informer l'État émetteur, en lui précisant la date à partir de laquelle vous:

- avez retrouvé un emploi ou vous êtes installé en tant que travailleur non salarié.
- percevez des revenus au titre d'une activité autre que celles précitées.
- avez refusé de répondre à une offre d'emploi ou à une demande d'entretien des services de l'emploi.
- avez refusé de participer à un programme de réinsertion professionnelle.
- êtes en incapacité de travail.
- ne vous êtes pas conformé aux procédures de contrôle organisées
- ne vous tenez pas à la disposition des services de l'emploi.
- autres

4. INSTITUTION COMPÉTENTE – LE FORMULAIRE

4.1 Nom

4.2 Rue, n°

4.3 Ville

4.4 Code postal 4.5 Code du pays

4.6 N° d'identification de l'institution

4.7 N° de télécopie (bureau)

4.8 N° de téléphone (bureau)

4.9 Adresse électronique

4.10 Date

4.11 Signature

CACHET

SPECIMEN

Faits susceptibles de modifier le droit aux prestations de chômage

Règlements (CE) n° 883/04 et (CE) n° 987/09 (*)

INFORMATIONS À L'ATTENTION DU TITULAIRE

Ce document contient des informations sur des faits vous concernant, communiqués à l'institution qui vous paie les prestations de chômage par l'institution de l'État dans lequel vous cherchez un emploi. Ces faits sont susceptibles d'entraîner l'interruption du paiement de vos prestations de chômage.
En cas de désaccord avec ces informations, veuillez contacter au plus vite l'institution qui vous paie les prestations.

1. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE TITULAIRE

1.1	Numéro d'identification personnel	☐ Femme	☐ Homme
1.2	Nom		
1.3	Prénoms		
1.4	Nom de naissance (**)		
1.5	Date de naissance	1.6 Nationalité	
1.7	Lieu de naissance		
1.8	Adresse actuelle dans l'État qui délivre le certificat		
1.8.1	Rue, n°	1.8.3 Code postal	
1.8.2	Ville	1.8.4 Code du pays	
1.9	Adresse dans l'État qui verse les prestations de chômage		
1.9.1	Rue, n°	1.9.3 Code postal	
1.9.2	Ville	1.9.4 Code du pays	

2. FAITS APPLICABLES

	Le titulaire		DATE DE DÉBUT
2.1	a trouvé un emploi ou s'est installé en tant que travailleur non salarié	☐	
2.2	perçoit des revenus au titre d'une activité autre que celles indiquées ci-dessus (2.1)	☐	
2.3	a refusé de répondre à une offre d'emploi ou à une demande d'entretien des services de l'emploi	☐	
2.4	a refusé de participer à un programme de réinsertion professionnelle	☐	
2.5	est en incapacité de travail	☐	
2.6	ne s'est pas conformé aux procédures de contrôle organisées	☐	
2.7	ne se met pas à la disposition des services de l'emploi	☐	
2.8	autres :	☐	

(*) Règlements (CE) n° 883/2004, article 64, et (CE) n° 987/2009, article 55, paragraphe 4.
(**) Renseignements communiqués par le titulaire à l'institution, lorsque celle-ci n'en dispose pas.

©Commission européenne

Coordination des systèmes de sécurité sociale

U3

Faits susceptibles de modifier le droit aux prestations de chômage

3. NOTES POUR LE TITULAIRE

4. INSTITUTION COMPLÉTANT LE FORMULAIRE

4.1	Nom		
4.2	Rue, n°		
4.3	Ville		
4.4	Code postal	4.5	Code du pays
4.6	N° d'identification de l'institution		
4.7	N° de télécopie (bureau)		
4.8	N° de téléphone (bureau)		
4.9	Adresse électronique		
4.10	Date		
4.11	Signature		

CACHET

SPECIMEN

COMMISSION ADMINISTRATIVE
POUR LA SÉCURITÉ SOCIALE
DES TRAVAILLEURS MIGRANTS

E 104 [ ] (1)

ATTESTATION CONCERNANT LA TOTALISATION DES PÉRIODES D'ASSURANCE, D'EMPLOI OU DE RÉSIDENCE

maladie – maternité – décès (allocation) – invalidité

Règlement (CEE) n° 1408/71: article 9.2; article 18.1; article 38.1; article 64
Règlement (CEE) n° 574/72: article 6.2; article 16; article 39.1 et 2; article 79

L'institution compétente remplit la partie A du formulaire et en transmet deux exemplaires à l'institution du dernier État membre à la législation duquel l'intéressé a été soumis. Cette institution remplit la partie B et retourne le formulaire à l'institution qui le lui a adressé. Si le formulaire est établi à la demande de l'intéressé, l'institution qui est tenue de le délivrer remplit les parties A.2 et B et remet ou fait parvenir le formulaire à l'intéressé lui-même.

Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie, en utilisant uniquement les lignes pointillées. Il se compose de trois pages; aucune d'entre elles ne peut être supprimée.

Partie A

1. Institution destinataire

1.1 Dénomination: .....
1.2 N° d'identification de l'institution: .....
1.3 Adresse: .....
.....

2. Assuré

2.1 Nom(s) de famille (2): .....
2.2 Prénom(s) (3): ..... Date de naissance: .....
2.3 Nom(s) antérieur(s): .....
2.4 N° d'identification personnel: .....
2.5 À partir de la date indiquée au point 3.1 l'assuré a exercé une activité:
☐ salariée ☐ non salariée à/au/en (4) .....
2.6 ☐ Nom ou raison sociale du dernier employeur
☐ Dernière activité non salariée
.....
Adresse: .....
.....
2.7 ☐ Employeurs précédents: ☐ Activités non salariées précédentes:
[nom ou raison sociale et adresse]
.....
.....
.....
.....
.....
.....

3. En vue de donner suite à une demande introduite par l'assuré désigné ci-dessus, nous vous prions de nous faire connaître les périodes d'assurance, d'emploi ou de résidence qu'il a accomplies

3.1 à partir du .....
3.2 sous la législation de votre pays, pour le risque:
☐ maladie et maternité (5) ☐ décès (allocation) ☐ invalidité (6)

4. Institution compétente

4.1 Nom: .....
4.2 N° d'identification de l'institution: .....
4.3 Adresse: .....
.....
4.4 Cachet 4.5 Date: .....
4.6 Signature:
.....

Partie B

5. L'assuré indiqué au cadre 2

5.1 ☐ est assuré pour le risque de maladie-maternité depuis la date indiquée au point 3.1 (7)
5.2 ☐ a accompli depuis le .....

6. les périodes d'assurance ou d'emploi suivantes, pour les prestations suivantes: [ ] (5)

6.1 du ..... au ..... (8) pour (9) le risque de ..... ☐ (10)
6.2 du ..... au ..... (8) pour (9) le risque de ..... ☐ (10)
6.3 du ..... au ..... (8) pour (9) le risque de ..... ☐ (10)
6.4 du ..... au ..... (8) pour (9) le risque de ..... ☐ (10)
6.5 du ..... au ..... (8) pour (9) le risque de ..... ☐ (10)
6.6 du ..... au ..... (8) pour (9) le risque de ..... ☐ (10)
6.7 du ..... au ..... (8) pour (9) le risque de ..... ☐ (10)
6.8 du ..... au ..... (8) pour (9) le risque de ..... ☐ (10)
6.9 du ..... au ..... (8) pour (9) le risque de ..... ☐ (10)
6.10 du ..... au ..... (8) pour (9) le risque de ..... ☐ (10)

7. les périodes de résidence suivantes:

7.1 du ..... au ..... (8) pour (9) le risque de ..... ☐ (10)
7.2 du ..... au ..... (8) pour (9) le risque de ..... ☐ (10)
7.3 du ..... au ..... (8) pour (9) le risque de ..... ☐ (10)
7.4 du ..... au ..... (8) pour (9) le risque de ..... ☐ (10)
7.5 du ..... au ..... (8) pour (9) le risque de ..... ☐ (10)
7.6 du ..... au ..... (8) pour (9) le risque de ..... ☐ (10)
7.7 du ..... au ..... (8) pour (9) le risque de ..... ☐ (10)
7.8 du ..... au ..... (8) pour (9) le risque de ..... ☐ (10)
7.9 du ..... au ..... (8) pour (9) le risque de ..... ☐ (10)
7.10 du ..... au ..... (8) pour (9) le risque de ..... ☐ (10)

8. Institution remplissant la partie B

8.1 Dénomination: .....
8.2 N° d'identification de l'institution:
.....
8.3 Adresse: .....
.....
8.4 Cachet 8.5 Date: .....
8.6 Signature:
.....

SPECIMEN
SPECIMEN

NOTES

(1) Sigle du pays auquel appartient la première institution qui remplit le formulaire: BE = Belgique; CZ = République tchèque; DK = Danemark; DE = Allemagne; EE = Estonie; GR = Grèce; ES = Espagne; FR = France; IE = Irlande; IT = Italie; CY = Chypre; LV = Lettonie; LT = Lituanie; LU = Luxembourg; HU = Hongrie; MT = Malte; NL = Pays-Bas; AT = Autriche; PL = Pologne; PT = Portugal; SI = Slovénie; SK = Slovaquie; FI = Finlande; SE = Suède; UK = Royaume-Uni; IS = Islande; LI = Liechtenstein; NO = Norvège; CH = Suisse.

(2) Indiquer tous les noms dans l'ordre de l'état civil.

(3) Indiquer tous les prénoms dans l'ordre de l'état civil.

(4) Indiquer le pays.

(5) Uniquement si l'institution destinataire est une institution belge, française, grecque, suisse ou liechtensteinoise, indiquer le risque couvert en utilisant le code suivant: N = prestations en nature, E = prestations en espèces.

(6) Pour les besoins des institutions françaises et lettones.

(7) À remplir uniquement si l'institution compétente est une institution belge.

(8) Si l'attestation est destinée à une institution belge, tchèque, grecque, lettone, lituanienne, polonaise ou liechtensteinoise, indiquer s'il s'agit de périodes d'activité salariée ou non salariée en utilisant le code suivant: D = salariée; I = non salariée.

Si l'attestation est destinée à une institution allemande, lituanienne, luxembourgeoise ou polonaise, indiquer les périodes d'assurance dans la section 7 en utilisant le code suivant: P = assurance obligatoire; F = assurance volontaire.

(9) Indiquer le risque couvert en utilisant le code suivant:

A = maladie et maternité; B = décès (allocation); O = invalidité.

(10) Si l'institution compétente est une institution chypriote, allemande, irlandaise, hongroise, autrichienne ou britannique, mettre une croix dans cette case pour autant que la période d'assurance ou de résidence corresponde à une période d'emploi effectif et préciser ci-après la nature de l'activité salariée ou non salariée.

SPECIMEN

COMMISSION ADMINISTRATIVE
POUR LA SÉCURITÉ SOCIALE
DES TRAVAILLEURS MIGRANTS

E 108 [ ] (1)

NOTIFICATION DE SUSPENSION OU DE SUPPRESSION DU DROIT AUX PRESTATIONS EN NATURE DE L'ASSURANCE MALADIE-MATERNITÉ

Personnes résidant dans un autre pays que le pays compétent

Règlement (CEE) n° 1408/71: article 19.1 a et 2; article 25.3 i; article 26.1; article 28.1 a; article 29.1 a
Règlement (CEE) n° 574/72: article 17.2 et 3; article 27; article 28; article 29.5; article 30; article 94.4; article 95.4

L'institution compétente ou l'institution du lieu de résidence remplit la partie A du formulaire et adresse deux exemplaires de celui-ci à l'institution du lieu de résidence ou à l'institution compétente (le cas échéant par l'intermédiaire de l'organisme de liaison). L'institution du lieu de résidence remplit la partie B et retourne un exemplaire à l'institution ayant délivré le document.

Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie, en utilisant uniquement les lignes pointillées.
Il se compose de trois pages; aucune d'entre elles ne peut être supprimée.

A. Notification

1. Institution destinataire

1.1 Dénomination: .....
1.2 N° d'identification de l'institution: .....
1.3 Adresse: .....
.....

2.
☐ Travailleur salarié
☐ Travailleur non salarié
☐ Travailleur au chômage
☐ Titulaire de pension ou de rente (salarié)
☐ Titulaire de pension ou de rente (non salarié)
☐ Demandeur de pension ou de rente
☐ Travailleur frontalier (salarié)
☐ Travailleur frontalier (non salarié)

2.1 Noms (2) de famille:
.....
2.2 Prénoms (3): Date de naissance:
....
2.3 Nom(s) antérieur(s): .....
2.4 Adresse dans le pays de résidence: .....
.....
2.5 N° d'identification personnel:
.....

3. Membre de la famille (5)

3.1 Noms (2) de famille:
.....
3.2 Prénoms (3): Date de naissance:
....
3.3 Nom(s) antérieur(s): .....
3.4 Adresse dans le pays de résidence: .....
3.5 N° d'identification personnel:
.....

4. Le droit à prestations attesté par notre ☐ votre ☐ formulaire ..... du .....
a été suspendu ou supprimé pour le motif suivant:

4.1 ☐ Le travailleur désigné ci-dessus a cessé d'être assuré depuis le .....

4.2 ☐ Tous les membres de la famille du travailleur inscrits ne résident pas dans notre ☐ votre ☐ État depuis le:
.....

4.3 La pension ou la rente du titulaire désigné ci-dessus est suspendue ou supprimée depuis le .....

4.4 Le titulaire du droit à prestations visé au point 2
ou
☐ le membre de la famille visé au point 3
☐ ne réside plus dans notre ☐ votre ☐ État depuis le ..... (date)
☐ est décédé le ..... (date)

4.5 ☐ Le membre de la famille désigné au point 3 ne remplit plus les conditions requises par la législation de l'État de résidence depuis le
.....

4.6 ☐ (6) .....

5. ☐ Institution compétente ☐ Institution du lieu de résidence

5.1 Dénomination: .....
5.2 Numéro d'identification de l'institution: .....
5.3 Adresse: .....
.....
5.4 Cachet 5.5 Date: .....
5.6 Signature:
.....

B. Accusé de réception

6. La notification contenue dans la partie A ci-dessus nous est parvenue le .....

7. ☐ L'inscription de la/des personne(s) indiquée(s) dans la partie A a pris fin le .....
☐ Nous confirmons la fin du droit à prestations notifiée au point 4, qui entre en vigueur le
.....

8. ☐ Institution compétente ☐ Institution du lieu de résidence

8.1 Dénomination: .....
8.2 Numéro d'identification de l'institution: .....
8.3 Adresse: .....
.....
8.4 Cachet 8.5 Date: .....
8.6 Signature:
.....

SPECIMEN
SPECIMEN

NOTES

([1]) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit le formulaire: BE = Belgique; CZ = République tchèque; DK = Danemark; DE = Allemagne; EE = Estonie; GR = Grèce; ES = Espagne; FR = France; IE = Irlande; IT = Italie; CY = Chypre; LV = Lettonie; LT = Lituanie; LU = Luxembourg; HU = Hongrie; MT = Malte; NL = Pays-Bas; AT = Autriche; PL = Pologne; PT = Portugal; SI = Slovénie; SK = Slovaquie; FI = Finlande; SE = Suède; UK = Royaume-Uni; IS = Islande; LI = Liechtenstein; NO = Norvège; CH = Suisse.

([2]) Indiquer tous les noms dans l'ordre de l'état civil.

([3]) Indiquer tous les prénoms dans l'ordre de l'état civil.

([4]) Pour les besoins des institutions italiennes, indiquer le numéro de code fiscal.

Pour les besoins des institutions maltaises, indiquer, s'il s'agit d'un ressortissant maltais, le numéro de carte d'identité et, s'il ne s'agit pas d'un ressortissant maltais, le numéro de sécurité sociale maltais.

Pour les besoins des institutions slovaques, indiquer le numéro de naissance slovaque, le cas échéant.

Pour les besoins des institutions espagnoles, indiquer, s'il s'agit d'un ressortissant espagnol, le numéro figurant sur la carte d'identité nationale (DNI) ou, s'il s'agit d'un ressortissant étranger, sur la NIE. Si la carte DNI ou la NIE est périmée, indiquer «néant».

([5]) À remplir si des membres de la famille sont concernés par la fin du droit à prestations.

([6]) Il est obligatoire d'indiquer le motif de la cessation, en utilisant les lettres ci-dessous:
a) le titulaire a commencé une activité dans l'État de résidence;
b) un membre de la famille a commencé une activité dans l'État de résidence;
c) les cotisations n'ont pas été acquittées;
d) autre.

SPECIMEN

COMMISSION ADMINISTRATIVE
POUR LA SÉCURITÉ SOCIALE
DES TRAVAILLEURS MIGRANTS

E 115 [ ] (1)

DEMANDE DE PRESTATIONS EN ESPÈCES POUR INCAPACITÉ DE TRAVAIL

Règlement (CEE) n° 1408/71: article 19.1 b; article 22.1 a ii; article 25.1 b; article 52.b; article 55.1 a ii
Règlement (CEE) n° 574/72: article 18.2 et 3; article 24; article 26.5 et 7; article 61.2 et 3; article 64

Si le formulaire concerne un travailleur en activité, il doit être établi en un seul exemplaire et adressé à l'institution compétente d'assurance maladie-maternité ou d'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles. En revanche, s'il concerne un demandeur d'emploi, il y a lieu d'établir deux exemplaires supplémentaires, dont l'un sera adressé à l'institution compétente en matière d'assurance chômage, l'autre à l'institution correspondante du pays où le chômeur s'est rendu pour y chercher du travail.

Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie, en utilisant uniquement les lignes pointillées. Il se compose de trois pages.

1. Institution compétente

1.1. Dénomination: .....
1.2. Adresse: .....
.....
1.3. N° d'identification de l'institution:
.....

2. [ ] Travailleur salarié [ ] Travailleur non salarié [ ] Travailleur au chômage

2.1 Nom(s) de famille (2): Nom(s) de famille à la naissance (si différent):
....
2.2 Prénom(s): Date de naissance:
.....
2.3 N° d'identification personnel:
.....
2.4 Porteur du formulaire E 119 délivré le ..... (3)
et du formulaire E 303 délivré le ..... (3)

3. Employeur (4)

3.1 Nom ou raison sociale: .....
3.2 Adresse: .....
.....

A. [ ] (5) **Demande de prestations**

4. La personne désignée au cadre 2 a sollicité le ..... (date) l'octroi de prestations en espèces pour incapacité de travail par suite

[ ] d'un traitement hospitalier effectué du ..... au ..... (dates) dans un hôpital ou un établissement de prévention ou de réadaptation (6)

[ ] d'incapacité de travail

à la suite d'un(e)

4.1 [ ] maladie [ ] maternité (date présumée de l'accouchement: .....)
[ ] accident du travail [ ] accident survenu le ..... (date)
[ ] maladie professionnelle [ ] adoption [ ] indemnité réduite en cas de maternité et d'adoption

5. Le certificat du médecin traitant
[ ] est joint [ ] n'a pu être fourni

6. De l'avis de notre médecin contrôleur [ ] dont le rapport se trouve en annexe
[ ] dont le rapport sera envoyé dans les meilleurs délais

6.1 [ ] l'incapacité de travail a débuté le .....
et se prolongera probablement jusqu'au .....

6.2 [ ] il n'y a pas incapacité de travail (7)

7. [ ] Il est estimé que l'intéressé ne s'est pas conformé aux prescriptions de notre législation pour les motifs suivants:
.....
.....

8. [ ] L'incapacité de travail est présumée avoir été causée par un accident où la responsabilité d'un tiers est engagée.

8.1 [ ] L'incapacité de travail est due à d'autres circonstances spécifiques décrites dans les documents en annexe.

8.2 [ ] Un rapport concernant cet accident et l'adresse du tiers dont la responsabilité est engagée sont joints au présent formulaire.

8.3 [ ] D'autres documents sur l'origine de l'incapacité de travail sont joints au présent formulaire.

9. [ ] Nous sommes disposés à servir les prestations en espèces à l'intéressé pour votre compte. Veuillez nous faire savoir si vous êtes d'accord sur cette procédure et, dans l'affirmative, nous fournir toutes les indications utiles en vue du paiement des prestations (8).

10. [ ] Nous ne sommes pas disposés à servir à l'intéressé les prestations en espèces pour votre compte.

B. [ ] (5) **Prolongation de l'incapacité de travail**

11. Comme suite à
11.1 [ ] notre formulaire E 115 du ..... (date)
11.2 [ ] votre formulaire E 117 du ..... (date)
11.3 nous avons l'honneur de vous faire savoir que, de l'avis de notre médecin contrôleur,
[ ] dont vous trouverez le rapport en annexe,
[ ] dont le rapport sera envoyé dans les meilleurs délais,
la personne indiquée au cadre 2 sera probablement incapable de travailler jusqu'au ..... inclus.

12. Institution du lieu de résidence ou de séjour

12.1 Dénomination: .....
12.2 N° d'identification de l'institution: .....
12.3 Adresse: .....
.....
12.4 Cachet 12.5 Date: .....
12.6 Signature:
.....

SPECIMEN
SPECIMEN

Indications pour les personnes concernées

En Italie, vous devez adresser ce formulaire – en cas de maladie ou de maternité – au siège local de l'«Istituto nazionale della previdenza sociale» (INPS) (Institut national de la prévoyance sociale) ou, en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, à l'«Istituto nazionale assicurazione contro gli infortuni sul lavoro» (INAIL) (institut national d'assurance contre les accidents du travail).

Pour les Pays-Bas, si l'institution compétente d'assurance maladie n'est pas connue, veuillez adresser le formulaire à l'UWV, Postbus 57002, 1040 CC Amsterdam.

En Slovénie, vous devez adresser ce formulaire – en cas de prestations en nature de maternité – au siège compétent du «Center za socialno delo Ljubljana Bežigrad, Centralna enota za starševsko varstvo in družinske prejemke» (Centre des affaires sociales Ljubljana Bežigrad – Unité centrale pour la protection parentale et les prestations familiales), ou, en cas d'incapacité de travail, à l'office régional compétent du «Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije» (ZZZS) (Institut d'assurance maladie de Slovénie).

NOTES

(1) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit le formulaire: BE = Belgique; CZ = République tchèque; DK = Danemark; DE = Allemagne; EE = Estonie; GR = Grèce; ES = Espagne; FR = France; IE = Irlande; IT = Italie; CY = Chypre; LV = Lettonie; LT = Lituanie; LU = Luxembourg; HU = Hongrie; MT = Malte; NL = Pays-Bas; AT = Autriche; PL = Pologne; PT = Portugal; SI = Slovénie; SK = Slovaquie; FI = Finlande; SE = Suède; UK = Royaume-Uni; IS = Islande; LI = Liechtenstein; NO = Norvège; CH = Suisse.

(2) Indiquer tous les noms dans l'ordre de l'état civil.

(3) À remplir uniquement lorsque le formulaire concerne un demandeur d'emploi.

(4) Pour les demandeurs d'emploi, indiquer le dernier employeur.

(5) Les parties A et B s'excluent; mettre une croix dans la case correspondant à la partie remplie.

(6) En ce qui concerne les personnes assurées auprès d'une caisse de maladie allemande ou d'une institution autrichienne ou belge, lorsque l'institution de sécurité sociale du lieu de résidence ignore la date exacte à laquelle l'intéressé a quitté l'hôpital au moment où elle établit le présent formulaire, elle est tenue de fournir ce renseignement ultérieurement dans les plus brefs délais.

(7) Joindre une copie du formulaire E 118 adressé à l'intéressé.

(8) Si le formulaire est adressé à une institution allemande, italienne, hongroise ou polonaise, il n'y a pas lieu de cocher cette case.

SPECIMEN

COMMISSION ADMINISTRATIVE
POUR LA SÉCURITÉ SOCIALE
DES TRAVAILLEURS MIGRANTS

E 116 [ ] (1)

RAPPORT MÉDICAL EN CAS D'INCAPACITÉ DE TRAVAIL
(MALADIE, MATERNITÉ, ACCIDENT DU TRAVAIL, MALADIE PROFESSIONNELLE)

Règlement (CEE) n° 1408/71: article 19.1 b; article 22.1 a ii, 1 b ii et 1 c ii; article 22 ter; article 25 1 b; article 34 ter; article 52 b; article 55.1 a ii; 1 b ii et 1 c ii
Règlement (CEE) n° 574/72: article 18.2 et 3; article 24; article 26.5 et 7; article 61.2 et 3; article 64; article 65.2 et 4

À remplir par le médecin de l'institution qui établit le formulaire E 115 à annexer au présent formulaire et à envoyer sous pli fermé dans les cas de maladie ou de maternité (2).

Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie, en utilisant uniquement les lignes pointillées. Il se compose de trois pages.

1. Institution compétente destinataire

1.1 Dénomination: .....
1.2 N° d'identification de l'institution: .....
1.3 Adresse: .....
.....
1.4 Référence: notre formulaire E 116 du ..... (date)

2. Annexe au formulaire E 115 du ..... (date)

3. Personne concernée

3.1 Nom(s) de famille (3): .....
.....
3.2 Nom(s) de famille à la naissance (si différent):
.....
3.3 Prénoms: Date de naissance:
....
3.4 Adresse dans le pays de résidence ou de séjour: .....
.....
3.5 N° d'identification personnel:
.....

4. Je soussigné/e, ..., docteur en médecine, après avoir examiné la personne désignée ci-dessus
le .....
4.1 estime qu'il s'agit
☐ d'un cas de maladie ☐ d'un cas de maternité (date présumée de l'accouchement: .....)
4.2 qu'il s'agit probablement
☐ d'un accident du travail ☐ d'une maladie professionnelle ☐ d'un accident
4.3 ☐ d'une rechute ou aggravation

A. Rapport général

5. À remplir dans tous les cas

5.1 Anamnèse et symptômes actuels: .....
.....
.....
5.2 Examen clinique: .....
.....
.....
5.3 Autres constatations: .....
.....
.....
5.4 Examens techniques (4): .....
.....
.....
5.5 Diagnostic: .....
.....
.....
5.6 Conclusions: .....
.....
.....
5.7 ☐ L'intéressé n'est pas reconnu incapable de travailler
5.8 ☐ L'intéressé est reconnu incapable de travailler à partir
du .....
5.9 ☐ L'intéressé est reconnu partiellement incapable de travailler
(..... %) du ..... jusqu'au ..... (5)
5.10 ☐ L'intéressé sera soumis à un nouveau contrôle médical le .....
5.11 ☐ L'intéressé est en état de travailler à partir du .....

B. Rapports en cas d'accident du travail

6. Premier rapport médical

6.1 Cet accident a produit les lésions suivantes (6): .....
.....
.....
.....
6.2 Ces lésions ☐ ont eu ☐ auront les conséquences suivantes (7)
.....
.....
.....
6.3 L'incapacité de travail a débuté le .....
6.4 La victime est soignée
☐ à son domicile ☐ au cabinet du médecin
☐ à l'hôpital ☐ dans un autre lieu
Adresse (8):
.....
.....

SPECIMEN
SPECIMEN

7. Dernier rapport médical

7.1 Le traitement a pris fin le: .....

7.2 Les lésions sont consolidées à la date du: .....

7.3 ☐ sans séquelles

7.4 ☐ et auront probablement les conséquences suivantes:

.....

.....

.....

7.5 Description détaillée de l'état de la victime après guérison ou à la fin du traitement médical:

.....

.....

.....

.....

8. Institution du lieu de résidence ou de séjour:

8.1 Dénomination: .....

8.2 N° d'identification de l'institution compétente: .....

8.3 Adresse: .....

.....

8.4 Cachet

8.5 Date: .....

8.6 Signature:

.....

SPECIMEN

NOTA

(1) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit le formulaire: BE = Belgique; CZ = République tchèque; DK = Danemark; DE = Allemagne; EE = Estonie; GR = Grèce; ES = Espagne; FR = France; IE = Irlande; IT = Italie; CY = Chypre; LV = Lettonie; LT = Lituanie; LU = Luxembourg; HU = Hongrie; MT = Malte; NL = Pays-Bas; AT = Autriche; PL = Pologne; PT = Portugal; SI = Slovénie; SK = Slovaquie; FI = Finlande; SE = Suède; UK = Royaume-Uni; IS = Islande; LI = Liechtenstein; NO = Norvège; CH = Suisse.

(2) Il n'y a pas lieu d'établir le formulaire E 116 pour les demandes de prestations de maternité payables par la Belgique. *Pour la Belgique, il doit toujours être adressé d'abord à l'institution compétente belge en matière d'assurance maladie. En République tchèque, au Liechtenstein, en Finlande, en Norvège et en Suède, le formulaire est rempli par le médecin consulté par l'intéressé et est vérifié par l'institution d'assurance.*

(3) Indiquer tous les noms dans l'ordre de l'état civil.

(4) Indiquer le type d'examen et la date.

(5) Pour les besoins des institutions norvégiennes.

(6) Indiquer le genre et la nature des lésions, la partie du corps lésée: fracture du bras, contusion à la tête, aux doigts, lésions internes, asphyxie, etc.

(7) Indiquer les conséquences certaines ou probables des lésions constatées: décès, incapacité permanente ou temporaire totale ou partielle; en cas d'incapacité temporaire, préciser la durée probable.

(8) Si la victime est soignée à l'hôpital, donner également la dénomination de celui-ci.

Secrétariat général Benelux
Rue de la Régence 39, 1000 Bruxelles
T +32 (0)2 519 38 11
info@benelux.int
www.benelux.int

Benelux
SECRETARIAAT-GENERAAL
SECRÉTARIAT GÉNÉRAL