



Vos droits en matière de sécurité sociale

en Belgique

Ce guide présente des informations préparées et mises à jour en étroite collaboration avec les correspondants nationaux du MISSOC, le système d'information mutuelle sur la protection sociale. De plus amples renseignements sur le réseau MISSOC sont disponibles à l'adresse: <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=en&catId=815>

Ce guide fournit une description générale du régime de sécurité sociale applicable dans les pays respectifs. Des informations supplémentaires peuvent être obtenues à travers d'autres publications MISSOC, toutes disponibles à l'adresse mentionnée ci-dessus. Vous pouvez également contacter les autorités et institutions compétentes énumérées à l'annexe du présent guide.

Ni la Commission européenne ni aucune personne agissant au nom de la Commission ne sont responsables de l'usage qui pourrait être fait des informations contenues dans cette publication.

Table des matières

Chapitre I: Généralités, organisation et financement	4
Introduction	4
Organisation de la protection sociale	5
Financement	6
Chapitre II: Soins de santé	7
Ouverture des droits	7
Couverture de l'assurance.....	7
Modalités d'accès	9
Chapitre III : Prestations de maladie en espèces	10
Ouverture des droits	10
Couverture de l'assurance.....	10
Modalités d'accès	10
Chapitre IV: Prestations de maternité et de paternité.....	11
Ouverture des droits	11
Couverture de l'assurance.....	11
Modalités d'accès	12
Chapitre V: Prestations d'invalidité	13
Ouverture des droits	13
Couverture de l'assurance.....	13
Modalités d'accès	13
Chapitre VI: Pensions et prestations de vieillesse	14
Ouverture des droits	14
Couverture de l'assurance.....	14
Modalités d'accès	15
Chapitre VII: Prestations en faveur des survivants.....	16
Ouverture des droits	16
Couverture de l'assurance.....	16
Modalités d'accès	17
Chapitre VIII: Prestations pour accidents du travail et maladies professionnelles	18
Ouverture des droits	18
Couverture de l'assurance.....	18
Modalités d'accès	20
Chapitre IX: Prestations familiales	22
Ouverture des droits	22
Couverture de l'assurance.....	23
Modalités d'accès	24
Chapitre X: Chômage.....	25
Ouverture des droits	25
Couverture de l'assurance.....	26
Modalités d'accès	27
Chapitre XI : Garantie de ressources.....	28
Ouverture des droits	28
Couverture de l'assurance.....	29
Modalités d'accès	30
Chapitre XII : Soins de longue durée	31
Ouverture des droits	31
Couverture de l'assurance.....	32
Modalités d'accès	32
Annexe: Adresses des institutions et sites internet utiles	34

Chapitre I : Généralités, organisation et financement

Introduction

Le régime belge de sécurité sociale pour les travailleurs salariés comprend les branches suivantes:

- prestations de maladie et de maternité;
- prestations pour accidents du travail et maladies professionnelles;
- prestations d'invalidité;
- prestations de vieillesse et de survivant;
- prestations de chômage;
- prestations familiales.

Pour les travailleurs indépendants, des dispositions particulières peuvent s'appliquer. Pour de plus amples informations, veuillez contacter les [institutions compétentes](#).

Comment s'inscrire à la sécurité sociale?

Dès que vous travaillez comme salarié en Belgique, votre employeur doit remplir les formalités nécessaires pour vous affilier à la sécurité sociale. Vous n'avez pas besoin de vous présenter à une institution quelconque.

La seule exception à cette règle concerne l'assurance et les prestations de soins de santé. Pour être couvert contre ces risques, vous devez vous affilier auprès d'un organisme assureur (*verzekeringsinstelling*) ou à une mutualité (*ziekenfonds*) de votre choix ou vous inscrire auprès d'un bureau régional de la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité (CAAMI - *Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, HZIV*). Il existe en Belgique des mutualités neutres, libres, chrétiennes, socialistes et libérales.

Vous pouvez changer d'organisme assureur le premier jour de chaque trimestre civil. Cependant, le nouvel organisme que vous voulez rejoindre peut s'opposer à ce changement, notamment si vous êtes affilié depuis moins de 12 mois. Votre nouvel organisme assureur vous fournira tous les renseignements à ce sujet.

Dans la suite de cet exposé, les mutualités et les bureaux régionaux de la Caisse auxiliaire seront appelés « caisse de maladie ». Les mutualités sont des groupements de personnes à but non lucratif dont l'objectif est de promouvoir le bien-être physique, psychologique et social. La Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité est une institution publique de sécurité sociale.

Réclamations

En cas de désaccord avec une décision prise par une institution de sécurité sociale, vous pouvez introduire une réclamation, dans un délai de trois mois à partir de la date de notification de cette décision. Si vous résidez en Belgique, vous devez envoyer cette réclamation par lettre recommandée ou la déposer au greffe du tribunal du travail (*griffie van de arbeidsrechtbank*) de l'arrondissement judiciaire de votre lieu de résidence ou vous présenter personnellement au greffe.

Si vous résidez à l'étranger, vous l'enverrez au tribunal du travail de l'arrondissement judiciaire de votre dernier domicile ou de votre dernière résidence en Belgique ou au tribunal du travail de l'arrondissement judiciaire du lieu de votre dernière occupation en Belgique, si vous n'avez jamais eu de résidence ou de domicile en Belgique.

Organisation de la protection sociale

La sécurité sociale proprement dite est une matière fédérale relevant de la compétence du Ministre ayant les Affaires sociales dans ses attributions, du Ministre de l'Emploi, du Ministre de la Fonction publique, du Ministre des Pensions et des Grandes villes, du Ministre des Classes moyennes, du Secrétaire d'État aux Affaires sociales chargé des personnes handicapées et du Secrétaire d'État à l'Intégration sociale et à la Lutte contre la pauvreté.

L'Office national de Sécurité sociale (ONSS - *Rijksdienst voor sociale zekerheid, RSZ*) est une institution publique de sécurité sociale qui a pour mission la perception des cotisations (sauf en cas d'accidents du travail) et la répartition des moyens financiers entre les institutions centrales chargées de la gestion des différents secteurs de la sécurité sociale via ce qui est appelé la «gestion globale».

Maladie, maternité et invalidité

Le secteur maladie, maternité et invalidité est géré par l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI - *Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, RIZIV*) qui, avant toute chose, répartit les moyens financiers entre les différents organismes assureurs chargés du service des prestations (mutualités affiliées à une des unions nationales, offices régionaux de la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité ou Caisse des soins de santé de la Société nationale des chemins de fer belges, SNCB-Holding). Sauf pour le personnel de la SNCB-Holding, le choix de l'organisme assureur est libre.

Vieillesse et survivants

Le secteur des pensions de vieillesse et de survivants est géré par l'Office national des pensions (ONP - *Rijksdienst voor pensioenen, RVP*) qui est chargé de l'attribution et du paiement des pensions. La demande est introduite auprès de l'Office national des pensions ou par l'intermédiaire de l'administration communale du domicile du demandeur.

Accidents du travail et maladies professionnelles

Le secteur des maladies professionnelles est géré par le Fonds des accidents du travail (FAT - *Fonds voor arbeidsongevallen, FAO*) qui a pour principale mission de verser des indemnités à titre de réparation des dommages aux marins, aux pêcheurs et aux salariés dont les employeurs ne remplissent pas leurs obligations. Il exerce un contrôle technique et médical, et entérine l'accord réglant l'accident du travail entre la victime et l'assurance. Les employeurs doivent contracter au profit de leur personnel une assurance contre les accidents du travail auprès d'une entreprise d'assurances agréée ou auprès d'une Caisse commune d'assurance agréée.

Le Fonds des maladies professionnelles (FMP - *Fonds voor de beroepsziekten, FBZ*) est une institution publique de sécurité sociale qui gère seul et totalement l'assurance contre les maladies professionnelles. Ce fonds exécute en outre la législation dans le

domaine de la prévention. Cette institution comprend également le Fonds amiante (*Asbestfonds*) chargé de verser des indemnités aux victimes de l'amiante.

Prestations familiales

L'exécution de la législation est confiée, d'une part, à l'Office national d'allocations familiales pour travailleurs salariés (*ONAFST - Rijksdienst voor kinderbijslag voor werknemers, RKW*) et aux caisses spéciales de compensation (*Bijzondere verrekenkas voor gezinsvergoedingen*) et, d'autre part, aux caisses de compensation libres. L'Office national a comme mission principale de répartir les moyens financiers entre les différentes caisses de compensation et d'assurer le rôle d'une caisse de compensation pour les employeurs affiliés auprès de lui. Par ailleurs, il est chargé du contrôle des caisses de compensation. Dans certaines professions, des caisses spéciales (organismes publics) ont été instituées auxquelles les employeurs concernés sont tenus de s'affilier. Les caisses de compensation libres sont des établissements créés à l'initiative des employeurs et dirigés par eux. Elles sont agréées par le Roi et ne peuvent avoir pour objet que l'octroi des avantages prévus par la loi.

Chômage

Le secteur chômage est géré par l'Office national de l'emploi (*ONEM - Rijksdienst voor arbeidsvoorziening, RVA*) et ses bureaux régionaux chargés de statuer sur le droit de l'intéressé. Le paiement des prestations est effectué par l'organisation syndicale agréée auprès de laquelle le travailleur est affilié ou par la Caisse auxiliaire de paiement des allocations de chômage (*CAPAC - Hulpkas voor werkloosheidsuitkeringen, HVW*) qui a reçu la demande.

Financement

La plupart des secteurs de la sécurité sociale sont financés dans le cadre de la gestion globale. En d'autres termes, une partie des cotisations générales de sécurité sociale, des subventions générales de l'État et du financement alternatif (TVA) est attribuée aux secteurs en fonction de leurs besoins de trésorerie.

Vous devrez payer une cotisation de sécurité sociale, dont le montant est égal à un pourcentage déterminé de votre salaire. Votre employeur la retiendra sur votre salaire et la versera à l'Office national de sécurité sociale (*ONSS - Rijksdienst voor sociale zekerheid, RSZ*). La seule cotisation que vous devrez éventuellement payer vous-même est celle que la mutualité pourra vous réclamer en échange de certaines prestations complémentaires. Aucune cotisation complémentaire n'est due si vous vous affiliez à la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité (*CAAMI, Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, HZIV*), car celle-ci ne pratique que l'assurance obligatoire.

La cotisation de base payée par les employeurs et les salariés s'élève à 37,84% et s'apparente à une cotisation de modération salariale qui peut varier. Les régimes d'assurance maladie et maternité, invalidité, vieillesse et survivants, et chômage sont également financés par d'autres cotisations spéciales.

Les accidents du travail sont couverts par les assurances payées par les employeurs.

Chapitre II: Soins de santé

Ouverture des droits

L'assurance soins de santé couvre toute la population se trouvant légalement sur le territoire de la Belgique, notamment les travailleurs, chômeurs, pensionnés, indépendants, personnel du secteur public, invalides, handicapés, gens de maison, étudiants, personnes inscrites au registre national des personnes physiques, ainsi que les personnes à leur charge.

Pour pouvoir bénéficier de prestations de soins de santé:

- vous devez être affilié à une caisse de maladie;
- vos cotisations ne peuvent pas être inférieures à un montant minimal déterminé.

Les ayants droit à charge sont le conjoint, le cohabitant, les enfants de moins de 25 ans (6 catégories) et les ascendants (dans certains cas les beaux-parents) dont le revenu professionnel ou de remplacement est inférieur à € 2.295,60 par trimestre.

Couverture de l'assurance

Les prestations qui comprennent les soins préventifs et les soins curatifs sont remboursées selon des barèmes fixés par voie de règlement.

Soins médicaux et dentaires

En principe, la caisse de maladie rembourse de 60 à 75% des honoraires payés pour les prestations de santé telles que les visites et les consultations des médecins généralistes et spécialistes.

Les soins dentaires incluent les traitements préventifs et conservateurs, les extractions, les prothèses et l'orthodontie. Les frais de traitement, des dentiers, etc. sont remboursés.

Médicaments

Pour les produits pharmaceutiques obtenus sur prescription médicale (ordonnance), vous devrez payer un montant par prescription qui varie en fonction de l'utilité sociale et thérapeutique du médicament prescrit. La part des coûts des médicaments remboursés par la caisse de maladie varie selon la catégorie à laquelle ces médicaments appartiennent (A, B, C, Cs, Cx, Fa, Fb, ou préparation magistrale). Normalement, vous ne devrez payer au pharmacien que la partie du prix non remboursée par la caisse de maladie, à condition que vous soyez en possession d'une prescription médicale.

Lors d'une hospitalisation dans un hôpital général, les patients paient un ticket modérateur de € 0,62 par jour pour les médicaments. Pour un remboursement des préparations réalisées par un pharmacien, une participation maximale de € 1,15 ou € 2,30 est fixée. Le montant de la participation est moins important pour les personnes bénéficiant du régime préférentiel.

Hospitalisation

Vous devrez payer un acompte forfaitaire lors de votre admission à l'hôpital. Ensuite, un montant forfaitaire vous sera réclamé pour chaque journée passée à l'hôpital (€ 15,31 par jour). Vous devrez aussi payer un montant journalier forfaitaire pour les médicaments utilisés durant votre séjour à l'hôpital.

Lorsqu'un patient est hospitalisé dans un établissement psychiatrique depuis plus de cinq ans, le coût de l'hospitalisation s'élève à € 25,52 par jour. En ce qui concerne les résidences pour personnes âgées, les foyers protégés, les maisons de repos, les établissements psychiatriques et les centres de soins agréés, un montant forfaitaire est réglé par la mutualité. Les frais d'admission s'élèvent à € 42,58.

Un montant moins important est prévu pour les enfants à charge des bénéficiaires ordinaires, les personnes bénéficiant du régime préférentiel et les chômeurs depuis 12 mois considérés comme isolés ou ayant charge de famille, y compris les personnes à leur charge.

Kinésithérapie et soins infirmiers

La kinésithérapie n'est remboursée que si elle a été prescrite par un médecin. En règle générale, le remboursement par votre caisse de maladie des honoraires payés au kinésithérapeute est plafonné à 60%.

La caisse de maladie couvre 75% du coût des soins infirmiers pour les personnes ne bénéficiant pas du régime préférentiel qui font appel à un prestataire de soins non conventionné.

Prothèses, lunettes, appareils auditifs

Le remboursement intégral ou partiel selon le type de prestations et de bénéficiaires est fixé par accord.

Autres prestations

D'autres prestations peuvent être versées conformément aux règlements d'une mutualité.

Une intervention d'un fonds spécial de solidarité de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI - *Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, RIZIV*) est prévue pour certains traitements coûteux ne figurant pas sur la liste officielle des prestations remboursées.

Majoration des remboursements

Certains assurés, ainsi que les personnes à leur charge, peuvent bénéficier d'une intervention majorée de la part de leur caisse de maladie, en raison de leur situation financière. Il s'agit des pensionnés, des veufs, des orphelins, des invalides, des bénéficiaires d'allocations de handicapé, des bénéficiaires de prestations d'aide sociale, etc.

Modalités d'accès

Soins médicaux et dentaires

En règle générale, vous pouvez vous adresser directement au médecin ou au dentiste de votre choix à qui vous payerez ses honoraires. Les médecins peuvent être inscrits auprès de l'Ordre des médecins (*Orde der geneesheren*) et agréés par le Ministre de la santé publique (*Minister van Volksgezondheid*). Vous avez néanmoins le libre choix du prestataire de soins, et vous êtes libre de consulter un spécialiste.

Le remboursement aura ensuite lieu sur présentation d'une attestation de soins que le médecin ou le dentiste vous aura remise. Si vous vous adressez à un prestataire de soins (médecin ou dentiste) qui ne s'est pas engagé à respecter les barèmes réglementaires (non conventionné), vous supporterez vous-même la partie des honoraires qui dépasse le barème imposé. À votre demande, votre caisse de maladie vous indiquera les prestataires de soins qui pratiquent les barèmes imposés.

Médicaments

Vous ne devrez payer au pharmacien que la partie du prix non remboursé par la caisse de maladie.

Hospitalisation

Si vous devez être hospitalisé, vous devrez d'abord vous adresser à votre caisse de maladie, qui vous indiquera les démarches à accomplir. Cette démarche n'est pas nécessaire en cas d'urgence.

Chapitre III : Prestations de maladie en espèces

Ouverture des droits

Tous les salariés et autres catégories assimilées ont droit aux indemnités journalières de maladie. Ont droit aux indemnités:

- les personnes affiliées à une mutualité et attestant d'un montant minimum de cotisations;
- les personnes ayant travaillé pendant 120 jours sur une période de six mois avant d'avoir été reconnues comme malades. Certaines périodes d'inactivité, par exemple en raison de congés payés, de maladie, etc. sont assimilées à des périodes de travail;
- les travailleurs reconnus incapables de travailler.

Pour les travailleurs indépendants, des dispositions particulières peuvent s'appliquer. Pour de plus amples informations, veuillez contacter les [institutions compétentes](#). Vous pouvez également vous référer à l'annexe sur les travailleurs indépendants produite par [MISSOC](#).

Couverture de l'assurance

Durant une première période, les prestations sont versées par l'employeur:

- les employés perçoivent 100% de leur rémunération pendant un mois;
- les ouvriers perçoivent 100% de leur rémunération pendant les sept premiers jours d'incapacité, 60% du huitième au 14e jour d'incapacité, ou via une indemnité complémentaire.

L'assurance complémentaire prend le relais à l'issue de la période de salaire garanti payé par l'employeur, c'est-à-dire après deux semaines d'incapacité pour les ouvriers et un mois pour les employés.

L'indemnité compensatoire correspond à 60% de la rémunération. Le plafond pris en compte pour le calcul de l'indemnité compensatoire est de € 126,4894 par jour pour les incapacités survenues depuis le 1er septembre 2012.

Si vous êtes toujours dans l'incapacité de travailler au bout d'un an, vous aurez droit à l'[indemnité d'invalidité](#) (*invaliditeitsuitkering*).

Modalités d'accès

Si vous ne pouvez pas travailler pour cause de maladie, vous devez faire parvenir au médecin-conseil de votre caisse de maladie le certificat médical établi par votre médecin traitant. Vous devez le faire dans les deux jours qui suivent le début de votre incapacité. Si vous l'envoyez plus tard, vous n'aurez droit aux indemnités qu'à partir de ce moment-là.

Le médecin-conseil de votre caisse de maladie estime la durée de votre maladie. À tout moment, il peut vous convoquer pour un examen de contrôle.

Chapitre IV: Prestations de maternité et de paternité

Ouverture des droits

Toutes les femmes salariées et autres catégories assimilées ont droit à des indemnités de maternité (*moederschapsuitkering*). À noter que vous n'êtes pas tenue d'être en activité pour avoir droit aux indemnités de maternité: les chômeuses et les femmes invalides sont également couvertes.

Vous devez avoir versé un montant minimal de cotisations (durant l'année en cours ou l'année précédente) pour avoir droit aux prestations en nature. En 2013, le montant est de € 4.505,46 (jusqu'à 21 ans) et de € 6.007,28 (21 ans ou plus). Il y a également une durée minimale d'affiliation de 6 mois comprenant 120 jours de travail ou assimilés.

Pour les indemnités de maternité, vous devez également avoir payé des cotisations pendant six mois.

Pour les travailleurs indépendants, des dispositions particulières peuvent s'appliquer. Pour de plus amples informations, veuillez contacter les [institutions compétentes](#). Vous pouvez également vous référer à l'annexe sur les travailleurs indépendants produite par [MISSOC](#).

Couverture de l'assurance

Les femmes enceintes peuvent bénéficier d'un congé de maternité de 15 semaines. Ce délai est porté à 17 semaines en cas de naissance multiple.

Le congé prénatal que doit demander l'intéressée débute au plus tôt six semaines avant la date probable de la naissance, ou huit semaines lorsqu'une naissance multiple est prévue. De ces six (ou huit semaines), cinq (ou sept) au maximum peuvent être prises, au choix, avant ou après la naissance. La semaine précédant immédiatement la date probable de l'accouchement est obligatoire. La partie du congé prénatal facultatif qui n'a pas été utilisée avant l'accouchement peut être prise après le congé postnatal ou à partir du jour de l'arrivée de l'enfant au domicile après une longue période d'hospitalisation.

Le congé postnatal est accordé pour une période de neuf semaines après la naissance.

Le montant des prestations de maternité se calcule comme suit:

- pour les salariées, 82% du salaire non plafonné durant les 30 premiers jours et 75% du salaire plafonné à partir du 31^e jour ou en cas de prolongation;
- pour les chômeuses, l'indemnité de base est de 60% du salaire perdu durant les 30 premiers jours. Le montant de l'indemnité de base correspond aux prestations de chômage auxquelles une travailleuse aurait droit si elle n'était pas en période de protection de la maternité. Elle peut également prétendre à une indemnité complémentaire correspondant à 19,5% de son salaire perdu plafonné. À partir du 31^e jour, l'indemnité est de 15% du salaire perdu plafonné;

- les femmes invalides, durant les 30 premiers jours, ont droit à 79,5% du salaire plafonné à un maximum de € 104,62 et à compter du 31^e jour, à 75% du salaire plafonné à un maximum de € 98,70 (début de maternité depuis le 1^{er} mai 2013).

Les **prestations en nature** comprennent des injections, des soins pré- et post-natals, la surveillance et l'assistance durant l'accouchement dans un hôpital ou un hôpital de jour ou à domicile.

Les pères ont droit à un congé de paternité de 10 jours à la naissance de l'enfant.

En cas d'hospitalisation de longue durée ou de décès de la mère, le père peut demander à convertir le congé de maternité en congé de paternité.

Les deux parents peuvent bénéficier d'un congé d'adoption en cas d'adoption d'un enfant.

Modalités d'accès

Pour le congé prénatal, la future maman doit cesser de travailler (ou, le cas échéant, informer le bureau de chômage) sept jours avant la date présumée de l'accouchement. L'intéressée doit fournir à sa caisse de maladie un certificat médical qui atteste qu'elle devrait accoucher à la fin de la période requise de congé prénatal.

Chapitre V: Prestations d'invalidité

Ouverture des droits

Un salarié qui, suite à une maladie ou une invalidité, ne peut percevoir plus du tiers du salaire normal d'un travailleur de la même catégorie et disposant de la même formation, est considéré comme invalide. Le degré minimal d'incapacité au travail est de 66%.

Si, pendant un an, vous avez perçu des indemnités de maladie et que vous êtes toujours dans l'impossibilité de reprendre le travail, vous pouvez prétendre à une indemnité d'invalidité (*invaliditeitsuitkering*). Ce droit cesse toutefois lorsque vous atteignez l'âge de la retraite (actuellement fixé à 65 ans pour les femmes et les hommes).

Pour ouvrir un droit à l'indemnité d'invalidité, vous devez en outre:

- être affilié à une caisse de maladie;
- avoir travaillé pendant 120 jours sur une période de six mois. Certaines périodes d'inactivité, par exemple en raison de congés payés, de maladie, etc., sont assimilées à des périodes de travail;
- être reconnu incapable de travailler depuis un an;
- justifier du paiement des cotisations minimales.

Pour les travailleurs indépendants, des dispositions particulières peuvent s'appliquer. Pour de plus amples informations, veuillez contacter les [institutions compétentes](#). Vous pouvez également vous référer à l'annexe sur les travailleurs indépendants produite par MISSOC.

Couverture de l'assurance

L'indemnité d'invalidité (*invaliditeitsuitkering*) s'élève à 65% de vos revenus antérieurs lorsque vous avez des personnes à charge. Lorsqu'il n'y a pas de personnes charge, ce montant est réduit à 55% pour une personne isolée ou 40% pour un cohabitant.

La prestation forfaitaire au titre de l'aide d'un tiers est un complément accordé à une personne qui est atteinte d'une incapacité de travail, au plus tôt à partir du quatrième mois d'incapacité; ce montant s'élève à € 20,00.

Le montant de l'indemnité ne peut dépasser un certain plafond. Celui-ci est fixé à € 131,6023 pour les invalidités survenues après le 1^{er} avril 2013.

Modalités d'accès

Voir la partie sur les [prestations de maladie en espèces](#).

Chapitre VI : Pensions et prestations de vieillesse

Ouverture des droits

En principe, toutes les personnes ayant travaillé en Belgique dans le cadre d'un contrat de travail sont couvertes par une assurance vieillesse. Des règles spéciales s'appliquent aux domestiques à temps partiel.

Toutes les personnes salariées ont droit à la pension de retraite anticipée dès l'âge de 60,5 ans, pour autant qu'une condition de carrière de 38 ans d'activité professionnelle soit remplie. L'âge réglementaire de la retraite pour les hommes et les femmes est de 65 ans. Des exceptions à cette règle existent pour les ouvriers mineurs, les marins et le personnel navigant de l'aviation civile qui peuvent prendre leur retraite plus tôt.

Les travailleurs masculins ou féminins bénéficiant du chômage avec complément d'entreprise ne peuvent pas percevoir de pension de retraite (*rustpensioen*) avant l'âge de 65 ans.

Vous ne recevrez pas de pension de retraite si vous percevez déjà des prestations au titre de maladie, d'invalidité ou de chômage involontaire en vertu de la législation belge ou étrangère en matière de sécurité sociale ou si vous recevez une indemnité pour cause d'interruption de carrière ou de réduction des prestations ou une indemnité complémentaire accordée dans le cadre du chômage avec complément d'entreprise (*werkloosheid met bedrijfstoelag*).

Les pensionnés sont autorisés à travailler à condition que la rémunération perçue ne dépasse pas un certain plafond. Pour les personnes âgées de moins de 65 ans qui ont commencé à percevoir une pension à partir de 2013, il est possible de cumuler avec un salaire à condition que le salaire brut annuel ne dépasse pas € 7.570,00 pour un salarié. Ce montant s'élève à € 11.355,02 lorsqu'il y a un enfant à charge. L'Office national des pensions (ONP - *Rijksdienst voor Pensioenen, RVP*) doit être informé au préalable et par lettre recommandée de l'exercice d'une activité. De plus, également par lettre recommandée, vous devez informer votre employeur que vous bénéficiez d'une pension. Pour de plus amples renseignements, vous pouvez vous adresser à l'[Office national des pensions](#).

Pour les travailleurs indépendants, des dispositions particulières peuvent s'appliquer. Pour de plus amples informations, veuillez contacter les [institutions compétentes](#). Vous pouvez également vous référer à l'annexe sur les travailleurs indépendants produite par MISSOC.

Couverture de l'assurance

Ces prestations comprennent:

- la pension de retraite (*rustpensioen*) octroyée aux salariés;
- l'allocation de chauffage (*verwarmingstoelage*) accordée aux mineurs retraités;
- le pécule de vacances (*vakantiegeld*) et le pécule de vacances complémentaire (*aanvullend vakantiegeld*).

Le montant de la pension de retraite dépend, d'une part, de la longueur des périodes de travail en qualité de salarié en Belgique (y compris les périodes de vacances, de maladie et de chômage) et, d'autre part, des revenus perçus durant ces périodes, adaptés au coût de la vie à la date du calcul de la pension.

La pension de retraite se calcule sur la base de 1/45e du montant total de la pension pour chaque année de travail, à la fois pour les hommes et les femmes. Des règles particulières sont prévues pour les marins et les ouvriers mineurs.

La pension s'élève à 60% de la rémunération moyenne perçue durant toute votre carrière professionnelle. Elle s'élève à 75% si vous avez un conjoint à charge.

La pension minimum garantie (*gewaarborgd minimumpensioen*) pour une carrière complète s'élève à € 16.636,77 par an pour un ménage et à € 13.313,61 pour une personne isolée. Elle est calculée au pro rata si la carrière est au moins équivalente aux deux-tiers d'une carrière complète.

La pension maximum dépend du plafond des revenus annuels. Au 1^{er} décembre 2012, la pension maximum pour une personne salariée (isolée) s'élève à € 25.278,00.

Modalités d'accès

Les demandes de pension doivent être présentées à l'administration communale de votre résidence. Si vous résidez dans un autre État membre, vous devez adresser votre demande à l'institution locale des pensions de cet État. Pour éviter tout retard dans le traitement de votre dossier, il est recommandé d'introduire cette demande 1 an avant l'âge de la retraite.

Il existe deux manières de percevoir votre pension. Elle peut vous être payée par mandat postal, encaissable à votre domicile, ou être versée sur votre compte courant postal ou sur un compte bancaire ouvert à votre nom.

Chapitre VII : Prestations en faveur des survivants

Ouverture des droits

Le **conjoint survivant** d'un salarié a droit à une pension de survie (*overlevingspensioen*) à partir de l'âge de 45 ans. Il n'existe aucune limite d'âge lorsque le conjoint survivant a un enfant à charge ou que son incapacité de travail est au moins égale à 66%, ou que le travailleur décédé a travaillé au fond des mines pendant 20 ans. De plus, le mariage doit avoir été célébré au moins 1 an avant le décès, à moins qu'un enfant soit issu de cette union ou que le décès soit dû à un accident ou à une maladie professionnelle postérieure à la date du mariage, ou que, au moment du décès, un enfant pour lequel des allocations familiales sont perçues soit à charge de l'époux ou de l'épouse.

Le conjoint survivant doit avoir cessé toute activité professionnelle à l'exception du travail autorisé. Pour les personnes âgées de moins de 65 ans percevant uniquement une pension de survie à partir de 2013, il est possible de cumuler avec un salaire à condition que le salaire brut annuel ne dépasse pas € 17.625,60 pour un salarié. Ce montant s'élève à € 22.032,00 lorsqu'il y a un enfant à charge. L'Office national des pensions (ONP - *Rijksdienst voor Pensioenen, RVP*) doit être informé au préalable et par lettre recommandée de l'exercice d'une telle activité. De plus, également par lettre recommandée, vous devez informer votre employeur que vous bénéficiez d'une pension. Pour de plus amples renseignements, vous pouvez vous adresser à l'Office national des pensions.

Le conjoint survivant ne doit pas être remarié.

Le **conjoint divorcé** ne doit pas avoir perdu l'autorité parentale ou avoir été condamné pour atteinte à la vie du conjoint, ou être remarié. D'autres conditions (âge, cumul, etc.) sont identiques à celles applicables à la [pension de vieillesse](#).

Un **partenaire survivant** ne reçoit pas de pension.

En outre, vous recevrez une pension de survie pendant 12 mois maximum si vous percevez déjà des prestations de maladie, d'invalidité ou de chômage involontaire en vertu de la législation belge ou étrangère en matière de sécurité sociale ou si vous recevez une indemnité pour cause d'interruption de travail ou une indemnité complémentaire accordée dans le cadre du chômage avec complément d'entreprise (*werkloosheid met bedrijfstoeslag*).

Pour les travailleurs indépendants, des dispositions particulières peuvent s'appliquer. Pour de plus amples informations, veuillez contacter les [institutions compétentes](#). Vous pouvez également vous référer à l'annexe sur les travailleurs indépendants produite par MISSOC.

Couverture de l'assurance

Le montant de la pension de survie (*overlevingspensioen*) servie au conjoint s'élève à 80% de la pension de vieillesse réelle ou hypothétique de l'assuré. Il est calculé sur la base du taux applicable à un couple marié où le conjoint est à charge.

Pour le conjoint divorcé, la pension est calculée comme pour la pension de vieillesse, mais seulement sur la base de 62,5% des revenus, moins les revenus personnels. Les périodes hors mariage et les périodes couvertes par une pension personnelle ne sont pas prises en compte.

La pension de survie minimum garantie (*gewaarborgd minimum-overlevingspensioen*) pour une carrière complète s'élève à € 13.104,28 par an, calculée au pro rata si la carrière est au moins équivalente aux deux tiers d'une carrière complète.

La pension maximum dépend du plafond des revenus annuels. Depuis le 1^{er} décembre 2012, la pension maximum du conjoint survivant d'un salarié s'élève à € 25.278,00, ce qui correspond à la pension de vieillesse maximum pour une personne seule.

Une pension de survie temporaire (*tijdelijk overlevingspensioen*) peut être octroyée ou maintenue temporairement au veuf ou à la veuve qui n'a pas ou plus droit à une pension de survie. Une prime peut être notamment accordée pendant 12 mois aux conjoints n'ayant pas droit à une pension de survie. La pension peut également être maintenue pendant 12 mois maximum lorsque le conjoint survivant, âgé de moins de 45 ans, ne remplit plus les conditions d'octroi anticipé d'une pension de survie. Dans ce cas, au bout de 12 mois, une pension réduite est versée.

Modalités d'accès

Les demandes de pension doivent être introduites auprès de l'Office national des pensions (*ONP, Rijksdienst voor Pensioenen, RVP*) ou auprès de l'administration communale de votre lieu de résidence. Si vous résidez dans un autre État membre, votre demande doit être adressée à l'institution de pension locale de cet État.

Une demande de pension de survie temporaire doit être présentée dans les 12 mois qui suivent la date du décès de votre conjoint. Note: Veuillez noter que le conjoint survivant d'un pensionné ne doit toutefois pas introduire de demande de pension de survie ni de pension de survie temporaire, puisque l'une d'elle lui sera automatiquement octroyée.

Elle peut vous être payée par mandat postal, encaissable à votre domicile, ou être versée sur votre compte courant postal ou sur un compte bancaire ouvert à votre nom.

Chapitre VIII: Prestations pour accidents du travail et maladies professionnelles

Ouverture des droits

Accidents du travail

Un accident du travail est décrit comme «tout accident qui survient à un travailleur dans le cours et par le fait de l'exécution du contrat de travail et qui produit une lésion».

Tous les travailleurs salariés, y compris les apprentis et les domestiques, sont couverts contre les accidents du travail et les accidents survenus sur le chemin du travail (aller et retour).

Maladies professionnelles

Tous les travailleurs salariés ainsi que les chômeurs et les invalides en cours de formation ou de réadaptation professionnelle sont couverts contre les maladies professionnelles. Il existe une liste des maladies reconnues qui peut être consultée sur le site du Fonds des maladies professionnelles (FMP - *Fonds voor de beroepsziekten, FBZ*) à l'adresse suivante:

http://www.fmp.fgov.be/fr/listes_fr01.htm (en langues allemande, française et néerlandaise). Si la maladie professionnelle se trouve sur la liste et que la victime travaille dans un secteur où elle est exposée à ce risque, sa maladie sera reconnue comme maladie professionnelle. En outre, la victime a également la possibilité d'apporter la preuve de l'exposition à un certain risque pour une maladie qui ne figure pas sur la liste et du lien causal entre cette exposition et la maladie. L'employeur doit s'assurer auprès du Fonds des maladies professionnelles, qui accorde les prestations.

Couverture de l'assurance

Accidents du travail

L'accident du travail donne droit aux prestations suivantes:

- des indemnités pour incapacité de travail, temporaire ou permanente, totale ou partielle et, si nécessaire, l'aide d'une tierce personne;
- le remboursement des frais médicaux et apparentés;
- le remboursement des frais de déplacement;
- des prestations spéciales en cas de décès.

Indemnité pour incapacité de travail

Lors de la période d'incapacité temporaire complète, toute victime d'un accident du travail recevra 90% du salaire journalier moyen. L'incapacité temporaire partielle est également indemnisée. Si la victime reprend le travail partiellement, elle recevra une indemnité égale à la différence entre sa rémunération avant l'accident et la rémunération qu'elle touche lors de sa remise au travail.

Ensuite, si les lésions subsistent mais n'évoluent plus, il y a « consolidation » des lésions (notion médicale) et l'incapacité temporaire devient permanente.

Après consolidation, une allocation annuelle est servie pour une période de trois ans. Durant cette période, le cas peut être réexaminé. Le montant de l'allocation dépend du pourcentage d'incapacité et de la rémunération à laquelle le travailleur avait droit pour l'année qui a précédé l'accident (salaire de base).

Au terme de ces trois années, l'allocation est transformée en rente viagère. Vous pouvez demander le versement du tiers du capital de la rente si l'incapacité est de plus de 19%.

Si l'état de la victime nécessite l'aide d'une tierce personne, une allocation complémentaire (*aanvullende uitkering*) est servie, égale au maximum, au montant du revenu minimum mensuel moyen garanti, multiplié par 12, selon le degré de nécessité, indexée dès le début de l'indemnisation et supprimée à partir du 91^e jour d'hospitalisation.

Il est possible de cumuler avec un revenu professionnel. Il existe toutefois des limites de cumul entre les prestations de maladie, d'invalidité, de retraite et autres indemnités pour accidents du travail et maladies professionnelles.

En ce qui concerne le paiement de ces prestations, les indemnités d'incapacité temporaire sont payées aux mêmes dates que les salaires. Après la consolidation, elles sont payées chaque mois ou chaque trimestre selon le cas.

Soins de santé

La victime d'un accident du travail a droit au remboursement des frais résultant de l'hospitalisation, de la kinésithérapie, des soins médicaux, chirurgicaux, dentaires et pharmaceutiques et des appareils orthopédiques. Aucun coût ne peut être mis à la charge de la victime. Ces soins sont remboursés selon les tarifs en vigueur de l'assurance maladie et l'assureur doit payer le supplément (ticket modérateur).

Les frais de déplacement de l'assuré et des membres de sa famille sont pris en charge sous certaines conditions.

Accident mortel

Un accident du travail ou sur le chemin du travail ayant entraîné le décès de la victime ouvre le droit à :

- à une indemnité pour frais funéraires (*begrafenisvergoeding*) égale à 30 fois la rémunération quotidienne moyenne de la victime;
- au remboursement de tous les frais (y compris les formalités administratives) afférents au transfert de la personne décédée vers le lieu d'inhumation;
- à une rente viagère au conjoint survivant équivalente à 30% de la rémunération de l'assuré décédé;
- à une rente temporaire pour les enfants de l'assuré dont le montant est de 15% (orphelins de père ou mère) ou 20% (orphelins de père et mère) de la rémunération de l'assuré décédé. Elle est servie jusqu'à 18 ans ou jusqu'à la date d'expiration des droits aux prestations familiales.

Les rentes pour accident mortel sont payées chaque mois ou chaque trimestre.

Maladies professionnelles

Les prestations servies en cas de maladie professionnelle sont les suivantes:

- indemnités pour incapacité temporaire ou permanente, partielle ou totale et, dans les cas graves, l'aide d'une tierce personne;
- indemnités en cas d'arrêt temporaire ou définitif de l'activité professionnelle par mesure de prévention. Le Fonds des maladies professionnelles peut autoriser le travailleur à cesser son activité professionnelle s'il est constaté médicalement une prédisposition à une maladie professionnelle ou ses premiers symptômes. Dans ce cas, l'assuré a droit aux indemnités pour incapacité temporaire totale. Par ailleurs, il a droit à une reconversion professionnelle;
- indemnités en cas de décès de l'assuré à cause de maladie professionnelle;
- remboursement des frais médicaux et apparentés. L'assuré a le libre choix des prestataires de soins. Il a droit au remboursement intégral des soins payés, selon le barème réglementaire;
- remboursement des frais de déplacement effectués en relation avec le traitement de la maladie professionnelle.

Les prestations sont calculées et payées comme pour les accidents du travail.

Modalités d'accès

Accidents du travail

C'est votre employeur qui doit contracter cette assurance auprès d'une compagnie d'assurance agréée ou auprès d'une caisse commune d'assurance agréée.

Tout accident du travail doit être déclaré dans les 8 jours par l'employeur à l'assureur et dans certains cas à l'inspecteur de la sécurité du travail. Cela doit se faire avec un formulaire spécial ou par voie électronique. Si l'employeur ne le fait pas, le travailleur ou un membre de sa famille peut toujours le faire. Si possible, un certificat médical doit être joint à la déclaration.

Le taux d'incapacité permanente, le salaire de base et la date de la consolidation sont consignés dans un accord entre l'assureur et la victime et «entérinés» par le Fonds des accidents du travail (FAT - *Fonds voor arbeidsongevallen, FAO*)).

En cas de désaccord sur les propositions de règlement de l'assureur, la victime peut saisir le tribunal du travail.

En principe, la victime peut choisir le médecin traitant ou l'hôpital. Si toutefois l'employeur ou l'assureur dispose d'un service médical, pharmaceutique ou d'hôpital agréé, la liberté de choix de la victime tombe. Ces services sont tout à fait gratuits.

Pour tous renseignements complémentaires, veuillez vous adresser à l'assureur de votre employeur. Si vous rencontrez des difficultés, veuillez contacter le [Fonds des accidents du travail](#).

Maladies professionnelles

La demande d'indemnités doit être adressée par le malade ou son mandataire (sa mutuelle par exemple) au Fonds des maladies professionnelles. La demande est faite sur la base d'un formulaire réglementaire que le Fonds des maladies professionnelles (*FMP - Fonds voor de beroepsziekten, FBZ*) doit délivrer au malade. Si un changement se produit dans l'état de santé, le taux d'incapacité peut être revu par le Fonds des maladies professionnelles soit à la demande du malade, soit d'office.

Chapitre IX: Prestations familiales

Ouverture des droits

Vous avez droit aux prestations familiales si vous exercez un travail salarié, ou si vous êtes chômeur, invalide ou pensionné.

Il doit exister un lien soit familial, soit juridique entre vous et l'enfant concerné. Lorsque plusieurs personnes ont droit aux prestations familiales pour le même enfant, il convient d'observer certaines règles de priorité.

Pour les travailleurs indépendants, des dispositions particulières peuvent s'appliquer. Pour de plus amples informations, veuillez contacter les [institutions compétentes](#). Vous pouvez également vous référer à l'annexe sur les travailleurs indépendants produite par MISSOC.

Âge limite

Le droit aux prestations familiales n'est lié à aucune condition de formation pour les enfants jusqu'au 31 août de l'année civile au cours de laquelle ils atteignent l'âge de 18 ans. Par la suite, les prestations familiales peuvent être octroyées pour des enfants:

- jusqu'à 25 ans à condition qu'ils se trouvent sous contrat d'apprentissage reconnu et contrôlé;
- jusqu'à 21 ans, s'ils sont atteints d'une affection qui a des conséquences sur le plan de l'incapacité physique ou mentale ou sur le plan de l'activité et de la participation ou pour leur entourage familial;
- jusqu'à 25 ans pour les étudiants, les stagiaires pour être nommé à une charge publique et les étudiants qui préparent un mémoire de fin d'études supérieures;
- jusqu'à 25 ans pour les personnes inscrites comme demandeurs d'emploi après la fin de leurs études, de leur apprentissage ou de leur stage ou après la remise d'un mémoire, mais uniquement pour une durée maximale de 360 jours à compter de la fin de ces études, de cet apprentissage, de ce stage ou de cette remise d'un mémoire.

L'enfant doit en principe être élevé et, le cas échéant, suivre des cours en Belgique. Néanmoins, cette condition de territorialité ne s'applique pas lorsque l'enfant est élevé ou suit des cours dans un des Etats membres de l'Espace Economique Européen ou dans un pays avec lequel la Belgique a conclu une convention sur la sécurité sociale qui vise l'exportation des allocations familiales.

Indemnité parentale

La loi belge prévoit également des indemnités parentales. L'indemnité parentale est octroyée au parent qui travaille à temps plein ou partiel dans le secteur privé ou public et qui interrompt sa carrière pour s'occuper de son enfant.

Vous devez en outre:

- être en congé (trois mois maximum en cas d'interruption d'un travail à plein temps; six mois maximum en cas de travail à temps partiel) depuis la naissance ou

l'adoption de l'enfant, et avant que l'enfant atteigne l'âge de six ans (huit ans en cas d'adoption, ou d'incapacité physique ou mentale d'au moins 66%);

- justifier de 12 mois de travail durant les 15 mois précédant l'annonce à l'employeur.

Couverture de l'assurance

Vous avez droit aux prestations familiales pour chaque enfant satisfaisant aux conditions posées, les montants augmentant selon le rang de l'enfant. Cependant, pour le troisième enfant et les suivants, le montant par enfant est identique. Si vous souhaitez connaître le montant total auquel vous avez droit pour vos enfants, vous pouvez vous rendre sur le site de l'Office national des allocations familiales pour travailleurs salariés (ONAFTS - *Rijksdienst voor Kinderbijslag voor Werknemers, RKW*) qui met à votre disposition une calculatrice électronique: <http://www.onaf.ts.fgov.be/Fr/compute.php>.

Le droit aux prestations familiales de base est déterminé pour chaque trimestre civil selon la situation de l'attributaire durant le «mois de référence». Le mois de référence est le deuxième mois du trimestre précédant celui au cours duquel les allocations familiales sont demandées pour les personnes qui avaient déjà droit aux prestations familiales ou le premier mois d'ouverture des droits pour les personnes qui acquièrent ces droits pour la première fois.

Vous avez droit à des suppléments liés à l'âge lorsque vos enfants atteignent, respectivement, les âges de 6, 12 et 18 ans.

Des suppléments particuliers sont accordés pour les enfants handicapés, les enfants de chômeurs complets indemnisés à partir du septième mois de chômage, de pensionnés, pour les enfants des salariés invalides et des femmes salariées en congé de maternité à partir du septième mois d'incapacité. Des prestations familiales majorées sont allouées pour les orphelins de père ou de mère dont le parent survivant ne s'est pas remarié ou n'a pas fondé un ménage de fait.

Les anciens chômeurs et les anciens invalides qui ont commencé une nouvelle activité ont droit, sous certaines conditions, à un supplément d'allocations familiales durant une période maximum de huit trimestres.

Les suppléments liés à la situation socioprofessionnelle de l'attributaire (suppléments pour enfants de chômeurs et de pensionnés et suppléments pour enfants de travailleurs invalides) sont soumis à des conditions de revenus du ménage. Lors de l'ouverture du droit aux suppléments, parce que l'ensemble des conditions légales et réglementaires fixées pour leur octroi sont réunies dans le courant d'un mois, les suppléments seront versés le premier jour du mois suivant, pour le reste du trimestre et pour le trimestre suivant. Le droit au supplément sera ensuite maintenu par trimestre chaque fois que les conditions légales et réglementaires seront réunies à un moment quelconque du deuxième mois du trimestre précédent.

Les suppléments pour enfants handicapés et les prestations familiales majorées pour orphelins ne sont plus versés à partir du mois qui suit celui durant lequel les conditions requises ne sont plus remplies.

Allocations de naissance et d'adoption

Une allocation de naissance est accordée à la naissance d'un enfant.

Enfin, une prime d'adoption (*adoptiepremie*) est versée lors de l'adoption d'un enfant sous certaines conditions.

Indemnité parentale

Dans le cas d'une activité à plein temps, l'indemnité s'élève à € 741,40 pour une interruption totale de travail, ou € 370,69 (pour les personnes âgées de moins de 50 ans) pour une interruption de carrière à mi-temps.

Modalités d'accès

Pour avoir droit aux prestations familiales, vous devez présenter une demande à la caisse d'allocations familiales à laquelle est affilié votre employeur. Celui-ci vous donnera l'adresse de cette caisse, qui vous fournira de plus amples détails.

Les prestations familiales sont versées à la personne qui élève l'enfant, c'est-à-dire généralement à la mère. Les enfants mariés, les enfants émancipés et les enfants âgés de plus de 16 ans qui possèdent leur propre lieu de résidence et ne font pas partie du ménage de la personne responsable de leur éducation, et les enfants qui ont eux-mêmes des enfants pour lesquels ils bénéficient d'allocations familiales, perçoivent personnellement les prestations familiales.

Les demandes d'allocation de naissance doivent être introduites auprès des caisses d'allocations familiales compétentes pour l'octroi des allocations familiales. Une demande d'octroi de cette prime peut être introduite à partir du sixième mois de la grossesse et la prime peut vous être payée à compter du deuxième mois qui précède la date de naissance présumée.

Pour bénéficier des indemnités parentales, vous devez informer votre employeur dans les délais prescrits et transmettre les documents nécessaires à l'office national pour l'emploi.

Chapitre X: Chômage

Ouverture des droits

Indemnités de chômage

En principe, les salariés sont assurés contre les risques de chômage, quel que soit leur nombre d'heures de travail journalières ou hebdomadaires. Les agents de la fonction publique peuvent également, après la rupture unilatérale de la relation de travail, bénéficier des allocations de chômage.

Pour pouvoir bénéficier des allocations de chômage (*werkloosheidsuitkeringen*), vous devez remplir les conditions suivantes:

- avoir travaillé un nombre minimal de jours (compris entre 312 et 624) durant une période déterminée (de 21 à 42 mois) avant de pouvoir introduire votre demande. La longueur de cette période varie en fonction de l'âge. Les périodes de travail accomplies dans d'autres États membres sont en principe prises en compte, mais vous devez avoir perdu votre emploi en Belgique;
- avoir perdu votre emploi et ne pas avoir perçu de rémunération pour des raisons indépendantes de votre volonté;
- être inscrit comme demandeur d'emploi auprès du service de l'emploi compétent et répondre à chaque offre d'emploi convenable, à chaque offre de formation ou, à partir de 45 ans, à chaque offre de reclassement professionnel. En Flandre, le service de l'emploi compétent est le VDAB, à Bruxelles, Actiris et en Wallonie, le FOREM;
- activement chercher un emploi; après une certaine durée de chômage, vous êtes invité à un entretien pour vérifier si vous avez fait suffisamment d'efforts; il vous est demandé, le cas échéant, de conclure, à ce sujet, un engagement écrit, qui sera évalué par la suite;
- être apte au travail;
- avoir moins de 65 ans (hommes et femmes);
- votre résidence habituelle doit être située en Belgique et vous devez effectivement vivre en Belgique;

Il n'existe pas de régime d'assurance chômage pour les travailleurs indépendants, à l'exception d'une allocation en cas de faillite. Pour de plus amples informations, veuillez contacter les [institutions compétentes](#).

Régime de chômage avec complément d'entreprise

Le régime de chômage avec complément d'entreprise (*stelsel van werkloosheid met bedrijfstoelage*) est un régime qui, en cas de licenciement, permet à certains travailleurs âgés de bénéficier, en plus de l'allocation de chômage, d'une indemnité complémentaire à charge de l'employeur ou d'un Fonds agissant à sa place. Le régime de chômage avec complément d'entreprise ne constitue pas une pension anticipée. Il ne concerne que les travailleurs du secteur privé.

Pour pouvoir bénéficier du régime de chômage avec complément d'entreprise, vous devez:

- être âgé de 60 ans (éventuellement plus jeune en cas de carrière longue);

- avoir été licencié. Cela suppose que l'employeur soit vous notifie un délai de préavis, soit rompe votre contrat de travail moyennant le paiement d'une indemnité de rupture;
- avoir droit aux prestations de chômage.
- quitter le marché du travail.

L'employeur est tenu de remplacer la personne en régime de chômage avec complément d'entreprise.

Lorsque vous êtes licencié d'une entreprise reconnue en difficulté, vous devez être âgé de 52 ans. Lorsque vous êtes licencié d'une entreprise reconnue en restructuration, vous devez être âgé entre 52 et 55 ans (50 ans dans des cas exceptionnels après avis d'un comité de consultation). Dans ces cas, il n'y a pas d'obligation de remplacement.

Couverture de l'assurance

Indemnités de chômage

Le montant journalier de la prestation de chômage dépend de la rémunération journalière moyenne, de la situation familiale et de la durée du chômage. Lorsqu'un chômeur a une famille à charge et constitue la seule source de revenu, il a droit à 65% de la rémunération perdue, durant les 3 premiers mois de chômage, soumise à un maximum de € 61,66 et un minimum de € 42,79. Après il a droit à 60% de la rémunération perdue, soumise à un maximum de € 56,92 et à un minimum de € 42,79. Après 48 mois de chômage il lui est toujours garanti un montant de € 42,79.

Un chômeur sans personnes à charge a droit à 65% de la rémunération antérieure durant les 3 premiers mois de chômage (avec un maximum de € 61,66 et un minimum de € 35,94); pendant le restant de la première année de chômage, il a droit à 60% et par la suite à 55% de la rémunération perdue avec un maximum de € 44,46 et un minimum de € 37,64; après 48 mois de chômage il reçoit un forfait de € 35,94.

Un chômeur cohabitant qui n'a pas de famille à charge et qui vit avec des personnes disposant de revenus a droit à 65% de la rémunération perdue durant les 3 premiers mois de chômage (avec un maximum de € 61,66 et un minimum de € 26,94); pendant le restant de la première année de chômage, il a droit à 60% et par la suite à 40% de la rémunération perdue avec un maximum de € 33,05 et un minimum de € 20,58. Ensuite, après 48 mois de chômage, il reçoit un forfait de € 18,99.

Les chômeurs de 50 ans ou plus qui ont un passé professionnel de 20 ans au moins bénéficient d'un complément d'ancienneté ou d'un complément de reprise de travail.

Un chômeur à temps partiel peut, dans certains cas, percevoir une allocation complémentaire dont le montant dépend du nombre d'heures travaillées.

Les travailleurs dont le contrat de travail est temporairement suspendu pour des raisons indépendantes de la volonté des parties peuvent obtenir une allocation de chômage temporaire (*tijdelijke werkloosheidsuitkering*) pour chaque jour de suspension complète.

Les jeunes de moins de 30 ans à la date de l'introduction de la demande qui sont encore chômeurs complets après avoir quitté l'école peuvent, après un stage d'insertion professionnelle, bénéficier pendant 36 mois d'une allocation d'insertion

forfaitaire s'ils remplissent toutes les conditions légales tenant à l'âge, au type d'enseignement antérieurement suivi, etc.

Certains travailleurs à temps partiel qui sont chômeurs complets n'ont toutefois droit qu'à un nombre d'allocations correspondant à leur horaire de travail.

Cumul avec d'autres prestations et revenus professionnels

Le cumul avec d'autres prestations de sécurité sociale est limité.

Le cumul avec des revenus professionnels est également limité à certains cas. Lorsqu'une personne perçoit un salaire découlant d'une activité «secondaire» exercée durant au moins les trois derniers mois avant la période de chômage et se poursuivant après le chômage, le cumul est possible jusqu'à 130% du maximum du montant journalier de la prestation de chômage d'une personne qui a une famille à charge. Pour un salaire découlant d'une activité «occasionnelle» exercée pendant la période de chômage, durant un mois, l'allocation journalière de chômage est supprimée uniquement pendant les jours d'activité et elle est maintenue les jours restants.

Refus des prestations et sanctions

Si vous êtes sans travail parce que vous avez abandonné votre emploi sans raison valable ou parce que vous avez été licencié par votre faute ou parce que, étant chômeur, vous avez refusé un emploi convenable, une formation (par exemple, exclusion en cas de non coopération dans le cadre d'une procédure spécifique de recherche d'emploi active ou de reclassement) ou parce que vous n'avez pas fait suffisamment d'efforts pour trouver un emploi, les prestations peuvent vous être refusées pour une certaine période.

Régime de chômage avec complément d'entreprise

Un complément d'entreprise (*bedrijfstoeslag*) s'ajoute à la prestation de chômage. Il est égal à la moitié de la différence entre la rémunération nette (plafonnée) et la prestation de chômage. Le complément est payé par les employeurs. Dans ce cas, le montant de la prestation de chômage correspond à 60% de votre dernière rémunération brute (plafonnée à € 2.039,32), quelle que soit votre situation familiale. Ce pourcentage reste inchangé durant toute la durée de votre période de régime de chômage avec complément d'entreprise.

Modalités d'accès

Vous devez introduire une demande à l'organisme responsable du paiement de vos allocations de chômage (*werkloosheidsuitkeringen*). Les décisions relatives au paiement des allocations de chômage sont prises par l'Office national pour l'emploi (ONEM - *Rijksdienst voor arbeidsvoorziening, RVA*), et les paiements sont effectués soit par des organismes privés agréés institués par les syndicats (CSC/ACV, FGTB/ABVV, CGSLB/ACLVB), soit par l'organisme public, la Caisse auxiliaire de paiement des allocations de chômage (CAPAC - *Hulpkas voor werkloosheidsuitkeringen, HVW*).

Le chômeur a le libre choix de l'organisme de paiement et peut en changer à tout moment.

Chapitre XI : Garantie de ressources

Ouverture des droits

Systeme général

Le régime général garantit un droit à l'intégration sociale sous la forme d'un emploi ou d'un revenu d'intégration (*leefloon*), assortis ou non d'un projet individualisé d'intégration sociale. Le revenu d'intégration doit garantir un revenu minimum pour toute personne ne disposant pas de ressources suffisantes et qui n'est pas en mesure de se les procurer par ses efforts personnels ou par d'autres moyens. Une personne est reconnue comme étant dans une situation financière précaire si l'enquête sociale et l'enquête sur les moyens d'existence révèlent que ses ressources sont inférieures au montant du revenu d'intégration.

Pour introduire une demande de revenu d'intégration, le demandeur doit être âgé de 18 ans (majorité civile), avec trois exceptions: les personnes émancipées par mariage, les célibataires avec un ou plusieurs enfants à charge et les mineures enceintes. Il n'existe pas de limite d'âge.

Le demandeur doit prouver qu'il est disposé à travailler, excepté lorsqu'il en est empêché pour des raisons de santé ou d'équité.

Garantie de revenus aux personnes âgées

Il s'agit d'un dispositif d'aide financière pour les personnes âgées disposant de faibles revenus.

Vous avez droit à la garantie de revenus aux personnes âgées (*inkomensgarantie voor ouderen*) à partir de 65 ans. Ce droit (communément appelé GRAPA) dépend de l'ensemble de vos revenus, toutes sources confondues (pension, biens ou possessions, revenus professionnels, etc.). Vos ressources seront en partie déduites du montant de base de la GRAPA.

Vous devez habiter effectivement la Belgique pour bénéficier de cette aide.

Allocation de remplacement de revenus

L'allocation de remplacement de revenus (*inkomensvervangende tegemoetkoming*) est accordée à la personne handicapée dont l'état physique ou psychique a réduit la capacité de gain à un tiers ou moins de ce qu'une personne valide est en mesure de gagner en exerçant une profession sur le marché général du travail.

La personne qui souhaite obtenir l'allocation de remplacement de revenus doit être âgée de 21 à 65 ans, être domiciliée en Belgique et y séjourner réellement. Néanmoins, la personne qui a droit à une allocation de remplacement de revenus avant 65 ans peut continuer à la percevoir après cet âge. La personne handicapée doit également posséder une des nationalités visées par la législation.

Autres prestations

Il existe d'autres prestations de revenu minimum, notamment les prestations familiales garanties (*gewaarborgde gezinsbijslag*). L'allocation d'intégration (*integratietegemoetkoming*) et l'allocation pour l'aide aux personnes âgées (*tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden*) sont calculées en fonction des revenus mais sont considérées comme des [prestations de soins de longue durée](#).

Couverture de l'assurance

Systeme général

Le montant mensuel du revenu d'intégration (*leefloon*) est fixé à :

- personne cohabitante: € 534,23;
- personne isolée: € 801,34;
- personne vivant avec une famille à sa charge: € 1.068,45.

Cette allocation est versée pour une période indéterminée, aussi longtemps que les conditions d'octroi sont remplies.

Ces montants peuvent être cumulés avec des prestations familiales octroyées pour les enfants que l'on a à charge. Si le demandeur ne dispose d'aucunes ressources, le montant complet de la catégorie dont il relève lui est octroyé. Si le demandeur dispose de ressources inférieures au montant fixé pour sa catégorie, la différence lui permettant d'atteindre le montant de sa catégorie lui est octroyée. Le montant accordé sera d'autant plus réduit que le revenu sera élevé.

Des allocations de chauffage sont octroyées par les centres publics d'action sociale (*CPAS - Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn, OCMW*). Les entités fédérées prévoient des aides à l'installation, au déménagement et au loyer. Ces aides n'existent qu'au niveau régional. Il existe également des droits particuliers aux soins de santé.

Garantie de revenus aux personnes âgées

Le montant mensuel de la garantie de revenus aux personnes âgées (*inkomensgarantie voor ouderen*) varie selon la situation familiale:

- personne isolée: € 991,86;
- personne vivant en concubinage: € 661,24;
- ménage (pour deux bénéficiaires cohabitants): € 1.322,48.

Les bénéficiaires ont également droit aux soins de santé.

Cette allocation est servie aussi longtemps que les conditions d'attribution sont remplies.

Allocation de remplacement de revenus

Le montant de base mensuel de l'allocation dépend de la situation familiale de la personne handicapée:

- Catégorie A: € 534,49;
- Catégorie B: € 801,74;
- Catégorie C: € 1.068,99.

Pour le calcul de l'allocation, il est tenu compte des revenus de la personne handicapée ainsi que de la personne avec laquelle elle forme un ménage. Certains abattements sont néanmoins appliqués sur ces revenus.

Une fois l'allocation accordée, le droit perdure aussi longtemps que la situation de la personne handicapée ne connaît pas de changement significatif.

Modalités d'accès

Système général

Le revenu d'intégration (*leefloon*) est accordé localement par le Centre public d'action sociale (CPAS - *Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn, OCMW*) sur examen soit de la demande soit d'office.

Une enquête sociale et une enquête sur les moyens d'existence doivent être réalisées par le travailleur social du CPAS. Le demandeur a le droit d'être entendu avant la décision. Le conseil de l'aide sociale du CPAS doit prendre une décision dans les 30 jours suivant l'introduction de la demande. Le droit est ouvert à compter du jour où la demande est introduite. Le premier paiement doit avoir lieu dans les 15 jours suivant la décision.

Garantie de revenus aux personnes âgées

Le droit à cette aide financière est examiné d'office si vous percevez une pension (dont le montant n'empêche pas l'octroi de la GRAPA), une allocation aux handicapés ou le revenu d'intégration. Si ce n'est pas le cas, vous devrez introduire une demande auprès de l'administration communale ou de l'Office national des pensions (ONP - *Rijksdienst voor Pensioenen, RVP*).

L'Office national des pensions, suite à une enquête sur les ressources du demandeur et de toute personne cohabitante, juge de l'obligation de lui verser cette aide.

Allocation de remplacement de revenus

La demande d'allocation de remplacement de revenus (*inkomensvervangende tegemoetkoming*) doit être introduite auprès du bourgmestre de la commune où la personne handicapée est inscrite (registre de la population ou au registre des étrangers).

La Direction générale des personnes handicapées (*Directie-generaal Personen met een Handicap*) est chargée de l'enquête administrative (recevabilité, situation familiale, conditions d'octroi) et de l'enquête médicale, cette dernière étant réalisée par un médecin de l'administration ou par un médecin désigné.

Chapitre XII : Soins de longue durée

Ouverture des droits

Il n'existe pas de législation spécifique au niveau fédéral (national). La législation prévoit néanmoins certaines prestations garantissant l'assurance maladie et invalidité et des ressources suffisantes.

Assurance maladie-invalidité

Une personne assurée dans le cadre du régime d'assurance maladie (travailleurs salariés et catégories assimilées) qui est dans l'incapacité d'accomplir les activités de la vie quotidienne, peut bénéficier de certaines prestations. Pour y avoir droit, il faut être âgé entre 15,5 ans et l'âge de la retraite et être dépendant ou en perte d'autonomie. Une aide est accordée après examen de chaque cas individuel.

Assurance dépendance (régionale)

Au niveau des entités fédérées (communauté flamande), il existe un régime d'assurance soins obligatoire (*Zorgverzekering*). L'assurance soins permet de bénéficier d'un fonds d'assurance santé (sous la forme d'une allocation mensuelle) destiné à couvrir certains frais liés à la fourniture d'aide et de services non médicaux.

Pour bénéficier de l'assurance soins, il faut justifier d'une période d'ouverture de droits comprenant une durée minimum de cinq ans de résidence continue dans la région flamande ou dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale et d'affiliation à une caisse de maladie reconnue.

Il faut également se trouver dans une situation grave et qui perdure de perte d'autonomie, c'est-à-dire nécessitant l'aide de la famille, d'amis ou de prestataires de soins pour accomplir les actes de la vie quotidienne.

Il n'existe pas d'âge limite pour bénéficier de l'assurance soins. L'affiliation et le paiement de la cotisation annuelle est obligatoire à partir de l'année des 26 ans. Cependant, le jeune âgé de moins de 26 ans peut, sur demande, bénéficier de cette assurance sans devoir payer la cotisation annuelle.

Allocation d'intégration et allocation pour l'aide aux personnes âgées

L'allocation d'intégration (*integratietegemoetkoming*) et l'allocation pour l'aide aux personnes âgées (*tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden*) sont des régimes d'aide sociale soumis à des conditions de ressources.

L'allocation d'intégration est accordée aux personnes handicapées à partir de l'âge de 21 ans qui, à la date d'introduction de la demande, ont moins de 65 ans et dont la dépendance ou la perte d'autonomie a été reconnue. Elle n'est accordée que si les revenus ne dépassent pas certains plafonds.

L'allocation pour l'aide aux personnes âgées est accordée aux personnes handicapées à partir de l'âge de 65 ans, qui ne bénéficient pas de l'allocation de remplacement de revenus (*inkomensvervangende tegemoetkoming*), ou de l'allocation d'intégration et qui sont en situation de dépendance ou de perte d'autonomie.

Couverture de l'assurance

Assurance maladie-invalidité

Dans le cadre de l'assurance maladie-invalidité, différentes prestations en nature peuvent être accordées, notamment une aide pour les soins infirmiers au domicile de patients lourdement dépendants. L'assurance couvre une partie des frais fixes afférents à ces soins selon le degré de dépendance physique du patient. Des soins résidentiels sont également prévus.

Les personnes handicapées avec une famille à charge et remplissant les conditions pour que le besoin d'assistance d'une tierce personne soit reconnu ont droit à une allocation forfaitaire journalière de € 20,00.

Assurance dépendance (régionale)

Le régime d'assurance dépendance permet de percevoir une allocation pour couvrir les frais liés à une aide non médicale fournie par une tierce personne. Elle est attribuée aux personnes dont l'autonomie est réduite séjournant dans une maison de repos, une maison de repos et de soins ou bénéficiant de soins ambulatoires.

En ce qui concerne les soins de proximité et à domicile, l'allocation correspond à un montant forfaitaire de € 130,00 par mois. Le même montant est accordé si la personne séjourne dans un établissement autre qu'une résidence services.

L'allocation est versée au bénéficiaire durant une période de 36 mois en ce qui concerne les soins de proximité et à domicile. Dans le cas des soins résidentiels, aucune durée maximale n'est spécifiée.

Allocation d'intégration et allocation pour l'aide aux personnes âgées

Ces allocations sont destinées à compenser les frais supplémentaires résultant de la perte ou la réduction d'autonomie. Elles sont calculées sur une base forfaitaire et varient en fonction du degré de dépendance.

Le montant de l'allocation d'intégration (*integratietegemoetkoming*) est réduit de 28% si le bénéficiaire séjourne dans une institution financée intégralement ou partiellement par les fonds publics.

Les allocations sont versées aussi longtemps que les conditions médicales et administratives sont remplies.

Modalités d'accès

Les allocations sont soumises à une évaluation du degré de dépendance. Celle-ci s'appuie sur certains critères.

Assurance maladie-invalidité

En ce qui concerne les soins infirmiers à domicile, les besoins sont évalués par une infirmière ou le médecin traitant. S'agissant de l'aide d'une tierce personne, l'évaluation est réalisée par le conseiller médical et le Conseil médical de l'invalidité de l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI - *Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, RIZIV*).

Assurance dépendance (régionale)

En ce qui concerne les soins de proximité et à domicile, l'évaluation est effectuée par un organisme ou prestataire professionnel de soins habilité à déterminer le degré de gravité et la durée de la perte d'autonomie. L'état de dépendance est prouvé par un certificat délivré par le SPF sécurité sociale (*FOD Sociale Zekerheid*), la caisse de maladie, le service d'aide à domicile ou, selon la situation, par la caisse d'allocations familiales ou par un évaluateur habilité choisi par l'intéressé ou son représentant.

En ce qui concerne les soins résidentiels, l'état de dépendance est prouvé par une attestation de séjour dans une institution reconnue.

Allocation d'intégration et allocation pour l'aide aux personnes âgées

La perte d'autonomie est déterminée par un médecin désigné ou par une équipe pluridisciplinaire sous le contrôle de la Direction générale des personnes handicapées du Service public fédéral Sécurité sociale.

Annexe: Adresses des institutions et sites internet utiles

Travailleurs salariés

Service public fédéral–Sécurité sociale (SPF Sécurité sociale)
Federale Overheidsdienst – Sociale Zekerheid (FOD Sociale Zekerheid)
Finance Tower
Boulevard du Jardin Botanique/Kruidtuinlaan 50, boîte/bus 1
1000 Bruxelles/Brussel
<http://www.socialsecurity.fgov.be>

Vous trouverez des informations détaillées sur la sécurité sociale belge sur le site internet du SPF — Sécurité sociale: <https://www.socialsecurity.be>

Affiliation à la sécurité sociale belge

Régime général de sécurité sociale pour les travailleurs salariés

Office national de sécurité sociale (ONSS)
Rijksdienst voor sociale zekerheid (RSZ)
Landesamt für Soziale Sicherheit (LSS)
Cet office assure la perception des cotisations et la répartition des cotisations perçues parmi les autres institutions.

Place Victor Horta/Victor Hortaplein 11
B-1060 Bruxelles/Brussel
Tél.: (32-2) 509 31 11
Fax: (32-2) 509 30 19
E-mail: webmaster@onssrszlss.fgov.be
<http://www.onssrszlss.fgov.be>

Régime de sécurité sociale pour les travailleurs occupés en dehors du territoire de l'Espace économique européenne et de la Suisse

Office de sécurité sociale d'outre mer (OSSOM)
Dienst voor de overzeese social zekerheid (DOSZ)
Amt Für Überseeische Soziale Sicherheit (AÜSS)
Avenue Louise/Louizalaan 194
B-1050 Bruxelles/Brussel
Tél.: (32-2) 642 05 11
Fax: (32-2) 642 05 59
E-mail: info@ossom.fgov.be
<http://www.ossom.fgov.be>

Gestion des prestations de sécurité sociale

L'octroi et le paiement des allocations sont réglés par des institutions spécialisées.

Prestations de maladie, de maternité et de paternité assimilées

Régime général des travailleurs salariés

Institut national d'assurance maladie invalidité (INAMI)

Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV)

Avenue de Tervueren/Tervurenlaan 211

B-1150 Bruxelles/Brussel

Tél.: switchboard: (32-2) 739 71 11

Fax: (32-2) 739 72 91

Pour des renseignements sur les soins de santé: Tél.: (32-2) 739 78 00

Pour des renseignements sur les prestations de maladie, de maternité ou de paternité:

Tél.: (32-2) 739 76 90

<http://www.inami.fgov.be/http://www.riziv.fgov.be>

Vous trouverez la liste de tous les organismes assureurs sur le site de l'INAMI à l'adresse suivante: <http://www.inami.fgov.be/citizen/fr/insurers/contacts/index.htm>

Alliance nationale des mutualités chrétiennes: www.mc.be

Union nationale des mutualités neutres: www.mutualites-neutres.be

Union nationale des mutualités socialistes: www.mutsoc.be

Union nationale des mutualités libérales: www.libmut.be

Union nationale des mutualités libres: www.mloz.be

Caisse auxiliaire d'assurance maladie invalidité (CAAMI) — Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (HZIV) — Hilfskasse für Kranken- und Invalidenversicherung (HKIV):

Rue du Trône/Troonstraat 30A

B-1000 Bruxelles/Brussel

Tél.: (32-2) 229 35 62

Fax: (32-2) 229 35 58

<http://www.caami-hziv.fgov.be>

Caisse des soins de santé de la SNCB Holding - Kas der Geneeskundige Verzorging van de NMBS Holding

Rue de France/Frankrijkstraat 85

B-1060 Bruxelles/Brussel

Tél. : (32-2) 526 35 28

Fax : (32-2) 525 35 61

Marins

Caisse de secours et de prévoyance en faveur des marins (CSPM)

Hulp- en voorzorgkas voor zeevarenden (HVKZ)

"Maritiem Huis"

Olijfakstraat 1-13

Postbus 1

B-2060 Antwerpen 6

Tél.: (32-3) 220 74 11

Fax: (32-3) 220 74 66

<http://www.hvkz-cspm.fgov.be>

Prestations pour accidents du travail

Fonds des accidents de travail (FAT)
Fonds voor arbeidsongevallen (FAO)
Rue du Trône/Troonstraat 100
B-1050 Bruxelles/Brussel
Tél.: (32-2) 506 84 11
Fax: (32-2) 506 84 15
E-mail: info@faofat.fgov.be
<http://www.faofat.fgov.be>

Prestations pour maladies professionnelles

Fonds des maladies professionnelles (FMP)
Fonds voor de beroepsziekten (FBZ)
Fonds für BerufsKrankheiten (FBK)
Avenue de l'Astronomie/Sterrekundelaan 1
B-1210 Bruxelles/Brussel
E-mail: secr@fmp-fbz.fgov.be
<http://www.fmp-fbz.fgov.be>

Allocation de décès

Décès à la suite d'une maladie ou d'un accident de la vie privée

Institut national d'assurance maladie invalidité (INAMI)
Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV)
Voir ci-dessus.
<http://www.inami.fgov.be/http://www.riziv.fgov.be>

Décès à la suite d'une maladie professionnelle

Fonds des maladies professionnelles (FMP)
Fonds voor de beroepsziekten (FBZ)
Fonds für BerufsKrankheiten (FBK)
Avenue de l'Astronomie/Sterrekundelaan 1
B-1210 Bruxelles/Brussel
Tél.: (32-2) 22 66 202
E-mail: deces@fmp-fbz.fgov.be

Décès à la suite d'un accident du travail

Fonds des accidents de travail (FAT)
Fonds voor arbeidsongevallen (FAO)
Fonds für Arbeitsunfälle (FAF)
Rue du Trône/Troonstraat 100
B-1050 Bruxelles/Brussel
Tél.: (32-2) 506 84 92
E-mail: secr@fmp-fbz.fgov.be

Pensions de vieillesse et de survivant

Office national des pensions (ONP)
Rijksdienst voor pensioenen (RVP)
Landespensionsamt (LPA)
Tour du Midi/Zuidertoren
B-1060 Bruxelles/Brussel

info@rvponp.fgov.be

<http://www.onprvp.fgov.be>

Tél: ligne verte gratuite (en Belgique): du lundi au vendredi de 9 à 12 heures et de 13 à 17 heures: 1765

Appels de l'étranger: 32 78 15 1765

Indemnités de chômage

Office national de l'emploi (ONEM)

Rijksdienst voor arbeidsvoorziening (RVA)

Landesamt für Arbeitsbeschaffung (LfA)

Boulevard de l'Empereur/Keizerslaan 7

B-1000 Bruxelles/Brussel

Tél.: (32-2) 515 41 11, Fax: (32-2) 514 11 06

Vous trouverez les adresses des bureaux régionaux de l'ONEM sur son site:

<http://www.rva-onem.fgov.be>

Les prestations de chômage sont payées:

- soit par une institution publique: Caisse auxiliaire de paiement des allocations de chômage (CAPAC) — Hulpkas voor werkloosheidsuitkeringen (HVW) — Hilfszahlstelle für Arbeitslosenunterstützungen (HFA)
<http://www.hvw-capac.fgov.be>
- soit par le syndicat du travailleur:
 - Fédération générale du travail de Belgique (FGTB)
<http://www.fgtb.be>
 - Confédération des syndicats chrétiens (CSC)
<http://www.csc-en-ligne.be>
 - Confédération générale des syndicats libéraux de Belgique (CGSLB)
<http://www.aclvb.be/>

Régime de chômage avec complément d'entreprise

SPF – Emploi et concertation sociale

FOD – Werkgelegenheid, Arbeid en sociaal Overleg

Rue Ernest Blérot/Ernest Blérotstraat 1

B-1070 Bruxelles/Brussel

Tél.: (32-2) 233 41 11

Fax: (32-2) 233 44 88

E-mail: information@emploi.belgique.be / informatie@werk.belgie.be

<http://www.emploi.belgique.be>/<http://www.werk.belgie.be>

Prestations familiales et prestations familiales garanties

Office national des allocations familiales pour travailleurs salariés (ONAFTS)

Rijksdienst voor kinderbijslag voor werknemers (RKW)

Zentralanstalt für Familienbeihilfen für Arbeitnehmer (ZFA)

Rue de Trèves/Trierstraat 70 (adresse postale) ou 9 (accueil)

B-1000 Bruxelles/Brussel

Tél.: (32-2) 237 23 20

Fax: (32-2) 237 23 09

Numéro de téléphone gratuit: 0800 944 34

<http://www.rkw-onafts.fgov.be>

Vous trouverez la liste des caisses d'allocations familiales sur le site de l'ONAFTS:

<http://www.onafts.fgov.be/Fr/Info/Agencies/agencyListNumber.php>

Allocation de remplacement de revenus, allocation d'intégration et allocation pour l'aide aux personnes âgées

Service public fédéral (SPF) sécurité sociale/Federale Overheidsdienst (FOD) Sociale zekerheid

Direction générale personnes handicapées/Directie-generaal Personen met een handicap

Finance Tower

Boulevard du Jardin Botanique/Kruidtuinlaan 50, boîte/bus 1

B 1000 Bruxelles/Brussel

Contact Center

Tél.: depuis la Belgique : 0800 987 99

Tél.: de l'étranger : (32-2) 507 87 99

Fax: (32-2) 509 81 85

Formulaire de contact: [http://handicap.fgov.be/fr/formulaire-de-](http://handicap.fgov.be/fr/formulaire-de-contact?form=http%253A%252F%252Fforms.handicap.fgov.be%252Ffr%253Fcateg%253D)

[contact?form=http%253A%252F%252Fforms.handicap.fgov.be%252Ffr%253Fcateg%253D](http://handicap.fgov.be/fr/formulaire-de-contact?form=http%253A%252F%252Fforms.handicap.fgov.be%252Ffr%253Fcateg%253D)

<http://www.handicap.fgov.be>

Garantie de revenus aux personnes âgées

Office national des pensions (ONP)

Rijksdienst voor pensioenen (RVP)

Landespensionsamt (LPA)

Tour du Midi/Zuidertoren

B-1060 Bruxelles/Brussel

Tél.: 1765 (gratuit pour les appels en Belgique)

Appels de l'étranger: 32 78 15 1765

E-mail: info@rvponp.fgov.be

Travailleurs indépendants

Service public fédéral (SPF) Sécurité sociale - Direction générale Indépendants

Federale Overheidsdienst (FOD) Sociale Zekerheid - Directie-Generaal Zelfstandigen

Finance Tower

Boulevard du Jardin Botanique/Kruidtuinlaan 50, boîte/bus 1

B 1000 Bruxelles/Brussel

Tél.: (32-2) 528 64 50

Fax (32-2) 528 69 77

E-mail: zelfindep@minsoc.fed.be

Institut national d'assurances sociales pour travailleurs indépendants (INASTI)

Rijksinstituut voor de social verzekeringen der zelfstandigen (RSVZ)

6 Place Jean Jacobs/Jan Jacobsplein 6

B-1000 Bruxelles/Brussel

Tél.: (32-2) 546 42 11

Fax: (32-2) 511 21 53

E-mail: info@rsvz-inasti.fgov.be

<http://www.rsvz-inasti.fgov.be>

Caisses d'assurances sociales

Vous trouverez la liste à l'adresse suivante:

http://www.inasti.be/fr/tools/links/insurance_companies.htm