



Europäische
Kommission

Ihre Rechte der sozialen Sicherheit

in Belgien

Die Informationen in diesem Leitfaden wurden in enger Zusammenarbeit mit den nationalen Ansprechpartnern des Gegenseitigen Informationssystems für soziale Sicherheit (MISSOC) erstellt und aktualisiert. Nähere Informationen über das MISSOC-Netzwerk finden Sie unter:

<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=de&catId=815>.

Der vorliegende Leitfaden enthält eine allgemeine Beschreibung der geltenden nationalen Regelungen zur sozialen Sicherheit. Nähere Informationen finden Sie in den verschiedenen MISSOC Veröffentlichungen unter dem oben aufgeführten Link zur MISSOC-Internetseite. Sie können auch die im Anhang aufgeführten kompetenten Behörden und Einrichtungen kontaktieren.

Weder die Europäische Kommission noch Personen, die in ihrem Namen handeln, sind für die Verwendung der in dieser Veröffentlichung enthaltenen Informationen verantwortlich.

Inhaltsverzeichnis

Kapitel I: Allgemeines, Organisation und Finanzierung	4
Allgemeines	4
Organisation der sozialen Sicherheit	5
Finanzierung	6
Kapitel II: Sachleistungen bei Krankheit	8
Anspruch auf Sachleistungen bei Krankheit	8
Abgedeckte Leistungen	8
Bezug von Sachleistungen bei Krankheit	10
Kapitel III: Geldleistungen bei Krankheit	11
Anspruch auf Geldleistungen bei Krankheit	11
Abgedeckte Leistungen	11
Bezug von Geldleistungen bei Krankheit	11
Kapitel IV: Leistungen bei Mutterschaft und Vaterschaft	12
Anspruch auf Leistungen bei Mutterschaft oder Vaterschaft	12
Abgedeckte Leistungen	12
Bezug von Leistungen bei Mutterschaft oder Vaterschaft	13
Kapitel V: Leistungen bei Invalidität	14
Anspruch auf Leistungen bei Invalidität	14
Abgedeckte Leistungen	14
Bezug von Leistungen bei Invalidität	14
Kapitel VI: Renten und Leistungen im Alter	15
Anspruch auf Altersrente	15
Abgedeckte Leistungen	15
Bezug von Altersrenten	16
Kapitel VII: Hinterbliebenenleistungen	17
Anspruch auf Hinterbliebenenleistungen	17
Abgedeckte Leistungen	18
Bezug von Hinterbliebenenleistungen	18
Kapitel VIII: Leistungen bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten	19
Anspruch auf Leistungen bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten	19
Abgedeckte Leistungen	19
Bezug von Leistungen bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten	21
Kapitel IX: Familienleistungen	23
Anspruch auf Familienleistungen	23
Abgedeckte Leistungen	24
Bezug von Familienleistungen	25
Kapitel X: Leistungen bei Arbeitslosigkeit	26
Anspruch auf Leistungen bei Arbeitslosigkeit	26
Abgedeckte Leistungen	27
Bezug von Leistungen bei Arbeitslosigkeit	29
Kapitel XI: Mindestsicherung	30
Anspruch auf Leistungen zur Mindestsicherung	30
Abgedeckte Leistungen	31
Bezug von Leistungen zur Mindestsicherung	32
Kapitel XII: Leistungen bei Pflegebedürftigkeit	34
Anspruch auf Leistungen bei Pflegebedürftigkeit	34
Abgedeckte Leistungen	35
Bezug von Leistungen bei Pflegebedürftigkeit	35
Anhang: Nützliche Kontaktdaten und Internetadressen	37

Kapitel I: Allgemeines, Organisation und Finanzierung

Allgemeines

Das belgische System der sozialen Sicherheit für Arbeitnehmer umfasst die folgenden Zweige:

- Leistungen bei Krankheit und Mutterschaft
- Leistungen bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten
- Leistungen bei Invalidität
- Alters- und Hinterbliebenenleistungen
- Leistungen bei Arbeitslosigkeit
- Familienleistungen.

Für Selbstständige gelten unter Umständen besondere Bestimmungen. Weitere Auskünfte hierzu erhalten Sie bei den [zuständigen Einrichtungen](#).

Anmeldung

Sobald Sie eine Beschäftigung in Belgien aufnehmen, muss Ihr Arbeitgeber die für Ihre Anmeldung bei der Sozialversicherung erforderlichen Formalitäten erledigen. Sie selbst müssen bei keiner Stelle vorstellig zu werden.

Eine Ausnahme besteht nur für die Sach- und Geldleistungen der Kranken- und Invaliditätsversicherung. Zu dieser Versicherung müssen Sie sich bei einer Versicherungsanstalt (*organisme assureur/verzekeringsinstelling*) oder einer Gegenseitigkeitskasse (*Mutualité/Ziekenfonds*) Ihrer Wahl oder bei einer Regionalstelle der Hilfskasse für Kranken- und Invaliditätsversicherung (*Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité/Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering - CAAMI/HZIV*) anmelden. In Belgien sind die Krankenkassen in die nationalen Verbände der christlichen, sozialistischen, neutralen, freien und liberalen Krankenkassen unterteilt.

Sie können die Versicherungsanstalt oder Kasse am Ersten eines jeden Kalendervierteljahres wechseln. Doch kann die Kasse, bei der Sie gemeldet sind, den Kassenwechsel verweigern, insbesondere wenn Sie ihr noch keine zwölf Monate angehören. Für nähere Auskünfte hierzu wenden Sie sich bitte an die Kasse, der Sie beitreten möchten.

Die Gegenseitigkeitskassen und Regionalstellen der Hilfskasse werden im Folgenden als „Krankenkassen“ bezeichnet. Bei den Krankenkassen handelt es sich um gemeinnützige Personenvereinigungen, die sich die Förderung des körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens zum Ziel gesetzt haben. Die Hilfskasse für Kranken- und Invaliditätsversicherung ist eine öffentliche Sozialversicherungseinrichtung.

Rechtsbehelfe

Wenn Sie mit der Entscheidung eines Sozialversicherungsträgers nicht einverstanden sind, können Sie innerhalb von drei Monaten ab Zustellung des Bescheids Widerspruch einlegen. Falls Sie in Belgien wohnen, müssen Sie Ihren Widerspruch als Einschreiben an die Kanzlei des im Gerichtsbezirk Ihres Wohnorts zuständigen Arbeitsgerichts (*Grefte du Tribunal du Travail/Griffie van de Arbeidsrechtbank*) richten oder persönlich dort abgeben.

Wenn Sie im Ausland wohnen, müssen Sie den Widerspruch an das für Ihren letzten Wohn- oder Aufenthaltsort in Belgien zuständige Arbeitsgericht (*Tribunal du Travail/Arbeidsrechtbank*) oder, wenn Sie niemals einen Wohn- oder Aufenthaltsort in Belgien gehabt haben, an das Arbeitsgericht des Gerichtsbezirks, in dem sich der Ort Ihrer letzten Beschäftigung in Belgien befindet, senden.

Organisation der sozialen Sicherheit

Die soziale Sicherheit im eigentlichen Sinne ist eine föderale Angelegenheit und fällt in den Bereich des für soziale Angelegenheiten zuständigen Ministers (*Ministre des Affaires sociales*), der Ministerin für Beschäftigung (*Ministre de l'Emploi*), der Ministerin für öffentlichen Dienst (*Ministre de la Fonction publique*), des Ministers für Renten und Großstädte (*Ministre des Pensions et des grandes villes*), des für den Mittelstand zuständigen Ministers (*Ministre des Classes moyennes*), des Staatssekretärs für soziale Angelegenheiten und behinderte Personen (*Secrétaire d'Etat aux Affaires sociales chargé des personnes handicapées*) und des Staatssekretärs für soziale Integration und den Kampf gegen Armut (*Secrétaire d'Etat à l'Intégration sociale et à la Lutte contre la Pauvreté*).

Hauptaufgabe des Landesamts für soziale Sicherheit (*Office national de Sécurité sociale/Rijksdienst voor Sociale Zekerheid - ONSS/RSZ*), einer öffentlichen Einrichtung der sozialen Sicherheit, ist die Beitragserhebung bzw. -einziehung (außer zur Arbeitsunfallversicherung) und die Verteilung der finanziellen Mittel auf die zentralen Institutionen, die die verschiedenen Zweige der sozialen Sicherheit mit dem sogenannten „Globalen Management“ verwalten.

Krankheit, Mutterschaft und Invalidität

Der Bereich Krankheit, Mutterschaft und Invalidität wird von der Nationales Institut für Kranken- und Invaliditätsversicherung (*Institut national d'assurance maladie-invalidité/Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering - INAMI/RIZIV*) geleitet, die vor allem die finanziellen Mittel auf die verschiedenen für Leistungsgewährung zuständigen Versicherungsträger verteilt (Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit, die einem der fünf nationalen Verbände angehören, regionale Geschäftsstellen der Hilfskasse der Kranken- und Invaliditätsversicherung oder die Krankenkasse der nationalen belgischen Eisenbahngesellschaft). Jeder mit Ausnahme der Beschäftigten der belgischen Eisenbahn kann den Versicherungsträger frei wählen.

Alters- und Hinterbliebenenleistungen

Der Bereich der Alters- und Hinterbliebenenrenten wird vom Landespensionsamt (*Office national des pensions/Rijksdienst voor Pensioenen - ONP/RVP*) geleitet, das für die Bewilligung und Auszahlung der Renten zuständig ist. Der Rentenantrag wird durch den Antragsteller über die zuständige kommunale Verwaltung an das Landespensionsamt gestellt.

Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten

Der Bereich Arbeitsunfälle wird vom Fonds für Arbeitsunfälle (*Fonds des accidents du travail/Fonds voor Arbeidsongevallen - FAT/FAO*) verwaltet. Er sorgt für den Schadensausgleich bei Seeleuten und Fischern und in den Fällen, in denen der Arbeitgeber ausfällt, ferner nimmt er die technische und medizinische Aufsicht über die zugelassenen Versicherer wahr und bestätigt schließlich die den Unfall betreffenden Vereinbarungen zwischen dem Opfer und der Versicherung. Die

Arbeitgeber müssen für ihr Personal bei einer zugelassenen Versicherungsgesellschaft bzw. Gemeinschaftskasse eine Versicherung gegen Arbeitsunfälle abschließen.

Der Fonds für Berufskrankheiten (*Fonds des maladies professionnelles/Fonds voor de Beroepsziekten - FMP/FBZ*), eine öffentliche Einrichtung der sozialen Sicherheit, verwaltet allein und vollständig diesen Versicherungszweig. Er entschädigt die Opfer und führt daneben Aufgaben im Bereich der Prävention durch. Zu diesem Fonds gehört auch der Asbestfonds (*AFA – asbestfonds/fonds amiante*), der die Entschädigungen an Asbestopfer auszahlt.

Familienleistungen

Mit der Ausführung der Gesetze sind zum einen das Landesamt für Familienleistungen an Arbeitnehmer (*Office national d'allocations familiales pour travailleurs salariés/Rijksdienst voor Kinderbijslag voor Werknemers - ONAFTS/RKW*) und die Sonderausgleichskassen, zum anderen die freien Ausgleichskassen betraut. Hauptaufgabe der nationalen Anstalt ist es, die finanziellen Mittel auf die verschiedenen Ausgleichskassen zu verteilen und die Rolle einer Ausgleichskasse gegenüber den ihr angegliederten Arbeitgebern zu übernehmen. Außerdem ist sie für die Aufsicht über die Ausgleichskassen zuständig. Für einige Berufszweige wurden Sonderkassen (öffentliche Einrichtungen) mit Pflichtmitgliedschaft der Arbeitgeber geschaffen. Ferner gibt es freie Ausgleichskassen, die auf Initiative der Arbeitgeber gegründet wurden und von ihnen geleitet werden; diese haben eine Zulassung durch den König und dürfen ausschließlich das Ziel verfolgen, die gesetzlich vorgesehenen Leistungen zu gewähren.

Leistungen bei Arbeitslosigkeit

Der Bereich der Arbeitslosigkeit wird vom Landesamt für Arbeitsbeschaffung (*Office national de l'emploi/Rijksdienst voor Arbeidsvoorziening - ONEM/RVA*) verwaltet. Die dieser Anstalt unterstellten regionalen Dienststellen entscheiden über den Anspruch des Antragstellers. Die Leistungszahlungen erfolgen entweder über die jeweilige zugelassene Gewerkschaftsorganisation des Arbeitnehmers oder über die Hilfskasse für die Zahlung von Arbeitslosengeld (*Caisse auxiliaire de paiement des allocations de chômage/Hulpkas voor werkloosheidsuitkeringen - CAPAC/HVW*), die den Antrag erhalten hat.

Finanzierung

Die Mehrzahl der Zweige der sozialen Sicherheit wird mit dem „Globalen Management“ (*gestion globale*) verwaltet, d. h. sie erhalten einen bedarfsabhängigen Anteil am Globalbeitrag für soziale Sicherheit, am pauschalen Staatszuschuss und an der alternativen Finanzierung.

Sie müssen einen Sozialversicherungsbeitrag entrichten, der einem bestimmten Prozentsatz Ihres Arbeitsentgelts entspricht. Diesen Betrag behält Ihr Arbeitgeber von Ihrem Entgelt ein und führt ihn an das Landesamt für Soziale Sicherheit (*Office national de Sécurité sociale/Rijksdienst voor Sociale Zekerheid – ONSS/RSZ*) ab. Der einzige Beitrag, den Sie unter Umständen selbst entrichten müssen, ist ein an Ihre Krankenkasse zu zahlender Beitrag für eine freiwillige Zusatzversicherung. Sind Sie bei der Hilfskasse für Kranken- und Invalidenversicherung (*Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité/Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering - CAAMI/HZIV*) versichert, so ist kein zusätzlicher Beitrag zu zahlen, da bei dieser nur Pflichtversicherung möglich ist.

Der Grundbeitrag für Arbeitgeber und Arbeitnehmern beläuft sich auf insgesamt 37,84%; hinzu kommt ein variierender Lohnkostendämpfungsbeitrag. Die Systeme der Kranken-, Mutterschafts-, Invaliditäts-, Alters- und Hinterbliebenen- sowie der Arbeitslosenversicherung werden auch durch sonstige besondere Beiträge und Abgaben finanziert.

Leistungen bei Arbeitsunfällen werden aus Versicherungsprämien der Arbeitgeber finanziert.

Kapitel II: Sachleistungen bei Krankheit

Anspruch auf Sachleistungen bei Krankheit

Gegenwärtig erfasst die Krankenversicherung alle Personen, die sich rechtmäßig auf belgischem Hoheitsgebiet aufhalten, insbesondere Arbeitnehmer, Arbeitslose, Rentenbezieher, Selbständige, Angehörige des öffentlichen Dienstes, Invalide, Behinderte, Hauspersonal, Studierende, natürliche Personen, die im belgischen Personenverzeichnis registriert sind, sowie deren Unterhaltsberechtigzte.

Um Anspruch auf Sachleistungen bei Krankheit zu haben,

- müssen Sie einer Krankenkasse angeschlossen sein;
- dürfen Ihre Beiträge nicht unter einem bestimmten Mindestbetrag liegen.

Anspruchsberechtigte Familienmitglieder sind Ehepartner, zusammenlebende Personen, Kinder unter 25 Jahren (6 Kategorien) und Eltern (unter Umständen auch Schwiegereltern), deren Erwerbs- oder Ersatzeinkommen €°2.295,60 im Quartal nicht übersteigt.

Abgedeckte Leistungen

Die Kosten der Leistungen, die sowohl vorbeugende Maßnahmen als auch Krankenbehandlung umfassen, werden nach der amtlichen Gebührenordnung erstattet.

Ärztliche und zahnärztliche Behandlung

Grundsätzlich erstattet die Krankenkasse 60% bis 75% Ihrer Auslagen für Sachleistungen wie Hausbesuche und Sprechstundenberatungen der praktischen Ärzte und Fachärzte.

Zahnärztliche Leistungen umfassen prophylaktische Maßnahmen, konservierende Behandlung, Extraktionen, Zahnersatz und Kieferchirurgie. Die Behandlungs- und Materialkosten usw. werden erstattet.

Arzneimittel

Für ärztlich verschriebene Arzneimittel müssen Sie je Verschreibung einen je nach sozialer und therapeutischer Zweckmäßigkeit des Arzneimittels unterschiedlichen Betrag zahlen. Der Arzneimittel-Erstattungssatz der Krankenkasse richtet sich nach der Kategorie, der diese Arzneimittel zugeordnet sind (A, B, C, Cs, Cx, Fa, Fb oder Rezepturarzneimittel). Sofern Sie ein ärztliches Rezept besitzen, zahlen Sie in der Apotheke normalerweise nur den Teil des Arzneimittelpreises, der von der Krankenkasse nicht erstattet wird.

Bei Krankenhausaufenthalt fallen € 0,62 Selbstbeteiligung pro Tag für Arzneimittel an. Die Beteiligung bei auf Verschreibung hergestellten Arzneimitteln ist auf maximal € 1,15 oder € 2,30 je Rezept begrenzt. Für die Begünstigten der Vorzugsregelung kommt eine ermäßigte Selbstbeteiligung zur Anwendung.

Krankenhausaufenthalt

Bei der Aufnahme müssen Sie einen bestimmten Pauschalbetrag zahlen. Danach müssen Sie für jeden Krankenhausverweiltag einen Festbetrag (€°15,31 pro Tag) zuzahlen. Sie müssen außerdem pro Aufenthaltstag einen Festbetrag für die in Anspruch genommenen Medikamente zahlen.

Bei mehr als fünfjährigem Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik fällt eine Selbstbeteiligung von € 25,52 pro Tag an. Für Alten- und Pflegeheime, Wohnheime, Genesungs- und Erholungsheime, psychiatrische Heime und Einrichtungen der Tagespflege gibt es Pauschalbeträge. Die Aufnahmegebühr beträgt € 42,58.

Für unterhaltsberechtigter Kinder, Begünstigte der Vorzugsregelung und Arbeitslose, die seit mindestens 12 Monaten als vollzeitarbeitslos (alleinstehend oder mit unterhaltsberechtigten Angehörigen) gemeldet sind, einschließlich ihrer unterhaltsberechtigten Angehörigen, gilt eine ermäßigte Selbstbeteiligung.

Physiotherapie und häusliche Krankenpflege

Physiotherapie wird nur dann erstattet, wenn sie von einem Arzt verschrieben wurde. In der Regel ist die Erstattung der Krankenkasse für Leistungen von Physiotherapeuten mit 60% begrenzt.

Für häusliche Krankenpflege erstatten die Krankenkassen 75% der gezahlten Honorare für Leistungserbringer, die keine Vertragspartner der Kassen sind und einen Leistungsempfänger, der nicht unter die Vorzugsregelung fällt, pflegen.

Heil- und Hilfsmittel (Prothesen, Brillen, Hörgeräte)

Volle oder teilweise Kostenerstattung entsprechend der Leistungsart und des Leistungsempfängers ist durch Vereinbarungen festgelegt.

Andere Leistungen

Sonstige Leistungen sind durch Satzungen vorgesehen.

Ergänzende Zuschüsse eines im Rahmen des Nationalen Instituts für die Kranken- und Invaliditätsversicherung (*Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité/Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering - INAMI/RIZIV*) eingerichteten besonderen Solidaritätsfonds sind zur Erstattung bestimmter kostenintensiver Leistungen, die nicht in der Gebührenordnung enthalten sind, bereitgestellt.

Erstattung zu höheren Sätzen

Bestimmte Versicherte und ihre Unterhaltsberechtigten haben aufgrund ihrer finanziellen Verhältnisse Anspruch auf einen höheren Erstattungssatz ihrer Krankenkasse. Es handelt sich hierbei unter anderem um Rentenbezieher, Verwitwete, Waisen, Erwerbsunfähige, Bezieher von Leistungen bei Behinderung und Bezieher von Sozialhilfeleistungen.

Bezug von Sachleistungen bei Krankheit

Ärztliche und zahnärztliche Behandlung

In der Regel können Sie unmittelbar einen Gesundheitsdienstleister Ihrer Wahl aufsuchen, dem Sie selbst die geforderten Honorare zahlen. Dazu gehören alle der Ärztekammer (*Ordre des médecins/Orde der geneesheren*) angehörenden und vom Gesundheitsministerium (*Ministre de la Santé publique/ Minister van Volksgezondheid*) zugelassenen Ärzte. Allerdings bestehen freie Arztwahl und freier Zugang zu Fachärzten.

Die Erstattung erfolgt später gegen Vorlage einer Behandlungsbescheinigung, die Ihnen der Arzt oder Zahnarzt ausstellt. Wenn Sie einen Gesundheitsdienstleister (Arzt oder Zahnarzt) in Anspruch nehmen, der nicht an die Gebührenordnung gebunden ist (kein Kassenarzt ist), müssen Sie den Teil des Honorars, der die geltenden Gebührensätze übersteigt, selbst tragen. Bei Ihrer Krankenkasse können Sie erfahren, welche Ärzte und Zahnärzte sich an die amtliche Gebührenordnung halten.

Arzneimittel

Für Arzneimittel zahlen Sie in der Apotheke nur den Teil des Arzneimittelpreises, der von der Krankenkasse nicht erstattet wird.

Krankenhausaufenthalt

Wenn Sie in ein Krankenhaus aufgenommen werden müssen, sollten Sie sich zunächst an Ihre Krankenkasse wenden, die Ihnen alle erforderlichen Auskünfte darüber erteilt, wie Sie eine Krankenhausbehandlung erhalten können. In dringenden Fällen ist dies nicht erforderlich.

Kapitel III: Geldleistungen bei Krankheit

Anspruch auf Geldleistungen bei Krankheit

Alle aufgrund eines Arbeitsvertrages beschäftigten Arbeitnehmer und gleichgestellte Gruppen haben Anspruch auf Krankengeld, wenn Sie:

- einer Krankenkasse angeschlossen sind und die Entrichtung von Mindestbeiträgen nachweisen können;
- in den sechs Monaten vor Inanspruchnahme des Krankengeldes 120 Tage gearbeitet haben. Bestimmte arbeitsfreie Zeiten wie z. B. wegen Krankheit, bezahlten Urlaubs usw. gelten als Beschäftigungszeiten;
- als arbeitsunfähig anerkannt worden sind.

Für Selbstständige gelten unter Umständen besondere Bestimmungen. Weitere Auskünfte hierzu erhalten Sie bei den [zuständigen Einrichtungen](#). Auch im vom MISSOC produzierten Anhang über Soziale Sicherheit der Selbstständigen sind weitere Informationen zu finden.

Abgedeckte Leistungen

In der Anfangszeit werden folgende Arbeitgeberleistungen gewährt:

- Angestellte erhalten eine Fortzahlung des vollen Gehalts für einen Monat.
- Arbeiter erhalten 100% des Lohns in den ersten sieben Tagen der Arbeitsunfähigkeit, 60% des Lohns vom 8. bis 14. Tag der Arbeitsunfähigkeit oder eine Ergänzungszulage.

Die Leistungen der Krankenversicherung setzen nach Beendigung der Lohnfortzahlung des Arbeitgebers ein, d. h. nach zwei Wochen Arbeitsunfähigkeit bei Arbeitern und nach einem Monat bei Angestellten

Der Leistungssatz beträgt 60% des Arbeitsentgelts. Für die Leistungsberechnung wird maximal ein tägliches Entgelt von € 126,4894 für Fälle seit dem 1. September 2012 berücksichtigt.

Sind Sie nach einem Jahr noch arbeitsunfähig, haben Sie Anspruch auf [Invaliditätsgeld](#) (indemnité d'invalidité/invaliditeitsuitkering).

Bezug von Geldleistungen bei Krankheit

Wenn Sie wegen Krankheit arbeitsunfähig sind, müssen Sie dem Vertrauensarzt Ihrer Krankenkasse eine von Ihrem behandelnden Arzt ausgestellte ärztliche Bescheinigung vorlegen, und zwar binnen zwei Tagen ab Beginn Ihrer Arbeitsunfähigkeit. Reichen Sie diese Bescheinigung später ein, haben Sie erst ab dem Zeitpunkt der Einreichung Anspruch auf Krankengeld.

Der Vertrauensarzt Ihrer Krankenkasse schätzt die Dauer Ihrer Arbeitsunfähigkeit ab. Er kann Sie jederzeit zu einer ärztlichen Kontrolluntersuchung bestellen.

Kapitel IV: Leistungen bei Mutterschaft und Vaterschaft

Anspruch auf Leistungen bei Mutterschaft oder Vaterschaft

Alle Arbeitnehmerinnen und Gleichgestellte haben Anspruch auf Mutterschaftsgeld (*indemnité de maternité/moederschapsuitkering*). Anspruch auf Leistungen bei Mutterschaft haben Arbeitnehmerinnen, arbeitslose und erwerbsunfähige Frauen.

Für einen Anspruch auf Sachleistungen ist die Entrichtung von Mindestbeiträgen im laufenden oder im vorausgegangenen Jahr erforderlich. Die Mindestbeiträge beliefen sich bis zu 21 Jahren auf € 4.505,46 und ab 21 Jahren auf € 6.007,28. Außerdem beträgt die Wartezeit 6 Monate mit 120 Tagen tatsächlicher Beschäftigung oder gleichgestellte Zeiträume.

Für den Anspruch auf Mutterschaftsgeld müssen ebenfalls sechs Monate lang Beiträge entrichtet worden sein.

Für Selbstständige gelten unter Umständen besondere Bestimmungen. Weitere Auskünfte hierzu erhalten Sie bei den [zuständigen Einrichtungen](#). Auch im vom MISSOC produzierten Anhang über Soziale Sicherheit der Selbstständigen sind weitere Informationen zu finden.

Abgedeckte Leistungen

Schwangere Frauen haben während fünfzehn Wochen Anspruch auf Mutterschaftsurlaub. Dieser Zeitraum verlängert sich bei Mehrlingsgeburten auf 17 Wochen.

Der vorgeburtliche Urlaub, den die werdende Mutter beantragen muss, beginnt frühestens sechs Wochen vor dem voraussichtlichen Entbindungstermin oder acht Wochen vorher, wenn eine Mehrlingsgeburt zu erwarten ist. Bis zu fünf (oder sieben) dieser sechs (oder acht) Urlaubswochen können wahlweise vor oder nach der Entbindung genommen werden. Die letzte Woche vor dem voraussichtlichen Tag der Niederkunft ist obligatorisch. Ein vor der Entbindung nicht in Anspruch genommener Teil des Urlaubs kann nach dem obligatorischen Mutterschaftsurlaub nach der Entbindung oder nach einem längeren Krankenhausaufenthalt des Kindes genommen werden.

Der Urlaub nach der Geburt wird für neun Wochen ab dem Tag der Entbindung gewährt.

Das Mutterschaftsgeld wird wie folgt berechnet:

- für Arbeitnehmerinnen 82% des Entgelts ohne Obergrenze während der ersten 30 Tage und 75% des Entgelts mit Obergrenze ab dem 31. Tag oder bei Verlängerung;
- für arbeitslose Frauen beläuft sich die Grundleistung während der ersten 30 Tage auf 60% des nicht bezogenen Arbeitslosengeldes. Der Betrag der Grundleistung entspricht dem Arbeitslosengeld, auf das eine Arbeitnehmerin vor Beginn des Mutterschutzes Anspruch hätte. Sie kann ferner eine zusätzliche Zuwendung in

Höhe von 19,5% des Lohnausfalls beantragen. Ab dem 31. Tag beläuft sich das Mutterschaftsgeld auf 15% des nicht bezogenen maximalen Arbeitslosengeldes.

- invalide Frauen haben während der ersten 30 Tage Anspruch auf 79,5% des auf € 104,62 begrenzten Entgelts und ab dem 31. Tag auf 75% des auf € 98,70 begrenzten Entgelts (Mutterschaftsbeginn ab 1. Mai 2013).

Sachleistungen umfassen Injektionen, vor- und nachgeburtliche Versorgung, Überwachung und Beistand in der Phase der Wehen und der Entbindung in einem Krankenhaus, einer Tagesklinik oder zu Hause.

Anlässlich der Geburt eines Kindes haben Väter Anspruch auf einen Vaterschaftsurlaub von zehn Tagen.

Bei längerem Krankenhausaufenthalt oder Tod der Mutter kann der Vater die Umwandlung des Mutterschaftsurlaubs in einen Vaterschaftsurlaub verlangen.

Im Fall der Adoption eines Kindes haben beide Elternteile Anspruch auf einen Adoptionsurlaub.

Bezug von Leistungen bei Mutterschaft oder Vaterschaft

Beim vorgeburtlichen Urlaub muss die Schwangere sieben Tage vor dem voraussichtlichen Entbindungstermin jegliche Erwerbstätigkeit einstellen oder gegebenenfalls das Arbeitsamt unterrichten. Sie sollte zuvor bei ihrer Krankenkasse eine ärztliche Bescheinigung darüber einreichen, dass die Entbindung zum Ende des beantragten vorgeburtlichen Urlaubs erwartet wird.

Kapitel V: Leistungen bei Invalidität

Anspruch auf Leistungen bei Invalidität

Als invalide gilt ein Arbeitnehmer, der infolge von Krankheit oder Behinderung nicht mehr als ein Drittel des normalen Einkommens eines Arbeitnehmers gleicher Kategorie und gleicher Ausbildung erzielen kann. Der Mindestgrad der Erwerbsminderung beträgt 66%.

Wenn Sie während eines Jahres Krankengeld bezogen haben und nach Ablauf dieser Zeit noch arbeitsunfähig sind, haben Sie bis zum Erreichen der Altersgrenze (gegenwärtig 65 Jahre für Frauen und Männer) Anspruch auf Invaliditätsgeld (*indemnité d'invalidité/invaliditeitsuitkering*).

Um Anspruch auf eine Invaliditätsgeld zu haben, müssen Sie

- einer Krankenkasse angeschlossen sein;
- während sechs Monaten 120 Tage gearbeitet haben. Bestimmte arbeitsfreie Zeiten wie z. B. wegen Krankheit, bezahlten Urlaubs usw. gelten als Beschäftigungszeiten;
- seit einem Jahr als arbeitsunfähig anerkannt sein.
- einen Nachweis der Zahlung der Mindestbeiträge erbringen.

Für Selbstständige gelten unter Umständen besondere Bestimmungen. Weitere Auskünfte hierzu erhalten Sie bei den [zuständigen Einrichtungen](#). Auch im vom MISSOC produzierten Anhang über Soziale Sicherheit der Selbstständigen sind weitere Informationen zu finden.

Abgedeckte Leistungen

Das Invaliditätsgeld (*indemnité d'invalidité/invaliditeitsuitkering*) beträgt 65% Ihres früheren Arbeitsentgelts, sofern Sie Unterhaltsverpflichtungen haben. Sind Sie nicht unterhaltspflichtig, wird dieser Betrag auf 55% dieses Entgelts für Alleinstehende bzw. 40% für Lebenspartner gekürzt.

Arbeitsunfähige Personen, die nachweislich auf fremde Hilfe angewiesen sind, erhalten frühestens ab dem vierten Monate der Arbeitsunfähigkeit eine Pauschalleistung von € 20,00 pro Tag.

Die Rente darf eine bestimmte Höchstgrenze nicht übersteigen. Die Bemessungsgrenze liegt bei € 131,6023 für Invaliditätsfälle seit dem 1. April 2013.

Bezug von Leistungen bei Invalidität

Siehe Abschnitt über Geldleistungen bei Krankheit.

Kapitel VI: Renten und Leistungen im Alter

Anspruch auf Altersrente

Grundsätzlich sind alle aufgrund eines Arbeitsvertrages in Belgien Beschäftigten altersversichert. Sonderregelungen bestehen jedoch für teilzeitbeschäftigte Hausangestellte.

Männliche wie weibliche Arbeitnehmer haben ab dem vollendeten 60,5. Lebensjahr und nach 38 Jahren Erwerbstätigkeit Anspruch auf vorgezogene Altersrente. Das gesetzliche Rentenalter für Männer und Frauen ist auf 65 Jahre festgelegt. Ausnahmen von dieser Regel gelten für Bergleute, Seeleute und fliegendes Personal der Zivilluftfahrt, die früher in den Ruhestand treten können.

Männliche sowie weibliche Bezieher von Leistungen unter der Arbeitslosigkeit mit Betriebszuschlag (*régime de chômage avec complément d'entreprise/stelsel van werkloosheid met bedrijfstoelage*) haben erst ab vollendetem 65. Lebensjahr Anspruch auf eine Ruhestandsrente (*pension de retraite/rustpensioen*).

Sie erhalten keine Altersrente, wenn Sie nach einer belgischen oder ausländischen Rechtsvorschrift über soziale Sicherheit eine Leistung wegen Krankheit, Invalidität oder unfreiwilliger Arbeitslosigkeit oder eine Leistung wegen Beendigung der Beschäftigung in Folge einer Berufskrankheit oder einer Minderung der Arbeitsfähigkeit oder eine Ergänzungszulage im Rahmen der Arbeitslosigkeit mit Betriebszuschlag (*régime de chômage avec complément d'entreprise/stelsel van werkloosheid met bedrijfstoelage*) beziehen.

Rentenbezieher dürfen eine berufliche Tätigkeit ausüben, sofern die Einkünfte einen bestimmten Betrag nicht überschreiten. Für Personen unter 65 Jahren, deren Rente ab 2013 bewilligt wurde, ist eine Kumulierung mit Erwerbseinkünften zulässig, wenn diese im Jahr bei Arbeitnehmern € 7.570,00 (brutto) nicht übersteigen. Falls unterhaltsberechtigter Kinder vorhanden sind, erhöht sich diese Grenze auf € 11.355,02. Das Landespensionsamt (*Office national des pensions/Rijksdienst voor Pensioenen - ONP/RVP*) ist vor Aufnahme jeglicher Tätigkeit per Einschreiben zu unterrichten. Ferner müssen Sie auch Ihren Arbeitgeber mit eingeschriebenem Brief darüber informieren, dass Sie eine Rente beziehen. Nähere Auskünfte erhalten Sie bei dem [Landespensionsamt](#).

Für Selbstständige gelten unter Umständen besondere Bestimmungen. Weitere Auskünfte hierzu erhalten Sie bei den [zuständigen Einrichtungen](#). Auch im vom MISSOC produzierten Anhang über Soziale Sicherheit der Selbstständigen sind weitere Informationen zu finden.

Abgedeckte Leistungen

Folgende Leistungen werden gezahlt:

- Ruhestandsrente (*pension de retraite/rustpensioen*) für Arbeitnehmer;
- Heizkostenbeihilfe (*allocation de chauffage/verwarmingstoelage*) für Knappschaftsrentner;

- Urlaubsgeld (pécule de vacances/vakantiegeld) und Urlaubsgeldzulage (pécule de vacances complémentaire/aanvullend vakantiegeld).

Die Höhe Ihrer Rente (Pension) richtet sich zum einen nach der Dauer Ihrer Erwerbstätigkeit als Arbeitnehmer oder Arbeitnehmerin in Belgien (einschließlich gleichgestellter Zeiten wie Urlaub, Krankheit und Arbeitslosigkeit) und zum anderen nach dem in diesen Zeiten bezogenen Arbeitsentgelt, das an die Lebenshaltungskosten zum Zeitpunkt der Berechnung der Rente angepasst wird.

Die Altersrente wird für Männer und Frauen in Fünfundvierzigstel des vollen Rentensatzes je Beschäftigungsjahr errechnet. Sonderregelungen gibt es für Seeleute und Bergleute.

Die Rente beläuft sich auf 60% Ihres während Ihres gesamten Arbeitslebens bezogenen durchschnittlichen Arbeitsentgelts. Sie beträgt 75%, wenn Sie einen unterhaltsberechtigten Ehepartner haben.

Das garantierte Minimum (pension minimum garantie/gewaarbord minimumpensioen) bei vollem Erwerbsleben beläuft sich auf €°16.636,77 (pro Haushalt) oder €°13.313,61 (für Alleinstehende) im Jahr. Ein anteiliger Betrag wird fällig, wenn mindestens 2/3 des vollen Erwerbslebens erreicht werden.

Es gibt keinen gesetzlich fixierten Höchstbetrag. Der Höchstbetrag beläuft sich für einen alleinstehenden Arbeitnehmer auf €°25.278,00 (seit dem 1. Dezember 2012).

Bezug von Altersrenten

Rentanträge sind bei der Verwaltung Ihrer Wohngemeinde einzureichen. Wohnen Sie in einem anderen Mitgliedstaat, müssen Sie Ihren Antrag an den örtlichen Rentenversicherungsträger in diesem Staat richten. Um Verzögerungen bei der Bearbeitung Ihres Rentenanspruchs zu vermeiden, sollten Sie ihn möglichst ein Jahr vor Erreichen des Rentenalters stellen.

Ihre Rente wird Ihnen entweder durch Postanweisung zu Hause ausgezahlt oder auf ein auf Ihren Namen lautendes Postgiro- oder Bankkonto überwiesen.

Kapitel VII: Hinterbliebenenleistungen

Anspruch auf Hinterbliebenenleistungen

Hat der überlebende Ehegatte eines Arbeitnehmers das 45. Lebensjahr vollendet, so hat er Anspruch auf Hinterbliebenenrente (pension de survie/overlevingspensioen). Diese Altersgrenze entfällt, wenn der überlebende Ehegatte ein unterhaltsberechtigtes Kind hat oder dauernd zu mindestens 66% erwerbsgemindert ist oder wenn der verstorbene Arbeitnehmer während mindestens 20 Jahren unter Tage tätig war. Außerdem muss die Ehe mindestens ein Jahr bestanden haben, es sei denn, ein Kind ist aus dieser Ehe hervorgegangen oder der Tod ist auf einen Unfall zurückzuführen oder Folge einer nach der Eheschließung aufgetretenen Berufskrankheit oder es ist zum Zeitpunkt des Todes ein unterhaltsberechtigtes Kind vorhanden, für das der Ehemann oder die Ehefrau Familienleistungen bezieht.

Der hinterbliebene Ehegatte darf keine Erwerbstätigkeit (außer genehmigter Arbeit) ausüben. Für Personen unter 65 Jahren, die nur eine Hinterbliebenenrente beziehen, die ab 2013 bewilligt wurde, ist eine Kumulierung mit Erwerbseinkünften zulässig, wenn diese im Jahr bei Arbeitnehmern € 17.625,60 (brutto) nicht übersteigen. Für Personen mit unterhaltsberechtigten Kindern erhöhen sich diese Grenzen auf € 22.032,00. Das Landespensionsamt (*Office national des pensions/Rijksdienst voor Pensioenen - ONP/RVP*) ist vor Aufnahme jeglicher Tätigkeit per Einschreiben zu unterrichten. Ferner müssen Sie auch Ihren Arbeitgeber mit eingeschriebenem Brief darüber informieren, dass Sie eine Rente beziehen. Nähere Auskünfte erhalten Sie bei dem Landespensionsamt.

Der hinterbliebene Ehegatte darf nicht wieder verheiratet sein.

Der **geschiedene Ehegatte** darf nicht das Sorgerecht verloren haben, wegen eines Anschlags auf das Leben des Ehepartners verurteilt sein oder wieder verheiratet sein. Im Übrigen gelten die gleichen Bedingungen (Alter, Kumulierung etc.) wie bei der [Altersrente](#).

Ein **hinterbliebener Lebenspartner** erhält keine Leistungen.

Hinterbliebenenrente wird für bis zu 12 Monate gezahlt, wenn Sie bereits nach einer belgischen oder ausländischen Rechtsvorschrift über soziale Sicherheit eine Leistung wegen Krankheit, Invalidität oder unfreiwilliger Arbeitslosigkeit oder eine Leistung wegen Beendigung der Beschäftigung in Folge einer Berufskrankheit oder einer Minderung der Arbeitsfähigkeit oder eine Ergänzungszulage im Rahmen der Arbeitslosigkeit mit Betriebszuschlag (*régime de chômage avec complément d'entreprise/stelsel van werkloosheid met bedrijfstoelage*) beziehen.

Für Selbstständige gelten unter Umständen besondere Bestimmungen. Weitere Auskünfte hierzu erhalten Sie bei den [zuständigen Einrichtungen](#). Auch im vom MISSOC produzierten Anhang über Soziale Sicherheit der Selbstständigen sind weitere Informationen zu finden.

Abgedeckte Leistungen

Der hinterbliebene Ehepartner hat Anspruch auf 80% der tatsächlichen Ruhestandsrente oder der hypothetischen Rente zu dem für Verheiratete mit unterhaltenem Ehepartner geltenden Satz.

Für geschiedene Ehepartner wird die Rente als Ruhestandsrente berechnet, jedoch auf Basis von lediglich 62,5% des Entgelts unter Abzug persönlicher Einkünfte. Zeiten vor und nach der Ehe sowie solche, die durch eine eigene Rente gedeckt sind, werden nicht berücksichtigt.

Die garantierte Mindestrente (*pension de survie minimum garantie/gewaarborgd minimum-overlevingspensioen*) bei vollem Erwerbsleben beläuft sich auf € 13.104,28 im Jahr. Sie wird als anteiliger Betrag berechnet, wenn mindestens 2/3 des vollen Erwerbslebens erreicht werden.

Der Höchstbetrag resultiert aus der jährlichen Bemessungsgrenze. Seit dem 1. Dezember 2012 beläuft sich der Höchstbetrag für den hinterbliebenen Ehepartner eines Arbeitnehmers auf € 25.278,00, welcher mit dem Höchstbetrag der Altersrente für Alleinstehende übereinstimmt.

Die Gewährung oder Fortzahlung einer zeitlich befristeten Hinterbliebenenrente (*pension de survie temporaire/tijdelijk overlevingspensioen*) für Witwen/Witwer, die keinen Anspruch (mehr) auf Hinterbliebenenrente haben, ist möglich. Insbesondere kann eine Rente für 12 Monate an einen Ehegatten, der die Voraussetzungen für die Hinterbliebenenrente nicht erfüllt, gewährt werden. Die Rente kann ferner für maximal 12 Monate fortgezahlt werden, wenn ein hinterbliebener Ehegatte unter 45 Jahren nicht mehr die Voraussetzungen erfüllt, die einen vorzeitigen Bezug der Hinterbliebenenrente ermöglicht hatten. Ab dem 13. Monat kann ein gekürzter Betrag gewährt werden.

Bezug von Hinterbliebenenleistungen

Rentenanträge sind beim Landespensionsamt (*Office national des pensions/Rijksdienst voor Pensioenen – ONP/RVP*) oder der Gemeindeverwaltung Ihres Wohnorts einzureichen. Wohnen Sie in einem anderen Mitgliedstaat, müssen Sie Ihren Antrag an den örtlichen Rentenversicherungsträger in diesem Staat richten.

Ein Antrag auf zeitlich befristete Hinterbliebenenrente ist binnen 12 Monaten nach dem Tod Ihres Ehegatten zu stellen. Der hinterbliebene Ehegatte eines Rentenbeziehers muss allerdings allerdings keinen Antrag auf Hinterbliebenenrente oder zeitlich befristete Hinterbliebenenrente stellen, da ihm eine der beiden Leistungen automatisch gewährt wird.

Ihre Rente wird Ihnen entweder durch Postanweisung zu Hause ausgezahlt oder auf ein auf Ihren Namen lautendes Postgiro- oder Bankkonto überwiesen.

Kapitel VIII: Leistungen bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten

Anspruch auf Leistungen bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten

Arbeitsunfälle

Als Arbeitsunfall gilt jeder Unfall, der einem Arbeitnehmer bei und aufgrund der Ausführung des Arbeitsvertrages zustößt und der eine Schädigung verursacht.

Alle Arbeitnehmer einschließlich der Auszubildenden und der Hausangestellten sind gegen Arbeits- und Wegeunfälle versichert.

Berufskrankheiten

Alle Arbeitnehmer sowie Arbeitslose und an Ausbildungs- oder Umschulungsmaßnahmen teilnehmende erwerbsgeminderte Personen sind gegen Berufskrankheiten versichert. Es besteht ein Verzeichnis der anerkannten Berufskrankheiten, das Sie auf der Webseite des Fonds für Berufskrankheiten (*Fonds des maladies professionnelles/Fonds voor de beroepsziekten – FMP/FBZ*) unter folgender Adresse einsehen können:

http://www.fmp.fgov.be/al/fmp_al01.htm (in deutscher, französischer und niederländischer Sprache). Ist die Berufskrankheit in dem Verzeichnis aufgeführt und arbeitet die betroffene Person in einem Wirtschaftszweig, in dem sie diesem Risiko ausgesetzt ist, wird ihre Krankheit als Berufskrankheit anerkannt. Darüber hinaus hat die erkrankte Person die Möglichkeit, bei einer Krankheit, die nicht in dem Verzeichnis aufgeführt ist, die Gefährdung und den ursächlichen Zusammenhang nachzuweisen. Arbeitgeber müssen sich bei dem Fonds für Berufskrankheiten versichern, der die Leistungen gewährt.

Abgedeckte Leistungen

Arbeitsunfälle

Bei Arbeitsunfall besteht Anspruch auf folgende Leistungen:

- Geldleistungen bei vorübergehender und/oder dauernder, teilweiser und/oder vollständiger Arbeitsunfähigkeit sowie erforderlichenfalls für die Hilfe einer dritten Person;
- Sachleistungen, Krankenhausaufenthalt und ähnliche Leistungen;
- Fahrtkosten;
- besondere Leistungen im Todesfall.

Geldleistungen bei Arbeitsunfähigkeit

Für die Zeit der vollständigen vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit erhält die betreffende Person 90% ihres durchschnittlichen Tagesentgelts. Auch für die teilweise vorübergehende Arbeitsunfähigkeit wird entschädigt. Nimmt die verletzte Person ihre Beschäftigung teilweise wieder auf, erhält sie eine Leistung in Höhe der Differenz

zwischen ihrem Entgelt vor dem Unfall und dem Entgelt, das sie seit Wiederaufnahme der Arbeit erzielt.

Wenn die Beeinträchtigung weiterhin besteht, jedoch stabil bleibt, wird von „Konsolidierung“ gesprochen und die vorübergehende Arbeitsunfähigkeit wird dauerhaft. Konsolidierung ist ein medizinischer Ausdruck für das Nichtfortschreiten eines Krankheitsprozesses (Festigung).

Vom Zeitpunkt der Konsolidierung an wird während drei Jahren eine Jahresleistung gewährt. Während dieser Zeit kann Ihr Fall überprüft werden. Die Höhe der Leistung richtet sich nach dem Grad der Erwerbsminderung und dem Entgelt, das Sie in dem Jahr vor dem Unfall bezogen haben (Grundentgelt).

Nach Ablauf dieser drei Jahre wird die Leistung in eine lebenslange Rente umgewandelt. Sofern die Erwerbsminderung mindestens 19% beträgt, können Sie die Auszahlung eines Drittels des Rentenkapitals beantragen.

Bei Pflege durch Dritte wird eine Zulage (*allocation complémentaire/aanvullende uitkering*) bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten in Höhe von maximal dem 12-fachen des garantierten durchschnittlichen Monatseinkommens je nach Bedürftigkeitsgrad gewährt. Die Zulage ist indexiert ab dem ersten Tag, und es gibt keine Leistung ab dem 91. Tag eines Krankenhausaufenthalts.

Die Kumulierung mit dem neuen Erwerbseinkommen ist möglich. Die Kumulierung mit Leistungen der Kranken-, Invaliditäts- und Altersversicherung sowie mit anderen Renten wegen Arbeitsunfall oder Berufskrankheit ist allerdings nur begrenzt möglich.

Was die Zahlung dieser Leistungen anbelangt, so werden die Leistungen bei vorübergehender Arbeitsunfähigkeit zu den gleichen Terminen gezahlt, zu denen Ihr Arbeitsentgelt normalerweise gezahlt wurde. Nach der Konsolidierung erfolgt die Auszahlung je nach Sachlage vierteljährlich oder monatlich.

Sachleistungen bei Krankheit

Die durch einen Arbeitsunfall verletzte Person hat Anspruch auf Erstattung der Kosten von Krankenhausbehandlung, Physiotherapie, ärztlicher Behandlung, chirurgischen Eingriffen, Zahnbehandlung und Arzneimitteln sowie orthopädischen Hilfsmitteln. Sie hat keine Kosten zu tragen. Die Sachleistungen werden zu den geltenden Gebührensätzen der Krankenversicherung erstattet und die Versicherungsgesellschaft übernimmt die Zuzahlung (Selbstbehalt).

Unter bestimmten Voraussetzungen werden die Fahrtkosten der versicherten Person und ihrer Familienangehörigen übernommen.

Unfall mit tödlichem Ausgang

Bei einem Arbeitsunfall oder einem Wegeunfall mit tödlichem Ausgang besteht Anspruch auf folgende Leistungen:

- Zuschuss zu den Bestattungskosten (*indemnité pour frais funéraires/begrafnisvergoeding*) in Höhe des dreißigfachen durchschnittlichen Tagesentgelts der verstorbenen Person;
- Erstattung aller Kosten (Verwaltungsformalitäten eingeschlossen) für die Überführung der verstorbenen Person an den Ort der Beisetzung.

- lebenslange Rente für den überlebenden Ehegatten in Höhe von 30% des Entgelts der verstorbenen versicherten Person;
- zeitlich befristete Rente für die Kinder in Höhe von 15% (Halbweisen) oder 20% (Vollwaisen) des Entgelts der verstorbenen versicherten Person. Diese Rente wird bis zum vollendeten 18. Lebensjahr gezahlt oder bis der Anspruch auf Kindergeld erlischt.

Die Renten wegen Unfalls mit tödlichem Ausgang werden vierteljährlich oder monatlich gezahlt.

Berufskrankheiten

Bei Berufskrankheit werden folgende Leistungen gewährt:

- Geldleistungen bei vorübergehender und/oder dauernder, teilweiser und/oder vollständiger Arbeitsunfähigkeit sowie in schweren Fällen für die Hilfe einer dritten Person;
- Geldleistungen bei vorübergehender oder endgültiger Aufgabe der beruflichen Tätigkeit zur Schadensvorbeugung. Der Fonds für Berufskrankheiten (*Fonds des maladies professionnelles/Fonds voor de Beroepsziekten - FMP/FBZ*) kann dem Arbeitnehmer gestatten, seine berufliche Tätigkeit vorübergehend oder endgültig aufzugeben, sofern eine Veranlagung zu einer Berufskrankheit oder deren erste Symptome ärztlich festgestellt wurden. In diesem Fall hat die versicherte Person Anspruch auf Geldleistungen für vorübergehende vollständige Arbeitsunfähigkeit. Außerdem kann sie an einer Umschulungsmaßnahme teilnehmen;
- Geldleistungen beim Tod der versicherten Person infolge der Berufskrankheit;
- Erstattung der Kosten für ärztliche Behandlung und ähnliche Leistungen. Die versicherte Person kann die Gesundheitsdienstleister, von denen sie sich behandeln lassen möchte, frei wählen. Sie hat Anspruch auf volle Erstattung zu den amtlichen Gebührensätzen;
- Erstattung der Fahrtkosten im Zusammenhang mit der Behandlung der Berufskrankheit.

Die Berechnung und Zahlung der Leistungen erfolgt auf dieselbe Weise wie bei den Arbeitsunfällen.

Bezug von Leistungen bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten

Arbeitsunfälle

Der Arbeitgeber muss für seine Beschäftigten bei einer zugelassenen Versicherungsgesellschaft oder einer anerkannten Versicherungskasse eine Versicherung abschließen.

Jeder Arbeitsunfall muss binnen acht Tagen vom Arbeitgeber der Versicherungsgesellschaft und in bestimmten Fällen dem für Arbeitssicherheit zuständigen Arbeitsaufsichtsbeamten gemeldet werden. Die Meldung hat auf einem besonderen Vordruck oder elektronisch zu erfolgen. Kommt der Arbeitgeber seiner Meldepflicht nicht nach, kann diese vom Arbeitnehmer oder einem Familienangehörigen wahrgenommen werden. Der Unfallmeldung ist möglichst eine ärztliche Bescheinigung beizufügen.

Der Grad der dauernden Arbeitsunfähigkeit, das Grundentgelt und der Zeitpunkt des Übergangs zur dauernden Arbeitsunfähigkeit (Konsolidierung) werden in einer Vereinbarung zwischen der Versicherung und dem Unfallopfer festgehalten und vom Fonds für Arbeitsunfälle (*Fonds des accidents du travail/Fonds voor arbeidsongevallen* - FAT/FAO) genehmigt.

Sind Sie mit den Regulierungsvorschlägen der Versicherung nicht einverstanden, können Sie die Sache vor das Arbeitsgericht bringen.

Grundsätzlich kann die verletzte Person den behandelnden Arzt oder das Krankenhaus frei wählen, sofern der Arbeitgeber oder die Versicherungsgesellschaft nicht über eigene anerkannte ärztliche, pharmazeutische oder stationäre Einrichtungen verfügt. Die Behandlung in diesen Einrichtungen ist kostenlos.

Näheres erfahren Sie bei der Versicherungsgesellschaft Ihres Arbeitgebers. Bei Schwierigkeiten wenden Sie sich an den [FAT/FAO](#).

Berufskrankheiten

Anträge auf Leistungen sind vom Kranken oder seinem Bevollmächtigten (z. B. seiner Krankenkasse) an den Fonds für Berufskrankheiten (*Fonds des maladies professionnelles/Fonds voor de Beroepsziekten* - FMP/FBZ) zu richten. Die Antragstellung erfolgt auf einem Vordruck, den der Fonds für Berufskrankheiten der kranken Person auszustellen hat. Bei Änderung des Gesundheitszustandes kann der Fonds für Berufskrankheiten auf Antrag des Kranken oder von Amts wegen eine Neufeststellung des Erwerbsminderungsgrades vornehmen.

Kapitel IX: Familienleistungen

Anspruch auf Familienleistungen

Sie haben Anspruch auf Familienleistungen, wenn Sie eine unselbständige Beschäftigung ausüben, arbeitslos, erwerbsunfähig oder Rentenbezieher sind.

Zwischen Ihnen und dem betreffenden Kind muss eine familiäre oder rechtliche Bindung bestehen. Haben mehrere Personen Anspruch auf Familienleistungen für ein und dasselbe Kind, werden bestimmte Vorrangsregeln angewandt.

Für Selbstständige gelten unter Umständen besondere Bestimmungen. Weitere Auskünfte hierzu erhalten Sie bei den [zuständigen Einrichtungen](#). Auch im vom MISSOC produzierten Anhang über Soziale Sicherheit der Selbstständigen sind weitere Informationen zu finden.

Altersgrenzen

Anspruch auf Familienleistungen haben Sie vorbehaltlos (in Bezug auf den weiteren Bildungsweg) für Kinder bis zum 31. August des Kalenderjahres, in dem diese das 18. Lebensjahr vollenden. Darüber hinaus haben Sie Anspruch auf Familienleistungen für Kinder:

- bis zum vollendeten 25. Lebensjahr, sofern sie in einem anerkannten und überwachten vertraglichen Ausbildungsverhältnis stehen;
- bis zum vollendeten 21. Lebensjahr, sofern sie an einer Schädigung leiden, die zu einer Beeinträchtigung für sie selbst durch körperliche oder geistige Behinderung oder hinsichtlich einer aktiven Lebensführung und Teilnahme an der Gemeinschaft oder zu einer Beeinträchtigung für ihr familiäres Umfeld führt;
- bis zum vollendeten 25. Lebensjahr für Studierende, Praktikanten im öffentlichen Dienst und Studierende im Diplomarbeitsstadium, welche höhere Studien vollenden;
- bis zum vollendeten 25. Lebensjahr für Kinder, die nach Abschluss ihrer Ausbildung, Lehre, ihres Praktikums oder dem Einreichen ihrer These als arbeitssuchend gemeldet sind, jedoch nur während höchstens 360 Kalendertagen nach Abschluss der Ausbildung, der Lehre, des Praktikums oder dem Einreichen der These.

Das Kind muss im Prinzip in Belgien aufgezogen werden und gegebenenfalls dort auch studieren. Dennoch gilt dieses Territorialitätsprinzip nicht, wenn das Kind in einem Mitgliedsstaat des Europäischen Wirtschaftsraums, oder in einem Land, mit welchem Belgien ein Sozialversicherungsabkommen geschlossen hat, welches den Export von Kindergeld regelt, aufgezogen wird oder studiert.

Elternschaftsgeld

Es gibt in Belgien gesetzlich vorgesehene Erziehungsleistungen. Ein Elternteil, das in Vollzeit oder Teilzeit im privaten oder öffentlichen Sektor beschäftigt ist und die Berufstätigkeit unterbricht, um für sein kleines Kind zu sorgen, hat Anspruch auf diese Leistung.

Bedingungen:

- Inanspruchnahme des Urlaubs (maximal 3 Monate bei Unterbrechung einer Vollzeit-Tätigkeit und 6 Monate bei einer Halbzeitbeschäftigung) in der Zeit ab der Geburt oder Adoption des Kindes bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (des 8. im Fall einer Adoption oder bei einer physischen oder mentalen Behinderung von mindestens 66%);
- Beschäftigung beim Arbeitgeber von mindestens 12 während der letzten 15 Monate vor der Benachrichtigung des Arbeitgebers.

Abgedeckte Leistungen

Für jedes die Voraussetzungen erfüllende Kind haben Sie Anspruch auf Kindergeld (Allocations familiales/Kinderbijslag), dessen Höhe sich mit der Zahl der Kinder steigert. Vom dritten Kind an sind die Kindergeldsätze pro Kind jedoch gleich. Falls Sie Auskunft über den Gesamtbetrag erhalten möchten, der Ihnen für Ihre Kinder zusteht, besuchen Sie bitte die Webseite der Zentralanstalt für Familienbeihilfen für Arbeitnehmer (*Office national des allocations familiales pour travailleurs salariés/Rijksdienst voor Kinderbijslag voor Werknemers – ONAFTS/RKW*), wo ein elektronischer Rechner zur Verfügung steht: <http://www.onafts.fgov.be/Fr/compute.php>.

Der Anspruch auf Kindergeld zum Regelsatz wird kalendervierteljährlich aufgrund der Verhältnisse des Bezugsberechtigten in einem „Referenzmonat“ des vorangegangenen Vierteljahres festgestellt. Der Referenzmonat ist der zweite Monat des vorangegangenen Vierteljahres bei Weiterbestehen des Anspruchs bzw. der Monat der Anspruchs begründung bei neuem Anspruch.

Bei Vollendung des 6., des 12. und des 18. Lebensjahres der Kinder haben sie Anspruch auf Alterszuschläge.

Für behinderte Kinder, für Kinder von Vollarbeitslosen, die seit mehr als sechs Monaten Arbeitslosengeld beziehen, und von Rentenbeziehern, sowie für Kinder erwerbsunfähiger Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen in der Zeit des Mutterschutzes (ab dem 7. Monat der Arbeitsunfähigkeit) werden besondere Zuschläge gezahlt. Halbwaisen, deren überlebender Elternteil weder wiederverheiratet ist noch in eheähnlicher Gemeinschaft lebt, haben Anspruch auf Kindergeld zum erhöhten Satz.

Frühere Arbeitslose oder Invalide, die wieder eine Tätigkeit aufnehmen, behalten unter bestimmten Bedingungen den Anspruch auf eine Zulage zum Kindergeld für bis zu acht Quartale.

Für die Gewährung der auf die soziale und berufliche Situation der bezugsberechtigten Person abstellenden Zuschläge (Zuschläge für Kinder von Arbeitslosen und Rentenbeziehern und Zuschläge für Kinder erwerbsunfähiger Arbeitnehmer) wird eine Bedürftigkeitsprüfung mit Einbeziehung des Haushaltseinkommens durchgeführt. Sind die gesetzlichen Voraussetzungen für die Gewährung der Zuschläge in einem gegebenen Monat erfüllt, so werden die Zuschläge am ersten Tag des folgenden Monats für den Rest des Kalendervierteljahrs und für das folgende Kalendervierteljahr gezahlt. Der Anspruch auf den Zuschlag bleibt danach jeweils für ein Kalendervierteljahr erhalten, sofern die gesetzlichen Voraussetzungen zu einem beliebigen Zeitpunkt des zweiten Monats des vorangegangenen Kalendervierteljahres erfüllt sind.

Die Zuschläge für behinderte Kinder und das Kindergeld zum erhöhten Satz für Waisen werden von dem Monat an nicht mehr gewährt, der auf den Monat folgt, in dem die Voraussetzungen nicht mehr erfüllt sind.

Geburtsbeihilfe und Adoptionsgeld

Bei Geburt eines Kindes wird eine einmalige Geburtshilfe (*allocation de naissance/kraamgeld*) gewährt.

Schließlich wird bei Adoption eines Kindes unter bestimmten Voraussetzungen eine einmalige Adoptionsbeihilfe (*prime d'adoption/adoptiepremie*) gewährt.

Elternschaftsgeld

Arbeitnehmer in Vollzeitbeschäftigung erhalten €741,40 bei vollständiger Arbeitsunterbrechung oder €370,69 (Personen ab dem Alter von 50 Jahren) bei einer Reduzierung auf eine Halbzeitbeschäftigung.

Bezug von Familienleistungen

Um Familienleistungen zu erhalten, müssen Sie bei der Kindergeldkasse (Caisse d'allocations familiales/Kinderbijslagfonds), der Ihr Arbeitgeber angeschlossen ist, einen Antrag stellen. Die Anschrift dieser Kasse, bei der Sie Näheres erfahren können, erhalten Sie von Ihrem Arbeitgeber.

Die Familienleistungen werden der Person gezahlt, die das Kind erzieht, d.h. in der Regel der Mutter. Verheirateten Kindern, für volljährig erklärten Kindern und Kindern über 16 Jahre, die nicht mehr im Elternhaus wohnen und nicht zum Haushalt des Sorgeberechtigten gehören, sowie Kindern, die selbst Kinder haben, für die sie Kindergeld beziehen, werden die Familienleistungen persönlich gezahlt.

Anträge auf einmalige Geburtsbeihilfe sind bei den für die Gewährung von Familienleistungen zuständigen Kassen einzureichen. Es kann ab dem sechsten Schwangerschaftsmonat beantragt und zwei Monate vor dem voraussichtlichen Entbindungstermin gezahlt werden.

Bedingungen für einen Anspruch auf Erziehungsleistungen sind die Benachrichtigung des Arbeitgebers in der vorgeschriebenen Frist und die Einreichung der erforderlichen Unterlagen bei der nationalen Beschäftigungsagentur.

Kapitel X: Leistungen bei Arbeitslosigkeit

Anspruch auf Leistungen bei Arbeitslosigkeit

Arbeitslosengeld

In der Regel sind Arbeitnehmer, unabhängig von ihrer täglichen oder wöchentlichen Arbeitszeit, gegen Arbeitslosigkeit versichert. Auch Angehörige des öffentlichen Dienstes haben bei Entlassung Anspruch auf Arbeitslosengeld.

Für den Anspruch auf Arbeitslosengeld (allocations de chômage/werkloosheidsuitkeringen) müssen Sie folgende Voraussetzungen erfüllen:

- Sie müssen in einem bestimmten Zeitraum (zwischen 21 und 24 Monaten) vor Antragsstellung eine Mindestzahl an Tagen (zwischen 312 und 624) gearbeitet haben. Die Länge dieses Zeitraums richtet sich nach Ihrem Alter. In anderen Mitgliedstaaten zurückgelegte Beschäftigungszeiten können angerechnet werden, aber Sie müssen in Belgien arbeitslos geworden sein;
- Sie müssen Ihre Arbeit unverschuldet verloren haben und dürfen aus Gründen, die nicht Ihrem Willen unterliegen, kein Arbeitsentgelt beziehen;
- Sie müssen bei dem zuständigen Arbeitsamt als arbeitsuchend gemeldet und bereit sein, jede Ihnen angebotene angemessene Beschäftigung oder Ausbildung oder, ab dem Alter von 45 Jahren, jedes Angebot der beruflichen Wiedereingliederung anzunehmen. Die zuständigen Arbeitsämter sind: in Flandern VDAB, in Brüssel Actiris und in Wallonien FOREM;
- Sie müssen aktiv eine Beschäftigung suchen; hat Ihre Arbeitslosigkeit eine bestimmte Zeit angedauert, werden Sie zu einem Gespräch bestellt, in dem festgestellt werden soll, ob Ihre Bemühungen hinreichend sind; gegebenenfalls werden Sie aufgefordert, diesbezüglich eine schriftliche Verpflichtungserklärung abzugeben, die in der Folge bewertet wird;
- Sie müssen arbeitsfähig sein.
- Sie dürfen nicht älter als 65 Jahre sein (sowohl Männer als auch Frauen);
- Ihr gewöhnlicher Wohnsitz muss in Belgien sein, und Sie müssen auch tatsächlich in Belgien leben.

Es gibt keine Arbeitslosenversicherung für Selbstständige mit Ausnahme einer Konkursversicherung. Weitere Auskünfte hierzu erhalten Sie bei den [zuständigen Einrichtungen](#).

Arbeitslosigkeit mit Betriebszuschlag

Arbeitslosigkeit mit Betriebszuschlag (*régime de chômage avec complément d'entreprise/stelsel van werkloosheid met bedrijfstoelage*) ist eine Regelung, die bestimmten Gruppen von älteren Arbeitnehmern nach einer Entlassung neben dem Arbeitslosengeld den Bezug einer Ergänzungszulage (Indemnité complémentaire/Aanvullende vergoeding) ermöglicht, die zu Lasten des Arbeitgebers oder ersatzweise eines Fonds geht. Die Arbeitslosigkeit mit Betriebszuschlag ist keine vorgezogene Altersrente. Sie kommt nur für Beschäftigte des privaten Sektors in Betracht.

Für den Anspruch auf die Arbeitslosigkeit mit Betriebszuschlag müssen Sie folgende Voraussetzungen erfüllen:

- Alter von 60 Jahren (oder weniger im Fall einer langen Berufslaufbahn);
- arbeitgeberseitige Kündigung; z. B. indem Ihr Arbeitgeber Ihnen eine Kündigungsfrist bekannt gibt oder ihren Arbeitsvertrag bei gleichzeitiger Zahlung einer Entschädigung für Nichteinhaltung der Kündigungsfrist fristlos kündigt.
- Anspruch auf Arbeitslosengeld;
- Rückzug vom Arbeitsmarkt.

Der Arbeitgeber hat die Pflicht zur Wiederbesetzung des Arbeitsplatzes des Leistungsbeziehers unter Arbeitslosigkeit mit Betriebszuschlag.

Die Altersgrenze liegt bei 52 Jahren bei Entlassung aus einem Unternehmen, das sich in anerkannten Schwierigkeiten befindet, oder bei 52 bzw. 55 Jahren in einem in Umstrukturierung befindlichen Unternehmen (50 Jahre sind im Ausnahmefall nach Stellungnahme eines beratenden Ausschusses möglich). In diesen Fällen entfällt die Pflicht zur Wiederbesetzung der freigewordenen Stelle.

Abgedeckte Leistungen

Arbeitslosengeld

Die Höhe des täglichen Arbeitslosengeldes richtet sich nach dem mittleren Arbeitsentgelt, den Familienverhältnissen und der Dauer der Arbeitslosigkeit. Kann eine arbeitslose Person nachweisen, dass sie die einzige Einkommensquelle ihrer unterhaltsberechtigten Familie ist, hat sie Anspruch auf 65% des eingebüßten Arbeitsentgelts, während der ersten drei Monate der Arbeitslosigkeit, wobei es eine Mindestgrenze (€°42,79) und eine Höchstgrenze (€°61,66) gibt. Danach besteht Anspruch auf 60% des eingebüßten Entgelts, wobei die Höchstgrenze bei € 56,92 und die Mindestgrenze bei € 42,79 liegt. Nach 48 Monaten in Arbeitslosigkeit werden der Person €°42,79 zugesichert.

Eine arbeitslose Person ohne Unterhaltsverpflichtungen hat während der ersten drei Monate der Arbeitslosigkeit Anspruch auf 65% des eingebüßten Arbeitsentgelts mit einem Mindestbetrag von €°35,94 und einem Höchstbetrag von €°61,66. Für die noch verbleibende Zeit des ersten Jahres der Arbeitslosigkeit hat sie Anspruch auf 60% und ab dem 2. Jahr auf 55% (höchstens € 44,46 und mindestens €°37,64) des eingebüßten Entgelts. Nach 48 Monaten Arbeitslosigkeit erhält die Person einen Pauschalbetrag von €°35,94.

Eine in Partnerschaft lebende arbeitslose Person ohne unterhaltsberechtigten Familienangehörigen, die mit Personen zusammenlebt, die über Einkünfte verfügen, hat während der ersten drei Monate der Arbeitslosigkeit Anspruch auf 65% des eingebüßten Arbeitsentgelts, mit einem Höchstbetrag von €°61,66 und einem Mindestbetrag von € 26,94. Für die verbleibende Zeit des ersten Jahres besteht Anspruch auf 60% und danach auf 40% (höchstens € 33,05 und mindestens € 20,58) des eingebüßten Entgelts. Danach wird eine Pauschalleistung von € 18,99 zugesichert.

Arbeitslose Personen über 50 Jahre, die eine mindestens 20 Jahre währende Erwerbstätigkeit nachweisen können, erhalten eine Alterszulage (*complément d'ancienneté/anciënniteitstoelag*) oder eine Zulage bei Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit (*complément de reprise du travail/werkhervattingstoelag*).

Teilarbeitslose Personen (Kurzarbeiter) haben in bestimmten Fällen Anspruch auf eine Zulage, deren Höhe von der Zahl der geleisteten Arbeitsstunden abhängt.

Beschäftigte und Arbeitnehmerinnen, deren Arbeitsvertrag aus Gründen, die nicht ihrem Willen unterliegen, vorübergehend ruht, können zeitlich befristetes Arbeitslosengeld (*allocation de chômage temporaire/tijdelijke werkloosheidsuitkering*) für jeden Tag der vollständigen Aussetzung des Arbeitsvertrages beziehen.

Für Personen, die zum Zeitpunkt ihrer Antragstellung das 30. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und seit dem Schulabgang voll arbeitslos sind, kommt eine Eingliederungszulage in Betracht, sofern sie alle rechtlichen Voraussetzungen hinsichtlich des Alters, der Art der zuvor erhaltenen Schulbildung usw. erfüllen. Diese Eingliederungszulage wird nach Abschluss der Berufseingliederungszeit für einen Zeitraum von 36 Monaten gezahlt.

Bestimmte Kurzarbeiter haben, wenn Sie voll arbeitslos werden, jedoch nur einen ihrer Arbeitszeiten entsprechenden Anspruch auf Arbeitslosengeld.

Kumulation mit anderen Leistungen und mit Erwerbseinkommen

Die Kumulation mit anderen Leistungen ist nur bis zu einem Höchstbetrag möglich.

Eine Kumulation mit Erwerbseinkommen ist ebenfalls nur in bestimmten Fällen möglich. Arbeitseinkommen aus einer Nebentätigkeit, die wenigstens seit 3 Monaten vor der Arbeitslosigkeit ausgeübt wurde und während der Arbeitslosigkeit fortgesetzt wird, ist bis zur Höhe von 130% des täglichen Arbeitslosengeldes für Arbeitslose mit Unterhaltsverpflichtungen kumulierbar. Bei Arbeitseinkommen aus einer gelegentlichen Beschäftigung während der Arbeitslosigkeit fällt das Arbeitslosengeld allein für die betroffenen Tage weg, wird also für die übrigen Tage gewährt.

Versagung von Leistungen und Sanktionen

Wenn Sie arbeitslos sind, weil Sie Ihre Beschäftigung ohne triftigen Grund aufgegeben haben oder wegen eigenen Verschuldens entlassen worden sind oder weil sie als arbeitslose Person die Annahme einer zumutbaren Beschäftigung oder den Besuch einer Ausbildung (etwa Leistungsausschluss bei fehlender Zusammenarbeit bei einer spezifischen Maßnahme zur aktiven Arbeitsuche oder im Rahmen eines Outplacements) verweigert haben oder weil Ihre Bemühungen, eine Arbeit zu finden, nicht hinreichend waren, können Ihre Leistungen für eine bestimmte Zeit entfallen.

Arbeitslosigkeit mit Betriebszuschlag

Ein Betriebszuschlag (*complément d'entreprise/bedrijfstoeslag*) wird zum Arbeitslosengeld in Höhe der Hälfte des Unterschiedsbetrags zwischen dem Nettoentgelt (bis zu einer Obergrenze) und dem Arbeitslosengeld zugezahlt. Der Zuschlag wird vom Arbeitgeber gezahlt. Die Höhe des Arbeitslosengeldes beläuft sich auf 60% Ihres letzten Bruttoentgelts (begrenzt auf € 2.093,32) ungeachtet Ihrer Familienverhältnisse. Dieser Satz bleibt während der gesamten Arbeitslosigkeit mit Betriebszuschlag unverändert.

Bezug von Leistungen bei Arbeitslosigkeit

Sie müssen bei der Stelle, die für die Zahlung Ihres Arbeitslosengeld (*allocations de chômage/werkloosheidsuitkeringen*) zuständig ist, einen Antrag einreichen. Das Landesamt für Arbeitsbeschaffung (*Office national pour l'emploi/Rijksdienst voor Arbeidsvoorziening - ONEM/RVA*) entscheidet über die Leistungsgewährung, und die Zahlungen erfolgen entweder durch anerkannte, von den Gewerkschaften (*CSC/ACV, FGTB/ABVV, CGSLB/ACLVB*) eingerichtete private Stellen oder durch eine staatliche Stelle, die Hilfszahlstelle für Arbeitslosenunterstützungen (*Caisse auxiliaire de paiement des allocations de chômage/Hulpkas voor werkloosheidsuitkeringen - CAPAC/HVV*).

Die arbeitslose Person kann ihre Zahlstelle frei wählen und sie jederzeit wechseln.

Kapitel XI: Mindestsicherung

Anspruch auf Leistungen zur Mindestsicherung

Allgemeines System

Das allgemeine System umfasst eine Garantie des Rechts auf soziale Integration durch eine Beschäftigung oder durch das Integrationseinkommen (*revenu d'intégration/leefloon*), das mit einem Integrationsprojekt verbunden sein kann. Das Integrationseinkommen soll ein Minimum an Existenzmitteln für Personen sichern, die nicht über ausreichende Einkünfte verfügen und nicht in der Lage sind, sich diese durch eigene Anstrengung oder auf anderem Wege zu verschaffen. Eine Person gilt als bedürftig, wenn nach der Untersuchung des sozialen Umfelds und der Mittel, die Ressourcen der Person unter dem Satz des Integrationseinkommens liegen.

Zu den Bedingungen zur Inanspruchnahme des Integrationseinkommens gehört, dass der Antragsteller 18 Jahre alt sein muss (Volljährigkeit), mit Ausnahme von verheirateten Minderjährigen, Unverheirateten mit einem oder mehreren unterhaltenen Kindern und schwangeren Minderjährigen. Es gibt keine Altersbeschränkung nach oben.

Der Antragsteller muss seine Arbeitsbereitschaft vorweisen, außer wenn dies aus gesundheitlichen oder anderen Gründen nicht möglich ist.

Garantiertes Einkommen für ältere Menschen

Es handelt sich hierbei um ein spezielles Instrument zur finanziellen Unterstützung von älteren Menschen, die nicht über ausreichende Einkünfte verfügen.

Das Garantierte Einkommen (*garantie de revenus aux personnes âgées/inkomensgarantie voor ouderen*) wird Personen ab einem Alter von 65 Jahren gewährt. Es wird erst nach Durchführung einer Bedürftigkeitsprüfung (Rente, Einkommen aus Grundbesitz, Einkommen aus Erwerbstätigkeit, Kapitalerträge usw.) gewährt. Ein Teil Ihrer Einkünfte wird auf den Grundbetrag des Garantierten Mindesteinkommens angerechnet.

Sie müssen tatsächlich in Belgien wohnen, um Anspruch auf diese Leistung zu haben.

Einkommensersatzbeihilfe

Die Einkommensersatzbeihilfe (*allocation de remplacement de revenus/inkomensvervangende tegemoetkoming*) wird behinderten Personen gewährt, deren körperlicher oder psychischer Zustand ihre Erwerbsfähigkeit auf mindestens ein Drittel der Erwerbsmöglichkeiten gemindert hat, die für eine gesunde Person durch Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt bestehen.

Für den Bezug von Einkommensersatzbeihilfe muss die betreffende Person zwischen 21 und 65 Jahre alt sein, ihren Wohnsitz in Belgien haben und sich tatsächlich im Land aufhalten. Personen, die vor Vollendung des 65. Lebensjahres Anspruch auf Einkommensersatzbeihilfe haben, können diese auch nach Erreichen dieser Altersgrenze weiter beziehen. Ferner muss die behinderte Person eine der gesetzlich vorgesehenen Staatsangehörigkeiten besitzen.

Andere Leistungen

Es gibt einige weitere Leistungen zur Mindestsicherung, darunter vor allem garantierte Familienleistungen (*prestations familiales garanties/gewaarborgde gezinsbijslag*). Integrationsbeihilfe (*allocation d'intégration/integratietegemoetkoming*) und Pflegebeihilfe für ältere Menschen (*allocation pour l'aide aux personnes âgées/tegemeetkoming voor hulp aan bejaarden*) werden auf Einkommensbasis berechnet, sind aber als **Pflegeleistungen** angesehen.

Abgedeckte Leistungen

Allgemeines System

Die Monatsbeträge für das Integrationseinkommen (*revenu d'intégration/leefloon*) belaufen sich auf:

- Person in einer Lebensgemeinschaft: € 534,23;
- Alleinstehende Person: € 801,34;
- Person, die mit einer unterhaltsberechtigten Familie zusammenlebt: € 1.068,45.

Die Leistungszahlungen werden für einen unbestimmten Zeitraum gewährt, solange die Anspruchsvoraussetzungen erfüllt werden.

Diese Beträge können mit Familienleistungen, die für unterhaltspflichtige Kinder zugesprochen wurden, kumuliert werden. Falls der Antragsteller Mangel an Mitteln hat, wird der volle Betrag der Kategorie zu welcher der Antragsteller gehört ausgezahlt. Falls er/sie Mittel niedriger als der festgelegte Betrag seiner/ihrer Kategorie hat, wird die Differenz, welche ihm/ihr das Erreichen des Betrags ermöglicht, zugesprochen. Je höher das Einkommen, desto niedriger der Leistungsbetrag.

Heizungsbeihilfen werden durch die Öffentlichen Zentren für Sozialhilfe (*Centre public d'action sociale/Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn - CPAS/OCMW*) zugesprochen. Die föderalen Einheiten sehen auf regionaler Ebene Zuschüsse zum Wohnungsbau, Umzug und einen Mietzuschuss vor. Es gibt ferner besondere Rechte bei Krankheit.

Garantiertes Einkommen für ältere Menschen

Die Monatsbeträge des garantierten Einkommens für ältere Menschen (*garantie de revenus aux personnes âgées/inkomensgarantie voor ouderen*) richten sich nach der Familiensituation.

- Alleinstehende Person: € 991,86;
- Person in einer Lebensgemeinschaft: € 661,24;
- Paare (für zwei Leistungsempfänger, die in einer Lebensgemeinschaft zusammenleben): € 1.322,48.

Der Leistungsempfänger hat Anspruch auf Gesundheitsversorgung.

Die Leistungszahlungen werden gewährt, solange die Anspruchsvoraussetzungen erfüllt werden.

Einkommensersatzbeihilfe

Der monatliche Grundbetrag der Beihilfe wird anhand der Familiensituation der Person mit Behinderung festgestellt:

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

Bei der Berechnung der Beihilfe werden die Einkünfte der behinderten Person und die des etwaigen mit ihr zusammenlebenden Partners berücksichtigt. Auf diese Einkünfte werden jedoch Freibeträge in bestimmter Höhe angewendet.

Wurde eine Beihilfe einmal gewährt, bleibt der Leistungsanspruch bestehen solange keine bedeutende Veränderung in der Situation der Person mit Behinderung eintritt.

Bezug von Leistungen zur Mindestsicherung

Allgemeines System

Die Integrationseinkommen wird von den Öffentlichen Sozialhilfezentren (*Centre public d'action sociale/Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn - CPAS/OCMW*) nach einer Anspruchsüberprüfung oder einer *ex officio*-Prüfung gewährt.

Eine Untersuchung des sozialen Umfeldes und der finanziellen Mittel muss vom Sozialarbeiter des Öffentlichen Sozialhilfezentrums durchgeführt werden. Der Antragsteller hat das Recht vor der Entscheidung angehört zu werden. Der Rat für Sozialhilfe des Öffentlichen Sozialhilfezentrums muss innerhalb von 30 Tagen nach der Antragstellung eine Entscheidung treffen. Das Recht gilt ab dem Tag der Antragstellung. Die erste Zahlung muss innerhalb von 15 Tagen nach der Entscheidung stattfinden.

Garantiertes Einkommen für ältere Menschen

Ihr Anspruch auf Unterstützung wird von Amts wegen geprüft, wenn Sie eine Rente (von einem Betrag, der den Erhalt eines garantierten Einkommens für ältere Menschen nicht beeinträchtigt), eine Beihilfe für behinderte Menschen (*Allocation aux handicapés*) oder Integrationseinkommen (*Revenu d'intégration/leefloon*) beziehen. Trifft nichts davon zu, müssen Sie selbst bei der Gemeindeverwaltung oder bei dem Landespensionsamt (*Office national des pensions/Rijksdienst voor Pensioenen - ONP/RVP*) einen Antrag stellen.

Das Landespensionsamt untersucht die Bedürftigkeit einer Person, entsprechend einer Untersuchung aller finanziellen Mittel des Antragstellers und seines Lebenspartners.

Einkommensersatzbeihilfe

Der Antrag auf Einkommensersatzbeihilfe (*allocation de remplacement de revenus/inkomensvervangende tegemoetkoming*) ist bei dem Bürgermeister der Gemeinde zu stellen, in der die behinderte Person im Melderegister (*Registre de la population*) bzw. im Ausländerregister (*Registre des étrangers*) eingetragen ist.

Die Generaldirektion für Personen mit Behinderungen (Direction générale Personnes handicapées/Directie-generaal Personen met een Handicap) ist sowohl für die administrative (Zulässigkeit, familiäre Situation, Anspruchsvoraussetzungen) als auch für die medizinische Untersuchung (wird von einem Arzt der Behörden oder einem angewiesenen Arzt durchgeführt) zuständig.

Kapitel XII: Leistungen bei Pflegebedürftigkeit

Anspruch auf Leistungen bei Pflegebedürftigkeit

Es gibt keine besondere Gesetzgebung auf Bundesebene. Es sind jedoch bestimmte Leistungen in der Gesetzgebung zur Kranken- und Invaliditätsversicherung und in der Mindestsicherung vorgesehen.

Kranken-/Invaliditätsversicherung

Krankenversicherte Personen (alle aufgrund eines Arbeitsvertrages beschäftigten Arbeitnehmer und gleichgestellte Gruppen), die nicht in der Lage sind, die Aufgaben des täglichen Lebens allein zu verrichten, können bestimmte Leistungen beziehen. Anspruch auf die Geldleistungen besteht ab einem Alter von 15 ½ Jahren bis zum Rentenalter. Voraussetzung ist der Verlust oder die Verminderung der Eigenständigkeit. Die Hilfe wird in Abhängigkeit vom individuellen Bedarf gewährt.

Pflegeversicherung (regional)

Auf Länderebene (Flämische Gemeinschaft) gibt es das obligatorische Sozialversicherungssystem der Pflegeversicherung (Zorgverzekering/Assurance soins). Die Pflegeversicherung überträgt den Anspruch auf eine Pflegeversicherungskasse, die die Verantwortung für die Zahlung bestimmter Kosten, die mit der Erbringung von nicht-medizinischer Hilfe und Dienstleistungen zusammenhängen, übernimmt.

Für den Anspruch auf Leistungen aus der Pflegeversicherung muss die betreffende Person fünf Jahre ununterbrochen in der Flämischen Region oder der zweisprachigen Region der Hauptstadt Brüssel wohnhaft und Mitglied einer anerkannten Pflegeversicherungskasse sein.

Ferner muss ein ernsthafter und anhaltender Zustand der verminderten Eigenständigkeit bestehen, d. h. ein Bedarf an Hilfe von Verwandten, Freunden oder Pflegepersonen zur Ausführung der grundlegenden Aktivitäten des täglichen Lebens.

Für die Pflegeversicherung gibt es keine Altersbeschränkung nach oben. Ab dem Alter von 26 Jahren sind Versicherung und jährliche Beitragszahlungen verpflichtend. Eine Person unter 26 Jahren kann jedoch einen Antrag auf Aufnahme in die Versicherung stellen, ohne den jährlichen Beitrag zu zahlen.

Eingliederungshilfe und Pflegebeihilfe für ältere Menschen

Bei der Eingliederungshilfe (*allocation d'intégration/integratietegemoetkoming*) und Pflegebeihilfe für ältere Menschen (*allocation pour l'aide aux personnes âgées/tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden*) handelt es sich um bedarfsabhängige Leistungen der Sozialhilfe.

Die Eingliederungshilfe wird an Personen mit Behinderung ab einem Alter von 21 Jahren gewährt, die zum Antragszeitpunkt jünger als 65 Jahre sind und deren Verlust oder Verminderung der Eigenständigkeit festgestellt wurde. Die Eingliederungshilfe wird nur gewährt, wenn das Einkommen einen bestimmten Grenzwert nicht übersteigt.

Pflegebeihilfe für ältere Menschen wird an Personen mit Behinderungen ab einem Alter von 65 Jahren gewährt, die keine **Einkommensersatzbeihilfe** (*allocation de remplacement de revenus/inkomensvervangende tegemoetkoming*) oder Eingliederungshilfe erhalten und einen Verlust oder eine Verminderung der Eigenständigkeit zu beklagen haben.

Abgedeckte Leistungen

Kranken-/Invaliditätsversicherung

Im Rahmen der Kranken-/Invaliditätsversicherung besteht Anspruch auf unterschiedliche Sachleistungen wie häusliche Pflege für schwer pflegebedürftige Patienten. Die Versicherung deckt Teile der festen Kosten der Pflege entsprechend der körperlichen Pflegebedürftigkeit des Patienten. Vollstationäre Pflege ist ebenfalls vorgesehen.

Invalide, die unterhaltsberechtigten Familienangehörigen haben und die nachweislich auf fremde Pflege/Hilfe angewiesen sind, erhalten eine Pauschalleistung von € 20,00 pro Tag.

Pflegeversicherung (regional)

Die Pflegeversicherung umfasst Geldleistungen für nicht-medizinische Hilfe und Unterstützung von Dritten an Personen mit eingeschränkter Eigenständigkeit in einer vollstationären, teil-stationären oder ambulanten Umgebung.

Für Gemeinschaftspflege und häusliche Pflege wird ein fester monatlicher Betrag von € 130 gewährt. Der gleiche Betrag wird gewährt, wenn die Person in einer anderen Einrichtung als die Dienstleistungswohnung untergebracht ist.

Die Leistung für Gemeinschaftspflege und häusliche Pflege wird dem Empfänger für bis zu 36 Monate gewährt. Für vollstationäre Pflege ist keine Höchstdauer angegeben.

Eingliederungshilfe und Pflegebeihilfe für ältere Menschen

Diese Beihilfen zielen auf den Ausgleich der durch den Verlust oder die Minderung der Eigenständigkeit entstandenen Kosten. Die Berechnung erfolgt an einem Pauschalbetrag und variiert in Abhängigkeit von der Pflegestufe.

Die Eingliederungshilfe (*allocation d'intégration/integratietegemoetkoming*) reduziert sich um 28%, wenn die Einrichtung vollständig oder zum Teil staatlich finanziert ist.

Die Leistungszahlungen werden gewährt, solange die Anspruchsbedingungen erfüllt sind.

Bezug von Leistungen bei Pflegebedürftigkeit

Die Leistungen werden anhand einer Bewertung der Pflegebedürftigkeit gewährt. Die Evaluierung der Pflegebedürftigkeit stützt sich auf eine Reihe von Indikatoren.

Kranken-/Invaliditätsversicherung

Bei der häuslichen Pflege wird die Notwendigkeit durch eine Krankenschwester oder einen anwesenden Arzt bewertet. Bei Hilfe durch eine dritte Person übernehmen ein medizinischer Berater und der medizinische Invalidenausschuss des Nationalen Instituts für die Kranken- und Invaliditätsversicherung (*Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité/Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering - INAMI/RIZIV*) die Beurteilung.

Pflegeversicherung (regional)

Für Gemeinschaftspflege und häusliche Pflege wird die Beurteilung von einer professionellen Pflegeeinrichtung oder von Anbietern, welche zur Festlegung der Ernsthaftigkeit und Dauer des Zustandes der verminderten Eigenständigkeit autorisiert sind, durchgeführt. Der Pflegezustand wird durch die Bescheinigung des Föderalen Öffentlichen Dienstes für Soziale Sicherheit (*SPF Sécurité Sociale/FOD Sociale Zekerheid*), der Krankenkasse, des häuslichen Hilfsdienstes oder, je nach Situation, vom Kindergeldfonds oder autorisierten Begutachter, der von der betroffenen Person oder dessen Bevollmächtigter, belegt.

Bei vollstationärer Pflege wird der Pflegezustand durch die Bescheinigung des Aufenthalts in einer anerkannten Einrichtung belegt.

Eingliederungshilfe und Pflegebeihilfe für ältere Menschen

Die Verminderung der Eigenständigkeit wird durch einen ernannten Arzt oder ein fachübergreifendes Team unter der Kontrolle des Föderalen Öffentlichen Dienstes für Soziale Sicherheit festgelegt.

Anhang: Nützliche Kontaktdaten und Internetadressen

Arbeitnehmer

Föderaler öffentlicher Dienst Soziale Sicherheit
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/Brüssel
<http://www.socialsecurity.fgov.be>

Auf der Webseite des FÖD Soziale Sicherheit finden Sie ausführliche Informationen zur sozialen Sicherheit in Belgien: <https://www.socialsecurity.be>

Anmeldung zur belgischen Sozialversicherung

Allgemeines Sozialversicherungssystem der Arbeitnehmer
Landesamt für Soziale Sicherheit (LSS)
Office national de sécurité sociale (ONSS)
Rijksdienst voor sociale zekerheid (RSZ)
Das Landesamt ist für die Einziehung der Beiträge und für ihre Aufteilung auf die einzelnen Träger zuständig.

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

Sozialversicherungssystem für außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums und der Schweiz beschäftigte Arbeitnehmer
Amt Für Überseeische Soziale Sicherheit (AÜSS)
Office de sécurité sociale d'outre mer (OSSOM)
Dienst voor de overzeese social zekerheid (DOSZ)
Avenue Louise/Louizalaan 194
B-1050 Bruxelles/Brüssel
Tel.: (32-2) 642 05 11
Fax: (32-2) 642 05 59
E-Mail: info@ossom.fgov.be
<http://www.dosz-ossom.fgov.be>

Durchführung der Leistungen der sozialen Sicherheit

Gewährung und Zahlung der Leistungen werden von besonderen Einrichtungen übernommen.

Leistungen bei Krankheit, Leistungen bei Mutterschaft und gleichgestellte Leistungen bei Vaterschaft, Leistungen bei Invalidität

Allgemeines System der Arbeitnehmer
Nationales Institut für die Kranken- und Invaliditätsversicherung
Institut national d'assurance maladie invalidité (INAMI)
Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV)
Avenue de Tervueren/Tervurenlaan 211
B-1150 Bruxelles/Brüssel
Tel. (allgemein) (32-2) 739 71 11
Fax: (32-2) 739 72 91
Tel. (Auskünfte zu Sachleistungen bei Krankheit): Tel.: (32-2) 739 78 00
Tel. (Auskünfte zu Krankengeld, Mutterschafts- und Vaterschaftsgeld): Tel.: (32-2) 739 76 90
<http://www.inami.fgov.be/http://www.riziv.fgov.be>

Auf der Webseite der Landesanstalt für Kranken- und Invalidenversicherung finden Sie unter folgender Adresse ein Verzeichnis der Versicherungsanstalten:
<http://inami.fgov.be/secure/fr/insurers/contacts/index.htm>

Nationaler Verband der christlichen Gegenseitigkeitskassen (*Alliance nationale des mutualités chrétiennes/Landsbond der Christelijke Mutualiteiten*): <http://www.mc.be/>
<http://www.cm.be>

Nationaler Verband der neutralen Gegenseitigkeitskassen (*Union nationale des mutualités neutres/Landsbond van de Neutrale Ziekenfondsen*):
<http://www.mutualites-neutres.be/> <http://www.neutrale-ziekenfondsen.be>

Nationaler Verband der sozialistischen Gegenseitigkeitskassen (*Union nationale des mutualités socialistes/Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten*):
<http://www.mutsoc.be/> <http://www.socmut.be>

Nationaler Verband der liberalen Gegenseitigkeitskassen (*Union nationale des mutualités libérales/Landsbond van Liberale Mutualiteiten*): <http://www.libmut.be/>
<http://www.mutlib.be>

Nationaler Verband der freien Gegenseitigkeitskassen (*Union nationale des mutualités libres/Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen*): <http://www.mloz.be>

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

Rue du Trône/Troonstraat 30A

B-1000 Bruxelles/Brüssel

Tel.: (32-2) 229 35 62

Fax: (32-2) 229 35 58

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

Krankenkasse der belgischen Eisenbahn (*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/Brüssel

Tel.: (32-2) 526 35 28

Fax: (32-2) 525 35 61

Seeleute

Hilfs- und Vorsorgekasse für Seeleute (*Caisse de secours et de prévoyance en faveur des marins, CSPM - Hulp- en voorzorgskas voor zeevarenden, HVKZ*)

"Maritiem Huis"

Olijfakstraat 1-13

Postbus 1
B-2060 Antwerpen 6
Tel.: (32-3) 220 74 11
Fax: (32-3) 220 74 66
<http://www.hvkz-cspm.fgov.be>

Leistungen bei Arbeitsunfällen

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

Leistungen bei Berufskrankheiten

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

Sterbegeld

Tod infolge einer Krankheit oder eines Nichtarbeitsunfalls

Nationales Institut für die Kranken- und Invaliditätsversicherung
Institut national d'assurance maladie invalidité (INAMI)
Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV)
Siehe oben.
<http://www.inami.fgov.be/www.riziv.fgov.be>

Tod infolge einer Berufskrankheit

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

Tod infolge eines Arbeitsunfalls

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

Alters- und Hinterbliebenenleistungen

Landespensionsamt (LPA)

Office national des pensions (ONP)

Rijksdienst voor pensioenen (RVP)

Tour du Midi/Zuidertoren

B-1060 Bruxelles/Brussel

E-mail: info@rvponp.fgov.be

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

Tel.: Gebührenfreie Telefonnummer (in Belgien): Montag bis Freitag von 9.00 Uhr bis 12.00 Uhr und von 13.00 bis 17.00 Uhr: 1765

Tel.: aus dem Ausland: 32 78 15 1765

Leistungen bei Arbeitslosengeld

Landesamt für Arbeitsbeschaffung (LfA)

Office national de l'emploi (ONEM)

Rijksdienst voor arbeidsvoorziening (RVA)

Boulevard de l'Empereur/Keizerslaan 7

B-1000 Bruxelles/Brussel

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

Die Anschriften der Regionalstellen finden Sie auf der Webseite des Landesamtes für Arbeitsbeschaffung (ONEM/RVA):

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

Die Zahlungen der Leistungen bei Arbeitslosigkeit erfolgt:

- entweder durch eine staatliche Stelle: Hilfszahlstelle für Arbeitslosenunterstützungen (HFA) (*Caisse auxiliaire de paiement des allocations de chômage, CAPAC/Hulpkas voor werkloosheidsuitkeringen, HVW*)
- www.hvw-capac.fgov.be
- oder durch die Gewerkschaften:
 - Allgemeiner belgischer Gewerkschaftsverband (*Fédération générale du travail de Belgique/Algemeen Belgisch Vakverbond -FGTB/ABVV*)
<http://www.fgtb.be/> <http://www.abvv.be>
 - Bund christlicher Gewerkschaften (*Confédération des syndicats chrétiens/Algemeen Christelijk Vakverbond - CSC/ACV*)
<http://www.acv-csc.be>
 - Allgemeiner Verband liberaler Gewerkschaften Belgiens (*Confédération générale des syndicats libéraux de Belgique /Algemene Centrale der Liberale Vakbonden van België - CGSLB/ACLVB*)
<http://www.aclvb.be/>

Arbeitslosigkeit mit Betriebszuschlag

Föderaler Öffentlicher Dienst (FÖD) Beschäftigung, Arbeit und soziale Konzertierung

Service public fédéral (SPF) Emploi et concertation sociale

Federale Overheidsdienst (FOD) Werkgelegenheid, Arbeid en sociaal Overleg

Rue Ernest Blérot/Ernest Blérotstraat 1

B-1070 Bruxelles/Brussel

Tel.: (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>

Familienleistungen und garantierte Familienleistungen

Zentralanstalt für Familienbeihilfen für Arbeitnehmer (ZFA)
Office national des allocations familiales pour travailleurs salariés (ONAFTS)
Rijksdienst voor kinderbijslag voor werknemers (RKW)
Rue de Trèves/Trierstraat 70 (Postanschrift) oder 9 (Empfang)
B-1000 Bruxelles/Brüssel
Tel.: (32-2) 237 23 20
Fax: (32-2) 237 23 09
Gebührenfreie Telefonnummer: 0800 944 34
<http://www.rkw-onafsts.fgov.be>

Eine Liste der Kindergeldkassen finden Sie auf der Webseite der ZFA (ONAFTS/RKW):
<http://www.onafsts.fgov.be/Fr/Info/Agencies/agencyListNumber.php>

Einkommensersatzbeihilfe, Eingliederungshilfe und Pflegebeihilfe für ältere Menschen

Föderaler Öffentlicher Dienst (FÖD) Soziale Sicherheit – Generaldirektion
Selbstständige
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/Brüssel

Kontaktzentrum

Tel. aus Belgien: 0800 987 99
Tel. aus dem Ausland: (32-2) 507 87 99
Fax: (32-2) 509 81 85
Kontaktformular: <http://handicap.fgov.be/fr/formulaire-de-contact?form=http%253A%252F%252Fforms.handicap.fgov.be%252Ffr%253Fcateg%253D>
<http://handicap.fgov.be/>

Garantiertes Einkommen für ältere Menschen

Landespensionsamt (LPA)
Office national des pensions (ONP)
Rijksdienst voor pensioenen (RVP)
Tour du Midi/Zuidertoren
B-1060 Bruxelles/Brüssel
Tel.: 1765 (Gebührenfreie Telefonnummer innerhalb Belgiens)
Tel.: aus dem Ausland: 32 78 15 1765
E-Mail: info@rvponp.fgov.be

Selbstständige

Föderaler Öffentlicher Dienst (FÖD) Soziale Sicherheit - Generaldirektion
Selbstständige

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

Tel.: (32-2) 528 64 50

Fax: (32-2) 528 69 77

E-Mail: zelfindep@minsoc.fed.be

Landesinstitut der Sozialversicherungen für Selbstständige (LISVS)

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

Tel.: (32-2) 546 42 11

Fax: (32-2) 511 21 53

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

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

Sozialversicherungskassen

Eine Liste der Sozialversicherungskassen finden Sie unter folgender Adresse:

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