



Commissione
europea

I diritti di previdenza sociale

nei Paesi Bassi

Le informazioni fornite nella presente guida sono state elaborate e aggiornate in stretta collaborazione con i corrispondenti nazionali del Sistema di informazione reciproca sulla protezione sociale nell'Unione europea (MISSOC).

Ulteriori informazioni sulla rete MISSOC sono disponibili all'indirizzo:

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

La presente guida fornisce una descrizione generale delle disposizioni in materia di previdenza sociale nei rispettivi paesi. Per ottenere maggiori informazioni consultare ulteriori pubblicazioni MISSOC disponibili al link succitato. In alternativa è possibile contattare gli enti e le autorità competenti riportati nell'allegato alla presente guida.

Né la Commissione europea né alcuna persona che agisca a nome della Commissione europea può essere considerata responsabile dell'uso che dovesse essere fatto delle informazioni contenute nella presente pubblicazione.

Indice

Capitolo I: Introduzione, organizzazione e finanziamento	5
Introduzione	5
Organizzazione della protezione sociale	6
Finanziamento	7
Capitolo II: Servizi sanitari	8
Requisiti per beneficiare dell'assistenza sanitaria	8
Rischi coperti	8
Come beneficiare delle prestazioni sanitarie	10
Capitolo III: Prestazioni di malattia in denaro	11
Requisiti per beneficiare delle prestazioni di malattia in denaro	11
Rischi coperti	11
Come beneficiare delle prestazioni di malattia in denaro	11
Capitolo IV: Prestazioni di maternità e paternità	13
Requisiti per beneficiare delle prestazioni di maternità o paternità	13
Rischi coperti	13
Come beneficiare delle prestazioni di maternità e di paternità	14
Capitolo V: Prestazioni di invalidità	15
Requisiti per beneficiare delle prestazioni di invalidità	15
Rischi coperti	15
Come beneficiare delle prestazioni di invalidità	16
Capitolo VI: Prestazioni e pensioni di vecchiaia	17
Requisiti per beneficiare delle prestazioni di vecchiaia	17
Rischi coperti	17
Come beneficiare delle prestazioni di vecchiaia	17
Capitolo VII: Prestazioni ai superstiti	19
Requisiti per beneficiare delle prestazioni ai superstiti	19
Rischi coperti	19
Come beneficiare delle prestazioni ai superstiti	20
Capitolo VIII: Prestazioni in caso di infortuni sul lavoro e malattie professionali	21
Requisiti per beneficiare delle prestazioni in caso di infortuni sul lavoro e malattie professionali	21
Rischi coperti	21
Come beneficiare delle prestazioni in caso di infortuni sul lavoro e malattie professionali	21
Capitolo IX: Prestazioni familiari	22
Requisiti per beneficiare delle prestazioni familiari	22
Rischi coperti	22
Come beneficiare delle prestazioni familiari	22
Capitolo X: Disoccupazione	23
Requisiti per il diritto alle prestazioni di disoccupazione	23
Rischi coperti	23
Come beneficiare delle prestazioni di disoccupazione	24
Capitolo XI: Risorse minime	25
Requisiti per beneficiare delle prestazioni relative alle risorse minime	25
Rischi coperti	26
Come beneficiare delle prestazioni relative alle risorse minime	26
Capitolo XII: Assistenza di lunga durata	28
Requisiti per beneficiare dell'assistenza a lungo termine	28
Rischi coperti	28
Come beneficiare dell'assistenza a lungo termine	29



Allegato : Recapiti delle istituzioni e degli enti e siti Internet utili31

Capitolo I: Introduzione, organizzazione e finanziamento

Introduzione

Il sistema di previdenza sociale olandese prevede:

- malattia e maternità;
- assicurazione di invalidità: non esiste un regime speciale di assicurazione per gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali;
- pensioni di vecchiaia;
- prestazioni per i superstiti;
- disoccupazione;
- assegni familiari.

Gli assicurati

In linea di principio sono assicurati tutti i lavoratori subordinati e autonomi. I lavoratori autonomi, tuttavia, non sono assicurati contro la disoccupazione e non percepiscono indennità di malattia o di disabilità.

Modalità per beneficiare delle prestazioni della sicurezza sociale

Il sistema previdenziale olandese prevede, sin dal primo giorno di lavoro subordinato, la copertura assicurativa automatica in tutti i settori assicurativi elencati sopra.

Vi è solamente un'eccezione: per la legge sull'assicurazione malattia, tutti i residenti dei Paesi Bassi e tutti i non residenti che lavorano nel paese, e sono quindi soggetti all'imposta sul reddito da lavoro, sono tenuti a sottoscrivere un'assicurazione malattia presso un ente assicurativo. La copertura assicurativa non si attiva automaticamente per il solo fatto che il soggetto soddisfa i criteri stabiliti, come avviene per l'assicurazione disciplinata dalla legge generale per le spese straordinarie di malattia, perché l'interessato deve scegliere personalmente un assicuratore con cui stipulare un contratto di assicurazione. Da parte loro, gli assicuratori sono tenuti ad accettare la richiesta di assicurazione avanzata da qualsiasi individuo.

L'ente è tenuto a concedere la prestazione. Il lavoratore autonomo titolare di un'impresa con sede nei Paesi Bassi o che svolga la sua attività in questo paese è automaticamente assicurato dalla maggior parte dei regimi nazionali. Tuttavia, tale copertura non prevede la disoccupazione.

Altri adempimenti necessari

Al momento dell'assunzione, il lavoratore subordinato dovrà rivolgersi all'istituto di gestione delle assicurazioni per i lavoratori subordinati (UWV, *Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen*) in caso di incapacità al lavoro o di disoccupazione. L'UWV, inoltre, coordina le attività concernenti la ricerca di lavoro.

Un altro importante organismo è la Banca delle assicurazioni sociali (Sociale Verzekeringsbank), alla quale il lavoratore si deve rivolgere per richiedere gli assegni familiari o la pensione di vecchiaia al compimento del 65° anno di età.

In caso di decesso anche il coniuge superstite e/o i figli devono rivolgersi alla Banca delle assicurazioni sociali.

Come beneficiare delle prestazioni

Il datore di lavoro provvede al versamento dei contributi del lavoratore subordinato per le varie prestazioni previdenziali. La quota di contributi a carico del lavoratore viene trattenuta dalla retribuzione. Il datore di lavoro è tenuto a rimborsare al lavoratore una parte dei contributi, in proporzione al reddito, che il lavoratore ha già versato a titolo della legge sull'assicurazione malattia. L'ente assicurativo può, in taluni casi, detrarre i contributi assicurativi dalle prestazioni in denaro corrisposte ai lavoratori.

I lavoratori autonomi, invece, ricevono un modulo indicante l'importo dei contributi da versare, che riporta anche l'ammontare della parte di contributo in proporzione al reddito che deve essere versata per la legge sull'assicurazione malattia.

I contributi nominali per l'assicurazione malattia sono versati direttamente alla cassa malattia a cui è iscritto il lavoratore subordinato. Ulteriori informazioni sull'aliquota contributiva possono essere fornite dal datore di lavoro o dall'ente assicurativo in questione.

Procedura di ricorso contro una decisione assunta dall'organismo erogatore

È possibile contestare una decisione presa dall'ente assicurativo: per farlo il lavoratore deve, entro un determinato limite di tempo, presentare un ricorso contro la decisione presso l'ente che l'ha adottata. Questo è quindi tenuto a riesaminare la decisione e a decidere in merito alla sua fondatezza. Sempre entro un determinato limite di tempo, è possibile impugnare la decisione riguardante il ricorso presso la sezione amministrativa del tribunale distrettuale (Arrondissementsrechtbank) indicato nella decisione stessa, che precisa anche il termine entro il quale presentare il nuovo ricorso.

Per appellarsi, il lavoratore deve presentare ricorso dinanzi al tribunale distrettuale specificando i motivi per cui si oppone alla decisione contestata, e quindi chiedere una nuova pronuncia. All'istanza di ricorso deve essere allegata una copia della decisione controversa.

Qualora il lavoratore non accetti nemmeno la decisione del tribunale distrettuale, nella maggior parte dei casi può rivolgersi in appello alla Corte d'appello per la legislazione sociale (Centrale Raad van Beroep, Vrouwe Justitiaplein 1, Postbus 16002, 3500 DA Utrecht) entro 6 settimane dalla data della sentenza del giudice.

Organizzazione della protezione sociale

Nei Paesi Bassi, l'assicurazione sociale è gestita congiuntamente dal ministero degli Affari sociali e del lavoro (Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid) e dal ministero della Salute, del welfare e dello sport (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport). Esiste una differenza tra l'assicurazione nazionale da un lato, che copre l'intera popolazione, e l'assicurazione per i lavoratori subordinati dall'altro, che copre solo questa categoria di lavoratori. I sistemi di assicurazione nazionale prevedono:

- l'assicurazione di vecchiaia;

- prestazioni ai superstiti,
- cure mediche;
- assicurazione per spese straordinarie di malattia, e
- prestazioni familiari.

I sistemi di assicurazione per i lavoratori subordinati prevedono:

- l'assicurazione per l'indennità di malattia,
- l'assicurazione di invalidità e
- l'assicurazione contro la disoccupazione.

Per i superstiti non è previsto nessun altro regime di pensione sociale. Non è previsto alcun tipo di assicurazione speciale per gli infortuni sul lavoro o le malattie professionali. Questi rischi sono coperti da altri regimi assicurativi. Inoltre, lo Stato è responsabile di un regime di assistenza sociale gestito dalle autorità municipali. Detto regime è caratterizzato da una rete di sicurezza, poiché mira a garantire un reddito minimo a persone prive o attualmente non più in possesso di risorse sufficienti che consentano loro di sostenere i costi di base della vita quotidiana.

Eccetto l'assicurazione per spese straordinarie di malattia e per spese legate a cure mediche, i regimi nazionali di assicurazione sono attuati dalla Banca delle assicurazioni sociali (Sociale Verzekeringsbank).

L'istituto di gestione delle assicurazioni per i lavoratori subordinati (UWV) è responsabile dell'amministrazione dei regimi di assicurazione per i lavoratori subordinati. Anche il Servizio pubblico per l'impiego è gestito dall'UWV. Il Ministero degli affari sociali e del lavoro (Inspectie SZW) controlla l'UWV e la SVB.

L'assicurazione sanitaria (cure mediche) è realizzata da compagnie private di assicurazione sanitaria, soggette al controllo dell'autorità sanitaria olandese (Nederlandse Zorgautoriteit).

L'assicurazione generale per le spese straordinarie di malattia è ugualmente affidata a compagnie private di assicurazione sanitaria. Anche in questo caso il controllo viene effettuato dall'autorità sanitaria olandese (Nederlandse Zorgautoriteit).

Consultare inoltre la parte sulle autorità competenti

Finanziamento

Nei Paesi Bassi il regime di previdenza sociale è finanziato attraverso un sistema basato sia sui contributi (versati da residenti e non residenti, lavoratori subordinati, lavoratori autonomi e datori di lavoro) che sulle imposte. Talvolta è previsto un ulteriore finanziamento basato sulle tasse generali, come accade ad esempio per quanto riguarda la pensione di vecchiaia.

Capitolo II: Servizi sanitari

Requisiti per beneficiare dell'assistenza sanitaria

L'assistenza medica fa capo a due regimi assicurativi distinti e complementari: assicurazione malattia e assicurazione per spese straordinarie di malattia. Quest'ultima è disciplinata dalla legge sulle spese straordinarie di malattia (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten - AWBZ).

L'assicurazione obbligatoria prevista dalla legge sulle spese straordinarie di malattia è rivolta a coloro che risiedono legalmente nei Paesi Bassi o che vivono in un altro paese ma lavorano e pagano l'imposta sul reddito in questo Stato. Queste persone sono tenute a stipulare un'assicurazione sanitaria secondo quanto previsto dalla legge sull'assicurazione malattia (*Zorgverzekeringswet*).

Il governo ha previsto due eccezioni a questa norma generale:

- i membri delle forze armate in servizio attivo sono coperti da assicurazione ai sensi della legge sulle spese straordinarie di malattia, ma non sono obbligati a stipulare un'assicurazione in base alla legge di assicurazione malattia; essi sono presi a carico dai servizi medici militari;
- l'altra eccezione all'obbligo di assicurazione riguarda gli obiettori di coscienza. Coloro che, per principio, si rifiutano di stipulare l'assicurazione, non pagano alcun premio previsto dalla legge sulle spese straordinarie di malattia, né sono tenuti a sottoscrivere l'assicurazione contemplata dalla legge di assicurazione malattia. Tuttavia, pagano i contributi legati al reddito sotto forma di imposta sostitutiva.

Chi è titolare di un'assicurazione malattia, ai sensi della legge in materia, ha diritto all'assistenza sanitaria. Esistono due tipi principali di polizze sanitarie: le polizze basate sulle prestazioni in natura e quelle basate sul rimborso delle spese di malattia. La cassa malattia rilascia al lavoratore una tessera di iscrizione che dimostra, in ogni occasione in cui dovrà ricorrere alle prestazioni mediche, che egli è regolarmente assicurato. La sottoscrizione di una polizza di assicurazione malattia presso un ente assicurativo implica automaticamente l'iscrizione all'AWBZ.

Rischi coperti

L'ente di assicurazione a cui il lavoratore è iscritto può fornire informazioni dettagliate sulle prestazioni cui il lavoratore ha diritto in base alla legge sull'assicurazione malattia e alla legge AWBZ. Le persone assicurate in base alla legge sull'assicurazione malattia hanno diritto alle seguenti prestazioni:

Cure mediche

Le cure mediche comprendono le prestazioni del medico di base, medici specialisti, psicologi e ginecologi. Ciò non significa necessariamente che tali prestazioni debbano essere fornite da questi medici. Infatti, se non si tratta di trattamenti particolari, che devono essere registrati (per cui il cui nome del paziente deve essere protetto in virtù della legge sulle professioni nel settore dell'assistenza sanitaria individuale), le prestazioni in questione possono essere fornite da altri professionisti. Esse comprendono, tra l'altro, gli esami di laboratorio e l'assistenza infermieristica.

Queste prestazioni includono anche i test genetici, l'emodialisi a domicilio, i servizi ai pazienti con problemi respiratori cronici intermittenti e la prevenzione delle trombosi. Le apparecchiature necessarie per l'emodialisi a domicilio e per la respirazione artificiale per i pazienti cronici intermittenti fanno parte dei dispositivi medici. Alcuni tipi di prestazioni, che possono essere effettuate da medici specialisti, possono essere esclusi dalle prestazioni rimborsate. Si osservi inoltre che la parte a carico dell'assicurato corrisponde a un importo massimo fissato dalle norme applicative.

Le cure di salute mentale (compreso il sostegno psicologico generale) sono previste dalla legge sull'assicurazione malattia.

Forniture farmaceutiche

Questo tipo di assistenza comprende i medicinali e determinati prodotti alimentari per uso medico. I medicinali autorizzati, in linea di massima, sono suddivisi in classi di sostanze terapeutiche equivalenti. Il limite di rimborso di una classe viene stabilito in base al prezzo medio dei medicinali in essa contenuti. Se l'assicurato sceglie un farmaco il cui costo supera il limite di rimborso, è tenuto a corrispondere la differenza. Non è previsto un limite per il rimborso di un farmaco autorizzato per il quale non esistono sostanze terapeutiche equivalenti. Questa procedura viene chiamata "sistema di rimborso dei farmaci" (geneesmiddelenvergoedingensysteem o GVS).

Gli assicuratori possono limitare il rimborso dei medicinali contenenti alcuni principi attivi. L'ente che eroga le prestazioni sanitarie può decidere (a determinate condizioni) quali medicinali rimborsare.

Trasporti

Previa autorizzazione, i pazienti possono usufruire del trasporto in ambulanza, taxi o mezzo privato, purché ciò sia dettato da motivi medici. È necessaria una prescrizione del medico, che deve rilasciare un apposito certificato. Sono coperti anche i costi dei trasporti pubblici in classe economica, purché si tratti di un viaggio da o per un istituto di cura. In alcuni casi la cassa malattia può autorizzare un mezzo di trasporto eccezionale, come l'elicottero, per esempio.

Indipendentemente dal fatto che si tratti di trasporto pubblico, taxi o auto privata, l'assicurato deve inizialmente pagare di persona un certo importo per 12 mesi. Le spese di trasporto con auto privata vengono rimborsate in base a una tariffa chilometrica fissa.

Il trasporto di pazienti in posizione distesa o che necessitano di sorveglianza continua è autorizzato solamente in quattro casi: pazienti in dialisi, pazienti in chemioterapia o in radioterapia, non vedenti che non possono deambulare autonomamente e pazienti in sedia a rotelle. La distanza è limitata a 200 km (viaggio di andata). Hanno diritto al rimborso delle spese di trasporto su una distanza maggiore i pazienti che sono stati preventivamente autorizzati dal proprio ente assicurativo a richiedere delle cure in un istituto o presso un servizio sanitario più lontano, e che ricevono delle cure a carico dell'assicurazione malattia (sia nei Paesi Bassi che all'estero).

Esiste tuttavia una clausola di mancanza di previsione per cui, in certi casi, anche gli assicurati che non appartengono alle categorie summenzionate possono richiedere un rimborso. Può essere il caso di un assicurato che debba spostarsi per curare un disturbo o una malattia di lunga durata.

Cure dentistiche

Per i bambini e per le persone fino ai 18 anni di età, le cure dentali comprendono: cure preventive, applicazioni di fluoro fino a un massimo di due volte all'anno a partire dai sei anni di età, otturazioni, cure parodontali e trattamenti chirurgici. Gli adulti beneficiano di una copertura per l'applicazione di dentiere e per trattamenti chirurgici specifici.

Protesi, occhiali, apparecchi acustici

Queste spese sanitarie sono soggette ad approvazione preventiva dell'ente che eroga l'assicurazione. Non è prevista alcuna condivisione dei costi, tranne in alcuni casi in cui si richiede l'utilizzo di scarpe ortopediche e di apparecchi acustici.

Ricovero

L'assistenza ospedaliera – fatta eccezione per gli ospedali psichiatrici o i reparti psichiatrici di un ospedale policlinico o universitario – è a carico dell'AWBZ qualora il ricovero duri più di un anno.

Come beneficiare delle prestazioni sanitarie

La cassa malattia rilascia al lavoratore una tessera di iscrizione che dimostra, in ogni occasione in cui dovrà ricorrere alle prestazioni mediche, che egli è regolarmente assicurato.

L'interessato può scegliere liberamente un medico abilitato all'esercizio della professione. Tuttavia, per consultare uno specialista, è necessario rivolgersi a un medico generico. Per quanto riguarda le cure ospedaliere, è possibile scegliere liberamente fra ospedali o strutture riconosciute dal ministero della Salute.

I pagamenti saranno effettuati dall'ente privato di assicurazione sanitaria. Per quanto concerne la maggior parte delle cure contemplate dalla legge, gli assicurati al di sopra dei 18 anni sono invitati a contribuire personalmente ai costi. Esiste, tuttavia, una compensazione per i pazienti affetti da malattie croniche.

Per ottenere i prodotti farmaceutici, gli assicurati devono scegliere un farmacista presso il quale iscriversi.

Capitolo III: Prestazioni di malattia in denaro

Requisiti per beneficiare delle prestazioni di malattia in denaro

Prestazioni spettanti durante il periodo di assicurazione

Il datore di lavoro, in base al Codice civile, è tenuto a versare al proprio dipendente in stato di malattia almeno il 70% della retribuzione dovuta per i primi due anni di malattia. Per le persone che non hanno (più) un datore di lavoro, la legge sull'assicurazione malattia è un sistema di sicurezza. Una volta trascorso il periodo di due anni, è possibile ottenere una prestazione WIA.

Il lavoratore ha diritto all'indennità di malattia quando il rapporto di lavoro termina il primo giorno di malattia o nel corso del periodo in cui il datore di lavoro è tenuto al versamento della retribuzione. Alla data della cessazione del rapporto di lavoro viene quindi corrisposta l'indennità di malattia, a patto che siano rispettati almeno due giorni di attesa (periodo di carenza). Ci sono due possibili situazioni: una persona che ha un datore di lavoro è coperta da esso, il quale corrisponderà le retribuzioni per un massimo di due anni. Se si ha un contratto a tempo determinato, si è lavoratori temporanei (*uitzendkracht*) o si riceve un'indennità di disoccupazione e ci si ammala, la UWV assume il ruolo di datore di lavoro e corrisponde una prestazione di malattia all'interessato.

Il diritto all'indennità di malattia cessa in ogni caso il primo giorno del mese in cui il lavoratore raggiunge i 65 anni di età o quando il lavoratore non è più malato.

Prestazioni spettanti cessato il periodo di copertura assicurativa

Nel caso di malattia notificata entro un mese dopo la scadenza dell'assicurazione, il lavoratore subordinato può ancora avere diritto alle indennità purché sussistano determinate condizioni.

Rischi coperti

Il lavoratore dipendente riceverà (almeno) il 70% della retribuzione per i primi due anni di malattia. Egli continua a corrispondere lo stipendio al dipendente fino alla 104^a settimana di malattia, ma non oltre la scadenza del contratto.

La retribuzione giornaliera massima ammonta a 193,09 EUR. Dietro approvazione del ministero, questo importo può essere aumentato da parte delle organizzazioni industriali nei contratti collettivi tra datori di lavoro e dipendenti. Inoltre, se il 70% dell'indennità giornaliera è inferiore al minimo sociale, il lavoratore può chiedere, dopo verifica del reddito, un'indennità integrativa in base alla legge sui supplementi (Toeslagenwet).

Come beneficiare delle prestazioni di malattia in denaro

Il lavoratore che ha diritto all'indennità di malattia deve notificare (o far notificare) al più presto (entro il secondo giorno di malattia) il proprio stato di malattia o la propria necessità di cessare l'attività lavorativa o l'impossibilità a recarsi al lavoro in ragione

della malattia. Le regole per notificare la malattia vengono comunicate al lavoratore dal datore di lavoro.

Il lavoratore deve sottoporsi a controlli e in linea di principio, deve trovarsi a casa nelle ore indicate nelle disposizioni sui controlli.

Il lavoratore che richiede l'indennità di malattia e la cui incapacità al lavoro sia quindi certificata da un organo incaricato dall'ente di assicurazione deve attenersi alle disposizioni dell'Istituto di gestione delle assicurazioni per i lavoratori subordinati (UWV).

Capitolo IV: Prestazioni di maternità e paternità

Requisiti per beneficiare delle prestazioni di maternità o paternità

Consultare la parte sull'assicurazione sanitaria

Le persone assicurate in base alla legge sull'assicurazione malattia hanno diritto, tra l'altro, all'assistenza in caso di maternità. Le persone assicurate in base all'AWBZ hanno diritto alle cure prestate alla madre e al figlio.

Le donne personalmente assicurate nei Paesi Bassi in qualità di lavoratrici subordinate hanno diritto, in caso di gravidanza, a indennità di gravidanza (*Zwangerschapsuitkering o WAZO, Wet Arbeid en Zorg*).

Rischi coperti

Le persone assicurate in base alla legge sull'assicurazione malattia hanno diritto alle cure che vengono prestate alla madre e al neonato dopo il parto per un periodo massimo di 10 giorni.

Le persone assicurate in base all'AWBZ hanno diritto all'accompagnamento, all'informazione, all'assistenza durante la gravidanza ed esami periodici dello stato di salute del bambino nei suoi primi anni di vita. In linea di principio, l'AWBZ copre i costi sanitari, le cure infermieristiche e l'assistenza in caso di malattia di lunga durata o di disabilità grave.

Il congedo di maternità è accordato per un periodo di 16 settimane. Prima del parto è previsto un congedo obbligatorio che va dalle sei alle quattro settimane, mentre il congedo post-parto va dalle dieci alle dodici settimane.

In caso di nascita prematura, i giorni di "anticipo" saranno aggiunti al congedo post-parto. Se la nascita avviene oltre il termine previsto, i giorni di "ritardo" saranno aggiunti al periodo totale di congedo. In questo caso il periodo di congedo supererà le 16 settimane.

Durante il periodo di gravidanza la madre riceve un'indennità di maternità pari alla sua retribuzione giornaliera completa. La lavoratrice, per le 16 settimane di congedo per maternità, ha diritto a un'indennità equivalente al 100% della retribuzione, che viene versata dall'organismo erogatore cui è iscritto il datore di lavoro. La retribuzione giornaliera massima ammonta a 193,09 EUR.

Se, dopo aver ricevuto l'indennità, la lavoratrice è ancora incapace di lavorare a seguito della gravidanza o del parto, la stessa indennità (pari al 100% della retribuzione giornaliera) le verrà corrisposta per un periodo massimo di 52 settimane. Anche in caso di malattia dovuta alla gravidanza prima del congedo di maternità, l'organismo erogatore versa l'indennità di malattia per un importo pari al 100% del salario giornaliero.

La lavoratrice subordinata, inoltre, ha diritto all'assistenza ostetrica gratuita e al rimborso delle cure post-parto da parte dell'assicurazione malattia, sempre che sia iscritta al sistema previdenziale olandese (*Zorgverzekeringswet*). Di norma, le cure

ostetriche sono fornite da un'ostetrica ma possono essere erogate anche da medico generico o da uno specialista, se necessario in una clinica o in un ospedale, qualora sia impossibile rivolgersi a un'ostetrica o il ricovero sia stato prescritto da un medico.

Come beneficiare delle prestazioni di maternità e di paternità

A tale scopo l'interessata gestante deve prima inoltrare un certificato di gravidanza (zwangerschapsverklaring) al proprio datore di lavoro, per poi ricevere dall'UWV il rimborso dei costi legati al congedo di maternità. Se è una lavoratrice autonoma, l'interessata può rivolgersi a questo ente per ottenere le prestazioni di maternità.

Per ricevere ulteriori informazioni sui servizi ostetrici gratuiti e sul rimborso delle spese relative alle cure post-parto occorre rivolgersi alla compagnia assicuratrice di appartenenza.

Se la lavoratrice subordinata desidera rivolgersi a una clinica di maternità (kraamcentrum), deve contattare l'organismo competente (kruisvereniging) almeno 5 mesi prima della data prevista per il parto. L'IVA e la WGA fanno parte della WIA.

Capitolo V: Prestazioni di invalidità

Requisiti per beneficiare delle prestazioni di invalidità

Lavoratori subordinati

La legge sul lavoro e il reddito in base alla capacità lavorativa (Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen, WIA) copre tutti i lavoratori subordinati totalmente o parzialmente inabili al lavoro.

Si considera totalmente o parzialmente inabile al lavoro il lavoratore che, a seguito di malattia o infermità, è impossibilitato a percepire la medesima retribuzione normalmente corrisposta a lavoratori sani con la stessa formazione e le stesse competenze, che lavorano nello stesso posto in cui lavora o lavorava il lavoratore inabile nonché in un posto di lavoro situato nelle vicinanze. Non si opera alcuna distinzione per quanto concerne la causa dell'inabilità (invalidità o infortunio sul lavoro). Per ricevere qualsiasi tipo di prestazione è necessario avere un grado di invalidità pari ad almeno il 35%.

Per quanto riguarda le persone con disabilità parziale, l'accento non viene posto sulla protezione del reddito, ma sulle possibilità di riabilitazione. Il regolamento sulla concessione di indennità alle persone con invalidità parziale [Regeling Werkhervatting Gedeeltelijk Arbeidsgehandicapten, (WGA)] invita sia il lavoratore subordinato che il datore di lavoro a favorire la riabilitazione del lavoratore dipendente. Il regolamento sulla concessione delle indennità alle persone con invalidità totale [Regeling inkomensvoorziening volledig en duurzaam arbeidsongeschikten, (IVA)] prevede un reddito in caso di invalidità lavorativa totale e permanente, qualora la possibilità di recupero sia scarsa o assente.

Lavoratore autonomo

I lavoratori autonomi diventati inabili al lavoro non sono coperti da tali prestazioni e devono provvedere personalmente alla sottoscrizione di un'assicurazione contro il rischio di invalidità.

Rischi coperti

La legge sul lavoro e il reddito in base alla capacità lavorativa (Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen, WIA) si suddivide in due parti:

Regolamento sulla concessione di indennità alle persone con invalidità parziale

Il regolamento sulla concessione di indennità alle persone con invalidità parziale (Regeling Werkhervatting Gedeeltelijk Arbeidsgehandicapten, WGA) prevede un'indennità legata alla retribuzione, il cui periodo di erogazione varia dai tre ai 38 mesi. L'importo dell'indennità dipende dal grado di disabilità, dall'ultima retribuzione percepita dal lavoratore subordinato e dallo stipendio ottenuto nel periodo di disabilità parziale. Le persone impossibilitate a lavorare ricevono il 75% dell'ultima retribuzione percepita nel corso dei primi due mesi e il 70% di questa retribuzione in un secondo momento. I soggetti parzialmente disabili che svolgono un'attività lavorativa, ricevono

il 75% della differenza tra l'ultima retribuzione e il miglior reddito percepito con il lavoro svolto durante i primi due mesi.

L'indennità integrativa al reddito/indennità successiva può essere corrisposta fino ai 65 anni di età. I lavoratori che guadagnano almeno il 50% della capacità di guadagno restante, riceveranno un'integrazione dello stipendio pari al 70% della differenza tra l'ultima retribuzione percepita e la capacità di guadagno restante. I lavoratori che, al termine del periodo in cui hanno percepito l'indennità legata alla retribuzione, non sono occupati o guadagnano meno del 50% della capacità di guadagno restante, ricevono un'indennità basata su una percentuale dello stipendio minimo.

Regolamento sulla concessione delle indennità alle persone con invalidità totale

Ai sensi del regolamento sulla concessione delle indennità alle persone con invalidità totale (Regeling inkomensvoorziening volledig en duurzaam arbeidsongeschikten, IVA), l'interessato riceve il 75% dell'ultima retribuzione.

Come beneficiare delle prestazioni di invalidità

Spetta all'UWV stabilire se e in che misura il lavoratore è incapace di lavorare. A tale scopo, dopo un periodo massimo di 20 mesi dalla data di comparsa dell'inabilità lavorativa, l'ente assicurativo informerà l'interessato sulla modalità per richiedere l'indennità. L'interessato dovrà presentare la richiesta entro e non oltre 21 mesi.

Capitolo VI: Prestazioni e pensioni di vecchiaia

Requisiti per beneficiare delle prestazioni di vecchiaia

Chi vive o lavora nei Paesi Bassi è assicurato in forza della legge sull'assicurazione generale di vecchiaia (Algemene Ouderdomswet, AOW). In generale tutti, uomini e donne, hanno diritto alla pensione di vecchiaia al compimento del 65° anno di età. A determinate condizioni, è possibile stipulare all'estero un'assicurazione volontaria conforme alla legge olandese.

Regimi pensionistici integrativi

Chi lavora nei Paesi Bassi può beneficiare anche della copertura di un regime pensionistico integrativo. Nei Paesi Bassi, molti settori professionali hanno un sistema pensionistico di categoria, che è obbligatorio e che riguarda, in particolare, l'industria metallurgica, il settore delle costruzioni, il settore della tinteggiatura, l'agricoltura, le industrie grafiche, la ristorazione, il trasporto su strada, la marina mercantile, la pesca marittima, l'industria tessile e il settore sanitario. È inoltre possibile che il datore di lavoro versi contributi a un regime pensionistico integrativo appositamente dedicato alla propria impresa o che abbia stipulato una particolare polizza vita con una compagnia di assicurazione privata.

Rischi coperti

L'importo della pensione è fisso, ma viene adeguato agli aumenti delle retribuzioni due volte all'anno. Le pensioni vengono corrisposte mensilmente. Una volta all'anno, nel mese di maggio, viene erogato l'assegno vacanze. L'importo fisso (AOW) di cui sopra viene decurtato del 2% per ogni anno in cui il lavoratore non era assicurato. Per ogni anno di residenza o di lavoro nei Paesi Bassi il lavoratore matura il 2% della pensione piena.

Come beneficiare delle prestazioni di vecchiaia

Pensioni di vecchiaia

Alcuni mesi prima di compiere i 65 anni il lavoratore riceve, se in quel momento risiede nei Paesi Bassi, uno speciale modulo di richiesta della pensione di vecchiaia da trasmettere alla Banca delle assicurazioni sociali (Sociale Verzekeringsbank).

La pensione di vecchiaia nei Paesi Bassi viene versata a decorrere dal primo giorno del mese in cui il lavoratore compie 65 anni. La presentazione della domanda con più di un anno di ritardo rispetto a tale data può comportare un pregiudizio finanziario.

In caso di pensione volontaria, la [Banca delle assicurazioni sociali](#) è in grado di fornire tutte le informazioni necessarie. Per un'assicurazione volontaria, la domanda deve pervenire entro i termini stabiliti ovvero entro un anno dalla data del trasferimento all'estero oppure entro un anno dalla data di stabilimento o di inizio dell'attività lavorativa nei Paesi Bassi. Va detto che l'assicurazione non è estesa al coniuge o al convivente che risiede nel paese d'origine dell'assicurato.

Regimi pensionistici integrativi

Per informazioni a riguardo è possibile rivolgersi al proprio datore di lavoro, che conosce i diritti eventualmente spettanti al lavoratore.

L'autorità responsabile della vigilanza su questi regimi integrativi è la *Nederlandsche Bank*.

Tutte le richieste di pagamento di pensioni integrative devono essere inoltrate al fondo pensionistico di categoria o dell'impresa interessata oppure alla compagnia di assicurazione privata che gestisce il regime. Qualsiasi vertenza riguardante l'applicazione del regime pensionistico integrativo è di competenza del giudice civile.

Capitolo VII: Prestazioni ai superstiti

Requisiti per beneficiare delle prestazioni ai superstiti

Una persona che vive o lavora nei Paesi Bassi è iscritta all'assicurazione olandese a favore dei superstiti. Quando il lavoratore non risiede o non lavora più nei Paesi Bassi può sottoscrivere un'assicurazione volontaria.

L'assicurazione a favore dei superstiti, disciplinata dalla legge sull'assicurazione generale per i superstiti a carico (Algemene Nabestaandenwet, ANW), comprende vari tipi di prestazioni (pensione di reversibilità, pensione di orfano di un genitore e pensione di orfano di entrambi i genitori) e un'indennità di assistenza.

Ha diritto alla pensione di reversibilità il partner superstite di un titolare di pensione che, al momento del suo decesso, abbia un figlio non coniugato minore di 18 anni o sia in attesa di un figlio; non sia in grado di lavorare (incapacità di guadagnare il 45% di una normale retribuzione attraverso un'occupazione confacente) o si nato prima del 1° gennaio 1950; sono considerati figli di un partner superstite tutti i figli minori di 18 anni sia legittimi che adottivi, vale a dire figli generati da altri ma allevati ed educati come propri. Il diritto alla pensione di reversibilità cessa quando il partner superstite non abbia più figli non sposati a carico o non si trovi più in stato di invalidità.

Il diritto alla pensione cessa in ogni caso a decorrere dal primo giorno del mese in cui il partner superstite raggiunge i 65 anni di età, quando acquisisce il diritto alla pensione ordinaria di vecchiaia. Il diritto alla pensione di reversibilità decade anche qualora il superstite contragga un nuovo matrimonio o un'unione civile o inizi una convivenza.

Il genitore o la persona che accoglie nel proprio nucleo familiare un orfano di padre o di madre, non coniugato e minore di 18 anni, ha diritto alla pensione di orfano di un genitore.

Questa prestazione cessa quando il figlio più giovane compie i 18 anni, entra a far parte di un altro nucleo familiare o quando il genitore o colui che ha la responsabilità dell'orfano inizia a percepire una pensione per famiglia monoparentale basata su quella di vecchiaia. La prestazione cessa anche quando il figlio viene adottato dal (nuovo) coniuge del genitore superstite.

La pensione di reversibilità per gli orfani spetta solo agli orfani di entrambi i genitori. Tale prestazione è estesa anche agli orfani di età compresa tra i 16 e i 21 anni che ancora studiano o che si occupano di un nucleo familiare di cui fa parte almeno un altro orfano per almeno 19 ore a settimana nonché agli orfani di 16 e 17 anni disabili. Le prestazioni sono direttamente legate alle variazioni della retribuzione minima e dipendono dall'età dell'orfano. Sono previste tre fasce di età: inferiore ai 10 anni, dai 10 ai 16 anni e dai 16 ai 21 anni.

Rischi coperti

La pensione ai superstiti ammonta al massimo al 70% della retribuzione minima e dipende dal reddito del superstite.

La pensione di orfano di un solo genitore ammonta al 20% dello stipendio minimo e non dipende dal reddito. Un partner superstite con un figlio minore di 18 anni può pertanto beneficiare di una prestazione pari al 90% dello stipendio minimo.

La pensione in qualità di orfano è direttamente legata alla retribuzione minima e varia e dipende dall'età dell'orfano. Sono previste tre fasce di età: Inferiore ai 10 anni, dai 10 ai 16 anni e dai 16 ai 21. La pensione di organo non dipende da altre fonti di reddito.

L'adeguamento degli importi delle prestazioni viene effettuato a scadenza semestrale, in funzione dell'evoluzione dei salari minimi. Il pagamento viene effettuato mensilmente. Una volta all'anno, nel mese di maggio, viene corrisposta un'indennità di ferie.

In caso di morte dopo la scadenza del periodo di assicurazione, l'importo della pensione dipende da accordi internazionali e dai periodi contribuiti che il deceduto ha maturato nei Paesi Bassi.

Indennità per le spese funerarie

Se un lavoratore muore, i superstiti beneficeranno di una prestazione in denaro dal giorno della morte. Dopo questa data la retribuzione non viene più erogata. La prestazione è pari al 100% della retribuzione mensile al momento in cui è sopravvenuta la morte. Se il deceduto era già titolare di una prestazione sociale (WW-, Ziektewet-, WAO-, WIA, WAZ, IOW, TW or Wajong uitkering), verrà erogata anche un'indennità per le spese funerarie. Tale sussidio è anch'esso pari al versamento di un'indennità mensile.

Come beneficiare delle prestazioni ai superstiti

La domanda per beneficiare dell'assicurazione volontaria va presentata entro un anno dalla data di espatrio dai Paesi Bassi. Per ulteriori informazioni contattare la Banca delle assicurazioni sociali (*Sociale Verzekeringsbank*).

In caso di decesso di un titolare di pensione, il coniuge o gli orfani superstiti residenti nei Paesi Bassi sono tenuti a richiedere quanto prima alla Banca delle assicurazioni sociali la pensione di vedovi/orfani loro spettante. La presentazione della domanda a distanza di oltre un anno dal decesso dell'assicurato può comportare un pregiudizio finanziario.

L'aver diritto a una pensione di reversibilità non esclude il diritto agli assegni familiari. Tutte le informazioni necessarie a questo proposito possono essere ottenute presso la Banca delle assicurazioni sociali.

In caso di morte dopo la scadenza del periodo di assicurazione, i superstiti devono richiedere le prestazioni presso l'organismo competente del paese di residenza, che trasmetterà la domanda alla Banca delle assicurazioni sociali. Qualora la domanda venga inoltrata più di un anno dopo la morte dell'assicurato, è possibile che insorga un pregiudizio finanziario. La Banca delle assicurazioni sociali accerterà l'esistenza delle condizioni per la corresponsione della pensione, nonché l'eventuale diritto agli assegni familiari.

Capitolo VIII: Prestazioni in caso di infortuni sul lavoro e malattie professionali

Requisiti per beneficiare delle prestazioni in caso di infortuni sul lavoro e malattie professionali

Nei Paesi Bassi i regimi assicurativi per gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali non sono gestiti separatamente. Al lavoratore che ha perduto la capacità lavorativa a seguito di infortunio sul lavoro o di malattia professionale si applicano le stesse norme che disciplinano le prestazioni di [malattia](#) per i primi due anni. In seguito, potrà avere il diritto a una [prestazione in denaro per invalidità](#). Ha inoltre diritto a [prestazioni in natura erogate dalla cassa malattia](#).

Rischi coperti

Vedere la parte sulle [prestazioni in denaro per invalidità](#) e la parte sulle [prestazioni di invalidità](#).

Come beneficiare delle prestazioni in caso di infortuni sul lavoro e malattie professionali

Vedere la parte sulle [prestazioni di malattia in denaro](#) e la parte sulle [prestazioni di invalidità](#)

Capitolo IX: Prestazioni familiari

Requisiti per beneficiare delle prestazioni familiari

Il lavoratore che vive o lavora nei Paesi Bassi ha di norma diritto agli assegni familiari a partire dal primo figlio. Il diritto spetta per i figli legittimi, i figli avuti da un matrimonio precedente e i figli adottivi minori di 16 anni, purché siano a carico del lavoratore ai sensi della legislazione olandese. I figli di età compresa tra i 16 e i 18 anni devono soddisfare ulteriori requisiti: l'assegno spetta solo se sono studenti, disabili oppure disoccupati. La situazione familiare incide sull'importo degli assegni familiari, che può essere inoltre aumentato o ridotto a seconda del tenore di vita assicurato dai genitori. Per i figli che non vivono con i propri genitori e per quelli di età compresa tra i 16 e i 17 anni che vivono all'interno del nucleo familiare, il reddito non può superare determinate soglie.

Per avere diritto agli assegni familiari, il richiedente deve essere assicurato sin dal primo giorno del trimestre di deposito della domanda. Per tale data deve soddisfare i requisiti richiesti per ottenere l'assegno familiare.

Oltre al succitato assegno familiare esiste una legge sul bilancio collegato all'infanzia. L'importo dipende dal reddito dei genitori, dal numero di figli presenti in famiglia e dall'età dei figli.

Rischi coperti

L'importo degli assegni familiari dipende dal numero dei componenti familiari e dall'età dei figli il primo giorno di ogni trimestre (data di riferimento).

Come beneficiare delle prestazioni familiari

Per ottenere gli assegni familiari, l'interessato deve presentare il modulo di domanda, debitamente compilato e firmato, all'ufficio distrettuale (*Vestigingskantoor*) della Banca delle assicurazioni sociali (*Sociale Verzekeringsbank - SVB*) del luogo di residenza. I moduli di domanda possono essere ottenuti presso la Banca delle assicurazioni sociali (www.svb.nl). Se il figlio è nato nei Paesi Bassi, la SVB invierà all'interessato un modulo di domanda nel giro di poche settimane. Dopo la prima domanda, devono essere comunicati all'ufficio locale della SVB solo i cambiamenti rilevanti ai fini del diritto agli assegni familiari che vengono pagati alla fine di ogni trimestre. Se i figli fanno parte del nucleo familiare di una coppia sposata, la domanda può essere presentata da uno dei coniugi. In caso di divorzio o separazione dei genitori, la domanda deve essere presentata dal genitore cui sono affidati i figli.

Capitolo X: Disoccupazione

Requisiti per il diritto alle prestazioni di disoccupazione

In caso di disoccupazione nei Paesi Bassi, il lavoratore ha diritto all'indennità di disoccupazione come stabilito dalla relativa legge (Werkloosheidswet, WW). Per poter beneficiare delle indennità di disoccupazione, è necessario:

- come lavoratore subordinato, l'interessato deve aver perso almeno cinque ore lavorative (con relativa retribuzione) settimanali (per i lavoratori subordinati che lavorano meno di 10 ore a settimana è necessario aver perso la metà di queste ore);
- essere in stato di incapacità al lavoro sul mercato del lavoro olandese;
- l'interessato deve aver lavorato per almeno 26 settimane delle 36 settimane precedenti il primo giorno di disoccupazione (condizione settimanale).

Se l'interessato soddisfa queste condizioni ha diritto all'indennità di disoccupazione, a meno che:

- il lavoratore abbia diritto alle prestazioni di malattia per incapacità totale;
- il lavoratore deve avere più di 65 anni;
- il lavoratore vive o risiede all'estero;
- il lavoratore sia detenuto in carcere;
- il lavoratore si trovi in altre situazioni.

Qualora l'interessato non soddisfi le condizioni richieste per beneficiare di un'indennità di disoccupazione o non abbia più diritto alle suddette indennità, potrà, a determinate condizioni, percepire un'integrazione di reddito dal comune di residenza. L'importo di tale integrazione è stabilito in base alla situazione familiare e finanziaria dell'interessato, nonché in base a quella di un eventuale partner.

Per poter beneficiare delle indennità di disoccupazione, è necessario:

- iscriversi tempestivamente presso l'Istituto di gestione delle assicurazioni per i lavoratori subordinati (UWV);
- essere alla ricerca attiva di un'occupazione e disposto ad accettare un lavoro adeguato;
- informare l'UWV di attività quali la ricerca e lo svolgimento di lavoro.

Il mancato adempimento di questi obblighi comporta una sanzione o la cessazione dell'indennità.

Rischi coperti

L'interessato riceve il 75% dell'ultima retribuzione giornaliera (fissata al massimo importo) nel corso dei primi due mesi e il 70% nei mesi successivi.

La durata delle indennità è limitata. La persona che soddisfa solo la condizione settimanale riceve prestazioni per un periodo massimo di tre mesi. Il soggetto che soddisfa anche la condizione annuale ottiene prestazioni per un numero di mesi pari a

quello relativo ai mesi lavorativi, per un periodo massimo di 38 mesi. Per soddisfare la condizione annuale è necessario aver percepito una retribuzione per almeno 52 giorni nel corso di quattro anni di lavoro su cinque precedenti l'anno di avvenuta disoccupazione.

In taluni casi, se l'indennità è inferiore alla retribuzione minima (sociaal minimum), il lavoratore può chiedere un'indennità integrativa in base alla legge sui supplementi (Toeslagenwet). L'indennità cessa in ogni caso il giorno in cui il lavoratore compie 65 anni, quando di norma ha diritto a una pensione di vecchiaia.

Come beneficiare delle prestazioni di disoccupazione

Per avere diritto all'indennità di disoccupazione, l'interessato deve presentare una richiesta all'Istituto di gestione delle assicurazioni per i lavoratori subordinati (UWV) dove dovrà anche iscriversi come persona in cerca di lavoro.

Capitolo XI: Risorse minime

Requisiti per beneficiare delle prestazioni relative alle risorse minime

Legge sulle prestazioni integrative (TW)

La TW è una garanzia di reddito minimo che viene erogata a determinati beneficiari di prestazioni il cui livello di reddito è inferiore al minimo sociale. La legge TW prevede una prestazione integrativa fino al raggiungimento della differenza tra il reddito percepito e il minimo sociale.

La prestazione versata può integrare un'indennità di malattia, di disoccupazione, di invalidità, oltre all'indennità di maternità, di parto o per adozione e per affidamento.

Possono ricevere una prestazione integrativa i lavoratori:

- essere coniugato (o coabitare) e con un reddito (familiare) inferiore allo stipendio minimo; oppure
- essere solo con un figlio minore di 18 anni e con un reddito familiare inferiore al 90% dello stipendio minimo; oppure
- essere solo e con un reddito inferiore al 70% dello stipendio minimo.

Legge sulle prestazioni di inabilità al lavoro per i giovani disabili (Wajong)

Tale disposizione offre assistenza nella ricerca e il mantenimento di un'attività lavorativa per giovani disabili e studenti affetti da una disabilità che si è manifestata in giovane età. Inoltre, i giovani disabili possono richiedere un reddito minimo come integrazione dei redditi derivanti da lavoro subordinato.

Possono beneficiare di questa integrazione e/o indennità previsti a norma di legge i giovani che all'età di 17 anni sono impossibilitati a percepire un importo superiore al 75% della medesima retribuzione di una persona sana con lo stesso grado di istruzione e le stesse esperienze lavorative (maatman). Il diritto a questa integrazione e/o indennità spetta anche ai giovani con meno di 30 anni che, nel corso degli studi, non riescono a percepire un importo superiore al 75% della medesima retribuzione di una persona sana con lo stesso grado di istruzione e le stesse esperienze lavorative (maatman). Una volta terminati gli studi, questo impedirà loro di esercitare (in assoluto) un'attività professionale. È necessario che questi giovani siano stati studenti per almeno sei mesi nell'anno precedente la comparsa dell'invalidità.

Il diritto a tale indennità cessa al compimento dei 65 anni, o se si è in grado di guadagnare oltre il 75% della retribuzione di maatman.

Per aver diritto a un'indennità Wajong il richiedente deve essere stato riconosciuto inabile a guadagnare oltre il 75% della retribuzione di maatman per almeno 52 settimane continue. Vi è quindi un periodo di carenza di un anno, che tiene conto dei periodi di malattia di quattro settimane continue.

Al termine del periodo di carenza, il richiedente deve essere ancora impossibilitato a ottenere un importo superiore al 75% della retribuzione di maatman. Se così non è, per conservare il diritto all'indennità, e non si è in grado di guadagnare oltre il 75%

della retribuzione di maatman almeno nelle quattro settimane che seguono la fine del periodo di carenza.

Assistenza sociale

In qualità di garante di una rete di sicurezza, la legge sul lavoro e l'assistenza sociale (*Wet Werk en Bijstand - WWB*) assicura un reddito minimo a tutti coloro che risiedono legalmente nei Paesi Bassi e sono privi di mezzi di sostentamento sufficienti. Il sussidio di assistenza sociale viene erogato fino al periodo in cui l'interessato trova lavoro. Quest'ultimo deve fare tutto ciò che in suo potere per mantenersi ed è tenuto ad accettare il lavoro, come generalmente avviene. Nel caso in cui non riesca a trovare lavoro, egli può ricevere aiuto dal comune di residenza, presso il quale ha richiesto la prestazione sociale, e/o da una società di reintegrazione, per quanto attiene alla ricerca di un lavoro o di corsi di formazione. In linea di principio, una persona sola con spese di alloggio ha diritto a una prestazione di assistenza sociale pari al 70% della retribuzione minima.

Per maggiori informazioni sulla WWB consultare le tabelle MISSOC.

Rischi coperti

Legge sulle prestazioni integrative (TW)

La TW interviene per integrare la retribuzione di un lavoratore subordinato in ogni regime di assicurazione se la prestazione scende sotto il minimo sociale (70% della retribuzione minima) e quando nel secondo anno di malattia, continua a percepire la retribuzione dal datore di lavoro solamente per il 70%, per cui potrebbe ricevere una retribuzione inferiore al minimo sociale.

Legge sulle prestazioni di inabilità al lavoro per i giovani disabili (Wajong)

L'importo dell'indennità dipende dall'età e dalla retribuzione. È previsto un reddito minimo che consenta ai giovani disabili di produrre autonomamente quanto più reddito possibile. L'approccio generale mira a rendere allettante e interessante l'idea di svolgere un'attività lavorativa. L'indennità Wajong cambierà con l'evolversi della situazione. L'indennità si adeguerà ad eventuali cambiamenti dello stato di salute, dell'attività lavorativa o della retribuzione. Ecco perché l'Istituto di gestione delle assicurazioni per i lavoratori subordinati continuerà a valutare la situazione.

La durata di corresponsione di un'indennità Wajong è uguale a quella dell'indennità di invalidità e termina al raggiungimento dei 65 anni. L'UWV può eseguire dei controlli per riesaminare il grado di invalidità.

Come beneficiare delle prestazioni relative alle risorse minime

Legge sulle prestazioni integrative (TW)

La prestazione è erogata dall'UWV. Dopo essere stato riconosciuto come avente diritto, il richiedente ha a disposizione 6 settimane per presentare la domanda. Per ottenere una prestazione complementare a qualsiasi regime di indennità occorre rivolgersi all'UWV.

Legge sulle prestazioni di inabilità al lavoro per i giovani disabili (Wajong)

In caso di disabilità (parziale) manifestatasi prima dei diciassette anni, l'interessato può richiedere l'indennità Wajong all'UWV quattro mesi prima del compimento dei diciotto anni.

Qualora la disabilità parziale si sia manifestata nel corso negli studi e l'interessato non abbia ancora compiuto trent'anni, è possibile richiedere l'indennità Wajong entro otto mesi dalla comparsa della disabilità.

Capitolo XII: Assistenza di lunga durata

Requisiti per beneficiare dell'assistenza a lungo termine

La legge generale per le spese straordinarie di malattia (Algemene wet bijzondere ziektekosten, AWBZ), del 14 dicembre 1967, copre i rischi legati alle cure per persone ricoverate in ospedale da lungo periodo, anziani, invalidi e persone mentalmente disabili con problemi cronici.

Tutti i residenti e i non residenti che lavorano nei Paesi Bassi e, di conseguenza, pagano l'imposta sul reddito, sono coperti da assicurazione per l'assistenza a lungo termine.

L'assistenza medica fa capo a due regimi assicurativi distinti e complementari: assicurazione malattia e assicurazione per spese straordinarie di malattia. Quest'ultima è disciplinata dalla [Legge sulle spese straordinarie di malattia](#) (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten – AWBZ: Requisiti per beneficiare dell'assistenza sanitaria). La AWBZ copre tutte le persone che vivono o lavorano nei Paesi Bassi. In linea di principio, coloro che risultano obbligatoriamente assicurati in base alla legge sulle spese straordinarie di malattia, sono tenuti a sottoscrivere un'assicurazione sanitaria. Il governo ha previsto due eccezioni a questa norma generale: per i membri delle forze armate in servizio attivo e per gli obiettori di coscienza.

Rischi coperti

L'assistenza prevede cinque forme generali di erogazione: assistenza personale (che consiste, ad esempio, nell'aiutare le persone a lavarsi, vestirsi, farsi la barba, andare in bagno, mangiare e bere), servizi infermieristici (quali medicazioni, e iniezioni), supporto sociale (che prevede l'offerta di aiuti nello svolgimento delle attività quotidiane o nella gestione della casa), cure (ossia cure specifiche prestate da un geriatra specializzato, un medico competente per il trattamento dei disturbi dello sviluppo o uno studioso del comportamento) e alloggio (che si traduce in strutture protette e offerta di assistenza ospedaliera quando la necessità di cure particolari non consente l'erogazione di assistenza domiciliare).

L'assistenza viene offerta sotto forma di "prodotti". L'assistenza domiciliare, il ricovero presso case di cura oppure presso un istituto specializzato per invalidità fisica o disturbi dello sviluppo, sono tutti esempi di prodotti offerti ai sensi della AWBZ. Un prodotto consiste in una funzione singola o in più funzioni.

Nell'ambito di un esperimento, per quanto concerne le prestazioni in denaro, l'assicurato può decidere rinunciare all'assistenza in natura per un budget di assistenza personale (persoonsgebonden budget, PGB) che gli consenta di procurarsi autonomamente tale forma di assistenza. Questo budget è disponibile solo per persone a cui è stata prescritta un'assistenza di lunga durata (alloggio). L'importo del PGB varia a seconda del tipo di assistenza richiesta.

Le persone che già ricevono un PGB senza avere una prescrizione di assistenza di lunga durata (alloggio) conservano il proprio budget fino al 1° gennaio 2014..

I fornitori di assistenza informale che prestano servizio a persone bisognose di assistenza domiciliare a lungo termine ricevono una compensazione finanziaria annuale di 200 EUR l'anno.

L'assistenza viene fornita sotto forma di prestazione in natura. Le prestazioni in natura coperte sono:

cure domiciliari+

Si tratta di un tipo di assistenza domiciliare erogato da una struttura a persone assicurate colpite da disturbi o patologie di tipo somatico, psicogeriatrico o psichiatrico, oppure affette da inabilità fisica o mentale. Nell'ambito dell'assistenza personale è previsto il sostegno o il controllo di alcune attività, al fine di compensare la (temporanea) inabilità della persona assicurata a vivere in modo autonomo.

L'assistenza domiciliare comprende anche la messa a disposizione di attrezzature infermieristiche per un periodo massimo di 26 settimane.

assistenza semiresidenziale+

Si tratta di un tipo di assistenza erogato da una struttura a persone assicurate colpite da disturbi o patologie di tipo somatico, psicogeriatrico o psichiatrico, oppure affette da inabilità fisica o mentale. Quest'assistenza mira a favorire o a sostenere l'autosufficienza e contribuisce a prevenire l'istituzionalizzazione o la negligenza dell'assicurato.

cure residenziali:

Si tratta di un tipo di assistenza erogato necessariamente da una struttura qualora l'assicurato, colpito da disturbo o patologia di tipo somatico, psicogeriatrico o psichiatrico oppure affetto da inabilità fisica o mentale, necessiti di un ambiente di vita e di un ambiente terapeutico protetti o di un controllo costante.

Altri benefici

Oltre alle suddette funzioni di assistenza, l'AWBZ prevede anche, ad esempio, il trasporto dei pazienti, l'utilizzo di attrezzature infermieristiche, l'offerta di sostegno e assistenza per l'impiego della lingua dei segni, la prestazione di cure riabilitative, l'erogazione di assistenza durante il periodo di gravidanza, lo svolgimento di ricerche su determinati disturbi congeniti del metabolismo e l'esecuzione di vaccinazioni previste da un programma specifico.

Come beneficiare dell'assistenza a lungo termine

Il centro di valutazione assistenza (Centrum Indicatiestelling Zorg, CIZ) ha il compito di stabilire in modo imparziale, oggettivo e preciso la necessità di ricevere una cura o meno e, in caso affermativo, il tipo e la quantità di cure da erogare.

Il CIZ valuta l'esigenza di ricevere cure basandosi sulla Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute (ICF) elaborata dall'Organizzazione mondiale della sanità. La valutazione del CIZ risulta valida fino a un certo periodo nell'arco massimo di cinque anni. Dopo tale periodo, è necessaria una nuova valutazione delle necessità.

Le cure sono erogate principalmente da parte di alcune strutture. Per poter fornire cure ai sensi della legge AWBZ, la struttura deve essere stata autorizzata e deve aver stipulato un accordo con un ente responsabile dell'attuazione delle disposizioni previste in questa legge.

Gli assicurati possono anche decidere di utilizzare il proprio budget di assistenza personale (persoonsgebonden budget, PGB) per avvalersi del servizio offerto da un fornitore di assistenza informale (ad esempio un vicino di casa o un amico) o da fornitori professionisti (come le agenzie specializzate).

La cassa malattia rilascia al lavoratore una tessera di iscrizione che dimostra, in ogni occasione in cui dovrà ricorrere alle prestazioni mediche, che egli è regolarmente assicurato. Coloro che hanno sottoscritto un'assicurazione malattia conformemente alla legge in materia vengono automaticamente iscritti presso l'ente previdenziale per l'assicurazione prevista dall'AWBS.

Allegato : Recapiti delle istituzioni e degli enti e siti Internet utili

Per le questioni previdenziali che coinvolgono più di uno Stato membro dell'Unione europea, si può fare riferimento a uno degli enti europei indicati nell'elenco gestito dalla Commissione europea e disponibile all'indirizzo: http://ec.europa.eu/employment_social/social-security-directory/welcome.seam?langId=it

Per maggiori informazioni sul sistema previdenziale olandese: «Stand van zaken van de sociale zekerheid overzicht 1 juli 2011» (disponibile anche in inglese) consultabile al seguente indirizzo internet: overzicht 1 juli 2012 (Il sistema di previdenza sociale nei Paesi Bassi aggiornato al 1° luglio 2012) consultabile al seguente indirizzo Internet:

<http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/brochures/2012/01/04/stand-van-zaken-van-de-sociale-zekerheid.html>

Per ulteriori informazioni sull'assistenza sanitaria nei Paesi Bassi, consultare *Gezondheid en Zorg* all'indirizzo:

<http://www.rijksoverheid.nl/themas/gezondheid-en-zorg>

Informazioni sul diritto in inglese:

<http://www.government.nl/issues/pensions-and-benefits>

Informazioni sulla previdenza sociale transfrontaliera

Consiglio di previdenza sociale College voor zorgverzekeringen (CVZ)

Postbus 320
1110 AH Diemen
Tel.: (31-10) 428 9551
<http://www.buitenland.cvz.nl>

Banca delle assicurazioni sociali Sociale Verzekeringsbank (SVB)

Postbus 357
1180 AJ Amstelveen

Sezione internazionale Internationale Detachering (ID)]

Tel.: (31-20) 656 52 77

Assicurazione volontaria Vrijwillige Verzekeringen AOW/Anw

Tel. 020 656 52 25
Vestiging Roermond Postbus 1244
6040 KE Roermond

Tel.: (31-475) 36 80 40
<http://www.svb.nl>

Ufficio per le relazioni con la Germania

Bureau voor Duitse Zaken

Takenhofplein 4

6538 SZ Nijmegen

Tel.: (31-24) 343 19 00

<http://www.svb.nl/bdz>

bdz@svb.nl

Ufficio per le relazioni con il Belgio

Bureau voor Belgische Zaken

Rat Verlegstraat 2

4815 NZ Breda

Tel.: (31-76) 54 85 840

<http://www.svb.nl/bdz>

bdz@svb.nl

Istituto di gestione delle assicurazioni per i lavoratori subordinati

Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen (UWV)

Postbus 58285 1040 HG Amsterdam

Tel.: (31-88) 898 2001

<http://www.uwv.nl>

Erogazione delle prestazioni sanitarie all'estero (Agis)

[Zorgverzekering buitenland (Agis)]

Postbus 19 3800 HA Amersfoort

Tel.: (31-900) 8685

<http://www.agisweb.nl>

Erogazione delle prestazioni sanitarie all'estero (CZ Sittard)

Zorgverzekering buitenland (CZ Sittard)

Postbus 55

6130 MA Sittard

<http://www.cz.nl/>

Informazioni sugli adempimenti fiscali transfrontalieri

**Centro di consulenza per i Lavoratori e le Imprese oltre frontiera Germania,
Belgio, Paesi Bassi**

**Steunpunt Grensoverschrijdend Werken en Ondernemen (GWO) Duitsland,
België Nederland**

Terra Nigrastraat 10

6216 BL Maastricht

Tel.: 0800 024 12 12 (dai Paesi Bassi)

0800 902 20 (dal Belgio)

0800 101 13 52 (dalla Germania)

<http://www.belastingdienst.nl>

Amministrazione fiscale e doganale

Belastingdienst

Limburg/ufficio estero

(Limburg/kantoor Buitenland)

Postbus 2865

6401 DJ Heerlen

Tel.: (31-55) 53 85 385

<http://www.belastingdienst.nl>

http://www.minfin.nl/nl/onderwerpen,belastingen/belastingen_internationaal