



Comisión
Europea

La Seguridad Social

en los Países Bajos

La información que figura en la presente guía se ha redactado y actualizado en estrecha colaboración con los corresponsales nacionales del Sistema de Información Mutua sobre Protección Social (MISSOC). Para más información sobre la red MISSOC, véase: <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=es&catId=815>.

La presente guía ofrece una descripción general de las disposiciones en materia de Seguridad Social de cada país. Puede obtenerse más información en otras publicaciones de MISSOC, disponibles en el enlace anterior. Asimismo, es posible dirigirse a las autoridades y las instituciones competentes que figuran en la lista del anexo I de esta guía.

Ni la Comisión Europea ni ninguna persona que actúe en su nombre serán responsables del uso que pudiera hacerse de la información contenida en la presente publicación.

ÍNDICE

Capítulo I. Introducción, organización y financiación	5
Introducción.....	5
Organización de la protección social	6
Financiación	7
Capítulo II. Asistencia sanitaria	8
Nacimiento del derecho a la asistencia sanitaria.....	8
Alcance de la cobertura	8
¿Cómo se accede a la asistencia sanitaria?.....	10
Capítulo III. Prestaciones de enfermedad en metálico	11
Nacimiento del derecho a las prestaciones de enfermedad en metálico	11
Alcance de la cobertura	11
¿Cómo se accede a las prestaciones de enfermedad en metálico?	11
Capítulo IV. Prestaciones de maternidad y paternidad	13
Nacimiento del derecho a las prestaciones de maternidad y paternidad	13
Alcance de la cobertura	13
¿Cómo se accede a las prestaciones de maternidad y paternidad?.....	14
Capítulo V. Prestaciones de invalidez.....	15
Nacimiento del derecho a las prestaciones de invalidez.....	15
Alcance de la cobertura	15
¿Cómo se accede a las prestaciones de invalidez?.....	16
Capítulo VI. Pensiones y prestaciones de vejez	17
Nacimiento del derecho a las prestaciones de vejez.....	17
Alcance de la cobertura	17
¿Cómo se accede a las prestaciones de vejez?.....	17
Capítulo VII. Prestaciones de supervivientes	19
Nacimiento del derecho a las prestaciones de supervivientes.....	19
Alcance de la cobertura	19
¿Cómo se accede a las prestaciones de superviviente?	20
Capítulo VIII. Prestaciones de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales ..	21
Nacimiento del derecho a las prestaciones de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.....	21
Alcance de la cobertura	21
¿Cómo se accede a las prestaciones de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales?	21
Capítulo IX. Prestaciones familiares	22
Nacimiento del derecho a las prestaciones familiares.....	22
Alcance de la cobertura	22
¿Cómo se accede a las prestaciones familiares?.....	22
Capítulo X. Desempleo	23
Nacimiento del derecho a las prestaciones de desempleo	23
Alcance de la cobertura	23
¿Cómo se accede a las prestaciones de desempleo?	24
Capítulo XI. Recursos mínimos	25
Nacimiento del derecho a prestaciones relativas a los recursos mínimos	25
Alcance de la cobertura	26
¿Cómo se accede a las prestaciones de recursos mínimos?	26
Capítulo XII. Dependencia	28
Nacimiento del derecho a las prestaciones de dependencia	28
Alcance de la cobertura	28
¿Cómo se accede a las prestaciones de dependencia?.....	29

Anexo: Direcciones de instituciones y sitios web útiles31

Capítulo I. Introducción, organización y financiación

Introducción

El sistema de la Seguridad Social neerlandesa incluye las siguientes ramas de los seguros sociales:

- enfermedad y maternidad;
- seguro de incapacidad para el trabajo. No existe un régimen especial del seguro de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales;
- vejez;
- prestaciones de supervivencia;
- desempleo;
- prestaciones por hijos.

Asegurados

Normalmente están asegurados todos los trabajadores por cuenta ajena y por cuenta propia. No obstante, los trabajadores por cuenta propia no están asegurados contra el desempleo ni perciben subsidios de enfermedad ni prestaciones de incapacidad.

¿Qué hay que hacer para estar afiliado a la Seguridad Social?

Desde el momento en que trabaja en los Países Bajos como trabajador por cuenta ajena, esta automáticamente afiliado a todos los seguros arriba indicados.

Sólo existe una excepción: la Ley del Seguro de Asistencia sanitaria impone a todos los residentes en los Países Bajos y a todos los no residentes que paguen el impuesto sobre la renta de los Países Bajos que suscriban un seguro de asistencia sanitaria con una compañía de seguros de enfermedad. El seguro no se establece de forma automática simplemente porque el interesado cumpla los criterios, como sucede con el seguro contemplado en la Ley general de gastos extraordinarios de enfermedad. Ello se debe a que el interesado debe elegir un asegurador y celebrar un contrato de seguro. Por su parte, los aseguradores tienen la obligación de aceptar a cualquier persona que solicite un seguro.

Si trabaja por cuenta propia y su empresa tiene su sede en los Países Bajos o ejerce en los mismos su profesión, queda automáticamente cubierto por la mayoría de los seguros nacionales. Sin embargo, no está cubierto por el régimen de seguro del desempleo.

Otros trámites

Si trabaja por cuenta ajena, tendrá que tratar con el Instituto para los Regímenes de Prestaciones para los Trabajadores por Cuenta Ajena (*UWV, Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen*) en caso de incapacidad para el trabajo o de desempleo. El UWV también se encarga de las actividades de búsqueda de empleo.

Otro organismo importante para usted es el Banco de Seguros Sociales (*Sociale Verzekeringsbank*), al que deberá dirigirse para percibir prestaciones familiares o una pensión de vejez si ha cumplido 65 años.

En caso de defunción, el superviviente y/o los hijos deberán dirigirse asimismo al Banco de Seguros Sociales.

Cómo abonar las cotizaciones

Si trabaja por cuenta ajena su empresario pagará las cotizaciones debidas a las distintas ramas de la Seguridad Social. La parte de la cotización a su cargo le será retenida de su salario. Su empresario está obligado a reembolsar la cuantía de la cotización, proporcional a los ingresos, que ha pagado en virtud de la Ley del Seguro de Asistencia sanitaria. Si percibe prestaciones económicas, la institución que las abona deberá, en determinados supuestos, retener una cotización sobre estas prestaciones.

Si trabaja por cuenta propia, recibirá un estado de las cotizaciones a abonar. Este estado muestra asimismo la cuantía de la cotización proporcional a la renta a pagar en virtud de la Ley del Seguro de Asistencia sanitaria.

En el caso del seguro de asistencia sanitaria, la cotización nominal es cobrada directamente por la compañía de seguros de enfermedad (asegurador) a la que está afiliado. Su empresario, o la institución afectada, le podrán dar la información adicional sobre la base de cotización que le corresponde.

Qué hacer si no está de acuerdo con una decisión tomada por la institución competente

Si no está de acuerdo con una decisión de una institución aseguradora, puede recurrirla. Para ello, debe presentar un recurso, en determinado plazo, contra la decisión en cuestión ante el organismo que la ha tomado. Éste deberá entonces analizar la decisión y pronunciarse sobre el recurso. Puede apelar la decisión sobre el recurso, siempre en determinado plazo, ante la sección administrativa del Tribunal de Primera Instancia (*Arrondissementsrechtbank*) que estará indicado en la propia decisión. La decisión indica asimismo el plazo en el que puede apelar.

Para apelar debe presentar ante el Tribunal de Primera Instancia un poder en el que declare impugnar la decisión de la institución y solicitar una nueva. Debe adjuntar una copia de la decisión impugnada.

Si el Tribunal de Primera Instancia tomó una decisión con la que tampoco está de acuerdo, podrá de nuevo, en la mayoría de los casos, apelar ante el Tribunal Central de Apelaciones (Centrale Raad van Beroep, Vrouwe Justitiaplein 1, Postbus 16002, 3500 DA Utrecht), en un plazo de seis semanas a contar desde la notificación de la sentencia.

Organización de la protección social

En los Países Bajos, la seguridad social depende conjuntamente del Ministerio de Asuntos Social y Empleo (*Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid*) y del Ministerio de Salud, Bienestar y Deporte (*Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport*). Existe una distinción entre el seguro nacional, por una parte, que cubre a toda la población, y el seguro de los trabajadores por cuenta ajena, por la otra, que solo cubre a estos últimos. El seguro nacional ofrece:

- seguro de vejez,

- sustento a los supervivientes,
- asistencia médica,
- seguro para gastos médicos excepcionales y
- las prestaciones familiares.

El seguro de los trabajadores por cuenta ajena ofrece:

- seguro para baja de enfermedad,
- seguro de invalidez y
- prestaciones del seguro de desempleo.

Existe un seguro de pensión de invalidez para jóvenes discapacitados. No existe un seguro especial para accidentes de trabajo o enfermedades profesionales, ya que estos riesgos son cubiertos por otros regímenes de seguro. Además de estos, el Estado ofrece un régimen de asistencia social que gestionan las autoridades municipales. Este régimen se caracteriza por formar una red de seguridad, ya que su objetivo es garantizar ingresos mínimos garantizados para las personas que no tienen o han dejado de tener recursos financieros para sufragar los costes necesarios para vivir.

Con la excepción del seguro para gastos médicos excepcionales y gastos de atención médica, los regímenes nacionales de seguro son gestionados por el Banco de la Seguridad Social (*Sociale Verzekeringsbank*).

El Instituto para los Regímenes de Prestaciones para los Trabajadores por Cuenta Ajena (*UWV*) se encarga de administrar los regímenes de seguridad de los trabajadores por cuenta ajena. El servicio de empleo público también es gestionado por el UWV. El Servicio de Inspección de Asuntos Sociales y Empleo (*Inspectie SZW*) se encarga de supervisar al UWV y al Banco de Seguros Sociales (*SVB*).

El seguro de enfermedad (atención médica) es gestionado por compañías privadas de seguro de enfermedad, bajo la supervisión de la Autoridad Neerlandesa de Asistencia sanitaria (*Nederlandse Zorgautoriteit*).

El seguro general para gastos médicos excepcionales es gestionado por empresas privadas de seguro de enfermedad, bajo la supervisión, asimismo, de la Autoridad Neerlandesa de Asistencia sanitaria (*Nederlandse Zorgautoriteit*).

Véase también el apartado sobre instituciones competentes.

Financiación

El sistema de Seguridad Social neerlandés se financia a través de un sistema de cotizaciones (que pagan los residentes y no residentes, los trabajadores por cuenta ajena, los trabajadores por cuenta propia y los empresarios) y de impuestos. En ocasiones se realiza una financiación adicional con cargo a los impuestos generales, por ejemplo, para las pensiones de vejez.

Capítulo II. Asistencia sanitaria

Nacimiento del derecho a la asistencia sanitaria

Los cuidados médicos están cubiertos por dos regímenes de seguros distintos que se complementan mutuamente: el seguro de asistencia sanitaria y el seguro de los gastos especiales por enfermedad. Este último está basado en la Ley General de los Gastos Excepcionales de Enfermedad (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, AWBZ).

Las personas que tienen la obligación de asegurarse con arreglo a esta Ley General de los Gastos Excepcionales de Enfermedad son los residentes legales en los Países Bajos, o las personas que viven en otro país, pero que trabajan en los Países Bajos y pagan el impuesto sobre la renta neerlandés. Estas personas tienen la obligación de afiliarse al seguro de enfermedad con arreglo a lo dispuesto en la Ley del Seguro de Asistencia sanitaria (*Zorgverzekeringswet*).

El Gobierno ha establecido dos excepciones a esta norma general:

- Los miembros del Ejército en servicio activo quedan asegurados en virtud de la Ley General de los Gastos Excepcionales de Enfermedad, pero no tienen que suscribir un seguro en virtud de la Ley del Seguro de Asistencia sanitaria. Reciben asistencia de los servicios médicos del ejército.
- Se ha establecido otra excepción a la obligación de suscribir un seguro para los objetores de conciencia. Las personas que se oponen por principio al seguro no pagan las primas contempladas en la Ley General de los Gastos Excepcionales de Enfermedad ni están obligadas a suscribir un seguro con arreglo a la Ley del Seguro de Asistencia sanitaria. No obstante, pagan la cotización basada en los ingresos en forma de un impuesto sustitutivo.

Como tomador de un seguro de enfermedad con arreglo a la Ley del Seguro de Asistencia sanitaria, tiene derecho a prestaciones médicas. Las pólizas de seguro de enfermedad presentan dos variantes principales: las pólizas basadas en prestaciones en especie y las pólizas basadas en el reembolso de los gastos médicos. Su asegurador le entregará una tarjeta de miembro que atestiguará su condición de asegurado cada vez que recurra a la asistencia sanitaria. La suscripción de un seguro de asistencia sanitaria con una compañía de seguros de enfermedad le garantiza automáticamente un seguro AWBZ.

Alcance de la cobertura

El asegurador le podrá explicar con detalle el conjunto de prestaciones que puede solicitar en virtud de la Ley del Seguro de Asistencia sanitaria y de la Ley AWBZ. Los asegurados en virtud de la Ley del Seguro de Asistencia sanitaria tienen, en concreto, derecho a las siguientes prestaciones:

Asistencia sanitaria

Los cuidados médicos incluyen prestaciones como las que suministran los médicos generalistas, especialistas, psicólogos y ginecólogos. Ello no significa que estas prestaciones deberán ser proveídas por estas personas. Si no son prestaciones reservadas que deben estar registradas y cuyo título debe ser protegido en virtud de

la ley sobre las profesiones del sector de la asistencia sanitaria individual, las prestaciones en cuestión pueden ser efectuadas por otras personas. Estas prestaciones incluyen, entre otros, los exámenes anexos de laboratorio y los cuidados de enfermería.

Incluyen asimismo las pruebas genéticas, la hemodiálisis no clínica, los servicios para los pacientes con problemas respiratorios crónicos intermitentes y la prevención de las trombosis. Las máquinas necesarias para la hemodiálisis no clínica y la respiración artificial para los pacientes crónicos intermitentes están incluidas en los productos sanitarios. Algunos cuidados proveídos por médicos especialistas pueden estar excluidos de las prestaciones reembolsadas. Asimismo, es necesario señalar que la parte asumida por el asegurado corresponde a una cuantía máxima fijada por el reglamento de aplicación.

Los cuidados de salud mental (incluyendo la asistencia psicológica general) están cubiertos en virtud de la Ley del Seguro de Asistencia sanitaria.

Productos farmacéuticos

Los suministros farmacéuticos incluyen los medicamentos y determinados productos alimenticios destinados a un uso médico. Los medicamentos autorizados se reparten, en principio, en grupos de sustancias terapéuticas equivalentes. El límite máximo de reembolso de un grupo de medicamentos se fija en función del precio medio de los medicamentos de dicho grupo. Si un asegurado elige un medicamento cuyo precio supera este límite máximo, deberá abonar la diferencia. No existe un límite máximo de reembolso por un medicamento autorizado que no tiene equivalente con otras sustancias terapéuticas. Este sistema se denomina «sistema de reembolso de los medicamentos» (Geneesmiddelenvergoedingensysteem o GVS).

La entidad aseguradora puede limitar el reembolso de los medicamentos a los productos prescritos en función de su sustancia activa. Cabe destacar que son los propios aseguradores los que, en algunos supuestos, determinan los medicamentos que son reembolsados.

Transporte

El transporte de los enfermos se realiza, previa autorización, en ambulancia, taxi o automóvil particular siempre y cuando exista una prescripción médica. El médico tratante proporciona a este efecto un certificado. Estas prestaciones cubren asimismo los gastos de transporte en común en el tipo de transporte más barato si se trata de un desplazamiento a una institución de asistencia sanitaria o a partir de ella. En determinados supuestos, el asegurador puede autorizar un medio de transporte excepcional como, por ejemplo, un helicóptero.

Independientemente de que se trate de un transporte en común, en taxi o en automóvil particular, el asegurado paga inicialmente determinada cuantía durante doce meses. Los gastos del transporte en vehículo particular se reembolsan a una tarifa de una cuantía fijada por kilómetro recorrido.

Sólo está autorizado el transporte de enfermos en posición acostada o que necesiten vigilancia en cuatro supuestos: pacientes de diálisis renal, pacientes en tratamiento de quimioterapia o radioterapia, invidentes que no pueden desplazarse sin acompañante y, por último, los pacientes en silla de ruedas. La distancia está limitada a 200 kilómetros (viaje de ida). El paciente, previamente autorizado por el asegurador a solicitar cuidados en una institución o un servicio de asistencia sanitaria más alejado,

y que reciben los cuidados a cargo del seguro de asistencia sanitaria (tanto en los Países Bajos como en el extranjero) tiene derecho al reembolso de los gastos de transporte a una mayor distancia.

Existe, sin embargo, una cláusula de imprevisión por la cual, en determinados supuestos, los asegurados que no están incluidos en las categorías antes indicadas pueden, no obstante, solicitar un reembolso. Puede ser el caso cuando el asegurado debe desplazarse para recibir tratamiento de una enfermedad o afección de larga duración.

Tratamiento odontológico

En el caso de los menores de 18 años, el cuidado dental incluye intervenciones de mantenimiento preventivo, la aplicación de fluoruro hasta dos veces al año a partir de los 6 años de edad, emplastes, la atención periodontal y tratamientos quirúrgicos. En el caso de los adultos, se cubren las dentaduras postizas y el tratamiento quirúrgico especializado.

Prótesis, gafas, audífonos

Estos gastos sanitarios requieren la aprobación previa del asegurador. No existe una participación en los gastos para calzado ortopédico y audífonos si se cumplen determinadas condiciones.

Tratamiento hospitalario

Los cuidados hospitalarios, a excepción de los hospitales psiquiátricos o los servicios psiquiátricos de los hospitales generales o universitarios, son asumidos con arreglo a la ley AWBZ siempre que tengan una duración superior a un año.

¿Cómo se accede a la asistencia sanitaria?

Su asegurador le entregará una tarjeta de miembro que atestiguará su condición de asegurado cada vez que recurra a la asistencia sanitaria.

El asegurado puede acudir a cualquier médico autorizado a ejercer la medicina. Sin embargo, para consultar a un especialista es necesario visitar primero a un médico generalista. En relación con los tratamientos hospitalarios, el asegurado puede elegir libremente entre los hospitales e instituciones aprobados por el Ministerio de Sanidad.

Los pagos los realizará la compañía de seguros privada. Para recibir la mayor parte de los servicios contemplados en la Ley, los asegurados mayores de 18 años tienen que hacer una contribución personal a su coste. Sin embargo, existe una compensación para los enfermos crónicos.

Para recibir productos farmacéuticos, los asegurados deben inscribirse en la farmacia de su elección.

Capítulo III. Prestaciones de enfermedad en metálico

Nacimiento del derecho a las prestaciones de enfermedad en metálico

Derecho a los subsidios de enfermedad durante el período de aseguramiento

El Código Civil obliga al empresario a seguir abonando a su trabajador enfermo, durante los dos primeros años de enfermedad, al menos el 70 % de su salario. Para las personas que (ya) no trabajan para un empresario, la Ley del Seguro de Enfermedad prevé un dispositivo de seguridad. Después de un período de dos años, se puede optar a un prestación en virtud de la Ley del «Trabajo y Salario según la Capacidad para el Trabajo» (*WIA*).

El trabajador tiene derecho a los subsidios de enfermedad cuando la relación de trabajo finaliza el primer día de enfermedad o durante el período de pago obligatorio del salario. Los subsidios se abonan a partir del final de la relación de trabajo, con un mínimo de dos días de carencia. Existen dos situaciones posibles: un trabajador que tiene un empresario está cubierto por su empresario, que abonará el sueldo durante un máximo de dos años. Si un trabajador tiene un contrato de duración determinada, trabaja como trabajador eventual (*uitzendkracht*) o percibe un subsidio de desempleo y enferma, el Instituto Nacional de Seguros Sociales (*UWV*) desempeña el papel de empresario y la persona percibe un subsidio de enfermedad.

El derecho a los subsidios de enfermedad se extingue en cualquier caso el primer día del mes en el que cumpla 65 años o cuando el asegurado deje de estar enfermo.

Derecho a los subsidios de enfermedad tras la finalización del seguro

En determinados supuestos, una enfermedad declarada menos de un mes después de la finalización del seguro puede dar todavía derecho a los subsidios.

Alcance de la cobertura

El trabajador por cuenta ajena recibe (como mínimo) un 70 % de su sueldo o salario durante los primeros dos años de enfermedad. El empresario sigue abonando el salario al empleado hasta la semana 104 de enfermedad del asalariado, pero nunca más allá de la duración del contrato.

El salario diario máximo para este cálculo es de 193,09 EUR. Los consejos sectoriales pueden aumentar este porcentaje con la aprobación del Ministro en convenios colectivos entre trabajadores y empresarios. Además, si percibe unos ingresos inferiores al 70 % del salario mínimo se puede solicitar un complemento con arreglo a la Ley de los Subsidios Adicionales (*Toeslagenwet, TW*) (sujeto a la comprobación de ingresos).

¿Cómo se accede a las prestaciones de enfermedad en metálico?

El trabajador con derecho a los subsidios de enfermedad debe declarar o hacer declarar su enfermedad a la mayor brevedad posible (a más tardar el segundo día de enfermedad), desde el momento en que deja de trabajar o no puede acudir al trabajo

por razón de su enfermedad. El empresario informará al trabajador de las normas de notificación en este sentido.

El trabajador debe permitir que se realicen controles. Normalmente, debe encontrarse en su domicilio en los momentos indicados en las prescripciones de control.

El trabajador que solicita percibir subsidios de enfermedad, por lo cual el control de la incapacidad para el trabajo está pues asegurado por una institución del seguro de enfermedad, debe respetar las prescripciones del Instituto Nacional de Seguros Sociales (*UWV*).

Capítulo IV. Prestaciones de maternidad y paternidad

Nacimiento del derecho a las prestaciones de maternidad y paternidad

Véase el apartado sobre asistencia sanitaria.

Los asegurados en virtud de la Ley del Seguro de Asistencia sanitaria tienen, en concreto, derecho a una asistencia por maternidad. Los asegurados con arreglo a la Ley AWBZ tienen, en particular, derecho a una asistencia a la madre y al hijo.

Si está asegurada personalmente en los Países Bajos en calidad de trabajadora por cuenta ajena tiene derecho, en caso de embarazo, a la prestación de maternidad en metálico (*Zwangerschapsuitkering o WAZO, Wet Arbeid en Zorg*).

Alcance de la cobertura

Los asegurados en virtud de la Ley del Seguro de Asistencia sanitaria tienen derecho a los cuidados a la madre y al hijo tras el parto durante un máximo de diez días.

Los asegurados con arreglo a la Ley AWBZ tienen derecho a prestaciones que incluyen el acompañamiento, la orientación y otros cuidados durante el embarazo y, durante los primeros años de vida, un examen periódico del estado de salud del niño. Normalmente, la ley AWBZ cubre los gastos de tratamiento, los cuidados de enfermería y la asistencia en caso de enfermedad de larga duración o discapacidad grave.

La licencia por maternidad se concede por un periodo de 16 semanas. Antes del parto es obligatorio disfrutar de una licencia de 4 a 6 semanas; después del parto, quedan entre 10 y 12 semanas de licencia.

En caso de parto prematuro, el número de días de adelanto se añaden a la licencia para después del parto. Si el niño nace después del período normal, el número de días de retraso se añade al período total de licencia. En este caso, la licencia será superior a 16 semanas.

Durante el embarazo, la asegurada percibirá una prestación de maternidad equivalente a su salario diario completo. Durante las dieciséis semanas de excedencia por maternidad tiene derecho, a título de subsidio, al 100 % de su salario que le será abonado por el organismo al que esté afiliada su empresa. El salario diario máximo para este cálculo es de 193,09 EUR.

Si, tras recibir este subsidio, sigue incapacitada para trabajar debido a su embarazo o el parto, le será abonado el mismo subsidio (es decir, el 100 % de su salario diario) durante un máximo de 52 semanas. Si, antes de la excedencia por maternidad estuvo enferma debido al embarazo, percibirá subsidios de enfermedad con el límite máximo de la totalidad de su salario diario.

Además, tiene derecho al parto gratuito y al reembolso de los cuidados posnatales de la Caja de Enfermedad si está afiliada al seguro neerlandés de la asistencia sanitaria (*Zorgverzekeringswet*). Normalmente, los servicios de obstetricia son prestados por una comadrona, pero también pueden ser prestados por un médico generalista o

especialista; en caso necesario, se prestan en una clínica u hospital, cuando no se disponga de una comadrona o cuando así lo recomiende el médico.

¿Cómo se accede a las prestaciones de maternidad y paternidad?

Para obtener las prestaciones, debe presentar previamente un certificado de embarazo (*Zwangerschapsverklaring*) a su empresario, que solicitará al UWV el reembolso de la licencia por maternidad. Los trabajadores por cuenta propia pueden dirigirse al UWV para percibir las prestaciones de maternidad.

Para obtener más información sobre los servicios de obstetricia gratuitos y el reembolso de los gastos de atención tras el parto, debe dirigirse a su compañía aseguradora.

Si desea recurrir a los servicios de un centro de maternidad (*Kraamcentrum*), diríjase a una asociación de asistencia médica (*Kruisvereniging*) a más tardar cinco meses antes de la fecha prevista del parto.

Capítulo V. Prestaciones de invalidez

Nacimiento del derecho a las prestaciones de invalidez

Trabajadores

La Ley del «Trabajo y Salario según la Capacidad para el Trabajo» (*Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen, WIA*) incluye a todos los trabajadores por cuenta ajena que presentan una incapacidad total o parcial para trabajar.

Se considerará que el asegurado tiene una incapacidad total o parcial para trabajar cuando, como consecuencia de una enfermedad o una discapacidad, no pueda ganar el salario normal de un trabajador sano con una formación similar y cualificaciones equivalentes en el lugar donde trabaja o ha trabajado el asegurado, o en las proximidades. No se hacen distinciones basadas en la causa de la incapacidad (invalidez o accidente de trabajo). Para recibir una prestación, el asegurado debe sufrir una invalidez del 35 %.

En el caso de las personas con una discapacidad parcial, no se hace hincapié en la protección del ingreso, sino en las posibilidades de rehabilitación. El Reglamento sobre la concesión de prestaciones a las personas con una incapacidad parcial para el trabajo (*Regeling Werkhervatting Gedeeltelijk Arbeidsgehandicapten, WGA*) concede incentivos al trabajador por cuenta ajena y al empresario para la rehabilitación del empleado. El Reglamento de concesión de prestaciones a las personas con una incapacidad total para el trabajo (*Regeling inkomensvoorziening volledig en duurzaam arbeidsongeschikten, IVA*) ofrece ingresos en caso de incapacidad total y permanente para el trabajo, sin perspectivas de recuperación. El Reglamento de concesión de prestaciones a las personas con una incapacidad total para el trabajo (*IVA*) y el Reglamento sobre la concesión de prestaciones a las personas con una incapacidad parcial para el trabajo (*WGA*) forman parte de la Ley del «Trabajo y Salario según la Capacidad para el Trabajo» (*WIA*).

Trabajador autónomo

Los trabajadores por cuenta propia que hayan quedado incapacitados para el trabajo y o están cubiertos por estas prestaciones deben asegurarse por sí mismos contra el riesgo de incapacidad para el trabajo.

Alcance de la cobertura

La Ley del «Trabajo y Salario según la Capacidad para el Trabajo» (*Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen, WIA*) consiste en dos partes:

Reglamento de concesión de prestaciones a las personas con una incapacidad parcial para el trabajo

El Reglamento de concesión de prestaciones a las personas con una incapacidad parcial para el trabajo (*Regeling Werkhervatting Gedeeltelijk Arbeidsgehandicapten, WGA*) ofrece una prestación basada en el salario que se concede por un período que va de 3 a 38 meses. El importe de la prestación depende del grado de discapacidad, del último sueldo del trabajador por cuenta ajena y del salario que recibía este cuando

se encontraba parcialmente discapacitado. Si el asegurado no trabaja, recibirá un 75 % del último salario durante los primeros dos meses y un 70 % del último salario a partir de entonces. Si el asegurado sufre una discapacidad parcial y trabaja, recibirá un 75 % de la diferencia entre su último salario y los ingresos del trabajo obtenidos por encima de su salario durante los primeros dos meses.

Se puede conceder un complemento salarial o una prestación de seguimiento hasta cumplir la edad de 65 años. Si el asegurado gana al menos un 50 % de su capacidad de ganancia restante, su salario se complementará con el 70 % de la diferencia entre el último salario y la capacidad de ganancia restante. Quien, al finalizar el período de percepción del subsidio vinculado al salario, no tiene trabajo o gana menos del 50 % de la capacidad de ganancia restante, recibe un subsidio basado en un porcentaje del salario mínimo estipulado.

Reglamento de concesión de prestaciones a las personas con una incapacidad total para el trabajo

Con arreglo al Reglamento de concesión de prestaciones a las personas con una incapacidad parcial para el trabajo, el asegurado recibirá un 75 % de su último salario.

¿Cómo se accede a las prestaciones de invalidez?

El UWV debe evaluar si está incapacitado para el trabajo, y en qué medida. A tal efecto, lo informarán sobre cómo solicitar una prestación tras un máximo de 20 meses a partir del momento en que haya comenzado su incapacidad para trabajar. Debe presentar su solicitud en un plazo máximo de 21 meses.

Capítulo VI. Pensiones y prestaciones de vejez

Nacimiento del derecho a las prestaciones de vejez

Mientras resida o trabaje en los Países Bajos está asegurado en virtud de la Ley del Seguro Generalizado de Vejez (Algemene Ouderdomswet, AOW). Con carácter general, todos los hombres y mujeres tienen derecho a una pensión de vejez al cumplir 65 años. En determinados supuestos, es posible asimismo disponer de un seguro voluntario en el extranjero en virtud de la Ley del Seguro Generalizado de Vejez.

Planes de pensiones suplementarios

Si trabaja en los Países Bajos, es posible que tenga asimismo derecho a la aplicación de un régimen complementario de pensiones. En los Países Bajos muchos sectores profesionales tienen un régimen particular de pensiones obligatorio. Se trata, en particular, de la industria metalúrgica, la construcción, la pintura de los edificios, la agricultura, las industrias gráficas, la hostelería, el transporte por carretera, la navegación comercial, la pesca marítima, la industria textil y la asistencia sanitaria. Asimismo, es posible que su empresario tenga un régimen complementario de pensiones aplicable exclusivamente a su empresa, o que haya concertado un contrato particular de seguros con una compañía de seguros de vida.

Alcance de la cobertura

Las cuantías de las pensiones son a tanto alzado, pero se actualizan dos veces al año en función de la evolución de los salarios. Las pensiones se pagan una vez al mes. Una vez al año, en el mes de mayo, se abona asimismo un suplemento por vacaciones. Se minoran un 2 % la cuantía a tanto alzado de la pensión (AOW) por cada año que no haya estado asegurado. Ello significa que obtiene un 2 % de la pensión completa por cada año completo de residencia o trabajo en los Países Bajos.

¿Cómo se accede a las prestaciones de vejez?

Pensiones de jubilación

Algunos meses antes de cumplir 65 años recibirá, si reside en ese momento en los Países Bajos, un formulario especial de solicitud de la pensión de vejez que deberá remitir al Banco de Seguros Sociales (Sociale Verzekeringsbank).

La pensión de vejez neerlandesa se percibe desde el primer día del mes en que cumple 65 años. Si la solicitud de la pensión se realiza con posterioridad a esta fecha podrá padecer una pérdida financiera.

En caso de una pensión voluntaria, el Banco de Seguros Sociales le proporcionará toda la información necesaria. Si suscribe el seguro voluntario, deberá presentar su solicitud en los plazos fijados, es decir, en el año siguiente a su traslado al extranjero o durante el año en que se establece o inicia su actividad en los Países Bajos. Observe que su cónyuge o compañero/a que vive en su país de origen no está asegurado.

Planes de pensiones suplementarios

Puede informarse en su empresa que le informará sobre sus posibles derechos en este campo.

El control de estos regímenes complementarios es ejercido por el *Nederlandsche Bank*.

Las prestaciones de los regímenes complementarios de pensiones deben ser objeto de una solicitud dirigida a la caja de pensiones de la profesión o la empresa en particular o a la compañía de seguros de vida que gestiona el régimen. Los litigios relativos a la aplicación de un régimen de pensiones complementario deben interponerse ante los tribunales civiles.

Capítulo VII. Prestaciones de supervivientes

Nacimiento del derecho a las prestaciones de supervivientes

Mientras resida o trabaje en los Países Bajos estará afiliado al seguro de supervivencia neerlandés. Si ya no reside o trabaja en los Países Bajos, puede afiliarse voluntariamente a este seguro.

El seguro de supervivencia, regido por la Ley General de los Supervivientes (Algemene Nabestaandenwet, ANW), prevé distintas prestaciones, a saber: una pensión de supervivientes, una pensión de orfandad parcial, una pensión de orfandad y una ayuda por asistencia.

Tiene derecho a la pensión de superviviente la pareja superviviente de un asegurado que, en el momento del fallecimiento del mismo, tiene un hijo que no está casado menor de dieciocho años o cuida de un hijo; padece una incapacidad para el trabajo (no puede ganar, con una actividad adecuada, el 45 % de un salario normal); ha nacido antes del 1 de enero de 1950. Se consideran hijos del superviviente menores de dieciocho años todos sus hijos biológicos y adoptivos, es decir, los hijos de otra persona que cuida y educa como si fueran suyos. La pensión de superviviente cesa cuando el superviviente ya no tiene un hijo sin casar o deja de estar incapacitado para el trabajo.

El derecho a la pensión se extingue en cualquier caso el primer día del mes en que el superviviente cumple 65 años. En ese momento tiene, por lo general, derecho a una pensión de vejez. El derecho a la pensión de superviviente cesa asimismo en caso de nuevas nupcias, pareja civil registrada o cohabitación.

El progenitor o responsable que toma a su cargo en su hogar a un huérfano parcial menor de dieciocho años que no está casado tiene derecho a percibir una pensión de orfandad parcial. Se entiende por huérfano parcial a todo huérfano que haya perdido a uno de sus progenitores.

Esta pensión cesa cuando el hijo más joven cumple dieciocho años, queda a cargo de otra familia o cuando el progenitor o responsable percibe una pensión de padre solo o de madre sola basada en una pensión de vejez. Asimismo, cesa cuando el hijo es adoptado por el (nuevo) cónyuge del progenitor superviviente.

El derecho a la prestación de orfandad se concede anualmente a los huérfanos completos, a quienes han perdido a su padre y a su madre. Este derecho se concede a los huérfanos de dieciséis a veintiún años que están escolarizados o se ocupan durante más de diecinueve horas a la semana de una familia que incluye al menos a otro huérfano, así como los huérfanos de dieciséis y diecisiete años inválidos. Las prestaciones están vinculadas directamente a la evolución del salario mínimo y varían en función de la edad de huérfano. Existen tres grupos de edad: los hijos menores de diez años, los hijos de diez a dieciséis años y los hijos de dieciséis a veintiún años.

Alcance de la cobertura

La pensión de supervivencia tiene como límite máximo el 70 % del salario mínimo y depende de los ingresos del superviviente.

La pensión de orfandad parcial asciende al 20 % del salario mínimo y no depende de los ingresos. Así, un superviviente que tenga un hijo menor de dieciocho años puede percibir una pensión de un máximo del 90 % del salario mínimo.

La pensión de orfandad está vinculada directamente a la evolución del salario mínimo y varía en función de la edad de huérfano. Existen tres grupos de edad: los hijos menores de diez años, los hijos de diez a dieciséis años y los hijos de dieciséis a veintiún años. La pensión de orfandad no depende de otras fuentes de ingresos.

Las prestaciones se revisan dos veces al año en función de la evolución de los salarios mínimos. Se abonan mensualmente. Se abona un suplemento por vacaciones una vez al año durante el mes de mayo.

En caso de defunción tras la finalización del seguro, la cuantía de la pensión depende de acuerdos internacionales y de los períodos de afiliación que el difunto había acumulado en los Países Bajos.

Prestación por defunción

En caso de defunción de un trabajador por cuenta ajena, sus supervivientes reciben una prestación en metálico a partir del día del fallecimiento. A partir de esa fecha se interrumpe el pago del salario. Esta prestación asciende al 100 % del salario mensual en el momento del fallecimiento. Si el causante fallecido percibía una prestación social (WW-, Ziektewet-, WAO-, WIA, WAZ, IOW, TW or Wajong uitkering), también se abonará una ayuda por defunción. Esta ayuda es también equivalente a una prestación mensual.

¿Cómo se accede a las prestaciones de superviviente?

En ese caso, deberá presentar una solicitud de afiliación voluntaria durante el año siguiente a su traslado al extranjero. El Banco de Seguros Sociales (*Sociale Verzekeringsbank*) le suministrará asimismo toda la información sobre este asunto.

En caso de fallecimiento de un asegurado, sus supervivientes residentes en los Países Bajos están obligados a solicitar su pensión de viudedad, orfandad u orfandad parcial a la mayor brevedad posible ante el Banco de Seguros Sociales. La presentación de la solicitud un año después del fallecimiento del asegurado puede dar lugar a pérdidas financieras.

La percepción de una pensión de supervivencia no excluye el derecho a la percepción de las prestaciones familiares. El Banco de Seguros Sociales le suministrará asimismo toda la información sobre este asunto.

En caso de defunción tras la finalización del seguro, los interesados deben presentar su solicitud al organismo del seguro de pensiones del país en el que residan, que transmitirá la solicitud al Banco de Seguros Sociales. Si se presenta la solicitud más de un año después del fallecimiento del asegurado, es posible que se produzca una pérdida financiera. El Banco de Seguros Sociales analiza si se cumplen los requisitos de concesión y, al mismo tiempo, si tiene derecho a prestaciones familiares.

Capítulo VIII. Prestaciones de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales

Nacimiento del derecho a las prestaciones de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales

En los Países Bajos no existe un régimen especial del seguro de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Si queda incapacitado para el trabajo debido a un accidente de trabajo o una enfermedad profesional, tiene derecho a la aplicación del régimen previsto en caso de enfermedad durante los dos primeros años. Posteriormente podrá solicitar una prestación económica por incapacidad para el trabajo. Asimismo, tiene derecho a prestaciones en especie de su seguro de enfermedad.

Alcance de la cobertura

Véase el apartado sobre prestaciones de enfermedad en metálico, y el apartado sobre prestaciones de invalidez.

¿Cómo se accede a las prestaciones de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales?

Véase el apartado sobre prestaciones de enfermedad en metálico, y el apartado sobre prestaciones de invalidez.

Capítulo IX. Prestaciones familiares

Nacimiento del derecho a las prestaciones familiares

Si reside o trabaja en los Países Bajos tiene derecho normalmente a prestaciones familiares a partir del primer hijo. Este derecho se refiere a sus propios hijos, a los de un matrimonio anterior y los hijos adoptivos menores de dieciséis años siempre que estén a su cargo con arreglo a la legislación neerlandesa. Para los hijos de entre 16 y 18 años es preciso cumplir además otros requisitos: el hijo de que se trate debe estudiar, sufrir una discapacidad o estar desempleado. Asimismo, intervienen otros requisitos para los hijos que no viven con sus padres, es decir, que la cuantía de las prestaciones familiares se ajusta al alza o a la baja en función del grado de asunción del cargo del hijo por parte de sus padres. Los ingresos del hijo no pueden superar un umbral determinado en caso de no vivir con sus padres, o en caso de tener 16 o 17 años y vivir en el hogar familiar.

El derecho a las prestaciones familiares está subordinado al requisito de que el solicitante esté asegurado el primer día del trimestre de la solicitud. En esta fecha, también debe cumplir los requisitos establecidos para la concesión de las prestaciones.

Además de la prestación por hijos a cargo, existe una ley relativa a los subsidios por hijos. El importe de esta prestación depende del salario de los padres, el número de hijos y su edad.

Alcance de la cobertura

La cuantía de las prestaciones familiares depende de la composición del hogar y de la edad de los hijos el primer día de cada trimestre (fecha de referencia).

¿Cómo se accede a las prestaciones familiares?

Para obtener las prestaciones familiares es necesario dirigir a la oficina local (*Vestigingskantoor*) del Banco de Seguros Sociales (*Sociale Verzekeringsbank, SVB*) de su lugar de residencia un formulario de solicitud debidamente cumplimentado y firmado. El Banco de Seguros Sociales (www.svb.nl) le suministrará los formularios de solicitud. Si el niño nace en los Países Bajos, en pocas semanas el SVB le hará llegar un formulario de solicitud. Tras la primera solicitud, sólo es necesario comunicar las modificaciones susceptibles de influir sobre su derecho a las prestaciones familiares a la oficina local del SVB. Las prestaciones familiares se pagan al final de cada trimestre. Si los hijos forman parte de un hogar de una pareja casada, la solicitud puede ser presentada por cualquiera de los cónyuges. Si éstos están separados o divorciados, la solicitud debe ser presentada por el progenitor que tenga la custodia de los hijos.

Capítulo X. Desempleo

Nacimiento del derecho a las prestaciones de desempleo

Si padece una situación de desempleo voluntario en los Países Bajos, tiene derecho a subsidios de desempleo que están regulados por la ley de desempleo (*Werkloosheidswet, WW*). Para tener derecho a una prestación de desempleo, el interesado deberá satisfacer algunas condiciones, en particular:

- debe haber perdido al menos 5 horas de trabajo a la semana, y el salario correspondiente (los trabajadores por cuenta ajena que trabajan menos de 10 horas a la semana tienen que haber perdido la mitad de estas horas);
- estar capacitado para trabajar en el mercado laboral de los Países Bajos;
- es necesario que haya trabajado durante al menos 26 semanas en las 36 semanas inmediatamente anteriores a su primer día de desempleo.

Si el asegurado cumple estas condiciones, tendrá derecho a recibir la prestación de desempleo, a menos que:

- tiene derecho a una prestación por incapacidad total;
- tiene 65 años o más;
- reside en el extranjero;
- se encuentre en prisión;
- se encuentre en otras situaciones determinadas.

Si no cumple los requisitos para percibir un subsidio de desempleo, o ya no tiene derecho a los subsidios anteriores puede, en determinados supuestos, percibir un subsidio de ingresos del municipio en el que resida. La cuantía de este subsidio se determina en función de su situación familiar y de sus recursos así como de los de su posible pareja.

Si tiene derecho a una prestación de desempleo, el interesado deberá satisfacer algunas condiciones, por ejemplo:

- haberse inscrito a tiempo en el Instituto Nacional de Seguros Sociales (*UWV*);
- estar buscando trabajo activamente y aceptar un empleo adecuado;
- debe comunicar al Instituto Nacional de Seguros Sociales las actividades que realiza, como buscar trabajo y trabajar.

El incumplimiento de estas obligaciones da lugar a la suspensión de la prestación o a la aplicación de una sanción.

Alcance de la cobertura

El asegurado recibirá un 75 % de su último salario diario (que se establece como máximo) durante los primeros dos meses y un 70 % a partir de ese momento.

La duración de las prestaciones es limitada. Las personas que solo cumplen las semanas exigidas perciben la prestación durante un máximo de tres meses. Las personas que también cumplen los años exigidos perciben la prestación durante tantos

meses como hayan trabajado, con un máximo de 38 meses. Para cumplir los años exigidos, el asegurado debe haber recibido un salario durante al menos 52 días en un período mínimo de 4 años de trabajo durante los últimos 5 años anteriores al año en que haya perdido su empleo.

En determinados supuestos, cuando la prestación es inferior al salario mínimo (*sociaal minimum*), puede solicitar un complemento de la prestación con arreglo a la Ley de los Subsidios Adicionales (Toeslagenwet). En cualquier caso, el subsidio cesa el día en que cumple 65 años; en ese momento puede, normalmente, solicitar una pensión de vejez.

¿Cómo se accede a las prestaciones de desempleo?

Para obtener la prestación de desempleo, el asegurado debe presentar una solicitud al Instituto Nacional de Seguros Sociales (*UWV*), en la que debe estar inscrito como solicitante de empleo.

Capítulo XI. Recursos mínimos

Nacimiento del derecho a prestaciones relativas a los recursos mínimos

Ley de Prestaciones Complementarias (TW)

La TW es una garantía de ingresos mínimos a beneficio de determinados beneficiarios de prestaciones cuyo nivel de ingresos es inferior al mínimo social. La ley TW prevé una prestación complementaria con un máximo de la diferencia entre el ingreso percibido y el mínimo social.

La prestación abonada así puede ser considerada como un complemento de una prestación de enfermedad, de desempleo o de incapacidad para el trabajo, así como de la prestación por embarazo, parto, adopción y tutela.

Tiene derecho a una prestación complementaria cuando:

- está casado (o vive sólo en pareja) y percibe unos ingresos inferiores al salario mínimo; o
- vive sólo con un hijo menor de dieciocho años y unos ingresos inferiores al 90 % del salario mínimo; o
- vive sólo y percibe unos ingresos inferiores al 70 % del salario mínimo.

Ley de Asistencia por Incapacidad para los Jóvenes Discapacitados (Wajong)

Esta ley ofrece apoyo en la búsqueda y mantenimiento de trabajo remunerado para los jóvenes discapacitados y estudiantes con una discapacidad precoz. Asimismo, los jóvenes con discapacidad pueden solicitar una ayuda para complementar sus ingresos del trabajo.

El asegurado tiene derecho a recibir esta ayuda o las prestaciones contempladas en la ley si al cumplir los 17 años no podía ganar más del 75 % del salario de una persona sana que contara con la misma educación y experiencia de trabajo (*maatman*). También puede tener derecho a esta ayuda o prestación si es menor de 30 años y no es capaz de ganar más del 75 % del salario de una persona sana que cuente con la misma educación y experiencia de trabajo (*maatman*) durante su período de estudios, y si ello le impide, al final de sus estudios, ejercer una actividad profesional. Tiene que haber sido estudiante durante al menos 6 meses en el año anterior al año en que se inició la discapacidad.

Pierde el derecho al subsidio Wajong a los 65 años o si puede ganar más del 75 % del salario de un *maatman*.

Puede solicitar un subsidio Wajong cuando le ha sido reconocido que no puede ganar más del 75 % del salario de un *maatman* durante al menos 52 semanas ininterrumpidas. Por tanto, existe un período de espera de un año. En el mismo se tienen en cuenta períodos de enfermedad de cuatro semanas continuas.

No debe ser capaz de ganar más del 75 % del salario de un *maatman* al final del período de carencia. Si no es así, pero durante cuatro semanas a partir de la fecha del final del plazo de espera no puede ganar más del 75 % del salario de un *maatman*.

Asistencia social

Como mecanismo de red de seguridad, la Ley de Empleo y de Asistencia Social (Wet Werk en Bijstand - WWB) concede unos ingresos mínimos a las personas que residan legalmente en los Países Bajos y no dispongan de recursos suficientes para subsistir. La prestación de asistencia cubre el periodo que transcurre hasta que el interesado encuentre un trabajo. El beneficiario deberá hacer cuanto esté en su mano para poder asegurar de nuevo su propia subsistencia y estará obligado a acceder a un trabajo generalmente aceptado. Si no tiene éxito en la búsqueda de empleo, el municipio en el que el interesado haya solicitado la prestación social y/o una empresa de reintegración podrán ayudarlo a encontrar un empleo o una formación. Las personas que vivan solas y asuman gastos de alojamiento tienen, en principio, derecho a una prestación de asistencia social correspondiente al 70 % del salario mínimo.

Para obtener información más pormenorizada sobre la Ley de Empleo y de Asistencia Social, consulte los cuadros comparativos de MISSOC.

Alcance de la cobertura

Ley de Prestaciones Complementarias (TW)

La TW completa el salario de todos los trabajadores en caso de que este sea inferior al mínimo social (70 % del salario mínimo), cuando el empresario, durante el segundo año de enfermedad, sigue pagando el salario pero con un máximo únicamente del 70 %, lo que puede provocar que el trabajador por cuenta ajena perciba unos ingresos inferiores al mínimo social.

Ley de Asistencia por Incapacidad para los Jóvenes Discapacitados (Wajong)

La cuantía del subsidio depende de su edad y del salario que gane. La ayuda a los ingresos tiene por finalidad que los jóvenes con discapacidad generen los mayores ingresos posibles por sí mismos, y el planteamiento general consiste en hacer que el trabajo resulte una propuesta atractiva que valga la pena. La prestación *Wajong* cambiará a medida que cambie la situación. La prestación puede ajustarse en caso de que se produzcan cambios de salud, trabajo o salario del interesado. Por este motivo, el Instituto Nacional de Seguros Sociales (*UWV*) sigue evaluando la situación.

La duración de validez de un subsidio *Wajong* es la de la incapacidad para el trabajo, y cesa el sexagésimo quinto año. El *UWV* puede citarle para una reevaluación de su incapacidad.

¿Cómo se accede a las prestaciones de recursos mínimos?

Ley de Prestaciones Complementarias (TW)

La prestación es abonada por el Instituto Nacional de Seguros Sociales (*UWV*). Dispone de seis semanas para solicitarla tras el reconocimiento de su derecho a percibirla. Las solicitudes del complemento a cualquier régimen de prestaciones deben presentarse ante la Empresa de Trabajo del *UWV* (*UWV- Werkbedrijf*).

Ley de Asistencia por Incapacidad para los Jóvenes Discapacitados (Wajong)

Si el asegurado ha quedado parcialmente discapacitado antes de cumplir 17 años, puede solicitar la prestación *Wajong* al *UWV* 4 meses antes de cumplir 18 años.

Si el asegurado ha quedado discapacitado (parcialmente) durante sus estudios y aún no ha cumplido 30 años, puede solicitar la prestación *Wajong* en un plazo de 8 meses después de la aparición de la incapacidad.

Capítulo XII. Dependencia

Nacimiento del derecho a las prestaciones de dependencia

La Ley General de los Gastos Excepcionales de Enfermedad (*Algemene wet bijzondere ziektekosten, AWBZ*) de 14 de diciembre de 1967 cubre los riesgos de atención para personas hospitalizadas durante largos períodos, las personas mayores, las personas con discapacidad y las personas con discapacidad mental que sufren problemas crónicos.

Todos los residentes y los no residentes que trabajen en los Países Bajos y, por consiguiente, paguen el impuesto sobre la renta, cuentan con un seguro de atención a largo plazo.

Los cuidados médicos están cubiertos por dos regímenes de seguros distintos que se complementan mutuamente: el seguro de asistencia sanitaria y el seguro de los gastos especiales por enfermedad. Este último está basado en la Ley General de los Gastos Excepcionales de Enfermedad (*Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, AWBZ*). Quienes vivan o trabajen en los Países Bajos están cubiertos en virtud de la AWBZ. En principio, las personas a las que la Ley General de los Gastos Excepcionales de Enfermedad impone la obligación de asegurarse tienen que suscribir un seguro de enfermedad. El Gobierno ha establecido dos excepciones a esta norma general: para los miembros del Ejército en servicio activo y para los objetores de conciencia.

Alcance de la cobertura

La asistencia incluye cinco funciones de amplia definición: cuidado personal (por ejemplo, ayuda para poder asearse, vestirse, afeitarse, ir al servicio, comer y beber), atención de enfermería (por ejemplo, la colocación de apósitos y la administración de medicamentos e inyecciones), orientación de apoyo (por ejemplo, ayuda para organizar la jornada o aprender a cuidar la propia vivienda), tratamiento (por ejemplo, el tratamiento específico prestado por un especialista en geriatría, un médico especializado en discapacidades del desarrollo o un experto en ciencias del comportamiento) y alojamiento (por ejemplo, hogares de acogida y asistencia hospitalaria cuando la asistencia en el domicilio no sea adecuada por tener una necesidad excesiva de asistencia).

La asistencia se presta en forma de «productos». Ejemplos de productos ofrecidos en virtud de la Ley AWBZ son la asistencia a domicilio, la admisión en una residencia y la admisión en una institución de personas con discapacidad física o del desarrollo. Un producto comprende una única función o una combinación de funciones.

En el marco de un experimento realizado en relación con las prestaciones en metálico, el asegurado no puede optar por recibir prestaciones en especie, pero puede solicitar un presupuesto de atención personal (*persoonsgebonden budget, PGB*) para adquirir los servicios de forma independiente. Este presupuesto solo lo pueden utilizar personas que requieran alojamiento de larga estancia. El importe del PGB depende de los servicios requeridos. Las personas que ya reciben un PGB sin requerir alojamiento de larga estancia mantienen su presupuesto hasta el 1 de enero de 2014.

Se concede una compensación económica anual de 200 EUR a los cuidadores no profesionales que prestan atención a largo plazo a una persona que la necesita.

La atención se proporciona en forma de prestaciones en especie. Las prestaciones en especie son:

Asistencia a domicilio

Una institución presta esta atención a domicilio a los asegurados con una afección o impedimento somático, psicogeriátrico o psiquiátrico, o una discapacidad física o mental. Las actividades en el ámbito de la atención personal reciben ayudas o son asumidas con el fin de compensar la incapacidad (temporal) del asegurado para vivir de forma independiente.

La asistencia a domicilio incluye el préstamo de equipo de enfermería durante un período máximo de 26 semanas.

Asistencia residencial parcial

Una institución presta este tipo de atención a los asegurados con una afección o impedimento somático, psicogeriátrico o psiquiátrico, o una discapacidad física o mental. Esta asistencia tiene por finalidad promover o conservar una forma de vida independiente, y sirve para evitar el internamiento en una institución o el descuido del asegurado.

Asistencia residencial

Esta atención debe prestarse en una institución, debido a la necesidad de un entorno de vida protegido, un entorno terapéutico o una supervisión permanente del asegurado que sufre una afección o impedimento somático, psicogeriátrico o psiquiátrico, o una discapacidad física o mental.

Otras prestaciones

Además de las funciones de asistencia anteriormente mencionadas, en virtud de la Ley AWBZ también se reconoce el derecho a percibir, por ejemplo, ayudas para el transporte del paciente, material de enfermería, asistencia y apoyo relacionados con el lenguaje de signos, cuidados de rehabilitación, cuidados prenatales, investigación de determinados trastornos metabólicos congénitos y vacunas previstas en el marco de un programa de vacunación.

¿Cómo se accede a las prestaciones de dependencia?

El Centro de Evaluación de Necesidades de Asistencia (*Centrum Indicatiestelling Zorg, CIZ*) se encarga de determinar de forma imparcial, objetiva y exhaustiva si se requiere asistencia y, en tal caso, el tipo y cantidad de asistencia.

Este Centro evalúa la necesidad de asistencia de acuerdo con la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) de la Organización Mundial de la Salud. La evaluación que efectúa el Centro de Evaluación de Necesidades de Asistencia es válida durante un período determinado, con un máximo de 5 años. Después de este periodo, se requiere una revisión de las necesidades.

La asistencia es prestada principalmente por instituciones. A fin de tener derecho a prestar asistencia con arreglo a la Ley General de los Gastos Excepcionales de Enfermedad, las instituciones deben haber recibido aprobación y celebrado un acuerdo con un organismo que aplique las disposiciones de dicha Ley.

Los asegurados también pueden optar por utilizar su presupuesto de atención personal (*persoonsgebonden budget, PGB*) para recibir la asistencia de cuidadores no profesionales (como un vecino o un amigo) o de proveedores profesionales (como agencias especializadas).

Su asegurador le entregará una tarjeta de miembro que atestiguará su condición de asegurado cada vez que recurra a la asistencia sanitaria. Las personas que suscriban un seguro de asistencia sanitaria con arreglo a la Ley del Seguro de Asistencia sanitaria quedarán automáticamente inscritas en la compañía de seguros de enfermedad para el seguro AWBZ.

Anexo: Direcciones de instituciones y sitios web útiles

Para las cuestiones de Seguridad Social que afectan a más de un país de la UE, puede buscar una institución de contacto en el Directorio Público de Instituciones de Seguridad Social Europeas que mantiene la Comisión Europea en la siguiente página: http://ec.europa.eu/employment_social/social-security-directory/welcome.seam?langId=es.

Para más información sobre la Seguridad Social neerlandesa, consulte Stand van zaken van de sociale zekerheid overzicht: *overzicht 1 juli 2012* (Seguridad Social en los Países Bajos a 1 de julio de 2012) en: <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/brochures/2012/01/04/stand-van-zaken-van-de-sociale-zekerheid.html>

Para más información sobre la asistencia sanitaria neerlandesa, consulte *Gezondheid en Zorg* en: <http://www.rijksoverheid.nl/themas/gezondheid-en-zorg>

-Para información sobre legislación en inglés:
<http://www.government.nl/issues/pensions-and-benefits>

Informaciones sobre el derecho de trabajo transfronterizo

<http://english.szw.nl/>

Información sobre la Seguridad Social transfronteriza

Consejo de Seguros de Asistencia sanitaria: College voor zorgverzekeringen (CVZ)

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

Banco de Seguros Sociales Sociale Verzekeringsbank (SVB)

Postbus 357
1180 AJ Amstelveen

Departamento de Agregación Internacional Internationale Detachering (ID)

Tfno.: (31-20) 656 52 77

Seguro voluntario Vrijwillige Verzekeringen AOW/Anw

Tfno.: 020 656 52 25
Vestiging Roermond Postbus 1244
6040 KE Roermond
Tfno.: (31-475) 36 80 40
<http://www.svb.nl>

Oficina de Asuntos Alemanes
Bureau voor Duitse Zaken

Takenhofplein 4
6538 SZ Nijmegen
Tfno.: (31-24) 343 19 00
<http://www.svb.nl/bdz>
bdz@svb.nl

Oficina de Asuntos Belgas
Bureau voor Belgische Zaken

Rat Verleghstraat 2
4815 NZ Breda
Tfno.: (31-76) 54 85 840
<http://www.svb.nl/bbz>
bbz@svb.nl

Instituto Nacional de Seguros Sociales
Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen (UWV)

Postbus 58285 1040 HG Amsterdam
Tfno.: (31-88) 898 2001
<http://www.uwv.nl>

Prestaciones de Atención en el Extranjero (Agis)
Zorgverzekering buitenland (Agis)

Postbus 19 3800 HA Amersfoort
Tfno.: (31-900) 8685
<http://www.agisweb.nl>

Prestaciones de Atención en el Extranjero (CZ Sittard)
Zorgverzekering buitenland (CZ Sittard)

Postbus 55
6130 MA Sittard
<http://www.cz.nl>

Informaciones sobre la fiscalidad transfronteriza

Centro de Ayuda para Trabajar y Emprender Más Allá de las Fronteras:
Alemania, Bélgica, Países Bajos
Steunpunt Grensoverschrijdend Werken en Ondernemen (GWO) Duitsland,
België Nederland

Terra Nigrastraat 10
6216 BL Maastricht
Tfno.: 0800 024 12 12 (en los Países Bajos)
0800 902 20 (en Bélgica)
0800 101 13 52 (en Alemania)
<http://www.belastingdienst.nl>

Administración de Aduanas e Impuestos

Belastingdienst

Limburg/oficina en el extranjero

(Limburg/kantoor Buitenland)

Postbus 2865

6401 DJ Heerlen

Tfno.: (31-55) 53 85 385

<http://www.belastingdienst.nl>

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