

# **COMMUNAUTE ECONOMIQUE EUROPEENNE**

## **COMMISSION ADMINISTRATIVE POUR LA SECURITE SOCIALE DES TRAVAILLEURS MIGRANTS**



**Guide n° 1 — Pays-Bas**

**Assurance maladie-maternité des travailleurs  
immigrant aux Pays-Bas avec leur famille**







**COMMUNAUTE ECONOMIQUE EUROPEENNE**

**COMMISSION ADMINISTRATIVE POUR LA  
SECURITE SOCIALE DES TRAVAILLEURS MIGRANTS**

**Assurance maladie-maternité des travailleurs  
immigrant aux Pays-Bas avec leur famille**

**Guide n° 1 — Pays-Bas**



## SOMMAIRE

	Pages
<b>I. INTRODUCTION</b>	7
<b>II. ORGANISATION</b>	8
A. Soins de santé	8
B. Indemnité pour perte de salaire	9
<b>III. BENEFICIAIRES</b>	9
<b>IV. PRESTATIONS EN NATURE ET EN ESPECES DE L'ASSURANCE MALADIE-MATERNITE</b>	11
A. Dispositions générales concernant les soins de santé en cas de maladie ou de maternité	11
B. Prestations en cas de maladie	14
1. <i>Prestations de l'assurance pour soins de santé</i>	14
2. <i>Indemnité pour perte de salaire</i>	18
C. Prestations en cas de maternité	19

	Pages
1. <i>Prestations de l'assurance pour soins de santé et allocations d'accouchement</i>	19
2. <i>Indemnité pour perte de salaire</i>	20
<b>V. ALLOCATION AU DECES</b>	21
A. Bénéficiaires	21
B. Conditions d'octroi	22
C. Prestations	22
<b>VI. COTISATIONS</b>	22
<b>VII. FORMALITES DE L'ASSURANCE POUR SOINS DE SANTE</b>	23
<b>VIII. RECOURS</b>	25



## I. INTRODUCTION

Ce guide contient un exposé succinct des dispositions de la législation néerlandaise et des dispositions des règlements n° 3 et n° 4 concernant la sécurité sociale des travailleurs migrants, applicables sur le territoire des Pays-Bas, en matière d'assurance maladie-maternité et décès (allocation).

*Il est rédigé à l'intention des travailleurs :*

— *ressortissants d'un Etat membre de la Communauté économique européenne (Belgique, république fédérale d'Allemagne, France, Italie, Luxembourg, Pays-Bas) ;*

— *apatrides ou réfugiés.*

*Il ne concerne pas :*

— *les fonctionnaires et les gens de mer,*

— *les bateliers du Rhin et les travailleurs des transports internationaux qui bénéficient de régimes particuliers ;*

— *les travailleurs frontaliers et les travailleurs détachés pour lesquels il existe des dispositions spéciales (pour les travailleurs détachés, voir Guide n° 4, *Détachement*).*

Pour les travailleurs saisonniers, il n'existe pas de dispositions spéciales aux Pays-Bas. A moins qu'ils ne soient en même temps frontaliers, ils sont soumis au régime ordinaire et peuvent utiliser le présent guide.

En outre, l'attention est appelée sur les points suivants :

— *Les indications données dans le présent guide concernent le cas où l'assuré vient aux Pays-Bas avec sa famille. Si*

celle-ci continue à résider dans un autre pays de la Communauté économique européenne, il y a lieu de consulter le Guide n° 5 établi pour ce pays;

— *En cas de transfert de résidence ou de séjour temporaire dans un autre pays de la Communauté économique européenne, il convient de consulter le Guide n° 3, Transfert de résidence ou le Guide n° 2, Séjour temporaire.*

## **II. ORGANISATION**

*Aux Pays-Bas, l'assurance pour soins de santé, y compris l'indemnité d'accouchement, est distincte de l'assurance pour prestations en espèces destinée à compenser la perte de salaire en cas de maladie ou de maternité.*

### **A. Soins de santé**

#### **Institutions**

L'exécution de l'assurance pour soins de santé incombe à des *caisses générales de maladie* (algemene ziekenfondsen) agréées et autorisées à cette fin par le ministre des affaires sociales et de la santé publique. Dans chaque commune fonctionnent une ou plusieurs de ces caisses générales. Quand il y en a plusieurs au lieu de résidence de l'assuré, celui-ci a le libre choix entre elles, à moins:

a) qu'il ne travaille dans une entreprise qui a sa propre caisse de maladie destinée à son personnel; dans ce cas, il est obligé de s'affilier à celle-ci;

b) qu'il ne fasse partie de l'équipage d'un bâtiment de navigation intérieure et qu'il n'ait normalement sa résidence effective à bord de ce bâtiment; dans ce cas, il ne peut s'affilier qu'à l'Algemeen Nederlands Onderling Ziekenfonds (Mutualité générale néerlandaise de maladie), 56, Kromme Nieuwe Gracht, Utrecht.

### **Inscription à une caisse de maladie**

Pour avoir droit aux soins de santé (et aux indemnités pour perte de salaire en cas d'incapacité de travail), il faut préalablement se faire inscrire à une caisse générale de maladie (algemeen ziekenfonds). Voir sub VII, Formalités de l'assurance pour soins de santé.

## **B. Indemnité pour perte de salaire**

### **Institutions**

L'exécution de l'assurance pour perte de salaire incombe aux *associations professionnelles*. Celles-ci sont organisées par branches d'industrie. L'employeur y est affilié. Il n'est pas nécessaire de s'y faire inscrire; le travailleur est assuré d'office.

## **III. BENEFICIAIRES**

### **Assurés**

Sont assurés d'une façon générale, sans distinction de nationalité, tous les travailleurs dont la rémunération

n'excède pas 7 450 florins par an. Pour les travailleurs affiliés à l'Algemeen Mijnerwerkersfonds (Caisse générale pour travailleurs de mines), il n'y a pas des limite de salaire.

Les gens de maison ne sont assurés que s'ils sont occupés au service du même employeur pendant un minimum de 5 jours par semaine.

### **Membres de la famille**

Sont considérés comme « membres de la famille » :

- le conjoint,
- les enfants,

et sous certaines conditions :

- les petits-enfants,
- les parents,
- les grands-parents et les beaux-parents.

Sont également considérés comme « enfants » de l'assuré :

- ses enfants adoptifs,
- les enfants d'un autre lit du conjoint.

Les enfants sont considérés comme bénéficiaires jusqu'à l'âge de 16 ans révolus.

Pour les enfants invalides et pour ceux qui continuent leurs études, la limite est portée à 27 ans accomplis.

Quand les membres de la famille du travailleur résident dans un autre Etat membre de la Communauté économique européenne, voir le Guide n° 5 relatif au pays en question.

## **IV. PRESTATIONS EN NATURE ET EN ESPECES DE L'ASSURANCE MALADIE-MATERNITE**

### **A. Dispositions générales concernant les soins de santé en cas de maladie ou de maternité**

#### **Bénéficiaires**

Les prestations sont accordées selon les mêmes modalités et les mêmes barèmes à tous les bénéficiaires, tant à l'assuré lui-même qu'aux membres de sa famille.

#### **Début du droit aux prestations**

Le droit aux prestations existe à partir du premier jour de maladie, pourvu que l'intéressé soit affilié à une caisse générale de maladie (voir sub VII, Formalités de l'assurance pour soins de santé).

#### **Fin du droit aux prestations**

Les prestations sont accordées jusqu'à la fin de la maladie quelle que soit sa durée, ou jusqu'à la fin de l'assurance si celle-ci prend fin avant la guérison.

Cette disposition comporte deux exceptions:

a) Le traitement en établissement hospitalier n'est pris en charge par l'assurance qu'à concurrence de 70 jours par cas, sauf si l'intéressé a contracté une assurance complémentaire ou est affilié à l'Algemeen Mijnerwerkersfonds (Caisse générale pour travailleurs des mines). Après ce délai, l'intéressé bénéficie de la fourniture de médicaments et de matériel thérapeutique ainsi que,

sauf en cas de maladie mentale, de l'assistance des spécialistes, dans la mesure où il subsiste une nécessité médicale pour le traitement en établissement hospitalier.

b) Les soins et traitements une fois commencés en sanatorium pour tuberculeux sont poursuivis même après l'expiration de l'assurance jusqu'à disparition de la nécessité médicale.

### **Période de stage**

Le droit aux prestations de l'assurance obligatoire ne comporte pas de période de stage.

### **Soins de santé en cas de séjour aux Pays-Bas hors du lieu de résidence habituelle**

L'assistance nécessaire en cas de séjour aux Pays-Bas hors du lieu de résidence est généralement soumise aux mêmes règles que l'assistance au lieu de résidence même. Dans ce cas, pour l'assistance médicale, on n'est pas tenu de s'adresser au médecin de médecine générale chez qui on est inscrit, mais on doit consulter un médecin de médecine générale attaché à une caisse de maladie représentée sur place. Il importe de faire la preuve de sa qualité de bénéficiaire.

### **Transfert de résidence pendant la durée d'une maladie**

Si l'on a droit à des prestations en nature (ou en espèces) en raison d'une maladie ou d'une grossesse, on conserve ce droit, sous certaines conditions, quand on transfère

sa résidence dans un autre Etat membre de la Communauté économique européenne. Mais on doit, avant de déménager, avoir obtenu l'accord de l'association professionnelle à laquelle l'employeur est affilié, après consultation de la caisse de maladie.

### **Paiement des prestations en nature**

En dehors des paiements complémentaires que le patient doit acquitter à la personne ou à l'établissement qui lui a fourni assistance, le coût des prestations, en règle générale, est payé directement par les caisses de maladie.

*Dans les cas spéciaux, il y a lieu de s'adresser à sa caisse de maladie avant de faire quelque démarche que ce soit.*

### **Assurance facultative**

Quand l'assurance obligatoire prend fin autrement que par dépassement de la limite de salaire, l'intéressé peut, à sa demande, et quel que soit son état de santé, être inscrit à l'assurance facultative, dans laquelle ses droits prennent cours immédiatement.

Cette assurance apporte à peu près les mêmes prestations que l'assurance obligatoire.

On peut obtenir des renseignements plus détaillés auprès de la caisse générale de maladie dont on a fait choix.

### **Assurance complémentaire**

La plupart des caisses de maladie comportent une section « assurance complémentaire » à laquelle tous les bénéficiaires (assurés et ayants droit) de l'assurance principale (obligatoire ou facultative) peuvent être affiliés sur

demande, pourvu qu'ils répondent à certaines conditions en matière de santé.

Les prestations de l'assurance complémentaire sont principalement la prolongation du traitement en établissement hospitalier, en cas de nécessité médicale, au-delà des 70 jours prévus par l'assurance principale pendant un nombre de jours déterminé ou pour une durée indéterminée, ainsi qu'une majoration du montant journalier que l'assurance principale prend à sa charge en cas de séjour dans un sanatorium pour tuberculeux.

L'assurance complémentaire donne lieu au paiement d'une cotisation spéciale.

## **B. Prestations en cas de maladie**

### **1. Prestations de l'assurance pour soins de santé**

*a) Prestations complètes du médecin de médecine générale chez lequel le patient est inscrit, tant au domicile du patient qu'au cabinet du médecin.*

Pour l'inscription chez un médecin de médecine générale, on a le libre choix entre ceux qui sont attachés à la caisse de maladie à laquelle on est affilié et qui exercent la médecine dans la localité de résidence du patient ou dans ses environs immédiats. Deux fois par an, on peut modifier ce choix gratuitement. Pour les soins au cabinet du médecin, on doit se présenter aux heures de consultation réservées aux assurés sociaux. Le recours au médecin de médecine générale ne nécessite pas de feuille de maladie.

*b) Prestations complètes des spécialistes sur présentation d'une carte de renvoi délivrée par les médecins de médecine*



générale. Les soins sont donnés, sur présentation de cette carte, par un spécialiste qu'on peut choisir librement parmi ceux qui sont attachés à la caisse de maladie et qui exercent la médecine dans la localité de résidence de l'assuré ou dans ses environs immédiats.

c) *Prestations dentaires, sous certaines conditions.* Les soins sont donnés par un dentiste ou un chirurgien-dentiste qu'on peut choisir librement parmi ceux qui sont attachés à la caisse de maladie et qui exercent l'art dentaire dans la localité de résidence du patient ou dans son voisinage immédiat. Dans certaines localités, les soins dentaires sont donnés dans des centres dentaires attachés à la caisse de maladie.

Celui qui fait arranger entièrement sa denture par un dentiste attaché à sa caisse de maladie, selon les règles établies à ce sujet, reçoit moyennant paiement d'un florin, un certificat de contrôle stomatologique (*sane-ringsbewijs*) qui lui assure certains avantages. Le certificat est valable pour six mois, mais cette durée peut être prolongée de six mois en six mois après contrôle de la denture par le dentiste.

La consultation, les extractions et le traitement des lésions sont gratuits. Le détartrage, le plombage et la dévitalisation sont gratuits à condition que le patient soit en possession d'un certificat de contrôle valable.

Faute de ce certificat, l'intéressé devra payer un supplément. Les dentiers complets ou partiels nécessitent également le paiement d'un supplément; ce dernier est d'autant plus élevé que l'assurance est de date plus récente

(le tarif minimum du supplément est atteint après six mois d'assurance).

d) *Traitement en établissement hospitalier à concurrence de 70 jours par cas*, mais uniquement lorsqu'il y a nécessité médicale et sur autorisation préalable du médecin-contrôleur de la caisse de maladie. Le traitement en établissement hospitalier n'est pas limité à 70 jours par cas pour les travailleurs affiliés à l'Algemeen Mijnerkersfonds (Caisse générale pour travailleurs des mines). La demande doit être faite par l'assuré ou en son nom par le médecin traitant. En cas d'urgence, l'autorisation peut être demandée après coup, à condition que ce soit dans les 48 heures qui suivent l'hospitalisation, dimanches et jours fériés non compris. Le médecin-contrôleur est juge de l'urgence.

On a le choix, pour l'hospitalisation, entre les établissements hospitaliers de sa localité de résidence ou des environs immédiats et les cliniques et hôpitaux universitaires.

L'hospitalisation a lieu dans la classe la plus basse de l'établissement; pour bénéficier d'une classe plus élevée, il y a lieu de payer la différence de prix, y compris pour les traitements par spécialiste et les autres frais accessoires.

e) *Participation aux frais de traitement en sanatorium pour tuberculeux* (toutes natures) à concurrence des trois quarts du prix de séjour, à condition que l'hospitalisation ait lieu sur avis du médecin d'un bureau de district pour la lutte contre la tuberculose.

L'intéressé est hospitalisé aussi longtemps que le médecin-contrôleur compétent estime qu'il y a nécessité médicale.

f) *Fourniture de médicaments et de matériel thérapeutique* sur ordonnance du médecin de médecine générale ou du spécialiste chez qui ce dernier a envoyé l'intéressé; la fourniture est assurée par le pharmacien ou par le médecin tenant officine auprès duquel l'intéressé est inscrit.

g) *Moyens thérapeutiques externes*, comme l'héliothérapie artificielle et les autres formes de radiothérapie, les bains médicaux, les massages et la kinésithérapie, à la demande du médecin traitant et après autorisation du médecin contrôleur, le tout selon les règles établies en la matière.

h) *Prothèses et appareillages*, comme les appareils de marche, les chaussures orthopédiques, corsets orthopédiques, membres artificiels, verres de lunettes, etc; pour les enfants jusqu'à seize ans uniquement, les montures de lunettes, et les appareils acoustiques.

Ces prestations ne sont accordées que sur autorisation du médecin-contrôleur et à concurrence de certains montants. Cependant, aucune autorisation n'est requise pour les verres de lunettes.

i) *Transport des malades* quand le médecin traitant le déclare nécessaire et sur autorisation préalable du médecin-contrôleur. Dans les cas d'urgence, l'autorisation peut être demandée après coup, pourvu que ce soit dans le plus bref délai. Le médecin-contrôleur est juge de l'urgence; le transport des malades est soumis à un

paiement complémentaire. Dans certains cas, les frais de voyage en dernière classe de chemin de fer, de l'autobus ou du bateau sont remboursés dans une certaine mesure

## **2. Indemnité pour perte de salaire**

Si un assuré se trouve en état d'incapacité de travail par suite de maladie, il a droit à une indemnité journalière (*ziekengeld*, indemnité pour perte de salaire).

Celle-ci, en principe, est égale à 80 % de la rémunération journalière limitée à 20 florins. Elle est accordée pour chaque jour ouvrable pendant la durée de la maladie, à compter du troisième jour qui suit celui du début de l'incapacité de travail. En règle générale, chaque cas d'incapacité pour cause de maladie ne donne droit à l'indemnité pour perte de salaire que pendant 312 jours ouvrables au plus.

Cependant, des régimes plus favorables existent dans diverses branches d'industrie, où la période de carence est nulle ou inférieure à trois jours, tandis que les indemnités sont plus élevées et accordées pour une durée plus longue.

### **FORMALITES**

#### *Déclaration de maladie*

La déclaration doit être faite par l'assuré ou en son nom, dans les *vingt-quatre heures* qui suivent le début de l'incapacité de travail. Une pancarte affichée dans l'entreprise doit indiquer à quelle association professionnelle l'employeur est affilié et comment l'assuré doit procéder en

cas de maladie. En général, l'assuré doit signaler sa maladie à l'employeur, qui en avise l'association professionnelle.

Une déclaration tardive occasionne en général des inconvénients financiers; en cas de négligence grave, elle peut même entraîner le refus pur et simple de l'indemnité.

#### *Mesures de contrôle*

Le travailleur malade doit se soumettre aux mesures de contrôle qui lui sont imposées. Notamment, il doit en tout cas, après la déclaration de maladie, rester chez lui jusqu'à ce que la déclaration ait été contrôlée. Il ne peut pas quitter sans autorisation le lieu de sa résidence.

#### *Inscription à une caisse de maladie*

Si le travailleur n'est pas inscrit à une caisse de maladie en vue des soins de santé, l'association professionnelle lui refusera les indemnités journalières de maladie.

## **G. Prestations en cas de maternité**

### **1. Prestations de l'assurance pour soins de santé et allocations d'accouchement.**

a) *Prestations obstétricales* par les soins d'une accoucheuse quand il y en a une. Dans ce cas, on ne peut faire appel à l'assistance d'un médecin que si l'accoucheuse l'estime nécessaire. Quand il n'y a pas d'accoucheuse, l'assistance obstétricale est donnée par le médecin de

médecine générale sur la liste duquel l'intéressée est inscrite.

*b) Traitement en établissement hospitalier* dans les mêmes conditions qu'en cas de maladie (voir ci-dessus IV, B, 1, d). En règle générale, le traitement en clinique ou en maternité n'est pas pris en charge par la caisse de maladie pour les accouchements normaux.

*c) Allocation d'accouchement (kraamgeld)* d'un montant de 55 florins par accouchement (même en cas de naissance gémellaire ou multiple). Cette indemnité est accordée aux femmes qui, au moment de l'accouchement, sont inscrites à la caisse de maladie comme assurées ou comme membres de la famille.

Elle est payée sur présentation d'un extrait du registre des naissances délivré par l'Etat civil.

## **2. Indemnités pour perte de salaire**

### *Bénéficiaires*

Toutes les travailleuses assurées (voir sub III, Assurés).

### *Conditions d'attribution*

La grossesse doit avoir débuté pendant la période d'assurance qui ne doit pas avoir été interrompue durant plus de 50 jours.

### *Prestations et formalités*

#### *a) Indemnité prénatale*

En cas de grossesse (qu'il y ait incapacité de travail ou non), il est accordé une indemnité prénatale depuis

le premier jour des six semaines qui précèdent la date probable de l'accouchement jusqu'à la date effective de celui-ci. L'indemnité est égale au salaire journalier complet de l'assurée. Celle-ci doit présenter une attestation d'un médecin ou d'une accoucheuse indiquant le stade d'évolution atteint par la grossesse et la date probable de l'accouchement. Cette attestation doit être remise à l'association professionnelle à laquelle l'employeur est affilié.

*b) Indemnité post-natale (bevallingsuitkering)*

Après l'accouchement, il est accordé une indemnité postnatale aussi longtemps que l'assurée reste en état d'incapacité de travail en raison de son accouchement, jusqu'à une durée de 52 semaines au plus et pendant 6 semaines au moins à dater de l'accouchement. Cette indemnité est, elle aussi, égale au salaire journalier complet de l'assurée.

## **V. ALLOCATION AU DECES**

### **A. Bénéficiaires**

La caisse de maladie de l'Algemeen Mijnwerkersfonds (Caisse générale pour travailleurs des mines) accorde une allocation au décès en cas de décès d'un de ses travailleurs affiliés ou d'un membre de leur famille. Les autres caisses de maladie n'octroient pas d'allocation en cas de décès de leurs affiliés.

L'allocation au décès est octroyée à la personne qui, à l'avis de la direction, a dû supporter les frais funéraires.

## **B. Conditions d'octroi**

L'allocation au décès doit être réclamée, dans les six mois qui suivent le décès, auprès de l'agence de l'Algemeen Mijnerwerkersfonds.

## **C. Prestations**

### *Formalités à remplir*

Lors de la demande d'allocation, il y a lieu de soumettre un extrait de l'acte de décès. Lorsque les frais funéraires sont supportés par une personne qui n'appartient pas aux survivants de la famille du décédé, il y a lieu de soumettre également les comptes concernant ces frais.

### *Montant*

Le montant de l'allocation lors du décès d'un travailleur ou de sa conjointe est de 225 florins, d'un enfant, frère ou sœur ayant plus de 10 ans et d'un des parents, beaux-parents ou grands-parents, de 112,50 florins; d'un enfant, frère ou sœur âgés de 1 à 10 ans, de 65 florins et d'un enfant, frère ou sœur âgés de moins d'un an, de 40 florins.

Lorsque la personne qui a payé les frais funéraires n'a pas de lien de parenté avec le défunt, l'indemnité funéraire n'est accordée que jusqu'à concurrence des frais entraînés par les funérailles.

## **VI. COTISATIONS**

*La cotisation à l'assurance obligatoire pour soins de santé est fixée chaque année; elle s'exprime en un pourcentage*



de la rémunération prise en considération pour le calcul des cotisations par la loi sur l'assurance pour perte de salaire en cas de maladie (ziektewet), sans pouvoir dépasser un montant journalier maximum (dagloongrens, plafond journalier de rémunération). En 1960, ce pourcentage et le plafond journalier furent respectivement de 4,8 % et de 20 florins. L'employeur et le travailleur supportent chacun la moitié de la charge de la cotisation. A chaque paiement des rémunérations, l'employeur retient, sur la rémunération du travailleur, la part de cotisation supportée par celui-ci (soit actuellement 2,4 %).

*Le montant de la cotisation d'assurance maladie (prestations en espèces) varie selon la branche d'industrie. En règle générale, la part du travailleur dans le montant de la cotisation s'élève à 1 % de sa rémunération (limitée à 20 florins par jour). Cette part est prélevée sur la rémunération à chaque paiement de celle-ci.*

Pour les travailleurs affiliés à l'Algemeen Mijnwerkersfonds (Caisse générale pour travailleurs des mines), d'autres montants de cotisation sont applicables. Pour des renseignements plus précis il y a lieu de s'adresser à la caisse susnommée.

## **VII. FORMALITES DE L'ASSURANCE POUR SOINS DE SANTE**

### **Inscription**

Sous peine de perdre le droit aux indemnités prévues par la loi sur l'assurance pour perte de salaire (ziektewet)

et le droit aux prestations de l'assurance pour soins de santé, l'assuré est tenu de se faire inscrire à une caisse générale de maladie en indiquant les membres de sa famille qui ont droit à l'assurance. Les membres de la famille qui n'auraient pas été signalés à la caisse perdent également le droit aux prestations.

On peut obtenir des *formulaires d'inscription* auprès des caisses de maladie. L'assuré doit y indiquer également le médecin de médecine générale et le pharmacien auxquels il compte recourir pour l'assistance médicale et la fourniture des médicaments et moyens thérapeutiques prescrits.

On trouve aussi auprès des caisses de maladie des *formulaires d'attestation patronale*. Après avoir fait remplir un de ces formulaires par son employeur, l'assuré le remet également à la caisse de maladie de son choix.

Celle-ci lui délivre alors un *certificat d'affiliation* et il a droit aux prestations de l'assurance.

En cas de changement d'employeur, le travailleur doit fournir une nouvelle attestation patronale.

### **Attestation succincte de l'employeur**

Au moins une fois par mois, l'employeur remet au travailleur une attestation sommaire indiquant pendant quelle période du mois écoulé le travailleur désigné nommément dans la déclaration a été à son service. L'attestation peut également être imprimée sur l'enveloppe de paie.

Ce document permet au travailleur de faire la preuve de son obligation d'assurance. Il doit le remettre au

percepteur de cotisations de sa caisse de maladie. Sauf convention contraire, le percepteur se rend à cet effet au domicile du travailleur.

Dans certains cas, l'employeur est autorisé à fournir lui-même à la caisse de maladie les renseignements nécessaires concernant le début et la fin de l'obligation d'assurance de ses travailleurs. Dans ce cas, le travailleur ne reçoit pas d'« attestation succincte »; il en est informé par son employeur.

### **Fin de l'obligation d'assurance**

Quand l'obligation d'assurance prend fin, le travailleur est tenu à en aviser sans délai la caisse de maladie.

### **Renseignements**

On peut obtenir tous autres renseignements auprès des caisses de maladie.

## **VIII. RECOURS**

*Si l'assuré est en désaccord avec une association professionnelle au sujet de son droit aux indemnités journalières de maladie, aux indemnités de grossesse ou aux indemnités post-natales, il a la possibilité d'introduire un recours.*

Il doit, dans ce cas, demander au plus tôt à l'association professionnelle une décision susceptible de faire l'objet d'un recours; puis, dans les deux semaines à dater de cette décision, se pourvoir devant la Commission de

recours (Raad van beroep); le siège de celle-ci est indiqué dans la décision.

L'assuré peut rédiger son recours dans la langue de son pays d'origine.

*Si une contestation s'élève au sujet de l'attribution de soins de santé, on peut s'adresser pour conciliation au président du Conseil des caisses de maladie (voorzitter van de Ziekenfondsraad), 162, P.C. Hoofstraat, Amsterdam.*

## AVIS TRES IMPORTANT

*Le texte ci-dessus ne constitue pas un exposé complet des dispositions légales ou réglementaires. Il ne reprend que des dispositions générales et l'on ne peut en tirer des conclusions définitives pour la solution des cas d'espèces.*

*Dès lors, afin de vous éviter toute déconvenue, adressez-vous à votre organisme assureur pour tous renseignements au sujet de votre cas.*

**SERVICES DES PUBLICATIONS DES COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES**  
**8008\*/1/III/1961/5**