

Vos droits en matière de sécurité sociale

au Danemark



L'Europe sociale



Commission européenne



Ce guide présente des informations préparées et mises à jour en étroite collaboration avec les correspondants nationaux du MISSOC (*Mutual Information System on Social Protection*), le système d'information mutuelle sur la protection sociale.

De plus amples renseignements sur le réseau MISSOC sont disponibles à l'adresse: <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=en&catId=815>

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

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



Table des matières

Chapitre I: Généralités, organisation et financement.....	6
Introduction.....	6
Organisation de la protection sociale.....	6
Financement.....	7
Vos droits en matière de prestations de sécurité sociale en cas de déplacement en Europe.....	7
Chapitre II: Soins de santé.....	9
Ouverture des droits.....	9
Couverture de l'assurance.....	9
Modalités d'accès.....	10
Vos droits en matière de soins de santé en cas de déplacement en Europe.....	10
Chapitre III : Prestations de maladie en espèces.....	11
Ouverture des droits.....	11
Couverture de l'assurance.....	12
Modalités d'accès.....	12
Vos droits en matière de prestations en espèces de l'assurance maladie en cas de déplacement en Europe.....	13
Chapitre IV: Prestations de maternité et de paternité.....	14
Ouverture des droits.....	14
Couverture de l'assurance.....	14
Modalités d'accès.....	15
Vos droits en matière de prestations de maternité et de paternité en cas de déplacement en Europe.....	15
Chapitre V: Prestations d'invalidité.....	16
Ouverture des droits.....	16
Couverture de l'assurance.....	16
Modalités d'accès.....	16
Vos droits en matière de prestations d'invalidité en cas de déplacement en Europe ...	17
Chapitre VI: Pensions et prestations de vieillesse.....	18
Ouverture des droits.....	18
Couverture de l'assurance.....	19
Modalités d'accès.....	19
Vos droits en matière de pensions et prestations de vieillesse en cas de déplacement en Europe.....	20



Chapitre VII: Prestations en faveur des survivants	21
Ouverture des droits.....	21
Couverture de l'assurance	21
Modalités d'accès	21
Vos droits en matière de prestations de survivant en cas de déplacement en Europe	22
Chapitre VIII: Prestations pour accidents du travail et maladies professionnelles ..	23
Ouverture des droits.....	23
Couverture de l'assurance	23
Modalités d'accès	24
Vos droits en matière de prestations pour accidents du travail et maladies professionnelles en cas de déplacement en Europe	25
Chapitre IX: Prestations familiales	26
Ouverture des droits.....	26
Couverture de l'assurance	27
Modalités d'accès	27
Vos droits en matière de prestations familiales en cas de déplacement en Europe.....	27
Chapitre X: Chômage	29
Ouverture des droits.....	29
Couverture de l'assurance	30
Modalités d'accès	30
Vos droits en matière de prestations de chômage en cas de déplacement en Europe	31
Chapitre XI : Garantie de ressources.....	32
Ouverture des droits.....	32
Couverture de l'assurance	32
Modalités d'accès	33
Vos droits en matière de garantie de ressources en cas de déplacement en Europe ...	33
Chapitre XII : Soins de longue durée	34
Ouverture des droits.....	34
Couverture de l'assurance	34
Modalités d'accès	34
Vos droits en matière de soins de longue durée en cas de déplacement en Europe	34
Annexe I: Adresses des institutions et sites internet utiles	36
Annexe II: Prestations spéciales à caractère non contributif	38



Chapitre I: Généralités, organisation et financement

Introduction

Au Danemark, les prestations de sécurité sociale sont les suivantes:

- prestations en cas de maladie, d'hospitalisation, de maternité, indemnités journalières de maladie et de maternité et aide à la réadaptation;
- prestations pour accidents du travail et maladies professionnelles;
- allocations pour frais funéraires;
- pensions d'invalidité;
- pensions générales de vieillesse et pensions complémentaires;
- indemnités de chômage;
- prestations familiales.

La plupart des branches de la sécurité sociale danoise étant obligatoires, vous ne devez effectuer aucune formalité pour être assuré, sauf dans le cas de l'assurance chômage.

Organisation de la protection sociale

Systèmes de pension

Tous les citoyens danois âgés de moins de 65 ans résidant au Danemark ont droit à une pension anticipée en cas d'invalidité (pensions d'invalidité). À l'âge de 65 ans, ils ont droit à une pension de retraite. Les communes locales gèrent ce régime de pension (les pensions sociales). Le ministère de l'emploi (*Beskæftigelsesministeriet*) contrôle l'application de la législation, mais ne peut pas intervenir dans les cas individuels.

Le régime de pension complémentaire (*Arbejdsmarkedets Tillægspension, ATP*) offre aux travailleurs salariés travaillant au moins neuf heures par semaine, un supplément à la pension sociale.

La pension partielle et la retraite anticipée de l'assurance-chômage sont des régimes transitoires entre vie active et retraite, qui sont du ressort du ministère de l'emploi.

Assurance maladie

L'assurance maladie qui couvre l'ensemble de la population est gérée et financée par les communes locales et régionales. Ce régime relève du ministère de l'intérieur et de la santé (*Indenrigs- og Sundhedsministeriet*). Toutes les personnes résidant au Danemark sont couvertes par l'assurance maladie. En cas de maladie, les prestations en espèces sont gérées par les communes locales (du ressort du ministère de l'emploi, *Beskæftigelsesministeriet*).

Prestations familiales

Les allocations familiales générales et les diverses autres allocations familiales sont gérées par les autorités locales (du ressort du ministère des impôts, *Skatteministeriet*, et du ministère des affaires sociales, *Socialministeriet*). Les prestations en espèces en cas de maternité sont également versées par les autorités locales (du ressort du ministère de l'emploi, *Beskæftigelsesministeriet*).



Assurance chômage

Le régime d'assurance chômage est un régime d'assurance volontaire, géré par des caisses d'assurances chômage réparties en fonction des différentes branches; deux caisses sont réservées aux travailleurs indépendants. Les assurés versent des cotisations aux assurances. Ces cotisations et les cotisations payées au Fonds pour l'emploi par les salariés et les indépendants couvrent en partie la part de l'État pour les dépenses liées à l'assurance chômage, y compris la retraite anticipée. Le ministère de l'emploi, *Beskæftigelsesministeriet*, est en charge de l'assurance chômage.

Financement

Les prestations de la sécurité sociale danoise sont en règle générale financées par les impôts (impôts de l'État, des départements et des communes).

En 1994, une cotisation de sécurité sociale générale, la «contribution au marché du travail» (*arbejdsmarkedetsbidraget*), a toutefois été introduite pour financer notamment les dépenses de l'État pour les indemnités journalières de maladie et de maternité, les allocations de chômage, les pensions d'invalidité et l'aide à la réadaptation

Les travailleurs salariés et non salariés versent des cotisations aux trois fonds pour l'emploi qui ont été réunis en 1999 en un seul fonds, le Fonds pour l'emploi (*Arbejdsmarkedsfonden*).

Ces cotisations représentent 8% du salaire brut des salariés et le même pourcentage du revenu de l'activité non salariée des indépendants.

Les employeurs sont chargés de prélever les cotisations auprès de leurs salariés et de les transmettre (avec l'impôt prélevé à la source) à l'administration fiscale.

Les cotisations au Fonds pour l'emploi ne constituent pas une véritable contribution sociale, mais simplement un nouveau mode de financement de certaines prestations qui étaient financées antérieurement par les impôts.

Vos droits en matière de prestations de sécurité sociale en cas de déplacement en Europe

Compte tenu des différences entre les systèmes de sécurité sociale des pays européens, des dispositions de l'UE ont été conçues afin d'assurer leur coordination. Il est important de disposer de règles communes assurant l'accès aux prestations sociales pour éviter que certains travailleurs européens ainsi que d'autres personnes assurées ne soient défavorisés lorsqu'ils exercent leur droit de libre circulation. Ces règles s'appuient sur les quatre principes suivants.

- Lorsque vous vous déplacez en Europe, vous êtes toujours assuré conformément à la législation d'un seul État membre: si vous êtes actif, il s'agira généralement du pays dans lequel vous travaillez; si vous êtes inactif, il s'agira du pays dans lequel vous résidez.
- Le principe d'égalité de traitement vous garantit les mêmes droits et obligations que les ressortissants du pays dans lequel vous êtes assuré.
- Le cas échéant, les périodes d'assurance acquises dans d'autres pays de l'UE peuvent être prises en compte lors de l'octroi d'une prestation
- Les prestations en espèces peuvent être «exportées» si vous vivez dans un pays autre que celui dans lequel vous êtes assuré.



Vous pouvez vous appuyer sur la législation de l'UE relative à la coordination des systèmes de sécurité sociale dans les 27 États membres de l'UE, ainsi qu'en Norvège, en Islande, au Liechtenstein (EEE) et en Suisse (31 pays au total).

Des informations générales sur les dispositions de l'UE sont fournies à la fin de chaque chapitre. D'autres informations concernant la coordination des droits en matière de sécurité sociale en cas de déplacement ou de voyages au sein de l'UE, en Islande, au Liechtenstein, en Norvège ou en Suisse peuvent être consultées à l'adresse: <http://ec.europa.eu/social-security-coordination>.



Chapitre II: Soins de santé

Ouverture des droits

Toutes les personnes qui résident au Danemark ont droit aux prestations en nature en cas d'hospitalisation et de maternité, ainsi qu'aux prestations de l'assurance maladie.

Lorsque vous vous installez au Danemark, vous devez vous inscrire au registre de la population de votre commune de résidence. Vous êtes dès lors affilié à l'assurance maladie. Vous avez droit aux soins médicaux et vous recevez une carte de sécurité sociale.

Couverture de l'assurance

Prestations de l'assurance maladie

Les prestations auxquelles vous avez droit sont les suivantes:

- traitement par le médecin généraliste que vous avez choisi;
- traitement par un spécialiste auquel votre généraliste vous a adressé;
- certain types de soins dentaires;
- soins de kinésithérapie sur prescription médicale;
- soins dispensés par un chiropraticien;
- soins de podologie sur prescription médicale pour certains groupes de patients;
- psychothérapie sur prescription médicale pour certains groupes de patients;
- médicaments;
- préparations nutritionnelles sur prescription médicale.

Les soins dispensés par les généralistes et les spécialistes sont gratuits pour les personnes du groupe 1.

L'assurance maladie couvre 35 à 65% du coût des autres prestations, selon le barème fixé d'un commun accord avec les organisations de praticiens.

Le taux de remboursement des médicaments dépend du total de vos dépenses annuelles pour des médicaments remboursables. Il n'y a pas de remboursement si les dépenses annuelles totales sont inférieures à DKK 850 (€ 114). Le remboursement augmente par tranches: il est de 50% pour les dépenses comprises entre DKK 850 (€ 114) et DKK 1.385 (€ 186), de 75% pour les dépenses qui se situent entre DKK 1.385 et DKK 2.990 (€ 401) et de 85% pour celles qui dépassent DKK 2.990 (€ 401).

Pour les enfants de moins de 18 ans, les médicaments remboursables sont toujours remboursés à 50% au moins.

Traitement hospitalier

Si vous avez besoin d'un traitement hospitalier, vous pouvez choisir un établissement parmi tous les hôpitaux publics du pays où le traitement requis est dispensé. Le traitement est gratuit. Dans la plupart des cas, l'hospitalisation doit se faire sur prescription d'un médecin, à moins qu'il ne s'agisse d'un accident ou d'une maladie aiguë.



Vous avez droit à des examens préventifs gratuits par un médecin et une sage-femme dans le cadre de la grossesse et de l'accouchement. L'accouchement à l'hôpital ou dans un autre établissement public et l'assistance d'une sage-femme pour un accouchement à domicile sont gratuits.

Modalités d'accès

Il existe deux catégories d'assurés. Vous êtes libre de choisir entre le groupe 1 et le groupe 2 et vous pouvez changer de groupe une fois par an.

Les assurés du groupe 1 sont rattachés à un médecin généraliste déterminé qui a passé un accord avec la caisse de maladie. Les soins de médecine spécialisée ne leur sont normalement dispensés que s'ils sont envoyés chez le spécialiste par leur praticien habituel.

Les assurés du groupe 2 sont libres de choisir leurs généralistes et leurs spécialistes. Ils reçoivent une prestation de l'assurance maladie qui correspond à ce que cette dernière devrait verser pour un traitement correspondant pour un patient du groupe 1. Le médecin fixe lui-même ses honoraires.

Les enfants de moins de 16 ans ont le même médecin et appartiennent à la même catégorie d'assurés que leurs parents ou leur tuteur.

Réclamations

Si vous n'êtes pas d'accord avec une décision, vous pouvez introduire un recours dans les quatre semaines qui suivent la date à laquelle vous en avez eu communication.

Les décisions de l'administration municipale en matière d'assurance maladie peuvent faire l'objet d'un recours auprès de la Commission sociale (*det Sociale Nævn*) du département où vous résidez.

Les décisions de l'administration départementale en matière d'assurance maladie, de traitement hospitalier et de maternité peuvent faire l'objet d'un recours auprès du Conseil arbitral des assurances sociales (*Ankestyrelsen*).

Vos droits en matière de soins de santé en cas de déplacement en Europe

Si vous séjournez ou résidez dans un autre pays de l'Union européenne, en Islande, au Liechtenstein, en Norvège ou en Suisse, vous et votre famille pouvez bénéficier des services publics de santé dispensés dans ce pays. Cela ne signifie pas nécessairement que ce traitement sera gratuit; cela dépend des dispositions nationales.

Si vous prévoyez un séjour temporaire (vacances, voyage d'affaires, etc.) dans un autre pays de l'UE, en Islande, au Liechtenstein, en Norvège ou en Suisse, demandez une carte européenne d'assurance maladie (CEAM) avant de partir. Des informations complémentaires sur la CEAM et sur ses modalités d'obtention sont disponibles à l'adresse: <http://ehic.europa.eu>.

Si vous prévoyez de partir vivre dans un autre pays de l'UE, des informations complémentaires sur vos droits en matière de soins de santé sont disponibles à l'adresse: <http://ec.europa.eu/social-security-coordination>.



Chapitre III : Prestations de maladie en espèces

Ouverture des droits

Les indemnités journalières de maladie sont destinées à compenser la perte de revenu professionnel résultant d'une absence pour cause de maladie.

Cela signifie que toutes les personnes qui ont un salaire, un revenu de remplacement (des allocations de chômage, par exemple) ou un autre revenu professionnel qui provient essentiellement de leur travail personnel ont normalement droit à des indemnités journalières en cas de maladie, à condition que ce revenu soit imposable au Danemark.

Conditions à remplir

Pour pouvoir prétendre aux indemnités journalières de maladie, vous devez être incapable de travailler parce que vous êtes malade. Vous devez aussi remplir une condition d'emploi.

Les salariés qui ne perçoivent pas un salaire complet pendant leur maladie ont droit à des indemnités journalières de maladie payées par l'employeur dès le premier jour de maladie à condition d'avoir été employés par cet employeur pendant les huit semaines qui ont précédé leur absence et d'avoir été occupés chez cet employeur pendant 74 heures au moins au cours de cette période. Ils ont droit à ces indemnités versées par l'employeur pendant les deux premières semaines de la période de maladie.

Si l'incapacité de travail dépasse deux semaines ou si, au moment de son apparition, vous n'avez pas droit aux indemnités journalières à charge de l'employeur, vous pouvez prétendre à des indemnités journalières versées par l'administration municipale, à condition d'avoir eu un lien avec le marché du travail pendant les 13 semaines qui ont précédé l'apparition de la maladie et d'avoir travaillé pendant 120 heures au moins au cours de cette période.

Vous avez également droit à des indemnités journalières de maladie si vous êtes affilié à une caisse d'assurance chômage et si vous avez terminé une formation professionnelle d'une durée de 18 mois au moins au cours du dernier mois ou si vous êtes élève et effectuez un stage rémunéré.

Les travailleurs non salariés ont droit à des indemnités journalières versées par l'administration municipale après deux semaines de maladie, à condition d'avoir exercé une activité non salariée à titre principal pendant au moins six des 12 derniers mois, dont un mois juste avant leur absence au travail pour maladie. La demande écrite d'indemnités doit être présentée au plus tard une semaine après les deux premières semaines de maladie.

En outre, il existe un régime d'assurance pour les travailleurs non salariés. Il s'agit d'un régime volontaire qui permet aux indépendants de bénéficier d'indemnités journalières de maladie pendant les deux premières semaines de la période de maladie.

Les parents d'un enfant âgé de moins de 14 ans atteint d'une grave maladie ont droit aux indemnités de maladie au même titre que s'ils étaient eux-mêmes malades.



Couverture de l'assurance

Montant de la prestation

Le montant est calculé sur la base du salaire horaire qui vous aurait été dû si vous n'étiez pas tombé malade. Si vous n'êtes pas salarié, le calcul de l'indemnité repose sur le revenu de l'activité non salariée.

Les indemnités s'élèvent au maximum à DKK 3.760 (€ 504) par semaine (pour 2011). Les indemnités maximales par heure correspondent au montant maximal susmentionné divisé par le nombre normal d'heures de travail hebdomadaires fixé dans les conventions collectives (37 heures), elles s'élèvent donc à DKK 102 (€ 14). Les indemnités sont payées chaque semaine.

Les salariés qui sont en incapacité de travail partielle en raison d'une maladie peuvent se voir accorder des indemnités journalières de maladie réduites. Des indemnités leur sont versées pour les heures de la semaine pendant lesquelles ils ne travaillent pas en raison de leur maladie.

Durée des indemnités et suivi

Le paiement des indemnités cesse lorsqu'elles ont été versées (ou qu'un salaire a été versé au salarié malade) pendant plus de 52 semaines au cours des 18 derniers mois. Les jours pour lesquels des indemnités ont été payées (ou un salaire a été versé) au cours des deux premières semaines d'absence pour cause de maladie et les périodes pour lesquelles des indemnités ont été payées (ou un salaire a été versé) dans le contexte d'une grossesse, d'un accouchement ou d'une adoption n'entrent pas en ligne de compte. Il y a plusieurs possibilités pour prolonger le paiement des indemnités au-delà des 52 semaines.

L'administration municipale doit suivre le dossier du malade pour veiller à ce que ce dernier conserve son lien avec le marché du travail. Elle doit examiner le cas de l'intéressé au plus tard huit semaines après le début de l'absence, puis au minimum toutes les huit semaines. La première fois, elle prend une décision concernant l'élaboration d'un plan de suivi. Le plan doit être élaboré au plus tard immédiatement après le deuxième examen de suivi, c'est-à-dire au plus tard après deux fois huit semaines d'absence pour maladie.

Les personnes qui bénéficient d'une pension sociale ou qui auraient pu y prétendre pour des raisons de santé n'ont droit aux indemnités journalières que pour une durée de 13 semaines sur les 12 derniers mois. Il en va de même pour celles qui ont atteint l'âge de 65 ans.

Modalités d'accès

Vous devez signaler votre maladie à votre employeur le plus rapidement possible. Si vous l'informez trop tard, le droit aux indemnités est supprimé jusqu'au moment de la notification. L'employeur peut exiger que vous lui fournissiez, dans un délai raisonnable, la preuve que l'absence est due à une maladie, par une attestation écrite ou un autre moyen. Il peut également demander un certificat médical s'il l'estime nécessaire. Si vous ne lui apportez pas les preuves demandées, vous perdez normalement vos droits aux indemnités journalières.

Pour demander des indemnités journalières de maladie à l'administration municipale, vous devez l'informer de votre maladie au plus tard une semaine après votre premier jour d'absence au travail et lui présenter une demande écrite. Si votre employeur vous verse des indemnités, la notification à l'administration municipale doit avoir lieu au plus tard une



semaine après la cessation du paiement par votre employeur. L'administration peut demander un certificat médical si elle l'estime nécessaire. Si vous ne lui apportez pas les preuves demandées, vous perdez normalement vos droits aux indemnités journalières.

Si un employeur ne verse pas d'indemnités de maladie et si l'administration municipale juge que cela n'est pas justifié, cette dernière paiera en faisant une avance sur les indemnités de maladie.

Vos droits en matière de prestations en espèces de l'assurance maladie en cas de déplacement en Europe

En général, les prestations en espèces de l'assurance maladie (c'est-à-dire les prestations normalement destinées à compenser la suspension de revenu pour cause de maladie) sont toujours payées conformément à la législation du pays dans lequel vous êtes assuré, indépendamment de votre lieu de résidence ou de séjour.*

Lorsque vous vous rendez dans un autre pays de l'Union européenne, en Islande, au Liechtenstein, en Norvège ou en Suisse, lorsque certaines conditions doivent être remplies avant de pouvoir bénéficier de prestations en espèces de l'assurance maladie, l'institution compétente (c'est-à-dire l'institution du pays dans lequel vous êtes assuré) doit tenir compte de vos périodes d'assurance, de résidence ou d'emploi accomplies sous la législation de l'un des pays mentionnés ci-dessus. Cette garantie signifie que vous ne perdez pas votre couverture d'assurance maladie lorsque vous changez d'emploi et vous rendez dans un autre pays.

Des informations complémentaires sur la coordination des droits en matière de sécurité sociale en cas de déplacement ou de voyage peuvent être consultées à l'adresse <http://ec.europa.eu/social-security-coordination>.

* Certaines prestations spéciales en espèces à caractère non contributif existent exclusivement dans le pays dans lequel le bénéficiaire réside et ne sont donc pas «exportables». Une liste de ces prestations figure à l'annexe II, à la fin de ce guide.



Chapitre IV: Prestations de maternité et de paternité

Ouverture des droits

Toutes les femmes qui résident au Danemark depuis au moins six semaines, peuvent bénéficier des prestations en nature (soins de santé).

Les indemnités financières sont accessibles aux salariées et aux indépendantes, y compris les conjoints aidants. Une femme qui a eu un emploi pendant les 13 semaines précédant le congé de maternité et a travaillé pendant 120 heures au moins au cours de cette période ou qui remplit les conditions pour être considérée comme un travailleur indépendant, a droit à des indemnités journalières pour grossesse et accouchement ou pour adoption.

Couverture de l'assurance

Prestations en nature

Les femmes qui résident au Danemark ont droit à la gratuité des soins de maternité. Les services proposés comportent des examens prénataux, le transport gratuit pour les examens et l'accouchement, l'accouchement en milieu hospitalier ou l'assistance d'une sage-femme dans le cas d'un accouchement à domicile.

Prestations en espèces

Une indemnité journalière peut être payée en cas de maternité, d'adoption ou de paternité.

Les indemnités de maternité peuvent être payées à la mère à partir de la quatrième semaine avant la date présumée de l'accouchement et continuent à être versées pendant 46 semaines après la naissance de l'enfant, les 32 dernières semaines pouvant être partagées entre les deux parents. Si l'un des parents reprend le travail à temps partiel, le congé parental peut être prolongé proportionnellement. Les parents peuvent prolonger le congé parental jusqu'à 40 ou 46 semaines (après les 14 semaines), mais les indemnités sont versées seulement à hauteur du montant payé pour 32 semaines. Indépendamment de cela, le père a droit aux indemnités journalières pendant deux semaines dans la période des 14 semaines qui suivent la naissance.

Les personnes qui adoptent un enfant peuvent également obtenir des indemnités journalières pendant 46 semaines à partir de la prise en charge effective de l'enfant.

Les parents qui ont un emploi peuvent reporter une partie de leurs congés. Les congés reportés doivent être pris avant que l'enfant ait 9 ans

Montants

Pour les salariées, les indemnités de maternité (*dagpenge ved fødsel*) sont calculées sur la base du salaire horaire de l'employée, avec un maximum de DKK 3.760 (€ 504) par semaine ou DKK 102 (€ 14) par heure (37 heures par semaine), et en fonction du nombre d'heures de travail. Pour les indépendantes, les indemnités de maternité sont calculées sur la base des revenus tirés de l'activité professionnelle, avec le même plafond mentionné ci-dessus.



Allocation de congés

Les femmes qui n'ont pas droit à une rémunération à taux plein durant leur congé de maternité et qui n'ont pas d'assurance chômage, peuvent néanmoins cumuler le droit à une allocation de congés. Cette allocation pourra être payée entre le 1^{er} mai et le 30 avril de l'année suivante. Elle correspond au niveau des indemnités de maternité et pour en bénéficier il faut avoir exercé un emploi pendant 12 mois avant l'accouchement.

Modalités d'accès

Les demandes d'indemnités journalières pour maternité ou adoption doivent être présentées à l'administration municipale dans les huit semaines qui suivent la date de l'accouchement ou de la prise en charge de l'enfant. L'employeur verse les indemnités pour les absences dues aux examens prénataux.

Vos droits en matière de prestations de maternité et de paternité en cas de déplacement en Europe

Les dispositions en matière de coordination couvrent les prestations de maternité et de paternité assimilées. Lorsque certaines conditions doivent être remplies avant de pouvoir bénéficier des prestations, l'institution compétente (c'est-à-dire l'institution du pays dans lequel vous êtes assuré) doit tenir compte des périodes d'assurance, de résidence ou d'emploi accomplies sous la législation d'un autre pays de l'Union européenne, en Islande, au Liechtenstein, en Norvège ou en Suisse.

En général, les prestations en espèces (c'est-à-dire les prestations normalement destinées à compenser une suspension de revenu) sont toujours payées conformément à la législation du pays dans lequel vous êtes assuré, indépendamment de votre lieu de résidence ou de séjour*. Les prestations en nature (c'est-à-dire les soins médicaux, médicaments et hospitalisations) sont fournies conformément à la législation de votre pays de résidence comme si vous y étiez assuré.

Des informations complémentaires sur la coordination des droits en matière de sécurité sociale en cas de déplacement ou de voyage peuvent être consultées à l'adresse <http://ec.europa.eu/social-security-coordination>.

* Certaines prestations spéciales en espèces à caractère non contributif existent exclusivement dans le pays dans lequel le bénéficiaire réside et ne sont donc pas «exportables». Une liste de ces prestations figure à l'annexe II, à la fin de ce guide.



Chapitre V: Prestations d'invalidité

Ouverture des droits

Les personnes dont la capacité de travail est réduite de façon permanente de telle sorte qu'elles ne peuvent pas subvenir elles-mêmes à leurs besoins en exerçant une activité lucrative, quelles que soient leurs possibilités de soutien au titre de la législation sociale (par exemple l'exercice d'un emploi avec une subvention de l'État), ont droit à une pension d'invalidité (*førtidspension*).

Ont droit à cette pension:

- les ressortissants danois;
- les personnes couvertes par le règlement (CE) n 883/2004 du 29 avril 2004 sur la coordination des systèmes de sécurité sociale;
- les autres étrangers, après dix ans de résidence au Danemark.

Pour avoir droit à la pension, vous devez avoir résidé au Danemark pendant trois ans au moins entre votre 15^e anniversaire et la date à laquelle vous demandez la pension.

Couverture de l'assurance

Le montant de la pension est différent pour les personnes isolées et pour les autres bénéficiaires. Il est fonction à la fois du revenu de l'intéressé et de celui de son conjoint/concubin éventuel. Les prestations ne dépendent pas des revenus antérieurs.

Vous avez droit à la pension complète si vous avez résidé au Danemark pendant une période égale aux quatre cinquièmes au moins des années qui séparent votre 15^e anniversaire de la date à laquelle la pension est accordée. Si la durée de résidence est moindre, la pension est fonction du rapport entre cette durée et les quatre cinquièmes de la période qui sépare votre 15^e anniversaire de la date à laquelle la pension est accordée.

La pension d'invalidité est supprimée lorsque l'intéressé atteint l'âge de 65 (67) ans et passe d'office au régime de la pension générale de vieillesse (voir [chapitre VI](#)). Le pourcentage de la pension générale complète qui est versé est identique au pourcentage de la pension d'invalidité complète qui était accordé.

La pension est payée à la fin de chaque mois. La pension d'invalidité ne peut pas être payée avant le premier jour du mois qui suit le jour de la décision d'attribution d'une pension, mais doit être payée, au plus tard, le premier jour du mois suivant les trois mois écoulés depuis le début du traitement de la demande de pension.

Des indemnités supplémentaires peuvent être accordées pour compenser les frais supplémentaires occasionnés par le handicap (*merudgiftsydelse*). Ces frais incluent par exemple l'aide d'une tierce personne, le chauffage, les frais médicaux, du matériel spécial, etc. Le montant est établi sur la base du cas par cas, en tenant compte des frais présumables.

Modalités d'accès

Vous devez présenter votre demande de pension à l'administration municipale de votre lieu de résidence. Elle peut exiger de vous une attestation médicale, que votre médecin



établira sur un formulaire spécial. Les frais de cette attestation sont à charge de l'administration municipale.

L'administration municipale doit, lorsqu'elle reçoit une demande de pension d'invalidité, considérer toutes les autres possibilités d'octroi d'une aide qui existent au titre de la législation sociale.

Elle décide de traiter le dossier selon les règles relatives aux pensions d'invalidité lorsqu'il est prouvé ou lorsque, en raison de circonstances particulières, il est tout à fait évident que votre capacité de travail ne peut pas être améliorée par des mesures d'activation, de réadaptation, thérapeutiques ou autres.

Réclamations

Si vous n'êtes pas d'accord avec une décision de l'administration municipale concernant vos droits à pension, vous pouvez la contester devant le Comité régional des plaintes liées à l'emploi (*Beskæftigelsesankenævnet*).

Le délai de recours est de quatre semaines.

Vos droits en matière de prestations d'invalidité en cas de déplacement en Europe

L'institution compétente du pays dans lequel vous demandez une pension d'invalidité doit tenir compte des périodes d'assurance ou de résidence accomplies sous la législation de tout autre pays de l'UE, en Islande, au Liechtenstein, en Norvège ou en Suisse, si cela s'avère nécessaire pour le droit aux prestations.

Les prestations d'invalidité sont payées quel que soit le lieu où vous résidez ou séjournez dans l'Union européenne, en Islande, au Liechtenstein, en Norvège ou en Suisse.* Les contrôles administratifs et examens médicaux nécessaires sont normalement effectués par l'institution compétente du pays dans lequel vous résidez. Dans certaines circonstances, il peut vous être demandé de revenir dans le pays qui vous verse votre pension pour y effectuer ces examens, si votre état de santé le permet.

Chaque pays applique ses critères nationaux pour déterminer le taux d'invalidité. Ainsi, certains pays peuvent considérer qu'une personne présente un taux d'invalidité de 70% alors que d'autres considèrent que cette même personne n'est pas invalide en vertu de leur législation. En effet, les systèmes nationaux de sécurité sociale ne sont pas harmonisés et les dispositions de l'UE assurent uniquement leur coordination.

Des informations complémentaires sur la coordination des droits en matière de sécurité sociale en cas de déplacement ou de voyage peuvent être consultées à l'adresse <http://ec.europa.eu/social-security-coordination>.

* Certaines prestations spéciales en espèces à caractère non contributif existent exclusivement dans le pays dans lequel le bénéficiaire réside et ne sont donc pas «exportables». Une liste de ces prestations figure à l'annexe II, à la fin de ce guide.



Chapitre VI: Pensions et prestations de vieillesse

Ouverture des droits

En principe, toutes les personnes qui résident au Danemark ont droit à la pension générale (pension sociale) (*folkepension*) à l'âge de 65 ans. Pour les personnes dont le 60^e anniversaire a eu lieu avant le 1er juillet 1999, l'âge de la retraite est à 67 ans.

En outre, il existe, pour les salariés, un régime de pension complémentaire obligatoire (ATP).

Pension sociale

Ont droit à cette pension:

- les ressortissants danois;
- les personnes couvertes par le règlement (CE) n 883/2004 du 29 avril 2004 sur la coordination des systèmes de sécurité sociale;
- les autres étrangers, après dix ans de résidence au Danemark.

Pour avoir droit à la pension, vous devez avoir résidé au Danemark pendant trois ans au moins entre votre 15^e et votre 65^e (67^e) anniversaire. Le droit à la pension générale complète est acquis après quarante ans de résidence au Danemark entre 15 et 65 (67) ans. Une moindre durée de résidence donne droit à une pension partielle, égale à 1/40 de la pension complète par année de résidence au Danemark entre 15 et 65 (67) ans.

Pension complémentaire

Tous les salariés de 16 ans ou plus occupés au Danemark sont couverts par le régime ATP pour autant qu'ils travaillent au moins neuf heures par semaine. Les salariés qui changent d'activité pour devenir des travailleurs non salariés peuvent, sous certaines conditions, rester affiliés au régime de pension complémentaire. Dans ce cas, ils paient eux-mêmes la totalité des cotisations. Le régime de pension complémentaire des travailleurs salariés est financé conjointement par les salariés et les employeurs; ceux-ci prennent en charge les deux tiers de la cotisation, les salariés le tiers restant. L'employeur est responsable du prélèvement des cotisations à charge du salarié.

Pour les travailleurs à temps partiel qui sont couverts par le régime ATP, la cotisation est de deux tiers ou d'un tiers du taux plein.

Des cotisations sont également versées pour les personnes qui reçoivent des allocations de chômage, des indemnités journalières de maladie ou de maternité, une pension d'invalidité (attribuée après 2002), une allocation de formation (*uddannelsesyndelse*), une allocation de formation pour adultes ou de formation continue (*VEU-godtgørelse*), une prestation de chômage destinée aux personnes admises à bénéficier du régime des emplois flexibles subventionnés (*ledighedsyndelse*), une prestation d'activation (*aktiveringsyndelse*), des allocations sociales directes (*kontanthjælp*), une indemnité pour perte de gain destinée aux parents qui doivent s'occuper d'un enfant handicapé (*tabt arbejdsfortjeneste*), etc.

Les personnes qui bénéficient des prestations de retraite anticipée que sont la pension partielle (*delpension*), l'allocation de préretraite aux bénéficiaires du régime des emplois flexibles subventionnés (*fleksyndelse*) et la pension de préretraite (*efterløn*) ont la possibilité de cotiser au régime ATP si elles le souhaitent. Les bénéficiaires d'une pension d'invalidité



qui se sont vu accorder ladite pension avant 2003 peuvent également cotiser à ce régime sur base volontaire. En règle générale, les affiliés qui le sont sur base volontaire paient la moitié de la cotisation eux-mêmes.

Couverture de l'assurance

Pension sociale

La pension générale se compose d'un montant de base et d'un supplément de pension. Le montant de base est fonction des revenus du travail personnel de l'intéressé. Le montant du supplément de pension est fonction des revenus cumulés de l'intéressé et de son conjoint/concubin éventuel.

En cas de pension différée, le montant de la pension est majoré d'un pourcentage calculé sur la base des hypothèses actuarielles en fonction de la durée de l'ajournement. Il n'est pas possible de prendre la retraite avant l'âge de 65 ans.

La pension est payée à la fin de chaque mois. Elle ne peut être payée qu'à partir du premier jour du mois qui suit la présentation de la demande. D'une manière générale, elle n'est payée qu'aux personnes résidant au Danemark ou dans un autre État membre de l'Union européenne.

Certaines personnes peuvent avoir droit à une allocation complémentaire de santé et à une allocation de chauffage. En outre, une allocation personnelle (*personligt tillæg*) peut être accordée aux pensionnés dont les conditions de vie sont exceptionnellement difficiles.

Pension complémentaire

Le régime ATP verse une pension de vieillesse à vie sur demande, au plus tôt à partir des 65 ans de l'affilié. Le montant des prestations est fonction de la durée d'affiliation au régime et du montant des cotisations versées. La pension de vieillesse est normalement accordée sous forme de rente, mais les petites pensions peuvent être réglées sous la forme d'une prestation unique.

Si la demande de pension complémentaire est présentée après 65 ans, les prestations augmentent d'environ 5-8% par année d'attente, jusqu'à l'âge de 75 ans. Il n'est pas possible de prendre la retraite avant l'âge de 65 ans.

Modalités d'accès

Pension sociale

L'administration municipale du lieu où vous vivez est tenue de vous informer de la possibilité de demander une pension de vieillesse lorsque vous approchez de l'âge de la retraite. Il n'est pas nécessaire d'utiliser un formulaire spécial à cet effet.

Les personnes résidant à l'étranger ne seront pas informées et doivent veiller à contacter l'Agence danoise des pensions (*Pensionsstyrelsen*).

Si vous n'êtes pas d'accord avec une décision de l'administration municipale concernant vos droits à pension, vous pouvez la contester devant la Commission sociale (*det sociale nævn*) correspondante. Le délai de recours est de quatre semaines.



Pension complémentaire

En principe, les ayants droit reçoivent automatiquement leur pension du régime ATP. Toutefois, les personnes résidant à l'étranger doivent contacter elles-mêmes le régime ATP. La demande doit être envoyée à l'adresse qui figure à l'*annexe I* ci-dessous (voir *Arbejdsmarkedets Tillægspension*).

En règle générale, la pension complémentaire vous est payée chaque mois, anticipativement, sur votre compte en banque ou à votre caisse d'épargne.

Si vous n'êtes pas d'accord avec une décision du régime ATP (*Arbejdsmarkedets Tillægspension*) concernant votre affiliation, vos cotisations ou vos droits à pension, vous pouvez la contester, dans un délai de quatre semaines, devant le Comité de recours du régime ATP (*Ankenævnet for Arbejdsmarkedets Tillægspension*).

Vos droits en matière de pensions et prestations de vieillesse en cas de déplacement en Europe

Les dispositions de l'UE relatives aux pensions de vieillesse concernent exclusivement le système des pensions publiques et non les régimes privés, professionnels ou d'entreprise, de pension. Elles garantissent les éléments suivants:

- dans chaque pays de l'UE (ainsi qu'en Islande, au Liechtenstein, en Norvège et en Suisse) dans lequel vous avez été assuré, vos périodes d'assurance sont comptabilisées jusqu'à ce que vous atteigniez l'âge légal de la retraite dans ce pays;
- chaque pays de l'UE (ainsi que l'Islande, le Liechtenstein, la Norvège et la Suisse) dans lequel vous avez été assuré, vous versera une pension de vieillesse lorsque vous atteindrez l'âge de la retraite. Le montant que vous percevrez de chacun des États membres dépendra de la durée de la période d'assurance dans chaque État;
- votre pension vous sera versée quel que soit votre pays de résidence dans l'UE (ainsi qu'en Islande, au Liechtenstein, en Norvège et en Suisse).*

Vous devez adresser votre demande à l'institution d'assurance pension de l'État membre dans lequel vous résidez (ou en Islande, au Liechtenstein, en Norvège ou en Suisse), sauf si vous n'avez jamais travaillé dans ce pays, auquel cas vous devrez soumettre votre demande dans le pays où vous avez travaillé pour la dernière fois.

Des informations complémentaires sur la coordination des droits en matière de sécurité sociale en cas de déplacement ou de voyage peuvent être consultées à l'adresse <http://ec.europa.eu/social-security-coordination>.

* Certaines prestations spéciales en espèces à caractère non contributif existent exclusivement dans le pays dans lequel le bénéficiaire réside et ne sont donc pas «exportables». Une liste de ces prestations figure à l'annexe II, à la fin de ce guide.



Chapitre VII: Prestations en faveur des survivants

Ouverture des droits

Les prestations du régime ATP aux survivants ont été modifiées en 2002. Le nouveau régime concerne les cotisations payées après le 1^{er} janvier 2002.

Les personnes suivantes peuvent y prétendre: le conjoint ou concubin survivant et, sous certaines conditions, également le conjoint divorcé ainsi que les enfants.

Lorsqu'un affilié décède, son conjoint/concubin et chacun de ses enfants de moins de 21 ans ont en règle générale droit à un montant unique versé par le régime ATP, à condition que le défunt ait été affilié au nouveau régime pendant au moins deux ans et ait payé des cotisations correspondant à deux ans d'emploi à plein temps. Les concubins doivent s'être enregistrés personnellement en tant que tels auprès du régime ATP avant le décès. En outre, ils doivent avoir la même adresse dans le registre de la population depuis deux ans avant le décès.

Il n'y a pas d'autre régime de pension sociale pour les survivants.

Couverture de l'assurance

Les prestations versées conformément aux nouvelles règles sont les suivantes. En principe, tous les survivants ayant droit aux prestations reçoivent un montant unique de DKK 50.000 (€ 6.703) avant impôts. Les prestations versées au conjoint/concubin sont fonction de l'âge auquel l'affilié est décédé; elles sont réduites progressivement à partir de 66 ans et disparaissent complètement à 70 ans.

Les droits au titre des anciennes règles subsistent même si la personne avait 70 ans ou plus lors de son décès. Cela signifie que le conjoint survivant peut toujours se voir accorder un montant unique selon les anciennes règles. Si le survivant a droit à un paiement unique à la fois selon le nouveau régime et selon l'ancien, seul le montant le plus important des deux lui est versé. Les montants accordés aux enfants selon les anciennes règles sont versés pour chaque enfant de moins de 18 ans et calculés au cas par cas.

Les autres prestations sont les suivantes:

- allocation pour frais funéraires (*begravelseshjælp*): au décès d'un assuré, l'assurance maladie peut verser une allocation pour frais funéraires, si le défunt avait droit aux prestations de santé. Le montant de cette allocation (jusqu'à DKK 9.450 (€ 1.267)) est fonction de la situation familiale et des ressources du défunt. Si le défunt était âgé de moins de 18 ans, les survivants reçoivent une allocation forfaitaire qui ne dépend pas des ressources (DKK 7.950 (€ 1.066));
- aide aux survivants (*efterlevelseshjælp*), pour le conjoint (ou le concubin depuis au moins trois ans). Il s'agit d'une prestation forfaitaire qui dépend des revenus et de la fortune du survivant. Le montant maximum est de DKK 13.064 (€ 1.751). Aucune prestation n'est accordée lorsque les revenus dépassent DKK 336.059 (€ 45.052) par an;
- allocation d'entretien (*hjælp til forsørgelse*), qui peut être accordée en cas de besoin.

Modalités d'accès

Une demande doit être envoyée au régime ATP (voir l'[annexe I](#)) si le défunt vivait à l'étranger ou si les survivants vivent à l'étranger.



Vos droits en matière de prestations de survivant en cas de déplacement en Europe

En général, les règles qui s'appliquent aux pensions pour les conjoints survivants ou les orphelins ainsi qu'aux allocations pour frais funéraires sont les mêmes que celles qui s'appliquent aux pensions d'invalidité et de vieillesse (voir chapitres V et VI). En effet, les pensions de survivant et les allocations de décès doivent être versées sans aucune réduction, modification ou suspension, quel que soit le lieu où réside le conjoint survivant dans l'Union européenne, en Islande, au Liechtenstein, en Norvège ou en Suisse.*

Des informations complémentaires sur la coordination des droits en matière de sécurité sociale en cas de déplacement ou de voyage peuvent être consultées à l'adresse <http://ec.europa.eu/social-security-coordination>.

* Certaines prestations spéciales en espèces à caractère non contributif existent exclusivement dans le pays dans lequel le bénéficiaire réside et ne sont donc pas «exportables». Une liste de ces prestations figure à l'annexe II, à la fin de ce guide.



Chapitre VIII: Prestations pour accidents du travail et maladies professionnelles

Ouverture des droits

La loi sur l'indemnisation des travailleurs (*lov om arbejdsskadesikring*) couvre en principe les personnes employées au Danemark ou sur un navire danois et les indépendants qui se sont assurés. L'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles doit être contractée auprès d'une compagnie d'assurances agréée.

L'assurance couvre les dommages corporels dus à un accident ou une exposition subi(e) dans le cadre du travail. L'accident ou l'exposition doit être soudain(e) ou durer cinq jours au maximum. L'assurance couvre également une série de maladies professionnelles, qui font l'objet d'une liste spéciale, ainsi que les dommages causés à un enfant né en vie par le travail de la mère pendant la grossesse ou une exposition nocive des parents avant la conception. En règle générale, les accidents qui se produisent sur le chemin du travail (aller et retour) ne sont pas couverts.

Couverture de l'assurance

Les prestations sont les suivantes:

- soins médicaux, rééducation, appareils et accessoires;
- indemnité pour perte de capacité de gain (*estatning for erhvervsevnetab*);
- indemnité de dommage permanent (*méngodtgørelse*);
- indemnité en cas de décès du chef de famille (*erstatning for tab af forsørger*);
- allocation transitoire aux survivants en cas de décès.

Traitement médical et rééducation fonctionnelle

Le coût des soins médicaux qui ne sont pas fournis gratuitement dans le cadre du système national de santé sont pris en charge lorsque c'est jugé nécessaire pour assurer les meilleures conditions possibles de guérison ou pour garantir les résultats du traitement. L'Office des accidents du travail et des maladies professionnelles détermine également si des dépenses ultérieures seront nécessaires pour des soins, des médicaments, des appareils et des accessoires particuliers, etc. S'il estime que de telles dépenses seront requises à l'avenir, elles sont couvertes par un montant unique. Les soins médicaux et la rééducation ne sont accordés que dans la mesure où ils ne sont pas pris en charge par le régime public d'assurance maladie ou lorsqu'ils ne font pas partie du traitement dispensé dans les hôpitaux publics.

Indemnités journalières de maladie

Des indemnités journalières de maladie ne sont pas couvertes par la loi sur l'indemnisation des travailleurs. Néanmoins, lorsqu'une année s'est écoulée depuis l'accident ou l'apparition de la maladie, une décision doit être prise, si possible, pour octroyer une indemnité pour perte de capacité de gain ou une indemnité de dommage permanent.

I



Indemnité pour perte de capacité de gain

L'indemnité pour perte de capacité de gain future est destinée à compenser la perte de revenu résultant de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle. La perte de revenu est égale à la différence entre le revenu dont aurait pu disposer l'intéressé s'il n'avait pas été victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle et le revenu dont il pourrait vraisemblablement disposer compte tenu de l'accident ou de la maladie. Pour avoir droit à l'indemnité, il faut que la perte de capacité de gain soit supérieure à 15%. En cas de perte totale, l'indemnité est égale à 83% de la rémunération annuelle; si la perte est moindre, l'indemnité diminue d'autant. Il est cependant fixé un plafond pour la rémunération annuelle (DKK 459.000 (€ 61.533)).

Les indemnités sont en principe versées sous forme de rentes, mais elles sont converties en capital dans les cas où la perte de capacité de gain est inférieure à 50%. Dans d'autres cas, une partie de l'indemnité peut être convertie en capital si le bénéficiaire le souhaite.

Indemnité de dommage permanent

L'indemnité de dommage permanent est destinée à compenser les désagréments permanents de la vie quotidienne dus aux séquelles médicales de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle. Son montant est fonction de l'importance du dommage (taux d'invalidité) et calculé à partir d'un barème. L'indemnité est payée une fois pour toutes sous forme de capital.

Indemnité en cas de décès du chef de famille

L'indemnité en cas de décès du chef de famille est accordée au conjoint survivant ou à tout autre survivant qui a perdu la personne qui subvenait à ses besoins. Elle est calculée en fonction des possibilités qu'a le survivant de subvenir à ses propres besoins et est payée pendant une période maximale de dix ans. Elle est égale à 30% de la rémunération annuelle que percevait l'assuré avant son décès. Chaque enfant a généralement droit à une prestation annuelle égale à 10% de la rémunération annuelle de l'assuré avant son décès (20% si celui-ci subvenait seul aux besoins de l'enfant), jusqu'à ce qu'il atteigne l'âge de 18 ans (ou de 21 ans, s'il fait des études ou s'il est en cours de formation).

Allocation transitoire aux survivants

L'allocation transitoire aux survivants est destinée à compenser les frais divers supportés par le conjoint ou le concubin du défunt lors du décès; c'est une prestation forfaitaire.

Modalités d'accès

L'employeur est tenu de signaler tout accident à sa compagnie d'assurances ou à l'Office national des accidents du travail et des maladies professionnelles (*Arbejdsskadestyrelsen*) dans les plus brefs délais. À défaut de déclaration de la part de l'employeur, la victime ou ses survivants disposent d'un délai d'un an pour s'adresser eux-mêmes à la compagnie d'assurances ou à l'Office national des accidents du travail et des maladies professionnelles. Les médecins et les dentistes sont tenus de signaler toute maladie professionnelle présumée le plus rapidement possible.

Paiement des prestations

En cas d'accident, les rentes et le capital sont payés par la compagnie d'assurances concernée. En cas de maladie professionnelle, ils sont payés par la Caisse d'assurance maladie professionnelle du marché du travail (*Arbejdsmarkedets Erhvervssygdomssikring*).

Réclamations

C'est l'Office national des accidents du travail et des maladies professionnelles (*Arbejdsskadestyrelsen*) qui décide s'il y a ou non accident du travail ou maladie



professionnelle et si l'intéressé a droit à une indemnisation; c'est également l'Office qui en fixe le montant. Si vous n'êtes pas d'accord avec une de ses décisions, vous pouvez la contester, dans les quatre semaines qui en suivent la notification, devant le Conseil arbitral des assurances sociales (*Ankestyrelsen*). Ce délai est porté à six semaines en cas de séjour dans un autre pays européen. Les adresses des institutions concernées figurent à l'[annexe I](#).

Vos droits en matière de prestations pour accidents du travail et maladies professionnelles en cas de déplacement en Europe

Les dispositions de l'UE sur les prestations concernant les accidents du travail et les maladies professionnelles sont très similaires aux dispositions sur les prestations de l'assurance maladie (voir sections II et III). Dans l'Union européenne, en Islande, au Liechtenstein, en Norvège ou en Suisse, si vous résidez ou séjournez dans un pays autre que celui dans lequel vous êtes couvert contre les accidents du travail et les maladies professionnelles, vous pouvez normalement bénéficier de soins de santé en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle; les prestations en espèces sont normalement payées par l'organisme auquel vous êtes affilié, même si vous résidez ou séjournez dans un autre pays.

Lorsque certaines conditions doivent être remplies avant de pouvoir bénéficier des prestations pour accidents du travail ou maladies professionnelles, votre organisme d'affiliation doit tenir compte de vos périodes d'assurance, de résidence ou d'emploi accomplies sous la législation d'autres pays de l'Union européenne, en Islande, au Liechtenstein, en Norvège ou en Suisse. Cette garantie signifie que vous ne perdez pas votre couverture d'assurance maladie lorsque vous changez d'emploi et vous rendez dans un autre pays.¹

Des informations complémentaires sur la coordination des droits en matière de sécurité sociale en cas de déplacement ou de voyage peuvent être consultées à l'adresse <http://ec.europa.eu/social-security-coordination>.

¹ Certaines prestations spéciales en espèces à caractère non contributif existent exclusivement dans le pays dans lequel le bénéficiaire réside et ne sont donc pas «exportables». Une liste de ces prestations figure à l'annexe II, à la fin de ce guide.



Chapitre IX: Prestations familiales

Ouverture des droits

Prestations pour enfants et allocations familiales

Pour avoir droit aux prestations pour enfants et aux allocations familiales, vous devez remplir les conditions suivantes:

- l'enfant doit résider au Danemark;
- l'enfant doit être célibataire;
- l'enfant ne doit pas être élevé hors du foyer familial sous le régime de l'assistance sociale ou bénéficier d'autres prestations à charge des pouvoirs publics pour subvenir à ses besoins.

Une condition supplémentaire doit être remplie pour avoir droit aux prestations pour enfants: la personne qui a la garde de l'enfant doit être entièrement assujettie à l'impôt au Danemark.

La condition supplémentaire à remplir pour avoir droit aux allocations familiales est que l'enfant ou celui des parents qui exerce sur lui l'autorité parentale doit être de nationalité danoise ou avoir résidé au Danemark pendant l'année écoulée ou, pour les allocations familiales spéciales, durant les trois dernières années.

Les prestations pour enfants (*børnefamilieydelse*) sont servies pour tous les enfants de moins de 18 ans. Dans certains cas, vous pouvez aussi avoir droit à un ou plusieurs types d'allocations familiales (*børnetilskud*).

Les allocations familiales générales (*ordinært børnetilskud*) sont accordées pour les enfants de familles monoparentales et lorsque les deux parents bénéficient d'une pension générale de vieillesse ou d'une pension d'invalidité. La limite d'âge est fixée à 18 ans. Des allocations familiales supplémentaires (*ekstra børnetilskud*) sont accordées aux parents isolés dont les enfants bénéficient des allocations familiales générales. Une seule allocation familiale supplémentaire est versée au parent, quel que soit le nombre d'enfants.

Des allocations familiales spéciales (*specielt børnetilskud*) sont accordées aux familles monoparentales et aux orphelins ou lorsque l'un des deux parents au moins bénéficie d'une pension générale de vieillesse ou d'une pension d'invalidité. Ces allocations peuvent être combinées aux allocations familiales générales et supplémentaires. La limite d'âge est fixée à 18 ans.

Allocation de garde d'enfant

Les communes peuvent introduire de telles prestations pour les parents qui assurent la garde de leurs enfants au lieu de les inscrire dans une crèche ou une école maternelle. Pour en bénéficier, les parents doivent avoir résidé au Danemark pendant sept ans au cours des huit dernières années et avoir des enfants dont l'âge est compris entre 24 semaines et six ans (les communes peuvent fixer des limites d'âges plus précises).



Couverture de l'assurance

Prestations pour enfants et allocations familiales

Le montant des prestations pour enfants varie selon l'âge de l'enfant.

- Pour chaque enfant de 0 à 2 ans: DKK 1.416 (€ 190) par mois;
- Pour chaque enfant de 3 à 6 ans: DKK 1.121 (€ 150) par mois;
- Pour chaque enfant de 7 à 17 ans: DKK 882 (€ 118) par mois.

Le montant annuel maximum de la prestation s'élève à DKK 35.000 (€ 4.692).

Les allocations familiales générales (*ordinært børnetilskud*) s'élèvent à DKK 406 (€ 54) par mois. Les allocations familiales supplémentaires s'élèvent à DKK 413 (€ 55) par mois et par ménage (indépendamment du nombre d'enfants).

Allocation de garde d'enfant

L'allocation de garde d'enfant ne peut pas dépasser 85% des frais correspondant à une place pour enfant dans une crèche ou école maternelle de la commune. Il ne peut pas y avoir plus de trois allocations par ménage.

Modalités d'accès

Les prestations pour enfants et les allocations familiales sont payées chaque trimestre, anticipativement. Les prestations pour enfants âgés de 15 à 17 ans sont payées chaque mois, anticipativement. Elles sont versées à la mère. Les prestations pour enfants sont payées par la Direction générale des douanes et des contributions (*Told- og Skattestyrelsen*), alors que les allocations familiales sont servies par l'administration municipale.

En règle générale, les prestations pour enfants et les allocations familiales spéciales sont payées automatiquement; il est donc inutile d'introduire une demande. Les allocations familiales supplémentaires et les allocations familiales générales versées pour les enfants de familles monoparentales ne peuvent être servies que si une demande a été présentée à l'administration municipale.

Réclamations

Si vous n'êtes pas d'accord avec une décision de l'administration municipale concernant un droit à des prestations pour enfants ou à des allocations familiales, vous pouvez la contester devant la Commission sociale (*det sociale nævn*) qui existe dans chaque département. Cependant, les décisions relatives à la condition d'assujettissement à l'impôt relèvent de la région douanière et fiscale où réside le bénéficiaire de la prestation. Les recours contre ces décisions doivent être déposés devant la Direction générale des douanes et des contributions (*Told- og Skattestyrelsen*). Le délai de recours est de quatre semaines dans les deux cas.

Vos droits en matière de prestations familiales en cas de déplacement en Europe

Les caractéristiques et les montants des allocations familiales varient considérablement d'un État à l'autre.* Il est donc important que vous sachiez quel est l'État responsable du

* Certaines prestations spéciales en espèces à caractère non contributif existent exclusivement dans le pays dans lequel le bénéficiaire réside et ne sont donc pas «exportables». Une liste de ces prestations figure à l'annexe II, à la fin de ce guide.



versement de ces prestations dans votre cas, et quelles sont les conditions d'ouverture des droits. Vous pouvez consulter les grands principes pour connaître la législation compétente à l'adresse: <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=849&langId=fr>.

Le pays responsable du paiement des prestations familiales doit tenir compte des périodes d'assurance accomplies sous la législation d'un autre pays de l'Union européenne, en Islande, au Liechtenstein, en Norvège ou en Suisse, si cela est nécessaire pour satisfaire les conditions ouvrant droit aux prestations.

Si une famille a droit à des prestations dans plusieurs pays, conformément à leur législation respective, elle percevra, en principe, le montant le plus élevé de prestations prévu sous la législation de l'un de ces pays. En d'autres termes, le traitement réservé à la famille est tel que toutes les personnes concernées sont considérées comme résidant et étant assurées dans l'État où la législation est la plus favorable.

Les prestations familiales ne peuvent être payées deux fois à un même membre d'une famille pour la même période. Il existe des règles de priorité qui prévoient la suspension des prestations d'un pays jusqu'à concurrence du montant des prestations payées par le pays principalement compétent pour leur versement.

Des informations complémentaires sur la coordination des droits en matière de sécurité sociale en cas de déplacement ou de voyage peuvent être consultées à l'adresse <http://ec.europa.eu/social-security-coordination>.



Chapitre X: Chômage

Ouverture des droits

Contrairement à tous les autres types d'assurances sociales, l'assurance chômage est volontaire. Les caisses d'assurance chômage (*arbejdsløshedskasserne*) étaient à l'origine liées aux syndicats et organisées par secteur professionnel. Elles sont actuellement au nombre de 27.

Lorsque vous obtenez un emploi au Danemark, vous devez vous affilier à la caisse agréée de votre secteur professionnel. Sinon, vous n'aurez pas droit aux prestations de l'assurance chômage danoise. Vous pouvez également décider de vous affilier à la caisse d'assurance chômage interdisciplinaire. Si vous n'êtes pas salarié, vous pouvez vous affilier à l'une des deux caisses d'assurance chômage des indépendants.

Pour savoir quelle caisse agréée couvre votre secteur professionnel, adressez-vous à l'Office national des accidents du travail et des maladies professionnelles, voir [annexe I](#)).

Qui peut être assuré?

Les personnes de 18 à 63 ans qui résident au Danemark peuvent s'affilier à une caisse d'assurance chômage. Pour cela, l'intéressé doit pouvoir fournir la preuve que, immédiatement avant son affiliation, il remplissait l'une des conditions suivantes:

- occuper un emploi salarié dans un secteur professionnel couvert par la caisse;
- avoir reçu une formation professionnelle d'au moins 18 mois ou une formation professionnelle conforme à la loi sur la formation professionnelle initiale (dans ce cas, l'intéressé peut s'affilier à la caisse et avoir droit aux allocations un mois après l'achèvement de la formation);
- exercer une activité non salariée;
- participer à l'activité non salariée de son conjoint;
- accomplir son service militaire;
- exercer une fonction publique telle que maire, conseiller municipal ou président d'une commission municipale, ou membre du parlement, du gouvernement ou du Parlement européen.

L'affiliation peut s'opérer sur la base d'une assurance à temps plein ou à temps partiel et l'affilié doit verser des cotisations à l'assurance chômage.

Conditions à remplir

Pour avoir droit aux allocations de chômage, vous devez être sans emploi, être inscrit auprès des Services publics de l'emploi (*Jobcenter*) comme demandeur d'emploi, chercher activement un emploi et être disponible pour le marché du travail.

En règle générale, le droit aux allocations est ouvert au bout d'un an d'affiliation à une caisse d'assurance chômage agréée. De plus, la première fois que vous faites une demande d'allocations, vous devez avoir travaillé comme salarié pendant une période correspondant, au total, au temps de travail normal à plein temps dans le secteur concerné (normalement 37 heures par semaine) pendant au moins 52 semaines au cours des trois années précédentes ou avoir exercé une activité non salariée à titre principal pendant une période équivalente.



Préretraite de l'assurance chômage (*efferløn*)

Les travailleurs salariés et non salariés qui sont affiliés à une caisse d'assurance chômage et qui ont 60 ans ou plus, mais moins de 65 ans, ont droit à la préretraite, qu'ils soient ou non en activité.

L'affilié doit résider au Danemark, au Groenland, aux îles Féroé ou dans un autre pays membre de l'EEE et doit normalement avoir été affilié à une caisse d'assurance chômage depuis l'âge de 30 ans pendant au moins 30 ans. Il doit en outre avoir versé des cotisations pour la préretraite pendant cette période et avoir droit aux allocations de chômage au moment du passage à la préretraite.

Pour toute précision à ce sujet, adressez-vous à l'Agence danoise des pensions (*Pensionsstyrelsen*) ou au Centre des plaintes concernant les caisses d'assurance chômage (*Center for klager om arbejdsløshedsforsikring*) qui se trouve sous le contrôle de l'Office national des accidents du travail et des maladies professionnelles (*Arbejdsskadestyrelsen*).

Couverture de l'assurance

Le montant de l'allocation représente 90% du revenu du travail antérieur, avec un maximum de DKK 3.830 (€ 513) par semaine (en 2011). Dans le cas des personnes bénéficiant d'une assurance partielle, l'allocation représente au maximum deux tiers de l'allocation complète, soit DKK 2.555 (€ 343) par semaine en 2011.

Les chômeurs qui remplissent certaines conditions relatives aux périodes d'emploi ont droit à 82% du montant maximal, indépendamment de la rémunération antérieure.

Les jeunes inscrits au chômage immédiatement après avoir reçu une formation professionnelle d'au moins 18 mois ou après avoir accompli le service militaire, reçoivent une allocation d'un montant maximal de DKK 3.140 (€ 421).

Dans le cas des travailleurs non salariés, le montant de l'allocation est, en règle générale, calculé sur la base du revenu moyen de l'activité professionnelle exercée pendant les deux meilleurs exercices complets au cours des cinq années précédant la période de chômage.

L'affilié qui satisfait aux conditions peut bénéficier d'allocations de chômage pendant deux ans sur une période de trois ans.

Modalités d'accès

Toute demande doit être adressée à la caisse d'assurance appropriée.

Réclamations

Les décisions d'une caisse d'assurance chômage en matière d'affiliation, d'allocations, etc., sont susceptibles de recours dans les quatre semaines devant l'Agence danoise des pensions (*Pensionsstyrelsen*), ou devant le Centre des plaintes concernant les caisses d'assurance chômage (*Center for klager om arbejdsløshedsforsikring*). Les décisions de ce dernier peuvent être contestées, dans le même délai, devant la commission de l'emploi du Conseil arbitral des assurances sociales (*Ankestyrelsens Beskæftigelsesudvalg*).



Vos droits en matière de prestations de chômage en cas de déplacement en Europe

Normalement, l'État membre dans lequel vous travaillez est responsable du paiement des allocations de chômage. Des dispositions spéciales sont applicables aux travailleurs frontaliers qui ont gardé leur lieu de résidence dans un État membre autre que celui dans lequel ils travaillent.

Les périodes d'assurance ou d'emploi accomplies dans d'autres pays de l'Union européenne, en Islande, au Liechtenstein, en Norvège ou en Suisse, peuvent être prises en considération pour satisfaire aux conditions de cotisation.

Si vous voulez chercher un emploi dans un autre État de l'Union européenne, en Islande, au Liechtenstein, en Norvège ou en Suisse, vous avez la possibilité sous certaines conditions d'exporter ces prestations pour une durée limitée.*

Des informations complémentaires sur la coordination des droits en matière de sécurité sociale en cas de déplacement ou de voyage peuvent être consultées à l'adresse <http://ec.europa.eu/social-security-coordination>.

* Certaines prestations spéciales en espèces à caractère non contributif existent exclusivement dans le pays dans lequel le bénéficiaire réside et ne sont donc pas «exportables». Une liste de ces prestations figure à l'annexe II, à la fin de ce guide.



Chapitre XI : Garantie de ressources

Ouverture des droits

Aide sociale et aide au démarrage

Des mesures d'activation et des prestations [(aide sociale (*kontanthjælp*) et aide au démarrage (*starthjælp*)] sont proposées dès lors qu'un adulte n'a pas provisoirement les moyens suffisants pour subvenir à ses propres besoins et à ceux de sa famille, en raison de circonstances particulières (par exemple, pour cause de maladie ou de chômage). La prestation varie selon la situation familiale, l'âge, les enfants à charge et la durée de résidence, et ces dispositions s'appliquent à toute personne résidant légalement au Danemark.

Le niveau de l'allocation dépend de la durée de résidence: pour obtenir l'aide sociale (*kontanthjælp*), il faut avoir résidé au Danemark pendant sept années au cours des huit dernières années. Faute de quoi, le demandeur obtiendra l'aide au démarrage (*starthjælp*) dont le montant est inférieur.

Aucune aide n'est octroyée si le demandeur ou son conjoint possède suffisamment de biens, y compris des biens mobiliers et immobiliers, pour couvrir leurs besoins financiers. Tout montant jusqu'à DKK 10.000 (€ 1.341), et jusqu'à DKK 20.000 (€ 2.681) pour un couple marié, ne sera pas pris en compte. Par ailleurs, il n'est également pas tenu compte d'un certain montant de revenu du travail. L'administration municipale peut décider de ne pas prendre en considération d'autre revenus ou biens sur la base du cas par cas.

Les bénéficiaires de l'aide sociale (*kontanthjælp*) ou de l'aide au démarrage (*starthjælp*) doivent accepter des offres appropriées de participer à des mesures d'activation ou à toute action visant à améliorer les possibilités du bénéficiaire ou de son partenaire à s'intégrer sur le marché du travail, par exemple en prenant part à un stage de recherche d'emploi, ou à acquérir de l'expérience dans une entreprise, etc.

Aide au logement en faveur des pensionnés

L'aide au logement en faveur des pensionnés peut être accordée à des retraités qui ont leur résidence habituelle au Danemark et qui font usage d'un logement au Danemark à titre de résidence principale. Ce logement doit obligatoirement être équipé d'une cuisine.

Couverture de l'assurance

Aide sociale et allocation de démarrage

La base de calcul de l'aide sociale (*kontanthjælp*) est de 80% de la prestation de l'assurance-chômage maximale pour les parents avec des enfants vivant au Danemark, et de 60% pour des personnes sans enfants. Il existe un taux spécial pour les jeunes de moins de 25 ans et pour l'aide au démarrage (*starthjælp*).

Des prestations complémentaires sont disponibles pour les personnes de plus de 25 ans, concernant les dépenses pour la famille ou le logement. Il existe d'autres prestations complémentaires dans des cas particuliers où les personnes doivent faire face à des dépenses considérables et imprévues.



Les bénéficiaires de l'aide au démarrage qui participent à un programme d'activation ou de formation individuelle (*jobtræning*) peuvent obtenir des prestations complémentaires visant à compenser les frais découlant de leur participation à ce programme.

Il n'y a pas de durée maximale des prestations, mais l'aide sera réduite pour les personnes qui en bénéficient depuis six mois d'affilée.

Aide au logement en faveur des pensionnés

Le montant de l'allocation de logement dépend du revenu du ménage.

Modalités d'accès

Aide sociale et aide au démarrage

La demande doit être adressée à la commune. L'administration municipale traite la demande de prestations dans les plus brefs délais. Aucune procédure spécifique n'est prévue à cet égard.

Aide au logement en faveur des pensionnés

La demande d'aide est présentée dans la commune de résidence.

Vos droits en matière de garantie de ressources en cas de déplacement en Europe

Certaines prestations spéciales en espèces à caractère non contributif existent exclusivement dans le pays dans lequel le bénéficiaire réside et ne sont donc pas «exportables». Une liste de ces prestations figure à l'annexe II, à la fin de ce guide.

Les règles de coordination de l'UE s'appliquent seulement à la sécurité sociale, et non aux prestations d'aide sociale.

Des informations complémentaires sur la coordination des droits en matière de sécurité sociale en cas de déplacement ou de voyage peuvent être consultées à l'adresse <http://ec.europa.eu/social-security-coordination>.



Chapitre XII : Soins de longue durée

Ouverture des droits

Tous les résidents peuvent obtenir une aide pratique et personnelle s'ils ne sont pas en mesure d'accomplir les actes de la vie quotidienne de manière autonome; cela doit leur permettre de rester chez eux aussi longtemps que possible et empêcher une nouvelle diminution de leurs capacités physiques ou mentales.

Couverture de l'assurance

Des prestations couvrant l'hygiène personnelle, l'aide ménagère et l'assistance sont dispensées aux personnes qui en ont besoin. Pour les personnes lourdement handicapées, une personne accompagnatrice peut être mise à disposition.

La municipalité peut proposer aux personnes qui en ont besoin un séjour provisoire dans un centre de soins ou établissement de long séjour.

Après une évaluation individuelle spécifique, une action de soutien peut être accordée à une famille ou une personne qui s'occupe à domicile d'une personne à capacité fonctionnelle, physique ou mentale, réduite. Ce soutien peut prendre la forme de soins dans un centre d'accueil de jour ou d'une nuitée en établissement.

L'administration municipale détermine si un citoyen a besoin d'une assistance qui ne peut pas être dispensée sous la forme de soins à domicile. Si elle lui propose une place en établissement, l'intéressé peut choisir entre différentes options au sein de la commune ou même dans d'autres communes.

Il n'existe pas de prestations en espèces spécifiques.

Modalités d'accès

Le système de services de soins de longue durée est décentralisé: la responsabilité des prestations en matière d'aide pratique et personnelle incombe à l'administration locale. Elle doit examiner toutes les demandes d'aide. Ses décisions doivent se baser sur une évaluation individuelle et spécifique des besoins d'aide.

Les plaintes relatives aux décisions sur l'octroi de l'aide pratique et personnelle doivent être adressées au bureau municipal des plaintes avec la possibilité d'un recours auprès de la Commission sociale de recours.

Vos droits en matière de soins de longue durée en cas de déplacement en Europe

Les prestations de soins de longue durée relèvent également des règles de coordination de la sécurité sociale dans l'UE, au même titre que les prestations de l'assurance maladie. Les prestations en espèces sont payées conformément à la législation de l'État dans lequel vous êtes assuré, quel que soit l'État dans lequel vous résidez ou séjournez.*

* Certaines prestations spéciales en espèces à caractère non contributif existent exclusivement dans le pays dans lequel le bénéficiaire réside et ne sont donc pas «exportables». Une liste de ces prestations figure à l'annexe II, à la fin de ce guide.



Les prestations de soins de longue durée en nature sont fournies conformément à la législation de l'État dans lequel vous résidez ou vous séjournez, comme si vous étiez assuré dans cet État.

Des informations complémentaires sur la coordination des droits en matière de sécurité sociale en cas de déplacement ou de voyage peuvent être consultées à l'adresse <http://ec.europa.eu/social-security-coordination>.



Annexe I: Adresses des institutions et sites internet utiles

De plus amples informations sur les conditions d'ouverture des droits et les prestations individuelles de sécurité sociale au Danemark sont disponibles auprès des organismes publics gérant le système de protection sociale.

Pour les questions en matière de sécurité sociale impliquant plusieurs États membres de l'UE, vous pouvez rechercher les coordonnées des organismes sur le répertoire des institutions de sécurité sociale tenu par la Commission européenne et disponible à l'adresse: <http://ec.europa.eu/social-security-directory>.

Les demandes de renseignements concernant l'incidence des périodes d'assurance accomplies dans plusieurs États membres sur les pensions et autres prestations doivent être adressées à:

Ministère de l'emploi:

BESKÆFTIGELSESMINISTERIET
Ved stranden 8
1061 COPENHAGUE K
Tél.: + 45 7220 5000
www.bm.dk/

Institut de pensions complémentaires du marché du travail:

ARBEJDSMARKEDETS TILLÆGSPENSION (ATP)
Kongens Vænge 8
3400 HILLERØD
Tél.: +45 4820 4923
www.atp.dk

Comité de recours en matière de pensions complémentaires des travailleurs salariés:

ATP-ANKENÆVNET
Ved Stranden 8
Tél.: +45 7220 5000
DK-1061 COPENHAGUE K

Office national des accidents du travail et des maladies professionnelles:

ARBEJDSKADESTYRELSEN
Sankt Kjelds Plads 11
P.O. Box 3000
2100 COPENHAGUE Ø
Tél.: +45 7220 6000
www.ask.dk

Ministère des affaires sociales:

SOCIALMINISTERIET
Holmens Kanal 22
1060 COPENHAGUE K
Tél.: +45 3392 9300
www.sm.dk

Agence danoise des pensions:

PENSIONSSTYRELSEN
Landemærket 11



1119 COPENHAGUE K
Tél.: +45 3395 5000
www.penst.dk

Ministère de l'intérieur et de la santé:
INDENRIGS- OG SUNDHEDSMINISTERIET
Slotsholmsgade 10-12
1216 COPENHAGUE K
Tél.: +45 7226 9000
<http://www.im.dk>

Direction générale de la santé publique:
SUNDHEDSSTYRELSEN
Islands Brygge 67
P.O. Box 1881
2300 COPENHAGUE S
Tél.: +45 7222 7400
www.sst.dk/

Ministère des impôts:
SKATTEMINISTERIET
Nicolai Eigvedsgade 28
1402 COPENHAGUE K
Tél.: +45 7222 1818
www.skat.dk

Commission de l'emploi du Conseil arbitral des assurances sociales:
ANKESTYRELSENS BESKÆFTIGELSESDVALG
Amaliegade 25
Postboks 9080
DK-1022 COPENHAGUE K
Tél.: +45 3341 1200
www.ast.dk

Conseil arbitral des assurances sociales:
ANKESTYRELSEN
Amaliegade 25
P. O. BOX 9080
DK-1022 COPENHAGUE K
Tél.: +45 3341 1200
www.ast.dk



Annexe II: Prestations spéciales à caractère non contributif

Certaines prestations de sécurité sociale, qualifiées de prestations spéciales en espèces à caractère non contributif², sont fournies exclusivement dans le pays où l'intéressé réside. Par conséquent, il n'est pas possible «d'exporter» ces prestations en espèces lorsque vous vous déplacez dans un autre pays d'Europe, même si vous êtes encore assuré au Danemark.

Les prestations spéciales à caractère non contributif pour le Danemark sont les suivantes:

- Aide au logement en faveur des pensionnés (loi sur l'aide au logement individuel, codifiée par la loi n° 204 du 29 mars 1995).

² En annexe X du règlement (CE) n° 883/2004 tel que modifié par le règlement (CE) n° 988/2009.