

Le régime luxembourgeois de sécurité sociale - salariés

[A - Généralités](#)

Structure - Organisation administrative - Financement - Procédure d'affiliation

[B - Maladie - maternité](#)

Bénéficiaires - Maintien du droit - Prestations

[C - Accidents du travail et maladies professionnelles](#)

Risques couverts - Bénéficiaires - Soins - Incapacité : prestations en espèces - Décès (survivants)

[D - Prestations en cas de dépendance](#)

Bénéficiaires - Notion de besoin d'assistance - Prestations

[E - Pensions](#)

Invalidité - Vieillesse - Décès (survivants) - Minima et maxima - Allocation de fin d'année

[F - Prestations familiales](#)

Allocations familiales ordinaires - Allocation spéciale supplémentaire - Boni pour enfant - Allocations de maternité - Allocation de naissance - Indemnité de congé parental - Allocation de rentrée scolaire - Allocation d'éducation

[G - Chômage](#)

Chômage complet - Prérétraite

[H - Revenu minimum garanti](#)

Bénéficiaires - Montant - Détermination de la communauté domestique (foyer), ressources prises en compte

A. Généralités

1) Structure

Le régime luxembourgeois de protection sociale obligatoire comprend les assurances maladie - maternité, dépendance, invalidité, vieillesse et survivants, la couverture en cas d'accidents du travail et maladies professionnelles ainsi que les prestations familiales et l'assurance chômage. À côté du régime de base obligatoire, il existe des régimes complémentaires comme les mutuelles de sociétés de secours mutuel qui assurent un rôle complémentaire au régime obligatoire. Le régime d'assurance pension est complété par des régimes complémentaires de pensions institués par les entreprises. Enfin, les personnes ne disposant pas de ressources suffisantes peuvent bénéficier d'un droit à une assistance financière publique lorsque leurs revenus n'atteignent pas un certain seuil.

Ci-après, ne seront abordés que les dispositifs de la protection sociale qui concernent les travailleurs salariés. Pour les travailleurs indépendants, voir la note sur le régime luxembourgeois de sécurité sociale – indépendants.

2) Organisation administrative

L'Inspection Générale de la Sécurité Sociale (IGSS) - 26, rue Sainte Zithe, L-2763 Luxembourg -, sous l'autorité du [Ministère chargé de la Sécurité Sociale](#), assure la conception du régime et le contrôle des institutions sociales. Depuis la création des régimes complémentaires, elle exerce également le rôle d'autorité compétente en matière de retraite complémentaire en enregistrant les régimes de retraites complémentaires et en vérifiant la conformité juridique de ces régimes.

Le Centre Commun de la Sécurité Sociale (CCSS) - L-2975 Luxembourg -, placé sous la tutelle du

L'entrée en vigueur le 1er janvier 2009 du statut unique a entraîné la fusion des caisses maladie d'une part et des caisses pensions professionnelles d'autre part (voir ci-dessous). L'objectif était d'instaurer un régime unique pour les ouvriers et les employés du secteur privé, ayant eu pour conséquence la disparition des régimes "ouvrier" et "employé".

Ministre de la Sécurité Sociale, est le centre informatique, d'affiliation et de perception des cotisations pour toutes les institutions de sécurité sociale. Il est chargé de l'organisation de l'informatisation, de la collecte et du traitement des données informatiques pour le compte des différentes institutions de sécurité sociale (Caisse Nationale de Santé, Mutualité des Employeurs, Association d'Assurance contre les Accidents, Caisse Nationale d'Assurance Pension et Fonds de Compensation, Caisse Nationale des Prestations Familiales, Fonds National de Solidarité, Inspection Générale de la Sécurité Sociale). Il procède à l'affiliation des assurés ainsi qu'à la détermination et à la perception des cotisations d'assurance maladie, accidents, pension, dépendance, et Mutualité des Employeurs.

Assurance maladie - maternité

La gestion de l'assurance maladie incombe à la [Caisse Nationale de Santé](#) (CNS) - 125, route

La Caisse Nationale de Santé (CNS) a été créée à la suite de la fusion en 2009 de toutes les caisses maladie (l'Union des caisses de maladie, et les six caisses de maladie du secteur privé, à savoir les CMEP, CMO, CMEA, CMOA, CMA et la CMPI).

d'Esch, L-1471 Luxembourg -, encore appelée "d'Gesondheetskeess". Elle dispose de [16 agences locales](#) sur le territoire. La CNS est dotée d'une compétence générale pour l'assurance maladie - maternité, ainsi que pour l'assurance dépendance qui couvre certains soins et aides qui ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie.

La [Mutualité des Employeurs](#) (MDE), opérationnelle depuis le 1er janvier 2009, est une institution de sécurité sociale créée par la loi du 13.05.2008, portant introduction d'un statut salarié unique. La MDE a pour objet d'assurer les employeurs contre le coût financier que représente la continuation du paiement des salaires aux travailleurs en cas d'incapacité de travail (« lohnfortzahlung »). Pendant la période de conservation légale du salaire, la MDE assure en outre le remboursement intégral du salaire et d'autres avantages (charges patronales incluses) avancés par l'employeur pour les incapacités de travail concernant le congé pour raisons familiales, le congé d'accompagnement et les périodes d'essai des apprentis et des salariés, prévues dans le Code du Travail.

Tous les employeurs occupant des salariés au sens de l'article L.121-1 du Code du Travail luxembourgeois sont obligatoirement affiliés à la MDE (sauf quelques exemptions - à savoir l'État, les établissements publics administratifs, les communes, etc.).

Au niveau administratif, la Mutualité recourt aux services du Centre Commun de la Sécurité Sociale (CCSS) et de la Caisse Nationale de Santé. La gestion des affiliations ainsi que le recouvrement des cotisations à la MDE sont assurés par le CCSS.

Enfin, il existe des **mutuelles des sociétés de secours mutuels** qui assurent un rôle complémentaire au régime obligatoire. Ces institutions, placées sous la tutelle du ministre de la sécurité sociale, sont des groupements à but non-lucratif de personnes physiques qui mènent une action de prévoyance, de solidarité et d'entraide. Elles servent des prestations complémentaires (prime de naissance, prime à l'occasion d'évènements familiaux, suppléments aux prestations) à celles de la Caisse Nationale de Santé du régime obligatoire (participation aux frais médicaux, chirurgicaux et dentaires ainsi qu'aux frais d'hospitalisation). Toutes les sociétés de secours mutuels sont regroupées dans la [Fédération Nationale de la Mutualité Luxembourgeoise \(FNML\)](#).

Assurance dépendance

L'assurance dépendance, branche obligatoire des assurances sociales depuis le 1er janvier 1999, compte environ 13 650 bénéficiaires dont 2/3 sont pris en charge à domicile et 1/3 dans des établissements à séjour continu (CIPA et maisons de soins). La Caisse Nationale de Santé (voir ci-dessus : *Assurance maladie - maternité*) est compétente pour les prestations servies dans le cadre de l'assurance dépendance.

Assurance pensions

La [Caisse Nationale d'Assurance Pension \(CNAP\)](#), créée le 1er janvier 2009 en tant que caisse unique d'assurance pension pour le secteur privé suite à la fusion des quatre caisses de pension du régime général (l'Établissement d'Assurance contre la Vieillesse et l'Invalidité, la Caisse de Pension des Employés Privés, la Caisse de Pension des Artisans, des Commerçants et Industriels et la Caisse de Pension Agricole), gère le régime unique d'assurance pension contributif. La CNAP administre également le [Fonds de Compensation](#) maintenu comme entité juridique distincte. Le Fonds de Compensation est un établissement public qui a pour mission de gérer la réserve de compensation du régime général de pensions. Cette réserve est alimentée par l'excédent des recettes sur les dépenses de la CNAP. Le Fonds de Compensation est placé sous la tutelle de l'Inspection Générale de la Sécurité Sociale (IGSS). Le régime général d'assurance pension couvre toutes les personnes qui exercent une activité professionnelle ou perçoivent des revenus de remplacement (indemnités journalières maladie, maternité, accident du travail, chômage), à l'exception des agents du secteur public qui disposent d'un régime spécial de pension.

Les entreprises qui le souhaitent ont la faculté d'instituer au profit de leurs salariés des **régimes complémentaires de retraite** destinés à compléter les prestations des régimes légaux de sécurité sociale en cas de décès, de retraite, d'invalidité et de survie. La surveillance des régimes de retraite complémentaires incombe à l'Inspection Générale de la Sécurité Sociale (IGSS). L'affiliation au régime complémentaire de retraite est obligatoire pour tout salarié qui remplit les conditions d'affiliation fixées par le règlement de pension.

Pour plus d'information sur les régimes complémentaires de retraite, voir [site du Ministère de la Sécurité Sociale luxembourgeois](#).

Assurance accidents du travail et maladies professionnelles

L'assurance accident est gérée par l'[Association d'Assurance Accident \(AAA\)](#), établissement public placé sous la tutelle du Ministère de la Sécurité Sociale, qui comporte deux services administratifs principaux : le [service prévention des accidents](#) et le [service prestations](#).

Prestations familiales

[La Caisse Nationale des Prestations Familiales \(CNPF\)](#), placée sous la tutelle du [Ministère de la Famille, de l'Intégration et à la Grande Région](#), est l'unique caisse d'allocations familiales du Grand-duché de Luxembourg. Elle gère le système des prestations familiales (y compris l'indemnité de congé parental).

Assurance chômage

[L'Agence pour le Développement de l'Emploi \(ADEM\)](#) gère l'assurance chômage sous l'autorité du Ministre du Travail, de l'Emploi et de l'Économie sociale et solidaire, et compte sept [agences régionales](#). Elle a notamment pour mission d'appliquer la législation relative à la prévention du chômage et à l'octroi des indemnités de chômage, d'assurer l'orientation professionnelle des jeunes, d'intervenir en matière de reconversion de main d'œuvre et d'assurer l'intégration professionnelle des personnes handicapées.

Revenu minimum garanti

Au titre du revenu minimum garanti, la gestion et l'octroi de l'allocation complémentaire est de la compétence du [Fonds national de solidarité \(FNS\)](#) – B.P. 2411, L-1024 Luxembourg - tandis que le Service national d'action sociale (SNAS) - 12-14, avenue Emile Reuter, L - 2420 Luxembourg - gère l'indemnité d'insertion et l'organisation des activités d'insertion. La charge de l'allocation complémentaire et de l'indemnité d'insertion incombe au FNS.

3) Financement

Les deux principales sources de financement des régimes obligatoires de sécurité sociale luxembourgeois sont constituées par les cotisations et par les contributions des pouvoirs publics.

a/ Principe du financement

Maladie - maternité

Le financement s'effectue principalement au moyen de cotisations et de contributions, soit directes, soit indirectes de l'État. Dans le régime des salariés, les cotisations sont partagées, à égalité, entre les employeurs et les salariés. Le plafond de cotisation correspond à cinq fois le salaire social minimum (9 605,13 € par mois en 2014).

La Mutualité des Employeurs (MDE)

La MDE est principalement financée par les [cotisations](#) des affiliés. Ces derniers sont répartis en quatre classes de cotisation en fonction de l'absentéisme financier constaté pendant une période de référence. Les employeurs sont en règle générale tenus de cotiser au régime (il existe quelques rares exceptions). Pendant une période transitoire qui a pris fin le 31 décembre 2012, les salariés occupés principalement à des tâches manuelles ont contribué au financement de la MDE. Cette contribution a été reprise par la suite par l'État.

Dépendance

L'assurance dépendance est financée par une contribution spéciale de 1,40 % à charge des assurés,

En 2014, les recettes courantes de l'assurance dépendance sont estimées à 578,4 millions d'euros. Cela représente une croissance de 4,1 % entre 2013 et 2014.

[Exercice 2014, Budget de l'assurance dépendance, décembre 2013.](#)

prélevée sur les revenus professionnels, les revenus de remplacement et les revenus du patrimoine. À ceci s'ajoute une contribution de l'État à hauteur de 40 % en 2014 des dépenses totales consacrées à l'assurance.

Pensions

Le financement des pensions d'invalidité, de vieillesse et de survie est assuré par les cotisations, les revenus de placement et par d'autres ressources diverses. Le financement de l'assurance pension au Luxembourg est basé sur un système de répartition des charges par périodes de couverture de 7 ans avec constitution d'une réserve qui, selon la loi, doit correspondre au minimum à 1,5 fois les prestations annuelles.

Les recettes en cotisations sont réparties mensuellement par le CCSS entre la Caisse Nationale d'Assurance Pension (CNAP) et le Fonds de Compensation.

Dans le régime des salariés, les cotisations sont supportées à raison d'un tiers (respectivement 8 % chacun) par les employeurs, les salariés et l'État. Le taux de cotisation est donc, au total, de 24 % de l'assiette cotisable, laquelle est comprise entre le salaire social minimum et cinq fois ce salaire.

Accidents du travail et maladies professionnelles

Le financement est assuré par des primes payées par l'employeur et par les assurés non-salariés. L'introduction, au 1er janvier 2011, d'un taux de cotisation uniforme à tous les employeurs, a conduit à la suppression de l'application du taux de cotisation en fonction du classement des entreprises selon les différentes catégories des risques.

Le taux de cotisation est désormais fixé annuellement par l'Association d'Assurance contre les Accidents (AAA) et approuvé par règlement ministériel.

Prestations familiales

Pour les salariés du secteur public, l'employeur acquitte une cotisation auprès de la [Caisse Nationale des Prestations Familiales](#). L'État prend en charge les cotisations des employeurs du secteur privé et des agriculteurs.

Chômage

Le Fonds pour l'emploi est financé par des impôts de solidarité et par une contribution budgétaire annuelle de l'État. Aucune cotisation n'est versée par l'employeur ou le salarié.

b/ Cotisations patronales et salariales

Taux de cotisations patronales et salariales au 1er janvier 2014

Risques	Assuré	Employeur	Plafond mensuel*
---------	--------	-----------	------------------

Taux de cotisations patronales et salariales au 1er janvier 2014

Risques	Assuré	Employeur	Plafond mensuel*
Maladie –maternité - Prestations en nature - Prestations en espèces	2,80 %	2,80 %	9 605,13 €
	0,25 %	0,25 %	9 605,13 €
Mutualité (MDE) ⁽¹⁾	-	Entre 0,47 % et 2,63 %	9 605,13 €
Vieillesse, Invalidité, Survivants	8 %	8 %	9 605,13 €
Dépendance ⁽²⁾	1,40 %	-	Totalité du salaire
Assurance accident ⁽³⁾	-	1,10 %	9 605,13 €
Santé au travail	-	0,11 %	9 605,13 €

*le plafond mensuel de cotisation ne peut, en principe, pas être supérieur à cinq fois le salaire social minimum pour les salariés âgés de 18 ans et plus non qualifiés.

(1) D'une manière générale, depuis le 1er janvier 2009, tout employeur doit être affilié à la [Mutualité des employeurs \(MDE\)](#). Les employeurs sont affiliés d'office à la MDE par le Centre Commun de Sécurité Sociale (CCSS), sans démarche particulière à faire. Le taux de cotisation, à la charge de l'employeur seul, varie en fonction de la classe de risque envisagée (il existe quatre classes ; les taux en 2014 sont : 0,47 %, 1,25 %, 1,76 % et 2,63 %) et du « taux d'absentéisme financier » des salariés au cours d'une période d'observation. La gestion des affiliations ainsi que le recouvrement des cotisations sont assurés par le CCSS. En cas de maladie ou d'accident du travail du salarié, l'employeur qui assure le maintien du salaire est remboursé par la mutualité à hauteur de 80 % ou 100 % de la rémunération.

(2) Un abattement correspondant à 1/4 du salaire social minimum est pris en compte afin de fixer l'assiette cotisable en matière d'assurance dépendance (480,26 € en 2014). Celui-ci est proratisé en fonction du nombre d'heures déclarées.

(3) L'obligation de cotiser pour les risques d'accidents du travail et maladies professionnelles incombe uniquement à l'employeur. Un taux unique s'applique depuis le 1er janvier 2011 et concerne également les fonctionnaires, employés publics et communaux ainsi que les agents de la CFL. Ce taux est fixé annuellement par l'Association d'Assurance contre les Accidents (AAA) et approuvé par règlement ministériel. Le Centre Commun de la Sécurité Sociale informe automatiquement l'AAA lors de toute inscription d'un nouvel employeur auprès de la sécurité sociale.

L'assiette de cotisation ne peut pas être inférieure au salaire social minimum (SSM) mensuel qui est de 1 921,03 € (2014) pour les salariés âgés de 18 ans et plus non qualifiés, ou, le cas échéant, au salaire minimum applicable aux salariés adolescents (15-17 ans). Le salaire social minimum applicable est majoré de 20 % pour un salarié qualifié, et diminué de 20 % à 25 % dans le cas d'un salarié adolescent. En cas d'activité à temps partiel, le minimum cotisable est réduit proportionnellement à la durée du travail par rapport à une occupation normale de 173 heures par mois.

4) Procédure d'affiliation

L'employeur est tenu d'accomplir les formalités nécessaires à l'affiliation de son salarié à la sécurité sociale, dans les 8 jours suivant le début de l'emploi. Aucune démarche particulière n'est due par le salarié.

B. Maladie - maternité

Assurance maladie-maternité obligatoire

L'assurance maladie-maternité, obligatoire pour les travailleurs salariés, prend en charge les soins de santé et assure le paiement d'indemnités journalières en remplacement du revenu professionnel non perçu du fait de la maladie ou de la maternité. En cas de décès de l'assuré ou d'un membre de sa famille, l'assurance paie une indemnité funéraire. Les

personnes protégées ont le libre choix du prestataire de soins. Le conventionnement des prestataires est obligatoire au Luxembourg et les intéressés sont tenus d'appliquer les tarifs de responsabilité.

Assurances complémentaires

En plus de l'assurance maladie-maternité obligatoire, il existe des possibilités d'assurance complémentaire. Toute personne affiliée auprès du CCSS (résidente ou non résidente) qui souhaite obtenir un remboursement complémentaire de ses frais de santé peut contracter une assurance complémentaire auprès d'une institution privée d'assurance ou d'une mutuelle.

En effet, les mutuelles proposent des prestations adaptées aux différentes catégories d'affiliés (résidents, frontaliers, étudiants, etc.). Certains remboursements de frais de santé sont effectués uniquement après une période de stage.

- Pour plus d'informations sur les assurances complémentaires et une liste des coordonnées des sociétés de secours mutuels reconnues par l'État : [site CMCM](#).

1) Bénéficiaires

En plus des personnes assurées obligatoirement au titre d'une activité professionnelle, bénéficient également de l'assurance obligatoire : les personnes percevant certains revenus de remplacement, pensions de vieillesse ou pensions d'invalidité.

Les étudiants poursuivant leurs études au Luxembourg sont assujettis à l'assurance maladie s'ils ne bénéficient pas d'une protection sociale en qualité de membre de famille.

Pour les personnes ne bénéficiant pas de l'assurance maladie-maternité à titre obligatoire, il existe des possibilités **d'assurance volontaire** continuée ou d'assurance facultative leur permettant de bénéficier des prestations de la [Caisse Nationale de Santé](#) (CNS) et d'un remboursement des frais de santé selon les mêmes modalités que pour les assurés à titre obligatoire.

L'assuré a droit aux prestations pour lui-même et les membres de sa famille à charge (les co-assurés), à savoir : conjoint, partenaire, parent ou allié direct ou collatéral jusqu'au 3ème degré lorsqu'ils font partie du ménage de l'assuré, les enfants ouvrant droit aux prestations familiales, enfants qui n'ouvrent pas droit aux prestations familiales qui sont âgés de moins de 30 ans et qui disposent de ressources inférieures au Revenu minimum garanti (RMG) pour une personne seule.

Procédure d'affiliation :

Le Centre Commun de la Sécurité Sociale (CCSS) se charge de l'affiliation du travailleur auprès de la caisse de maladie compétente. L'organisme compétent pour les prestations de l'assurance maladie-maternité est déterminé en fonction du régime socioprofessionnel de l'assuré principal, à savoir :

- La [Caisse nationale de santé](#) (CNS ou « *Gesondheetskeess* ») pour les travailleurs du secteur privé
- La Caisse de maladie des fonctionnaires et employés publics ou la Caisse de maladie des fonctionnaires et employés communaux, pour le secteur public
- L'Entraide médicale des CFL pour les salariés des chemins de fer luxembourgeois.

Une fois l'affiliation à la caisse de maladie effectuée, l'assuré (à titre principal ou de co-assuré) reçoit automatiquement une « carte de sécurité sociale » qui doit être présentée à la pharmacie, lors de consultations ou hospitalisation, etc.

2) Maintien du droit

En cas de cessation d'affiliation, le droit aux prestations de soins de santé est maintenu durant le mois en cours et les trois mois suivants à condition que la personne concernée ait été assurée pendant une période continue de six mois immédiatement avant la cessation d'affiliation (les interruptions de moins de huit jours ne sont pas prises en compte). Le droit est maintenu pendant 3 mois supplémentaires pour les personnes en cours de traitement pour maladie au moment de la cessation d'affiliation.

Pour bénéficier de ces dispositions, l'assuré doit faire parvenir au Contrôle médical un certificat médical circonstancié établissant que les maladies étaient en cours de traitement au moment de la désaffiliation.

3) Prestations

a/ Prestations en nature

La réforme du système de santé luxembourgeois

La loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système de santé en Luxembourg est entrée en vigueur de manière générale le 1er janvier 2011. Dans le but de diminuer le déficit de la Caisse Nationale de Santé, les nouvelles mesures ont apporté des changements concernant l'octroi des prestations et les participations du patient, notamment une hausse de la participation des assurés pour les soins médicaux et dentaires, les soins infirmiers, de kinésithérapie et d'orthophonie, certaines prothèses et les frais d'hospitalisation. Par ailleurs, une réduction du montant de l'indemnité funéraire a été décidée. Enfin, dans le but de faciliter l'accès aux soins pour les personnes en situation financière difficile, la loi a introduit le « tiers payant social » permettant à l'assuré de demander une prise en charge directe des prestations servies dans le cadre de l'assurance maladie-maternité.

Modalités de prise en charge

Les prestations de soins de santé sont accordées dès le premier jour d'affiliation, sauf en cas d'assurance facultative où un stage de trois mois est appliqué. Les prestations sont accordées sans limitation de durée tant que subsiste l'affiliation (voir ci-dessus : 2) *Maintien du droit*).

Il appartient à l'assuré de régler les frais médicaux et d'en demander par la suite le remboursement à sa caisse de maladie lorsque la prise en charge n'est pas effectuée par paiement direct par la caisse (système du tiers payant). Le système du tiers payant est automatique pour les hospitalisations et les prestations de laboratoire. Il existe également pour la délivrance des médicaments sous certaines conditions, et vise les personnes en situation financière difficile. En cas d'application du système du tiers payant, le patient règle seulement la partie des frais qui reste à sa charge.

A noter :

Depuis le 1^{er} janvier 2013, les personnes à faibles revenus bénéficient du système de tiers payant (prise en charge directe par la Caisse nationale de santé, sans nécessité d'avancer les frais) pour les prestations médicales et dentaires.

La demande se fait auprès de [l'office social compétent](#) déterminé en fonction de la commune de résidence du demandeur.

Plafond de participation aux prestations de soins de santé

La participation annuelle de l'assuré aux prestations de soins de santé ne peut pas dépasser 2,5 % du revenu cotisable annualisé de l'année précédente, le cas échéant, il sera remboursé de l'excédant par la caisse de maladie compétente.

Médecins

Suite à la loi du 17 décembre 2010 portant sur la réforme du système de santé, chaque assuré peut depuis 2012 choisir ou non un médecin référent. L'objectif de l'introduction du médecin référent est de permettre au médecin d'acquérir une connaissance approfondie du dossier médical du patient. Le patient reste libre de consulter tout autre médecin, généraliste ou spécialiste, tout en gardant son droit à une prise en charge par l'assurance.

Le patient a le libre choix du médecin généraliste et peut consulter librement le spécialiste. La participation du patient pour les visites médicales est de 20 % du tarif minimum de la visite ordinaire. Tous les autres services donnent lieu à une participation de 12 %. Aucune participation n'est due pour les consultations et visites liées à une hospitalisation, à la chimiothérapie, à la radiothérapie et à l'hémodialyse, ou pour celles liées à la maternité.

Soins dentaires

Les soins de médecine dentaire inscrits dans la nomenclature des médecins-dentistes sont pris en charge à 100 % jusqu'à concurrence d'un montant annuel (60 € en 2014). Au-delà de ce forfait, les frais des soins sont pris en charge selon les taux et les tarifs suivants :

- 88 % des tarifs fixés par la nomenclature pour les consultations et les soins dentaires (soins conservateurs et soins chirurgicaux) ;
- 80 % des tarifs conventionnels pour les frais de prothèses dentaires. Pour les personnes justifiant avoir consulté régulièrement* un médecin-dentiste à titre préventif, la participation est supprimée.

* Consultation annuelle à titre préventif pendant les deux années civiles précédant la délivrance de la prothèse.

Médicaments

Les médicaments ne sont pris en charge que sur présentation d'ordonnances originales. Chaque consultation ou visite ne peut, en principe, donner lieu qu'à une seule ordonnance. Pour les médicaments figurant sur la liste, il existe trois classes et pour chacune des classes un taux de prise en charge est prévu (80 %, 100 % ou 40 %) :

- le taux normal de 80 % s'applique à tous les médicaments non visés par une disposition spécifique ;
 - le taux préférentiel de 100 % s'applique aux médicaments à indication thérapeutique précise, ne contenant qu'une seule matière active et destinés à combattre des pathologies particulièrement graves ou chroniques ;
 - le taux réduit de 40 % s'applique aux médicaments de confort à indication thérapeutique plus limitée.
- [Plus d'information](#) sur le site de la Caisse Nationale de Santé (CNS).

Hospitalisation

Les assurés participent aux frais d'hospitalisation, à l'exception des honoraires médicaux, à raison de 20,93 €* (montant en vigueur au 1^{er} février 2014) par jour d'hospitalisation en chambre de 2ème classe, dans la limite de 30 jours par année civile. Les hospitalisations en chambre de 1ère classe sont entièrement à la charge du patient (toutefois, prise en charge possible par le biais d'une assurance complémentaire).

En cas d'hospitalisation lors d'un **accouchement**, aucune participation n'est due pendant les 12 premiers jours.

Les médicaments fournis au cours d'une hospitalisation sont fournis gratuitement par l'assurance maladie, sous réserve du paiement d'un forfait journalier de 4,20 € par jour.

Par ailleurs, les assurés admis en place de surveillance ou en hôpital de jour paient une participation journalière de 10,46 €* Depuis le 1er janvier 2012, cette participation a été supprimée pour les personnes obligées de suivre un traitement en hôpital de jour de psychiatrie.

* La participation n'est pas due pour les enfants âgés de moins de 18 ans.

Maternité

L'assurance assure une prise en charge des soins médicaux et des soins nécessaires lors de la grossesse et de l'accouchement.

b/ Prestations en espèces

Incapacité de travail pour maladie

Les prestations en espèces sont accordées sans condition de stage préalable pour les salariés en activité.

L'indemnité pécuniaire est accordée tant que persiste l'incapacité de travail selon l'avis du contrôle médical de la sécurité sociale dans la limite d'un total de 52 semaines pour une période de référence de 104 semaines. Elle n'est plus accordée au-delà de l'âge de 68 ans.

Démarches :

L'assuré est tenu de déclarer son incapacité de travail à sa caisse de maladie (à savoir la CNS pour les salariés) et à son employeur en leur remettant un exemplaire du certificat médical d'incapacité qui lui aura été remis par son médecin et sur lequel seront mentionnées les dates de début et de fin prévisible de l'incapacité, le code diagnostic et la date de la

constatation de la maladie. En règle générale, pour les arrêts de travail d'un ou deux jours, il n'est pas nécessaire d'adresser l'avis d'arrêt de travail à la caisse de maladie luxembourgeoise.

Montant et délai de carence

Les indemnités journalières de maladie sont accordées au travailleur salarié dès le premier jour de l'incapacité, pendant 52 semaines au plus sur une période de 104 semaines. L'indemnité mensuelle ne peut pas être inférieure au salaire social minimum, sauf cause légitime de dispense ou de réduction. En règle générale, le salaire est maintenu par l'employeur pendant les 77 premiers jours et le reste du mois dans lequel tombe le 77ème jour, pendant une période de référence de 12 mois consécutifs. Le montant des indemnités versées par l'employeur correspond à 100 % du salaire dans la limite du plafond cotisable. Les indemnités versées par la CNS correspondent ensuite :

- au salaire de base le plus élevé des 3 derniers mois (dans la limite de l'assiette cotisable) ;
- à la moyenne des compléments et accessoires qui font partie des assiettes cotisables des 12 derniers mois précédant le mois antérieur à l'incapacité de travail.

Indemnités de maternité

La femme salariée ouvre droit à une indemnité de maternité pendant les [congé prénatal et postnatal](#) à condition de justifier d'une durée d'affiliation à l'assurance de 6 mois minimum au cours des 12 mois qui précèdent le début du congé. Cette indemnité est versée par la caisse de maladie, et ne peut être cumulée ni avec une indemnité journalière de maladie, ni avec un autre revenu professionnel.

À noter :

Un certificat médical indiquant la date présumée de l'accouchement doit être envoyé à la [Caisse nationale de santé \(CNS\)](#) au plus tard 12 semaines avant la date présumée d'accouchement.

La durée du congé est égale à 8 semaines avant la date présumée de l'accouchement et 8 semaines après. La durée du congé postnatal peut être portée à 12 semaines en cas d'accouchement prématuré*, d'accouchement multiple ou d'allaitement.

En principe, le montant de l'indemnité est identique à celle de l'indemnité pour maladie (100 % du salaire de référence) sans dépasser 5 fois le salaire social minimum (1 921,03 € mensuels en 2014).

* En cas d'accouchement prématuré (accouchement avant l'achèvement de la 37ème semaine de grossesse), la partie du congé prénatal non prise est ajoutée au congé postnatal sans que la durée totale du congé ne puisse dépasser 20 semaines.

Allocation pour congé d'accueil (adoption d'un enfant)

En cas d'adoption d'un enfant non encore admis à la première année d'études primaires, un congé d'accueil de 8 semaines, qui peut être porté à 12 semaines en cas d'adoption multiple, est accordé à l'un des deux conjoints ayant accompli une période d'affiliation obligatoire au titre de l'assurance maladie pendant six mois minimum au cours des 12 derniers mois précédant le congé d'accueil.

Le congé d'accueil donne lieu au versement d'une allocation pendant toute la durée du congé, payée par la caisse de maladie compétente. Elle correspond, en principe, au salaire antérieur brut cotisable.

Cumul : L'allocation pour congé d'accueil ne peut pas être cumulée avec une indemnité de maladie ou avec un revenu professionnel.

À noter :

Les femmes qui n'ouvrent pas droit aux indemnités de maternité au titre d'une activité professionnelle, peuvent sous certaines conditions prétendre à une allocation de maternité versée dans le cadre des prestations familiales (Cf. chapitre *Prestations familiales - Allocations de maternité*).

Congé pour raisons familiales (enfant malade)

Le congé pour raisons familiales est un congé spécial dont le but est de permettre aux parents d'être présents auprès de leur enfant en cas de maladie grave, d'accident ou autre raison de santé sans perte de rémunération.

Est considéré comme enfant à charge : tout enfant âgé de moins de 15 ans pour lequel les allocations familiales sont versées, ou sans limite d'âge pour les enfants bénéficiaires de l'allocation spéciale supplémentaire pour enfant handicapé.

En règle générale, la durée du congé est de 2 jours maximum (fractionnables) par enfant, par parent et par an (maximum 4 jours par an pour un enfant titulaire de l'allocation spéciale supplémentaire pour enfant handicapé).

L'indemnité du congé pour raisons familiales est calculée de la même manière que l'indemnité journalière de maladie. Elle est avancée par l'employeur qui se fait rembourser l'intégralité des charges salariales versées dans le cadre du congé auprès de la Mutualité des Employeurs (MDE).

Indemnité de voyage

Une indemnité de voyage, sous forme de remboursement forfaitaire des dépenses occasionnées pour les transports, est attribuée par [la CNS](#) lorsque l'assuré se trouve dans l'obligation de se déplacer pour recevoir des soins, subir des examens appropriés à son état ou se soumettre à certains contrôles médicaux.

L'indemnité de voyage peut être accordée directement à l'assuré quel que soit le moyen de transport. Lorsqu'elle est attribuée à la personne l'accompagnant, le voyage doit avoir été effectué par un moyen de transport en commun public.

- [Plus d'information sur l'indemnité de voyage au Luxembourg.](#)

Décès

En cas de décès de l'assuré ou d'un membre de sa famille, il est accordé une indemnité funéraire forfaitaire jusqu'à concurrence des frais exposés, à la personne ou à l'institution qui en a fait l'avance.

Au 1^{er} janvier 2014, son montant maximum correspond à 1 007,72 €. S'il s'agit d'un enfant âgé de moins de 6 ans ou d'un enfant mort-né, il n'est accordé respectivement que la moitié ou 1/5ème du montant maximum.

C. Accidents du travail et maladies professionnelles

L'assurance accidents du travail et maladies professionnelles est gérée par l'Association d'Assurance Accident (AAA), qui comporte deux services administratifs principaux :

- le service prévention des accidents, dont la mission principale est le conseil aux entreprises en vue de les aider à mieux développer leurs stratégies de prévention ;
- le service des prestations qui assure la gestion des dossiers et le traitement des affaires.

Le service des soins de santé et des indemnités pécuniaires est assumé par la Caisse Nationale de Santé (CNS).

L'assurance fonctionne sous forme de mutuelles regroupant l'ensemble des employeurs installés au Luxembourg.

1) Risques couverts

L'assurance couvre l'accident du travail proprement dit ainsi que l'accident de trajet et les maladies professionnelles figurant sur une liste. Si l'assuré prouve qu'il est atteint d'une maladie inscrite sur la liste et qu'il a été exposé à un risque susceptible d'être à l'origine de la maladie dans le cadre de son activité, la maladie est présumée d'origine professionnelle.

- Consulter le [tableau des maladies professionnelles déterminé par règlement grand-ducal](#) ainsi que le [tableau regroupant les pathologies en fonction des six catégories d'agents nocifs](#).

En dehors des maladies inscrites sur la liste, l'AAA permet l'indemnisation d'une maladie professionnelle non inscrite dès lors que l'assuré démontre clairement son origine professionnelle. Aucune condition particulière de stage n'est requise.

2) Bénéficiaires

Bénéficient en principe de l'assurance accidents du travail toutes les personnes sous lien de subordination, même celles qui ne sont pas rémunérées. Il convient de souligner que l'assurance a été étendue par l'introduction de régimes spéciaux dont l'Association d'Assurance Accidents (AAA) assume la gestion comme le régime des fonctionnaires, des volontaires au sens de la loi militaire, des demandeurs d'emploi bénéficiant d'une indemnité de chômage complet ou de mesures d'insertion professionnelle, des écoliers, des étudiants, des enseignants ou des détenus occupés pour le compte de l'administration pénitentiaire.

Formulaires, déclaration :

Sauf cas de force majeure, tout assuré victime d'un accident du travail ou de trajet doit en avvertir immédiatement son employeur qui déclare l'accident à l'AAA.

Les formulaires de déclaration d'accidents ou de maladies professionnelles, ainsi que les formulaires de demande d'indemnisation peuvent être [téléchargés sur le site de l'AAA](#).

3) Soins

[Les prestations en nature](#) sont servies par l'intermédiaire de la Caisse Nationale de Santé (CNS) pour le compte de l'AAA suivant les dispositions applicables en matière d'assurance maladie. Toutefois, aucune participation n'est laissée à la charge de la victime et le système du tiers payant est appliqué ; la victime n'a pas d'avance de frais à effectuer.

4) Incapacité : prestations en espèces

En cas d'incapacité temporaire de travail, la victime peut prétendre à des indemnités journalières (« indemnités pécuniaires ») ou à une rente d'attente. Le service des indemnités journalières est assuré par les institutions gérant l'assurance maladie. En cas d'incapacité définitive (totale ou partielle) une rente peut être servie. En outre, il existe également des indemnités de préjudices extrapatrimoniaux, des indemnités pour dégât matériel et des « prestations dépendance » (pour plus d'information sur ces dernières prestations, se renseigner auprès de l'Association d'assurance accident - AAA).

À noter :

Afin de faciliter la détermination du régime applicable, l'indemnisation des incapacités de travail provoquées par un accident du travail ou de trajet, incombe à la Caisse Nationale de Santé (et non plus à l'AAA).

Démarches :

Pour obtenir les prestations en espèces, la victime doit faire parvenir à la [Caisse nationale de santé \(CNS\)](#) le certificat d'incapacité de travail établi par son médecin traitant dans un délai de 3 jours ouvrés d'incapacité.

Incapacité temporaire

Indemnité pécuniaire : en cas d'incapacité temporaire totale suite à un accident ou une maladie professionnelle déclaré(e) à compter du 1er janvier 2011, une indemnité dite pécuniaire est versée pendant au maximum 52 semaines sur une période de référence de 104 semaines. Le montant de l'indemnité correspond au salaire cotisable de la victime au moment de la survenance de l'incapacité de travail.

A noter : *l'indemnité pécuniaire n'est pas versée en cas de conservation légale ou conventionnelle de la rémunération.*

Rente d'attente : si un salarié se trouve dans l'incapacité d'exercer son dernier poste de travail ou de maintenir son dernier régime de travail, il bénéficie d'un reclassement professionnel de l'Agence pour le développement de l'emploi (ADEM). Le montant de la rente d'attente est fixé à 85 % de la rente complète (voir ci-dessous). Elle est versée tant que le reclassement externe est impossible.

Incapacité permanente

Tant que l'incapacité permanente totale persiste, la victime a droit à une rente accident complète à partir de la fin de l'indemnisation pécuniaire, ou plus tôt en cas de cessation du contrat de travail. La rente est accordée sur demande de l'intéressé.

Pour les salariés, le montant de la rente complète est égal à la rémunération cotisable des 12 mois précédant le moment de la survenance de l'accident ou de la maladie professionnelle.

Dans tous les cas, le montant de la rente ne peut pas être inférieur au salaire social minimum (soit 1 921,03 € par mois en 2014) et ne peut pas excéder 5 fois ce même montant.

Une rente partielle peut être accordée à l'assuré lors d'une reprise de l'activité professionnelle avant l'âge de 65 ans. Le taux d'incapacité permanente et la perte de revenus doivent être au moins égaux à 10 % respectivement. Pour les salariés, le montant de la rente partielle correspond à la différence entre, d'une part, le salaire cotisable au cours des 12 mois suivant celui de la consolidation ou de la reconversion professionnelle et, d'autre part, celle pendant les 12 mois précédant l'accident.

Il existe une possibilité d'avance de la rente en attendant la fixation du montant définitif de la rente partielle.

A noter :

- Les rentes sont adaptées à l'évolution du coût de la vie (indice) et ajustées tous les deux ans à l'évolution du niveau de vie.
- Le versement des rentes cesse à l'obtention de l'âge de 65 ans de l'assuré ou en cas d'octroi d'une pension de vieillesse anticipée.

5) Décès (survivants)

En cas de décès des suites d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, les survivants peuvent avoir droit à une indemnité pour dommage moral forfaitaire, à une rente de conjoint survivant ou à une rente d'orphelin.

Rentes de survivants

Lorsque le décès de l'assuré est survenu avant l'âge de 65 ans, son conjoint survivant/partenaire ainsi que ses enfants légitimes, naturels ou adoptifs ont droit à une rente de survie. Aucune durée d'assurance de l'assuré décédé n'est exigée.

À noter :

Depuis le 1er janvier 2011, les parents de l'assuré ou les ascendants qui étaient à sa charge ne peuvent plus prétendre à une rente de survie. Toutefois, ils peuvent prétendre à une indemnité pour dommage moral forfaitaire (voir ci-dessous).

Le concours des rentes de survie dues au titre de l'accident du travail et celles dues au titre de la législation sur les pensions soumet les rentes de l'assurance pension à des règles de cumul. En effet, les rentes de survie au titre de l'assurance accidents sont conçues comme complément aux pensions de survivants de l'assurance pension.

Les survivants ouvrent droit à une rente de survie qui, cumulée à la pension de survie, atteint le niveau de la pension qu'ils auraient obtenue si l'assuré avait continué à cotiser jusqu'à l'âge de 65 ans ou s'il avait bénéficié jusqu'à cet âge d'une rente complète pour incapacité totale à la suite d'un accident du travail.

Indemnité pour dommage moral forfaitaire

En plus de la rente de survie mentionnée ci-dessus, une « indemnité pour dommage moral forfaitaire » est versée aux survivants qui y ouvrent droit. Au 1er janvier 2014, les montants sont les suivants :

- 3 649 € pour le conjoint survivant ou le partenaire ainsi que pour chacun des enfants légitimes, naturels ou adoptifs de l'assuré décédé ;
- 2 189 € pour chaque parent de l'assuré décédé ;
- 1 459 € pour toute autre personne ayant vécu dans le même foyer que l'assuré au moment du décès depuis au moins 3 ans.

Demande et versement des prestations :

Les rentes de survivants et l'indemnité pour dommage moral forfaitaire sont accordées par l'Association d'assurance accident (AAA) aux survivants sur [demande](#). Elles sont payées par la [Caisse nationale d'assurance pension \(CNAP\)](#) et soumises aux retenues fiscales et sociales.

D. Prestations en cas de dépendance

L'assurance dépendance a pour objet de compenser en partie les frais occasionnés par les soins et les besoins d'aide d'une tierce personne pour accomplir les actes essentiels de la vie (hygiène corporelle, nutrition, mobilité, etc.). Est considéré comme dépendance, l'état de la personne qui par suite d'une maladie physique ou mentale ou d'une déficience a un besoin important et régulier d'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes essentiels de la vie.

L'assurance dépendance prend en charge les aides et les soins de la personne dépendante qui vit à son domicile ou dans un établissement. Elle couvre les aides et les soins qui ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie. En cas de soins à domicile, l'aide et les soins peuvent être fournis à la personne dépendante par un réseau d'aides et de soins, par un centre spécialisé ou par un aidant informel.

Les prestations servies au titre de l'assurance dépendance ne sont pas soumises à condition de ressources.

Où faire la demande de prestations?

La demande de prestations de l'assurance dépendance, accompagnée d'un rapport établi par le médecin traitant, doit être présentée auprès de la [Caisse Nationale de Santé \(CNS\)](#).

1) Bénéficiaires - notion de besoin d'assistance

Peuvent bénéficier de la prestation dépendance, les personnes dépendantes affiliées à l'assurance maladie ainsi que leurs membres de famille. Pour les assurés obligatoirement affiliés il n'existe pas de condition de stage, ils peuvent bénéficier immédiatement de la prestation. Pour les assurés volontaires on distingue ceux qui cotisent au titre de l'assurance volontaire continuée et qui sont dispensés de stage, et ceux ayant demandé une assurance facultative et qui doivent avoir accompli au moins une année de stage afin d'ouvrir droit aux prestations.

En règle générale, la notion de besoin d'assistance d'une tierce personne suppose les quatre conditions suivantes : *

1. que l'état de santé de la personne nécessite une aide pour effectuer totalement ou partiellement les gestes essentiels au quotidien dans les domaines de l'hygiène corporelle, de la nutrition et de la mobilité ;
2. que le besoin d'aide persiste pour une durée minimale de 6 mois ou soit irréversible ;
3. que le besoin d'aide hebdomadaire représente au moins 3,5 heures ;
4. que l'état de dépendance soit consécutif à une cause médicale.

* Toutefois, les personnes atteintes d'une cécité totale, de la pathologie dite spina bifida ainsi que les personnes ayant de difficultés à communiquer dues à de graves problèmes d'audition, de dysarthrie ou de laryngectomie sont dispensées des conditions énumérées ci-dessus.

2) Prestations**Prestations en nature**

En cas de maintien à domicile, l'assurance dépendance prend en charge l'aide aux actes essentiels de la vie, l'aide aux tâches domestiques et les activités de soutien. L'aide apportée par un service professionnel, établissement, réseau ou centre semi-stationnaire, est considérée comme une prestation en nature. L'assurance dépendance règle directement les professionnels qui dispensent ces aides et ces soins.

L'assurance dépendance peut également participer aux frais d'adaptation du logement ou à l'achat d'appareils destinés à accroître l'autonomie de la personne dépendante.

Si la personne dépendante vit dans un établissement d'aides et de soins, l'assurance prend en charge les prestations en nature, les produits nécessaires aux aides et soins et, de manière exceptionnelle, certains appareils.

Prestations en espèces

L'assurance dépendance permet de convertir une partie des prestations en nature en une somme d'argent qui permettra à la personne dépendante de rétribuer l'aidant informel qui lui apporte des soins. La prestation en espèces est payée à la personne dépendante, qui l'utilise pour rétribuer l'aidant informel. Il est important de savoir que l'assurance dépendance privilégie l'aide apportée par des professionnels, même si ceux-ci coûtent plus cher. C'est la raison pour laquelle il n'est pas possible de convertir toute l'aide du réseau en une somme d'argent. Seulement l'aide pour les actes essentiels de la vie et les tâches domestiques peut être remplacée, et non pas les activités de soutien et de conseil.

Enfin, la personne dépendante peut également recourir à la fois à l'aide d'un proche et d'un service. Il s'agit alors de prestations combinées.

E. Pensions

La nouvelle loi du 21 décembre 2012, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2013, a apporté diverses modifications à l'assurance pensions.

Les mesures concernent notamment les règles de calcul de la pension et les règles de cumul de pension avec l'exercice d'une activité salariée. La nouvelle législation [favorise l'assurance continuée ou volontaire](#) en cas d'interruptions de carrière pour raisons familiales et modifie les mécanismes de revalorisation des pensions. La réforme ne porte pas modification de l'âge légal de la retraite.

Pour plus d'information sur la réforme, voir [Dossier spécial](#) sur le site de la Caisse Nationale d'assurance pension (CNAP).

Les travailleurs salariés sont obligatoirement couverts par le régime général d'assurance pension.

Où demander sa pension?

[Un formulaire de demande](#) doit être introduit auprès de la Caisse Nationale d'Assurance Pension (CNAP) – organisme compétent pour le versement des pensions.

1) Invalidité

La pension d'invalidité est mensuellement accordée à tout assuré âgé de moins de 65 ans qui remplit les conditions de durée d'assurance prévues, et qui, pour des raisons de santé, est obligé de cesser son activité professionnelle.

La pension d'invalidité peut être accordée pour une invalidité temporaire ou une invalidité permanente.

a/ Conditions et notion d'invalidité

Est considéré comme invalide, l'assuré qui, par suite de maladie prolongée, d'infirmité ou d'usure prématurée, a subi une perte de sa capacité de travail telle qu'il est empêché d'exercer la profession qu'il a occupée en dernier lieu ainsi que toute autre occupation correspondant à ses forces et aptitudes.

Si l'assuré ne peut plus exercer sa dernière profession tout en n'étant pas frappé d'incapacité générale sur le marché du travail, il peut éventuellement prétendre à des prestations de réinsertion professionnelle.

L'évaluation de l'état d'invalidité est de la responsabilité du Contrôle médical de la sécurité sociale (CMSS).

Il convient de prendre en compte les critères suivants :

- La condition de stage est, en principe, de 12 mois minimum d'affiliation au titre de l'assurance obligatoire, continuée ou facultative, pendant les trois années précédant la constatation de l'invalidité ou la date à laquelle les indemnités journalières de maladie cessent d'être versées. Toutefois, aucune condition de stage n'est requise si l'incapacité est consécutive à un accident du travail de quelque nature que ce soit, ou à une maladie professionnelle survenue pendant l'affiliation
- L'assuré ne doit pas avoir atteint l'âge de 65 ans

- Des règles anti-cumul sont appliquées en cas de cumul d'une pension d'invalidité et de revenu professionnel ou de prestations de sécurité sociale dépassant certains plafonds (voir *Cumul* ci-dessous)
- À l'âge de 65 ans, la pension d'invalidité est automatiquement transformée en pension de vieillesse.

b/ Dispositions générales concernant le début de versement de pension

Incapacité permanente : La pension d'invalidité prend effet à partir du 1er jour de constatation de l'invalidité. En cas de conservation de la rémunération par l'employeur, elle est versée à partir de la fin du maintien de la rémunération. En cas d'impossibilité d'établir la date du début de l'invalidité, la pension court à partir du jour de la présentation de la demande.

Incapacité temporaire : Lorsque l'invalidité présente un caractère temporaire, la pension prend effet à l'expiration du droit aux indemnités journalières de maladie ou après une période ininterrompue d'invalidité de six mois.

À noter :

La pension d'invalidité n'est pas attribuée pour une période antérieure de plus d'un an à la présentation de la demande.

c/ Montant et calcul de la pension

* Paramètres au 1er janvier 2014 :

Indice du coût de la vie : 775,17

Facteur de revalorisation : 1,418

Salaire social minimum mensuel : 1 921,03 €

La pension d'invalidité est calculée à partir des 4 éléments suivants :

- les **majorations forfaitaires**, accordées en fonction de la durée d'assurance. Le nombre maximum d'années prises en compte (n) est de 40 ans.
$$\text{Majorations forfaitaires} = (\text{Montant de référence} \times \text{Taux} \times n/40 \times \text{Indice}/100 \times \text{Facteur de revalorisation}^*) / 12$$
La valeur annuelle du montant de référence est fixée à 2 085 € au nombre indice 100 base année 1984.
- les **majorations proportionnelles**, accordées en fonction des revenus cotisables perçus au cours de la carrière d'assurance. Elles sont obtenues en multipliant la somme des revenus cotisables avec un [taux de majoration qui varie en fonction de l'année d'ouverture du droit à pension](#).
$$\text{Majorations proportionnelles} = (\text{Taux de majoration} \times \text{somme des revenus} \times \text{Indice}/100 \times \text{Facteur de revalorisation}^*) / 12$$
- les **majorations forfaitaires spéciales**, ayant pour but de prolonger fictivement, jusqu'à l'âge de 65 ans, la carrière de l'assuré tenu, pour raison de santé, d'arrêter de travailler avant l'âge de la retraite. Le nombre d'années situées entre l'ouverture du droit à pension et l'âge de 65 ans est pris en compte dans la proportion du nombre d'années d'assurance et d'années calendaires écoulées entre l'âge de 25 ans et le début du versement de la pension d'invalidité, sans que le nombre d'années prises en compte puisse excéder 40.
$$\text{Majorations forfaitaires spéciales} = (\text{Montant de référence} \times \text{Taux} \times np65/40^1 \times \text{Indice}/100 \times \text{Facteur de revalorisation}^*) / 12$$
¹ np65 = proportion du nombre d'années prospectives jusqu'à l'âge de 65 ans
- les **majorations proportionnelles spéciales**, qui tiennent compte de revenus fictifs pour la période prospective du début de la pension jusqu'à l'âge de 55 ans. Le calcul est effectué sur base de la moyenne des revenus de l'assuré perçus entre l'âge de 25 ans et le début de versement de la pension, multipliée par le nombre d'années restant à courir jusqu'au 55ème anniversaire.
$$\text{Majorations proportionnelles spéciales} = \text{Taux} \times \text{Somme des revenus fictifs} \times \text{Indice}/100 \times \text{Facteur de revalorisation}^*) / 12$$

À noter :

Depuis la réforme sur les pensions du 21 décembre 2012, les taux des majorations forfaitaires et proportionnelles sont déterminés en fonction de l'année d'ouverture du droit à pension.

- Voir [exemples](#) de calcul de la pension d'invalidité sur le site de [la CNAP](#).

Minimum

Le montant de la pension d'invalidité ne peut pas être inférieur à 90 % du montant de référence (soit 1 718,86 € par mois au 1er janvier 2014) lorsque l'assuré a accompli 40 ans d'assurance (périodes d'assurance obligatoire, continuée, facultative ou d'achat rétroactif, périodes complémentaires et périodes prospectives). Si l'intéressé n'a pas accompli 40 ans d'assurance mais justifie d'au moins 20 ans d'assurance, la pension minimum est réduite d'1/40ème par année manquante.

Pension minimum = (Montant de référence x 90 % x n/40 x indice/100 x facteur de revalorisation) /12

- Voir [exemple](#) de calcul de la pension minimum d'invalidité sur le site de la CNAP.

Cumul :

En cas d'exercice d'une activité salariée ou non-salariée par un bénéficiaire d'une pension d'invalidité, les revenus tirés de l'activité, répartis sur une année, ne doivent pas être supérieurs à un tiers du salaire social minimum (soit en 2014 : 1 921,03 € : 3 = 640,34 € par mois).

En cas de cumul d'une pension d'invalidité avec une rente d'accident, la pension est réduite si elle excède la moyenne des cinq salaires, revenus ou traitements annuels les plus élevés de toute la carrière ou si elle excède le revenu pris en compte pour la détermination de la rente d'accident.

La pension d'invalidité ne peut pas être cumulée avec l'indemnité journalière de maladie.

2) Vieillesse

Conditions

Le droit à pension de vieillesse est ouvert à partir de l'âge de 65 ans à tout assuré qui justifie d'au moins 120 mois d'assurance (périodes d'assurance obligatoire, d'assurance continuée, d'assurance facultative, périodes d'achat rétroactif). Il est possible de l'obtenir, à titre anticipé,

- dès 57 ans à condition d'avoir accompli au moins 480 mois de périodes d'assurance obligatoire ; ou
- dès 60 ans à condition d'avoir accompli 480 mois de périodes d'assurance obligatoire, d'assurance continuée, d'assurance facultative ou de périodes d'achat rétroactif et de périodes complémentaires dont au minimum 120 mois au titre de l'assurance obligatoire, continuée ou facultative ou des périodes d'achat rétroactif.

Règles de cumul

Le titulaire d'une pension de vieillesse peut exercer une activité professionnelle après l'âge légal de la retraite sans influence sur le montant de sa pension. En principe, le titulaire d'une pension de vieillesse anticipée peut également exercer une activité professionnelle. Toutefois, elle peut influencer l'octroi, le maintien et le calcul de la pension. Dans ce cas, il convient de distinguer l'exercice d'une activité non-salariée de celle d'une activité salariée :

- la pension de vieillesse anticipée est retirée si le titulaire exerce une activité **non-salariée** dont le revenu, réparti sur une année civile, dépasse 1/3 du salaire social minimum mensuel, soit 640,34 € (salaire minimum mensuel en 2014 : 1 921,03 €) ;
- les revenus tirés d'une **activité salariée** ne doivent pas dépasser la moyenne des 5 revenus annuels cotisables les plus élevés de la carrière d'assurance. Si tel est le cas, le montant de la pension anticipée est réduit.

A noter :

Il n'existe pas de possibilité de pension différée. Dans le cas où l'assuré exerce une activité au-delà de l'âge de 65 ans, les cotisations seront remboursées en fin d'année.

Montant et calcul

La pension de vieillesse se compose des majorations forfaitaires accordées en fonction de la durée d'assurance (dans la limite de 40 années) et des majorations proportionnelles accordées en fonction des revenus professionnels cotisables réalisés tout au long de la carrière professionnelle.

Le montant de la pension annuelle brute est calculé à l'indice 100 du coût de la vie par rapport à l'année de base 1984. Ainsi, le montant obtenu est adapté au moyen de cet indice et du facteur de revalorisation en vigueur, divisé par 12 afin d'obtenir le montant mensuel.

La pension de vieillesse anticipée est calculée de la même manière que la pension de vieillesse normale.

- **Majorations forfaitaires** : accordées en fonction de la durée d'assurance (périodes d'assurance obligatoire, continuée, facultative ou d'achat rétroactif, périodes complémentaires). Le nombre d'années prises en compte ne peut pas dépasser 40.

$$\text{Majorations forfaitaires} = (\text{Montant de référence} \times \text{Taux} \times n/40 \times \text{Indice}/100 \times \text{Facteur de revalorisation}) / 12$$

La valeur annuelle du montant de référence est fixée à 2 085 € au nombre indice 100 base année 1984.

- **Majorations proportionnelles** : il convient de multiplier la somme des revenus cotisables (exprimés au nombre indice 100 par rapport à l'année de base 1984) avec un [taux de majoration qui varie en fonction de l'année d'ouverture de droit à pension](#).

$$\text{Majorations proportionnelles} = (\text{Taux de majoration} \times \text{Somme des revenus} \times \text{Indice}/100 \times \text{Facteur de revalorisation}) / 12$$

Plus d'information :

Pour plus d'information sur les périodes d'assurance prises en compte par la législation luxembourgeoise (à savoir les périodes d'assurance obligatoire, continuée, facultative, périodes relatives à un achat rétroactif et les périodes complémentaires), [voir site CNAP](#).

3) Décès (survivants)

Peuvent prétendre à une pension de survivants : le conjoint/partenaire survivant, le conjoint divorcé/l'ancien partenaire, les parents et alliés en ligne directe ou en ligne collatérale jusqu'au 2ème degré ainsi que les orphelins. L'assuré qui n'était pas titulaire d'une pension au moment du décès doit avoir accompli 12 mois d'assurance (obligatoire, continuée ou facultative) dans les trois ans qui précèdent le décès. Aucune durée d'affiliation n'est requise lorsque l'assuré décédé était titulaire d'une pension au moment du décès.

a/ Conditions s'appliquant aux survivants

Conjoint/partenaire survivant

Le mariage/le partenariat doit dater d'au moins un an avant le décès (ou avant le début de la pension de vieillesse ou d'invalidité de l'assuré) sauf si un enfant est né du mariage ou du partenariat ou si le décès est causé par un accident. Au moment du mariage ou de la conclusion du partenariat, l'assuré décédé ne devait pas être titulaire d'une pension de vieillesse ou d'invalidité.

Le survivant ayant vécu avec le défunt en ménage commun ou qui était à sa charge, ouvre droit à un **complément pendant les trois premiers mois** jusqu'à concurrence du montant total de la pension que le défunt a (ou aurait) touché. Ce complément est réparti entre les différentes pensions proportionnellement au montant de chacune.

En cas de remariage ou entrée en partenariat du survivant, la pension est supprimée. Il est prévu des indemnités de rachat au taux de 5 fois le montant versé au cours des 12 derniers mois si le nouvel engagement a lieu avant l'âge de 50 ans (trois fois ce montant s'il a lieu après 50 ans). Le montant du rachat se limite aux majorations forfaitaires et proportionnelles.

Conjoint divorcé/ancien partenaire

Le conjoint divorcé/l'ancien partenaire non-remarié ouvre droit à la pension dans les mêmes conditions que le conjoint ou le partenaire survivant (voir ci-dessus). La pension du conjoint divorcé/de l'ancien partenaire est déterminée en fonction de la carrière d'assurance pendant le mariage/partenariat par rapport à la durée totale de cette carrière.

Parents et autres membres de famille

Sont concernés : parents et autres membres de famille en ligne directe (à savoir les enfants, les petits-enfants, les parents) ainsi qu'en ligne collatérale jusqu'au 2ème degré (frères et sœurs). Le droit à pension pour les personnes précitées est uniquement attribué lorsqu'il n'y a pas de conjoint/partenaire survivant. Les concernés doivent remplir les conditions suivantes :

- être âgés de plus de 40 ans au moment du décès de l'assuré ;
- ne pas être mariés ou en partenariat au moment du décès de l'assuré ;
- avoir vécu en communauté domestique avec le décédé pendant les 5 années immédiatement précédant le décès ;
- le décédé doit avoir assuré, pour une part prédominant, leur entretien pendant cette même période.

Orphelins

L'orphelin de père ou de mère a droit, jusqu'à l'âge de 18 ans ou 27 ans en cas de poursuite d'études, à une pension lorsque l'assuré décédé assumait son entretien et éducation au cours des 10 mois précédant le décès.

L'orphelin de père et de mère ouvre droit à deux fois la pension d'orphelin de père ou de mère. Si un droit existe du fait des deux parents, la pension la plus élevée est doublée.

La pension d'orphelin ne peut pas être cumulée avec une pension d'invalidité. Le versement de la pension d'orphelin prend fin en cas de mariage/partenariat (sauf en cas de poursuite d'études).

b/ Calcul des pensions de survivants

La pension de survivant correspond à une fraction de la pension personnelle à laquelle le défunt avait droit ou aurait eu droit en cas d'invalidité :

Éléments de pension	Pension de conjoint /partenaire	Pension d'orphelin
Majorations forfaitaires	1	1/3
Majorations proportionnelles	3/4	1/4
Majorations forfaitaires spéciales	1	1/3
Majorations proportionnelles spéciales	3/4	1/4
Complément pension minimum	(*)	1/4

* La pension est augmentée d'un complément afin d'atteindre le montant de la pension minimum dont bénéficiait ou aurait bénéficié le défunt.

Source : Caisse nationale d'assurance pension (CNAP) : [Brochure d'information – Pension de survie au Luxembourg, janvier 2014.](#)

Le montant de la pension d'orphelin ne peut pas être inférieur à 467,12 € (montant en vigueur pour l'année 2014).

La totalité des pensions de survivants ne peut pas dépasser 100 % de la pension (ou de la pension présumée) du défunt, ou, lorsque c'est plus favorable, ne pas dépasser la moyenne des 5 salaires les plus élevés de la durée d'affiliation du défunt (sans que cette moyenne ne puisse être inférieure à 1,2 fois le montant de référence). Le cas échéant, les pensions sont réduites proportionnellement.

Règles de cumul :

- *La pension de survivant peut être cumulée dans une certaine limite avec une activité professionnelle, avec des revenus de remplacement ou d'autres pensions et rentes personnelles. Son montant est réduit lorsque la somme de la pension de survie et des revenus personnels du bénéficiaire dépasse un certain montant.*
- [Plus d'information](#) sur le site de la Caisse nationale d'assurance pension (CNAP).

4) Minima et maxima

Aucune pension d'invalidité, de vieillesse personnelle ou de conjoint survivant ne peut être inférieure à 90 % du montant de référence si l'assuré justifie de 40 ans d'assurance (soit un minimum mensuel de 1 718,86 € en 2014).

Pour l'assuré qui n'a pas accompli un stage de 40 ans mais qui a cotisé au moins 20 ans, le montant de la pension minimum est réduit de 1/40 par année manquante.

Aucune pension personnelle ne peut dépasser 5/6 du quintuple du montant de référence de 2 085 € à l'indice 100 (soit au maximum 7 957,69 € en 2014).

5) Allocation de fin d'année

L'allocation de fin d'année est attribuée aux personnes ouvrant droit à une pension (pension d'invalidité, de vieillesse ou de survivant) au 1er décembre de l'année en cours. Pour chaque année d'affiliation* (dans la limite de 40 ans), le montant de l'allocation correspond à 18,36 € à l'indice appliqué pour 2014. Par conséquent, le montant maximum de l'allocation en 2014 correspond à 734,40 €.

L'allocation de fin d'année pour les bénéficiaires d'une pension d'orphelin est limitée à un tiers du montant précité.

* Années d'assurance accomplies ou commencées, au titre d'assurance obligatoire, complémentaire, continuée, facultative ou relatives à un achat rétroactif.

Plus d'information :

- *Pour plus d'information sur cette prestation, Cf. [Allocation de fin d'année](#) sur le site de la Caisse nationale d'assurance pension (CNAP).*

F. Prestations familiales

Peuvent bénéficier des prestations familiales : les familles résidant au Luxembourg ayant au moins un enfant à charge âgé de moins de 18 ans. La condition d'âge peut être assouplie en cas de poursuite d'études ou lorsque l'enfant est handicapé.

À l'exception de l'indemnité de congé parental, le paiement des prestations familiales n'est pas subordonné à des conditions d'affiliation ou d'activité professionnelle.

1) Allocations familiales dites ordinaires

a/ Conditions

Pour prétendre aux allocations familiales, l'enfant et le parent doivent résider au Luxembourg de manière effective et continue. Des périodes d'absence sont autorisées lorsqu'elles ne dépassent pas 3 mois par an.

En principe, les allocations familiales sont versées à compter du mois de naissance de l'enfant jusqu'à l'âge de 18 ans. Cependant, le droit aux allocations est maintenu au maximum jusqu'à l'âge de 27 ans en cas de poursuite d'études (études secondaires, secondaires-techniques et en cas d'apprentissage) ou lorsque l'enfant est atteint d'un handicap physique ou mental d'un degré au moins égal à 50 %, survenu avant l'âge de 18 ans et lorsqu'il suit une formation adaptée à ses capacités.

Le versement de l'allocation prend fin :

- en cas de revenus de l'enfant ou de l'étudiant égaux ou supérieurs au salaire social minimum (soit 1 921,03 € par mois en 2014), pendant une durée égale ou supérieure à 4 mois sur 12 ;
- pour une personne infirme, lorsque les revenus tirés d'une activité professionnelle atteignent ou excèdent le [revenu minimum garanti \(RMG\)](#) pour une personne seule ;
- en cas de décès de l'enfant bénéficiaire ;
- en cas de mariage ou de déclaration de partenariat (sauf pour les étudiants).

b/ Montants

Montants mensuels des allocations familiales - janvier 2014	
Pour 1 enfant	185,60 €
Pour 2 enfants	440,72 €
Pour 3 enfants	802,74 €
Pour 4 enfants ou plus	*
Majorations d'âge :	
Par enfant âgé de 6 à 11 ans	16,17 €
Par enfant âgé de 12 ans et plus	48,52 €
* Pour 4 enfants ou plus, le montant attribué à chaque enfant est déterminé de la manière suivante : (montant total des allocations pour un groupe de trois enfants + 361,82 € supplémentaires pour chaque enfant à partir du 4ème) / nombre total d'enfants	

Chaque enfant de la famille a droit à un montant identique, à l'exception de la majoration d'âge qui est fixée individuellement.

Les allocations familiales sont payées au cours du mois pour lequel elles sont dues.

2) Allocation spéciale supplémentaire

Tout enfant âgé de moins de 18 ans et atteint d'une insuffisance ou d'une diminution permanente de plus de 50 % de la capacité physique ou mentale par rapport à un enfant sans handicap du même âge, a droit à une allocation spéciale supplémentaire d'un montant mensuel équivalent à celui de l'allocation familiale ordinaire.

La durée de versement de l'allocation spéciale supplémentaire peut être prolongée jusqu'à l'âge de 27 ans si le handicap est survenu avant l'âge de 18 ans et lorsque l'enfant suit une formation adaptée à ses capacités dans un institut, service ou centre d'éducation différenciée ou spécialisée. Les revenus personnels du bénéficiaire ne doivent pas excéder le montant du [revenu minimum garanti \(RMG\)](#) pour une personne seule.

3) Boni pour enfant

Le boni pour enfant est attribué à tout parent contribuable qui a la charge d'au moins un enfant pour

Historique :

Depuis le 1er janvier 2008, chaque famille soumise à l'impôt au Luxembourg et bénéficiaire d'allocations familiales a droit à une prestation dite "boni pour enfant". Avant cette date, la politique familiale luxembourgeoise prévoyait pour les parents une réduction d'impôt appelée modération d'impôt pour enfant à la double condition que les parents bénéficient des allocations familiales et justifient de revenus imposables.

lequel les allocations familiales sont octroyées. L'attribution de la prestation n'est pas soumise à condition de revenus.

Le montant mensuel du boni pour enfant correspond à 76,88 € par enfant en 2014.

Quelles sont les modalités de versement du boni pour enfant ? :

Le boni pour enfant est versé mensuellement et automatiquement par la [Caisse Nationale des Prestations Familiales \(CNPF\)](#) pour tous les enfants qui bénéficient des allocations mensuelles intégrales pour le même mois. Le paiement se fait séparément de celui des allocations familiales, avec un décalage de quelques jours.

4) Allocation de maternité

L'allocation de maternité vise les femmes enceintes, les femmes ayant accouché et les parents adoptifs domiciliés au Luxembourg au moment de l'ouverture du droit, qui n'ont pas d'activité professionnelle, ou qui en ont une à faible revenu.

L'intéressé ne doit pas ouvrir droit à un congé de maternité ou d'accueil indemnisé ou percevoir une indemnité de maternité dont le montant est inférieur à celui de l'allocation de maternité (en cas d'activité à temps partiel par exemple).

L'allocation est versée à partir de la 8ème semaine avant la date présumée de l'accouchement et 8 semaines après l'accouchement. En cas d'adoption, elle est versée pendant les 8 semaines suivant la transcription du jugement d'adoption. L'enfant adopté doit avoir moins de 6 ans.

L'allocation de maternité correspond à une somme forfaitaire de 194,02 € par semaine (maximum 16 semaines) versée en deux tranches en cas d'accouchement (tranche prénatale et tranche postnatale), et en une tranche en cas d'adoption.

5) Allocation de naissance

L'allocation de naissance servie aux personnes qui résident sur le territoire luxembourgeois est une prestation forfaitaire versée à la naissance de tout enfant viable. En cas d'accouchement multiple, l'allocation de naissance est servie autant de fois qu'il y a d'enfants. Cette allocation est versée à condition que la mère et l'enfant se soumettent à une surveillance médicale régulière.

La prestation est divisée en trois tranches (soit 580,03 € par tranche), payées séparément et soumises à des conditions d'octroi distinctes (il est notamment possible d'ouvrir droit à une des tranches sans ouvrir droit aux autres) :

- une allocation prénatale ;
- une allocation de naissance proprement dite ;
- une allocation postnatale.

a/ Allocation prénatale

L'allocation prénatale due à la future mère représente la première tranche de l'allocation de naissance. Pour en bénéficier il faut être domiciliée sur le territoire luxembourgeois (ou affiliée au régime luxembourgeois pour les non-résidentes) au moment du dernier examen prénatal et se soumettre durant la grossesse à 5 examens médicaux obligatoires qui doivent être effectués par un médecin spécialiste en gynécologie-obstétrique, ainsi qu'à un examen dentaire effectué par un médecin-dentiste. Le non-respect de ce délai entraîne la fin du droit à l'allocation prénatale. Pour les autres examens postérieurs, un seul examen non passé peut entraîner le non versement de l'allocation prénatale.

Son montant correspond à 580,03 € est elle est versée après le passage du dernier examen prénatal.

b/ Allocation de naissance proprement dite

Cette allocation qui représente la 2ème tranche de l'allocation de naissance, est due à la mère domiciliée au Luxembourg (ou affiliée au régime luxembourgeois pour les non-résidentes) au moment de la naissance de l'enfant. Pour y prétendre, il faut que l'accouchement se produise sur le territoire luxembourgeois et qu'un examen gynécologique postnatal ait été effectué dans un délai compris entre 2 et 10 semaines après la naissance.

L'allocation de naissance proprement dite d'un montant de 580,03 € est payée à la mère après l'examen postnatal.

À noter :

L'allocation prénatale et l'allocation de naissance proprement dite peuvent être conjointement versées après la naissance de l'enfant.

c/ Allocation postnatale

L'allocation postnatale qui représente la 3ème tranche de l'allocation de naissance est due à la mère à compter du 2ème anniversaire de l'enfant. L'enfant doit être élevé de façon continue sur le territoire luxembourgeois depuis sa naissance* et avoir subi les 6 examens médicaux obligatoires, dont deux examens périnataux obligatoirement effectués par un médecin-pédiatre.

L'allocation postnatale d'un montant de 580,03 € est versée à la mère si les parents vivent ensemble ou, en cas de séparation, au parent qui supporte les frais d'entretien de l'enfant.

Enfin, l'allocation postnatale est versée même en cas de décès de l'enfant avant l'âge de 2 ans.

* Condition non requise si au moins l'un des deux parents non-résidents justifie d'une période d'affiliation continue au Luxembourg depuis la naissance de l'enfant.

6) Indemnité de congé parental

L'indemnité de congé parental permet aux parents d'interrompre leur activité professionnelle pendant 6 mois, ou la réduire à mi-temps pendant 12 mois, afin de se consacrer à l'éducation de leurs enfants âgés de moins de 5 ans pour lesquels sont versées des allocations familiales, tout en garantissant aux parents une indemnisation forfaitaire mensuelle et la possibilité de retrouver leur emploi à la fin du congé parental.

À noter :

L'indemnité de congé parental n'est en principe pas cumulable avec l'allocation d'éducation (Cf. 8 ci-dessous) versée au même parent pour un même enfant.

Au 1^{er} janvier 2014, le montant brut mensuel de l'indemnité de congé parental correspond à :

- 1 778,31 € pour un congé à temps plein ;
- 889,15 € pour un congé à temps partiel.

L'indemnité de congé parental n'est pas soumise à l'impôt ou aux cotisations sociales, à l'exception de la part de la cotisation d'assurance maladie-maternité pour les prestations en nature et de la cotisation de l'assurance dépendance.

Organisme compétent pour le versement des prestations :

L'indemnité de congé parental est versée par la [Caisse nationale des prestations familiales \(CNPF\)](#).

7) Allocation de rentrée scolaire

L'allocation de rentrée scolaire est une allocation spéciale destinée à alléger les budgets familiaux en vue des dépenses auxquelles donne lieu la rentrée des classes ; dépenses occasionnées notamment par le matériel scolaire et l'habillement.

Montants

L'allocation de rentrée scolaire est modulée suivant l'âge des enfants et la composition de la famille. Les montants pour la rentrée scolaire 2013-2014 sont les suivants :

1/ pour un enfant :

- 113,15 € si l'enfant est âgé de 6 à 11 ans,

- 161,67 € si l'enfant est âgé de 12 ans et plus,

2/ pour une famille de deux enfants :

- 194,02 € pour chaque enfant âgé de 6 à 11 ans ;
- 242,47 € pour chaque enfant âgé de 12 ans et plus ;

3/ pour une famille de trois enfants et plus :

- 274,82 € pour chaque enfant âgé de 6 à 11 ans ;
- 323,34 € pour chaque enfant âgé de 12 ans et plus.

Paielement

L'allocation est versée au mois d'août en même temps que les allocations familiales. Elle est versée d'office quand l'enfant est âgé de moins de 18 ans et elle est servie au-delà, sur demande, avec production d'un certificat d'inscription dans un établissement scolaire ou de formation professionnelle.

8) Allocation d'éducation

L'allocation d'éducation a pour objectif de concilier la vie professionnelle et la vie familiale. Elle est due au parent qui se consacre principalement à l'éducation de son enfant au foyer familial en suspendant l'exercice de toute activité professionnelle, ou qui - s'il travaille (à mi-temps) - perçoit avec son conjoint ou son partenaire un revenu égal ou inférieur au seuil légal correspondant à :

- 3 fois le salaire social minimum (SSM)* pour un seul enfant ;
- 4 fois le salaire social minimum (SSM)* pour deux enfants ;
- 5 fois le salaire social minimum (SSM)* pour trois enfants et plus.

* Salaire social minimum mensuel (SSM) au 1er janvier 2014 : 1921,03 €

Pour y prétendre, le parent doit également remplir les conditions suivantes :

- être domicilié(e) au Luxembourg et y résider effectivement, ou être obligatoirement soumis(e) à la législation luxembourgeoise au titre d'une activité professionnelle ;
- élever un ou plusieurs enfant(s) âgé(s) de moins de deux ans pour le(s)quel(s) sont versées des allocations familiales (seuls les enfants qui ouvrent droit aux allocations familiales en qualité de membres de famille du ménage sont pris en compte).

À noter :

- L'allocation d'éducation est versée au parent titulaire des allocations familiales. Elle est payée au cours du mois pour lequel elle est due.
- L'allocation d'éducation - à l'exception de l'allocation d'éducation prolongée pour un groupe de trois enfants ou plus ou pour un enfant handicapé - n'est pas attribuée lorsque l'un des parents bénéficie pour le ou les même(s) enfant(s) de l'indemnité de congé parental ou d'une prestation non-luxembourgeoise versée au titre d'un congé parental.

Durée de versement

L'allocation d'éducation est versée à partir du premier jour du mois suivant l'expiration du congé de maternité ou, à défaut, à l'expiration de la 8^{ème} semaine qui suit la naissance jusqu'au premier jour du mois suivant celui où l'enfant atteint l'âge limite.

Situation familiale	Durée de versement maximum (limite d'âge de l'enfant)
---------------------	-------------------------------------------------------

Familles avec un ou deux enfants	2 ans
Familles avec : - 3 enfants ou plus - un enfant handicapé - des jumeaux ou 2 enfants adoptés par un même acte d'adoption*	4 ans
Familles de triplés ou 3 enfants adoptés par un même acte d'adoption*	6 ans
Familles de quadruplés ou 4 enfants adoptés par un même acte d'adoption*	8 ans
* En cas d'adoption multiple d'enfants d'âges différents, la limite d'âge est appliquée par rapport au plus jeune des enfants.	

Montant

En 2014, le montant de l'allocation d'éducation est égal mensuellement à 485,01 € quel que soit le nombre d'enfants élevés. Ce montant peut être réduit en fonction des revenus si l'un des parents n'a pas complètement cessé son activité professionnelle. Son montant s'élève à 242,50 € si le parent travaille à mi-temps.

G. Chômage

1) Chômage complet

Conditions et inscription

L'assurance chômage assure au salarié involontairement privé d'emploi un revenu de remplacement dite « indemnité de chômage complet », lorsqu'il remplit les conditions suivantes :

- être inscrit comme demandeur d'emploi auprès de l'Agence pour le développement de l'emploi (ADEM)
- être chômeur involontaire ; aucune indemnisation n'est due en cas de démission sans motif valable, convaincant ou exceptionnel, de résiliation du contrat d'un commun accord avec l'employeur, de licenciement pour faute grave
- avoir entre 16 et 64 ans
- être apte au travail, disponible pour le marché de l'emploi et prêt à accepter tout emploi approprié
- remplir la condition de stage :
 - **Salariés** : avoir été occupé pendant 26 semaines au moins (à raison d'au moins 16 heures par semaine) par un ou plusieurs employeurs au cours des 12 mois précédant le jour de l'inscription comme demandeur d'emploi (il existe des possibilités de prolongation de la condition de stage, par exemple en cas de période de détention, période de chômage indemnisé, etc.)
 - **Jeunes chômeurs** (âgés de moins de 21 ans) : aucune condition de stage mais l'inscription en tant que demandeur d'emploi doit être effectuée dans les 12 mois suivant la fin de la formation
- ne pas refuser un emploi approprié ou une mesure active proposée.

Quelles sont les démarches d'inscription ?

Pour s'inscrire en tant que demandeur d'emploi, il convient de s'adresser au [bureau régional de l'Agence pour le développement de l'emploi \(ADEM\) compétente du lieu de résidence](#) du demandeur. L'inscription prend cours à la date de la première présentation personnelle auprès de l'ADEM.

Durée d'indemnisation et délai de carence

La durée d'indemnisation est en principe égale à la durée de travail, calculée en mois entiers, effectuée au cours des 12 mois précédant le jour de l'inscription comme demandeur d'emploi. Tout demandeur d'emploi qui remplit les conditions d'admission peut bénéficier d'une prise en charge pendant 365 jours par période de 24 mois. Toutefois, la durée

maximale de 12 mois peut être prorogée en fonction de l'âge, de la capacité de travail ou de la durée d'assurance dans les conditions suivantes :

Age	Conditions particulières	Prolongation
+ de 55 ans	-	6 mois
entre 16 et 64 ans	être affecté à une mesure (stage, cours ou travaux d'utilité publique)	6 mois
+ de 45 ans	justifier 20 ans d'affiliation à la SS	6 mois ⁽¹⁾
+ de 50 ans	justifier 25 ans d'affiliation à la SS	9 mois
+ de 50 ans	justifier 30 ans d'affiliation à la SS	12 mois
(1) Cette disposition est applicable jusqu'au 31 décembre 2015.		

En règle générale, les indemnités sont versées sans délai de carence. Toutefois, pour les jeunes chômeurs l'indemnité de chômage est versée après un délai de 39 semaines (ou 26 semaines dans certains cas) suivant le jour de l'inscription comme demandeur d'emploi.

Montant

Dans la limite d'un certain plafond (voir ci-dessous), le montant de l'indemnité est égal à :

- 80 % du salaire brut des trois* derniers mois précédant la situation de chômage, ou
- 85 % du salaire brut des trois* derniers mois précédant la situation de chômage, si le chômeur a au moins un enfant à charge pour lequel il bénéficie de l'allocation familiale et du boni pour enfant.

* Sous certaines conditions, la période de référence peut être étendue jusqu'à 6 mois.

Le montant des indemnités ne peut pas dépasser 250 % du salaire social minimum* pour les 9 premiers mois. Après 9 mois de chômage (soit 273 jours) et au cours d'une période de 12 mois, le plafond est ramené à 200 % du salaire social minimum* (ces dispositions sont applicables jusqu'au 31 décembre 2015).

Jeunes chômeurs : en règle générale, le montant de l'indemnité correspond à 70 % du salaire social minimum*.

* Salaire social minimum mensuel à compter du 1er janvier 2014 : 1 921,03 €

2) Préretraite

En principe, la préretraite ne concerne que les salariés du secteur privé (à l'exception de la [préretraite des travailleurs postés et de nuit](#)), âgés de plus de 57 ans qui ont conclu un accord avec leur employeur dans le cadre d'une convention spéciale. Il existe plusieurs formes de préretraite :

- la préretraite-solidarité réservée aux salariés des entreprises rendues éligibles à ce type de préretraite en vertu d'une convention collective de travail ou d'une convention conclue avec le Ministère du Travail, de l'Emploi et de l'Économie sociale et solidaire ;
- la préretraite-progressive qui permet, lorsque l'entreprise est éligible à ce type de préretraite, de réduire progressivement son activité salariée ;
- la préretraite-ajustement qui vise les salariés d'une entreprise en cas de fermeture de celle-ci ou dont l'employeur peut solliciter l'admission de son personnel afin d'éviter des licenciements qui résulteraient de la restructuration de l'entreprise ou de la transformation d'emplois consécutive à des mutations technologiques ;
- la préretraite des travailleurs postés et des travailleurs de nuit qui concerne les salariés des secteurs privé et public ayant passé au minimum 20 ans de leur carrière en poste fixe de nuit ou travaillant par équipes successives.

L'admission à la préretraite implique la résiliation d'un commun accord entre le salarié et l'employeur de la relation de travail ; dans des conditions fixées par une convention spéciale. Cet accord engage notamment l'employeur à participer au financement de l'indemnité de préretraite (toutefois, le Fonds pour l'emploi assure les versements de l'indemnité en cas de difficultés financières importantes de l'employeur).

À noter :

La personne en préretraite ne doit pas exercer d'activité rémunérée dépassant mensuellement la moitié du [salaire social minimum](#) qui lui est applicable, sous peine de perte du droit à la préretraite.

Montant et durée de versement

La durée de versement de la préretraite ne peut excéder 3 ans et le montant, qui diminue chaque année, correspond à :

- 85 % du salaire de référence* pour la première période de 12 mois ;
- 80 % du salaire de référence* pour les 12 mois suivants ;
- 75 % du salaire de référence* pour les 12 derniers mois.

* L'indemnité de préretraite mensuelle est calculée sur la base du salaire brut moyen des 3 mois précédant immédiatement l'octroi de la préretraite, plafonné à 5 fois le salaire social minimum mensuel (soit 9 605,13 € en 2014). En cas de préretraite progressive (réduction progressive du temps de travail), le montant de l'indemnité est adapté au prorata de la durée du temps de travail du salarié.

Plus d'information

Pour plus d'information sur la préretraite au Luxembourg, se renseigner auprès du service en charge de la préretraite du [Ministère du Travail, de l'Emploi et de l'Économie sociale et solidaire](#).

H. Revenu minimum garanti

Le revenu minimum garanti (RMG) est destiné à lutter contre l'exclusion et à assurer des moyens suffisants d'existence et des mesures d'insertion sociale et professionnelle aux personnes qui résident sur le territoire luxembourgeois et dont les revenus sont inférieurs au minimum vital. Le revenu minimum garanti consiste soit en l'octroi d'une indemnité d'insertion, soit en l'octroi d'une allocation complémentaire destinée à combler la différence entre les montants maximum du RMG et les ressources dont dispose le ménage :

- **L'indemnité d'insertion**, liée à une activité d'insertion (aide à la recherche d'emploi, mesure pour l'emploi), est normalement payée aux personnes âgées de moins de 60 ans qui remplissent certaines conditions et qui sont capables d'exercer une activité professionnelle. Les mesures professionnelles visées doivent faciliter la réinsertion dans la vie professionnelle, sans soutien financier de l'État. Quand ceci n'est pas réalisable, ces personnes sont préservées de l'exclusion sociale par la participation à des mesures d'emploi d'intérêt général. Cette participation est obligatoire et ouvre droit au salaire social minimum, ainsi qu'à l'affiliation à l'assurance pension, l'assurance maladie et l'assurance dépendance. Pour les personnes qui ne peuvent pas bénéficier des mesures d'insertion professionnelle, une allocation complémentaire est prévue.
- **L'allocation complémentaire** est versée aux ménages d'une ou de plusieurs personnes inaptes aux mesures d'insertion professionnelles ou qui en sont dispensées temporairement.

1) Bénéficiaires

Pour prétendre au RMG, il convient de remplir les conditions suivantes :

- être domicilié et résider de manière effective au Luxembourg ;
- être âgé de 25 ans et plus ; exception pour les majeurs (+ de 18 ans) qui suite à une maladie ou un handicap justifient d'un revenu global inférieur à la limite de revenu fixée par la loi ou qui s'occupent de personnes infirmes ou qui élèvent des enfants pour lesquels elles perçoivent des allocations familiales ;
- disposer de revenus mensuels inférieurs au plafond du revenu minimum garanti ;
- avoir fait valoir ses droits aux prestations sociales et aux créances alimentaires au Luxembourg ou à l'étranger.

À noter :

Pour bénéficier du Revenu minimum garanti (RMG), l'intéressé ne doit ni avoir refusé ou abandonné une mesure d'insertion organisée par L'Agence pour le développement de l'emploi (ADEM), ni avoir perdu le bénéfice de l'indemnité de chômage à la suite d'un refus d'accepter un emploi dans les 6 derniers mois.

En cas d'abandon sans motif sérieux de son travail ou de licenciement pour faute grave, ou en cas de réduction du temps de travail sur propre initiative, le demandeur est exclu du RMG pendant 6 mois.

2) Montant

Le montant du revenu minimum garanti est fonction de la composition de ménage de l'intéressé. Il constitue la limite inférieure de ressources fixée par la loi, seuil en dessous duquel on est considéré au Luxembourg comme vivant dans la pauvreté.

Ainsi, un complément peut être versé à la personne dont les revenus (professionnels, de fortune, de remplacement ou de complément dus au titre de la législation de la sécurité sociale luxembourgeoise ou étrangère) sont inférieurs au seuil établi. Ses revenus sont alors complétés par un montant correspondant à la différence entre le revenu minimum garanti et les ressources disponibles.

Montant du revenu minimum garanti 2014	
Composition de ménage de l'intéressé	Montant mensuel brut
Personne seule	1 348,18 €
Couple	2 022,27 €
Majoration par enfant mineur ouvrant droit aux allocations familiales	122,56 €
Cf. Paramètres sociaux sur le site du Ministère de la Sécurité Sociale luxembourgeois.	

3) Détermination de la communauté domestique (foyer) et ressources prises en compte

Sont présumées faire partie d'une "communauté domestique" : toutes les personnes qui vivent dans le cadre d'un foyer commun et dont il faut admettre qu'elles disposent d'un budget commun. Sont considérées comme formant seules une communauté domestique ; les personnes vivant dans le ménage de leurs descendants, les personnes majeures infirmes vivant dans le ménage de leurs descendants ou leur frères/sœurs ainsi que les personnes recueillies par pitié.

Pour la détermination des ressources d'un bénéficiaire, sont pris en considération son revenu brut et sa fortune, ainsi que les revenus et la fortune des personnes qui vivent avec lui en communauté domestique. Sont considérés comme éléments de fortune, les dépôts sur livret d'épargne, les titres, prêts, objets de valeur ainsi que les terrains bâtis et non bâtis au Luxembourg ou à l'étranger. Les immeubles situés au Luxembourg appartenant à un bénéficiaire sont grevés d'une hypothèque légale au profit du fonds en vue de la garantie de la restitution de l'allocation complémentaire.

Plus d'information sur la détermination des ressources prises en compte pour l'attribution du RMG : www.fns.lu/prestations/revenu-minimum-garanti-rmg/

Demande, formalités

Les demandes de prestation peuvent être présentées auprès l'un des organismes compétents pour l'exécution de la loi sur le revenu minimum garanti, à savoir :

- [le Fonds National de Solidarité \(FNS\)](#)
- l'Office Social de la commune de résidence
- [le Service National d'Action Sociale \(SNAS\)](#)

Concernant le droit au revenu minimum garanti (RMG), les offices sociaux prennent des décisions dans les 30 jours et ils transmettront ensuite le dossier au Fonds National de Solidarité (FNS). L'office social ayant avancé le revenu minimum garanti se fera ensuite rembourser par le FNS.