

Vos droits en matière de sécurité sociale

en Espagne



L'Europe sociale



Commission européenne



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

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

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

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



Chapitre I: Généralités, organisation et financement.....	6
Introduction	6
Organisation de la protection sociale.....	7
Financement.....	8
Vos droits en matière de prestations de sécurité sociale en cas de déplacement en Europe	9
Chapitre II: Soins de santé.....	10
Ouverture des droits.....	10
Couverture de l'assurance	10
Modalités d'accès	11
Vos droits en matière de soins de santé en cas de déplacement en Europe	12
Chapitre III : Prestations de maladie en espèces.....	13
Ouverture des droits.....	13
Couverture de l'assurance	13
Modalités d'accès	14
Vos droits en matière de prestations en espèces de l'assurance maladie en cas de déplacement en Europe	14
Chapitre IV: Prestations de maternité et de paternité	15
Ouverture des droits.....	15
Couverture de l'assurance	15
Modalités d'accès	16
Vos droits en matière de prestations de maternité et de paternité en cas de déplacement en Europe	16
Chapitre V: Prestations d'invalidité	18
Ouverture des droits.....	18
Couverture de l'assurance	19
Modalités d'accès	20
Vos droits en matière de prestations d'invalidité en cas de déplacement en Europe ...	20
Chapitre VI: Pensions et prestations de vieillesse.....	21
Ouverture des droits.....	21
Couverture de l'assurance	22
Modalités d'accès	22



Vos droits en matière de pensions et prestations de vieillesse en cas de déplacement en Europe	23
Chapitre VII: Prestations en faveur des survivants	24
Ouverture des droits.....	24
Couverture de l'assurance	25
Modalités d'accès	26
Vos droits en matière de prestations de survivant en cas de déplacement en Europe .	26
Chapitre VIII: Prestations pour accidents du travail et maladies professionnelles ..	27
Ouverture des droits.....	27
Couverture de l'assurance	27
Modalités d'accès	28
Vos droits en matière de prestations pour accidents du travail et maladies professionnelles en cas de déplacement en Europe	28
Chapitre IX: Prestations familiales	30
Ouverture des droits.....	30
Couverture de l'assurance	30
Modalités d'accès	30
Vos droits en matière de prestations familiales en cas de déplacement en Europe.....	31
Chapitre X: Chômage	32
Ouverture des droits.....	32
Couverture de l'assurance	33
Modalités d'accès	34
Vos droits en matière de prestations de chômage en cas de déplacement en Europe	34
Chapitre XI : Garantie de ressources.....	35
Ouverture des droits.....	35
Couverture de l'assurance	35
Modalités d'accès	37
Vos droits en matière de garantie de ressources en cas de déplacement en Europe...	37
Chapitre XII : Soins de longue durée	39
Ouverture des droits.....	39
Couverture de l'assurance	39
Modalités d'accès	40
Vos droits en matière de soins de longue durée en cas de déplacement en Europe	40



Annexe I: Adresses des institutions et sites internet utiles.....	41
Annexe II: Prestations spéciales à caractère non contributif	43



Chapitre I: Généralités, organisation et financement

Introduction

Le système espagnol de sécurité sociale comprend deux niveaux ou modalités de protection: le système contributif et le système non contributif.

Système contributif

Le système de sécurité sociale espagnol se compose des deux types de régimes contributifs suivants:

- un régime général applicable à tous les travailleurs salariés qui ne sont pas affiliés à des régimes spéciaux, ainsi qu'à certaines catégories de fonctionnaires; et
- cinq régimes spéciaux pour les travailleurs du secteur agricole, les travailleurs non salariés (indépendants), les employés de maison, les mineurs employés dans les mines de charbon et les gens de mer.

Il existe une protection spécifique pour les étudiants (assurance scolaire). Il existe en outre un régime contributif spécial pour les fonctionnaires.

Système non contributif

Peuvent prétendre aux prestations non contributives les personnes qui se trouvent dans une situation de besoin et dont les revenus sont inférieurs à un niveau établi par la loi. Ces personnes peuvent avoir droit aux prestations même si elles n'ont jamais cotisé ou si elles n'ont pas cotisé suffisamment longtemps pour avoir droit aux prestations versées dans le cadre du système contributif.

Les prestations non contributives comprennent:

- les soins médicaux;
- les pensions de retraite et d'invalidité;
- les prestations spéciales d'assistance en cas de chômage (*subsidio por desempleo*);
- les allocations familiales;
- l'allocation de maternité non contributive (*subsidio por maternidad de naturaleza no contributiva*) (sans conditions de ressources).

De plus, certaines catégories limitées de personnes peuvent bénéficier d'une assistance sociale supplémentaire de la part de l'État ou des collectivités locales. Cette assistance s'adresse essentiellement aux personnes âgées et handicapées.

Assurances facultatives

En Espagne, il est possible de conclure avec la sécurité sociale une convention spéciale qui, de manière générale, a pour objet de maintenir ou, dans certains cas précis, d'étendre, le droit aux prestations de sécurité sociale.

Toutefois, dans certaines situations, la conclusion de cette convention peut entraîner l'affiliation au régime de sécurité sociale correspondant selon l'activité exercée, auquel cas le versement des cotisations dues sera à la charge exclusive de l'intéressé.



Immatriculation

Avant de commencer à travailler en Espagne, vous devez procéder à votre immatriculation auprès du système de sécurité sociale et vous affilier au régime correspondant au type d'activité professionnelle exercée, et ce dans les délais prescrits. Si vous êtes travailleur indépendant, vous devez faire vous-même cette demande d'immatriculation et d'affiliation; si vous êtes salarié, c'est votre employeur qui doit effectuer ces démarches.

L'immatriculation à la sécurité sociale est obligatoire et valable pendant toute la vie professionnelle du bénéficiaire. Elle ne se fait qu'une fois, au moment où la personne travaille pour la première fois.

Lors de votre immatriculation, on vous remettra un document d'immatriculation où figureront les informations à caractère personnel vous concernant ainsi que votre numéro d'immatriculation. Il sera le même pendant toute votre vie professionnelle et pour l'ensemble du système de sécurité sociale. Vous devez conserver ce document précieusement.

Personne ne peut être simultanément assuré sous deux régimes pour une seule et même activité professionnelle. Une fois que la personne s'est inscrite au régime de sécurité sociale qui lui correspond et qu'elle commence à exercer une activité professionnelle, elle cotise à la sécurité sociale et, par conséquent, elle est assurée. Les changements qui peuvent se produire dans la vie professionnelle du travailleur (changement d'emploi, période de chômage, etc.) se répercutent sur sa situation. Les périodes d'emploi donnant lieu à cotisation sont appelées «altas». Les périodes sans activité professionnelle sont appelées «bajas».

La situation d'emploi et de cotisation est presque toujours la condition requise pour avoir droit aux prestations. Il faut néanmoins observer que plusieurs situations sont assimilées à des périodes d'assurance («alta asimilada»), même si la personne concernée n'exerce aucune activité professionnelle.

De même, sous réserve que les conditions requises soient remplies, une personne qui n'est pas en situation d'emploi donnant lieu à cotisation, peut avoir droit à des prestations au titre de la retraite, d'une incapacité permanente (absolue et grande invalidité), au titre du décès et de la survie (sauf l'allocation pour frais funéraires).

Régime spécial pour les fonctionnaires

Les fonctionnaires civils et militaires ainsi que d'autres employés publics sont assurés dans le cadre d'un régime spécial de sécurité sociale même si certaines catégories de fonctionnaires dépendent du régime général de la sécurité sociale.

Ce régime inclut:

- les fonctionnaires de carrière de nature civile,
- les fonctionnaires militaires de carrière,
- les fonctionnaires de l'Administration de la justice, du corps législatif et d'autres organes constitutionnels ou étatiques, si la législation qui leur est applicable le prévoit.

Organisation de la protection sociale

Le système de sécurité sociale espagnol est géré par les organismes suivants.



La Trésorerie générale de la sécurité sociale (*Tesorería General de la Seguridad Social - TGSS*) est chargée de l'inscription des entreprises, de l'immatriculation des salariés et des travailleurs indépendants, et de la vérification de leur situation d'emploi et de cotisation à la sécurité sociale, du recouvrement des cotisations, ainsi que du paiement de toutes les prestations. Elle gère également le Fonds de réserve de la sécurité sociale

L'Institut national de la sécurité sociale (*Instituto Nacional de la Seguridad Social - INSS*) est l'organisme chargé de l'octroi et du calcul de toutes les prestations en espèces prévues par l'ensemble des régimes (à l'exception de celles du régime spécial des gens de mer, des pensions non contributives de vieillesse et d'invalidité, et des prestations de chômage) et des allocations familiales dans tous les régimes (y compris le régime spécial des gens de mer).

L'Institut social de la marine (*Instituto Social de la Marina - ISM*) a une double fonction. Il est l'organisme chargé des problèmes sociaux du secteur maritime et de la pêche, et il est également l'organisme qui a des attributions de gestion du régime spécial des gens de mer.

Les soins de santé sont gérés par les services sanitaires dépendant des communautés autonomes et, à Ceuta et Melilla, par l'Institut national de gestion sanitaire (*Instituto Nacional de Gestión Sanitaria - INGESA*).

L'Institut des personnes âgées et des services sociaux (*Instituto de Mayores y Servicios Sociales - IMSERSO*) gère, aux côtés des Communautés autonomes, les pensions servies dans le cadre du système non contributif, les prestations destinées aux personnes âgées et handicapées, ainsi que les services sociaux. Il gère également les régimes de soins de longue durée.

Le Service public pour l'emploi de l'État (*Servicio Público de Empleo Estatal - SPEE*) gère et contrôle les prestations de chômage. Il est également chargé d'élaborer des politiques en faveur de l'emploi, en coopération avec les Communautés autonomes, par l'intermédiaire des agences pour l'emploi (*Oficinas de Empleo*).

Les régimes spéciaux des fonctionnaires sont gérés par des organismes publics spécifiques.

Réclamations

Si vous êtes en désaccord avec la décision d'un organisme de sécurité sociale, vous pouvez présenter une réclamation auprès de l'organisme concerné dans un délai de 30 jours à partir de la date de notification de cette décision. Si l'organisme de sécurité sociale rejette votre réclamation, vous pouvez introduire un recours devant le tribunal de la sécurité sociale (*Juzgado de lo social*) de votre lieu de résidence. Si vous êtes en désaccord avec la décision de ce tribunal, vous pouvez faire appel devant le Tribunal supérieur de justice de la Communauté autonome dont dépend le tribunal de la sécurité sociale qui a rendu la décision litigieuse.

Financement

L'obligation de cotiser naît dès le début de la réalisation de l'activité correspondante. Les cotisations sont calculées par l'application d'un pourcentage (le taux de cotisation) à la base de cotisation. Les bases et les taux de cotisation sont fixés chaque année par le gouvernement.

Dans le régime général, la base de cotisation correspond approximativement au salaire réel du salarié. Toutefois, il existe un plancher équivalent au salaire minimum



interprofessionnel (SMI), majoré d'un sixième dans le cas d'une activité à temps complet, ainsi qu'un plafond équivalent à un peu plus de cinq fois le salaire minimum.

Concernant les travailleurs indépendants, des bases minimale et maximale ont été établies, et ils doivent cotiser au minimum sur la base du montant minimal. Ils peuvent toutefois choisir de cotiser sur la base d'un montant plus élevé, jusqu'à la base maximale fixée, puis changer de base de cotisation dans les limites fixées. En outre, les travailleurs indépendants peuvent accroître volontairement l'étendue de la protection que leur apporte ce régime, en incluant la protection contre les risques d'accidents du travail et de maladies professionnelles.

Les travailleurs indépendants sont tenus de s'acquitter eux-mêmes du paiement de leurs cotisations de sécurité sociale. Pour les salariés, les cotisations sont retenues sur le salaire et versées à la Trésorerie générale de la sécurité sociale par leur employeur au même titre que ses propres cotisations. Seul l'employeur verse des cotisations pour les accidents du travail et les maladies professionnelles.

Les prestations de dépendance sont financées par l'État, les Communautés autonomes (*Comunidades Autónomas*), ainsi que les organismes locaux et la participation des bénéficiaires le cas échéant. Les prestations familiales sont aussi financées à partir de la fiscalité.

Les fonctionnaires sont tenus de verser des cotisations au programme d'assurance et au fonds de pension correspondant.

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

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

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

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

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



Chapitre II: Soins de santé

Ouverture des droits

Qui est assuré?

- Les travailleurs immatriculés et affiliés à la sécurité sociale ou dans une situation assimilée. Aux fins de ces prestations, les travailleurs sont considérés affiliés de plein droit même si leur employeur n'a pas rempli ses obligations d'assurance.
- Les titulaires de pensions et les personnes percevant des prestations périodiques de sécurité sociale, à l'exception des prestations familiales pour enfant à charge.

Ont accès à l'assurance des soins de santé, les membres de la famille de l'assuré, y compris dans certaines circonstances:

- le conjoint de l'assuré ou la personne vivant maritalement avec celui-ci depuis au moins un an, ainsi que les enfants de cette personne;
- les descendants de l'assuré ou de son conjoint, quelle que soit leur filiation légale, leurs frères et sœurs, et ceux accueillis de fait, sans limite d'âge.
- les enfants adoptifs et les mineurs au cours de la période d'accueil familial, jusqu'à l'achèvement de la procédure d'adoption.
- les ascendants de l'assuré et de son conjoint.

Les personnes séparées ou divorcées et celles dont le mariage a été déclaré nul qui n'ont pas droit à ces prestations à un autre titre, peuvent être couvertes par l'assurance maladie dans la mesure où le titulaire a droit aux prestations médicales.

Les émigrants espagnols, lors de leurs séjours temporaires en Espagne ou lors de leur retour définitif, peuvent rejoindre le régime de soins de santé dès lors qu'ils n'y ont pas droit à un autre titre.

Les prestations médicales couvrent également les résidents ne disposant pas de ressources financières suffisantes. Des conditions précises sont imposées en termes de résidence, ressources suffisantes, absence de couverture de l'assurance sociale et parfois d'âge du bénéficiaire. Si ces conditions ne sont pas satisfaites, la personne n'a droit qu'aux soins d'urgence en cas de maladie grave ou d'accident.

L'assurance ne peut être basée sur une activité salariée considérée comme marginale et n'apportant pas les revenus essentiels pour vivre.

Couverture de l'assurance

Soins de santé

Le système national de santé couvre le traitement médical à domicile (*ayuda domiciliaria*, par exemple pour les retraités et les personnes handicapées), dans un centre de santé ou dans un centre hospitalier (public ou privé), conventionnés par les *Comunidades Autónomas* ou l'INGESA.

Les hospitalisations et les soins d'urgence dans un centre médical d'urgence (avec ou sans hospitalisation) sont également couverts par le système national de santé. Si le transport du patient ne peut se faire par les moyens de transport ordinaires, le transport sanitaire (en ambulance) est également à la charge du système national de santé.



Le système national de santé fournit les médicaments, les prothèses chirurgicales et le matériel orthopédique ainsi que les fauteuils roulants mécaniques. En revanche, il ne couvre ni les prothèses dentaires, ni les lunettes.

Une rééducation gratuite a lieu lorsque le médecin qui fournit les prestations médicales le juge nécessaire. Dans certaines circonstances, un traitement s'accompagnant de cures thermales est également possible.

Enfin, les navires en mer peuvent recevoir par radio, à toute heure de la journée, des conseils médicaux du centre médical de l'Institut social de la marine (ISM)

Règles spécifiques des régimes spéciaux

Le régime spécial des gens de mer prévoit des dispositions spécifiques pour les accidents et les maladies qui surviennent à bord ou qui sont survenus dans des ports étrangers.

Programmes spéciaux pour les personnes handicapées

Le système national de santé dispense des soins de santé et des médicaments aux personnes handicapées, notamment des programmes de rééducation fonctionnelle et psychothérapeutique, des traitements psychologiques et des conseils psychologiques, des programmes d'éducation générale et spécialisée, de rééducation au travail, des programmes d'insertion professionnelle, etc.

Les personnes handicapées âgées de plus de trois ans dont le degré de handicap est d'au moins 33% et qui ne peuvent utiliser les transports publics peuvent obtenir une allocation de mobilité ou une indemnité pour les frais de transport.

Modalités d'accès

Pour obtenir des soins médicaux, vous devrez en principe présenter votre «carte d'usager du système national de santé» (*tarjeta de usuario del Sistema Nacional de Salud*).

Les soins médicaux sont généralement gratuits même si les soins dentaires ne sont pas totalement couverts. En cas de traitement ambulatoire, les médicaments sont gratuits pour certains bénéficiaires, notamment les titulaires de pensions et les bénéficiaires de prestations consécutives à un accident du travail ou à une maladie professionnelle. Les autres bénéficiaires doivent acquitter une partie du coût de ces produits (généralement 40% du prix du médicament). Les médicaments administrés dans le cadre d'un traitement hospitalier sont gratuits.

Si vous aviez droit à des prestations médicales en tant que bénéficiaire de l'assuré principal (normalement votre conjoint) et que vous ne vivez plus ensemble, vous pouvez demander une carte de prestations médicales pour vous-même et pour ceux de vos enfants qui vivent avec vous auprès de la direction provinciale de l'Institut national de la sécurité sociale dont vous dépendez.

Les soins médicaux sont exclusivement dispensés dans le cadre du réseau de Centres du service de santé des Communautés autonomes (à l'exception de Ceuta et Melilla où les soins médicaux sont dispensés par l'intermédiaire de l'Institut national de gestion sanitaire (*Instituto Nacional de Gestión Sanitaria - INGESA*)) ou dans les Centres médicaux agréés (*Centros médicos concertados*). En règle générale, les soins médicaux dispensés dans d'autres centres médicaux ne sont pas couverts par le système national de santé.

Si vous avez besoin de consulter un généraliste, un pédiatre ou un dentiste, vous pouvez le faire directement. Si vous devez consulter un autre spécialiste, vous avez besoin d'une



prescription de votre généraliste. Dans la zone d'assistance médicale dont relève son domicile, le patient peut choisir un médecin généraliste et un pédiatre, dans la mesure où le nombre de patients de ces derniers ne dépasse pas le quota maximal fixé selon les caractéristiques de la zone d'assistance médicale. L'admission à l'hôpital a lieu sur prescription du généraliste, sauf en cas d'urgence.

Il n'est généralement pas possible de choisir un hôpital. Les patients se voient désigner un hôpital en fonction de leur adresse de résidence (à l'exception des urgences où l'accès à tous les hôpitaux est autorisé).

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

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

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

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



Chapitre III : Prestations de maladie en espèces

Ouverture des droits

Des indemnités financières d'incapacité temporaire (*incapacidad temporal*) sont versées aux personnes inscrites à un régime de sécurité sociale qui doivent suspendre leur activité professionnelle à la suite d'une maladie ou d'un accident.

Des conditions spécifiques s'appliquent aux travailleurs agricoles indépendants. Ils ont la possibilité de souscrire volontairement la couverture ouvrant droit aux prestations de maladie en espèces lorsqu'ils débutent cet emploi ou avant le 1^{er} octobre de chaque année.

Pour avoir droit aux prestations de maladie en espèces, vous devez justifier d'une période de cotisation de 180 jours au cours des cinq années précédentes.

Couverture de l'assurance

Indemnités de maladie

En règle générale, les indemnités d'incapacité temporaire sont versées après l'écoulement d'un délai de carence de trois jours. L'employeur verse le salaire de maladie du quatrième au quinzième jour de congé maladie, puis les indemnités sont versées par le système de sécurité sociale.

La prestation est versée pendant une période maximale de 365 jours, prorogable 180 jours, si le médecin certifie une guérison probable au cours de cette période supplémentaire.

Les indemnités maladie sont égales à 60% de la base de calcul (généralement la base de cotisation du mois précédent) et sont versées à partir du quatrième jour de l'arrêt de travail établi par le médecin et jusqu'au vingtième jour inclus (payées jusqu'au quinzième jour par l'employeur). Ensuite, les indemnités s'élèvent à 75% de la base de calcul.

Il existe une prestation pour les soins prodigués aux enfants souffrant de cancer ou d'une autre maladie grave (*Cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave*), destinée aux parents (y compris aux parents adoptifs et aux parents d'accueil) qui travaillent tous les deux et qui réduisent leurs heures de travail d'au moins 50% afin de s'occuper d'un enfant souffrant de ces maladies qui nécessitent une hospitalisation de longue durée. Le droit à la prestation ne sera accordé qu'à l'un des parents.

Règles spécifiques des régimes spéciaux

Concernant les travailleurs indépendants, les indemnités d'incapacité temporaire seront versées à partir du quatrième jour d'incapacité. Les indemnités sont égales à 60% de la base mensuelle de cotisation à partir du quatrième jour et jusqu'au vingtième jour, tous deux inclus, et elles sont égales à 75% de cette base de calcul à partir du vingt et unième jour.

Dans le régime spécial des employés de maison, les indemnités d'incapacité temporaire s'élèvent à 75% de la base de calcul correspondante. Elles sont versées directement par l'INSS à partir du vingt-neuvième jour à compter de la date de début de la maladie ou depuis la survenance de l'accident.



Sur demande, les indemnités d'incapacité temporaire sont directement versées par l'INSS aux travailleurs relevant du régime spécial des travailleurs agricoles salariés. Il est indispensable qu'au moment où l'arrêt de travail est délivré, les travailleurs concernés exercent une activité salariée ou perçoivent des prestations de chômage.

Sur demande, les indemnités d'incapacité temporaire sont directement versées aux travailleurs indépendants (par l'INSS ou par la mutuelle des accidents du travail et des maladies professionnelles, selon les cas).

Modalités d'accès

L'incapacité de travail doit être établie par un médecin des Services publics de santé (*Servicios Públicos de Salud*). Un certificat médical doit être délivré suite à un examen médical et l'employeur doit le recevoir dans les trois jours suivant son émission.

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

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

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

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

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



Chapitre IV: Prestations de maternité et de paternité

Ouverture des droits

Prestations en nature

Une assistance sanitaire (*asistencia sanitaria*) est garantie aux femmes salariées, retraitées, groupes assimilés ainsi qu'aux membres de leur famille (tel que décrit au [chapitre II](#)).

Congé/indemnités de maternité

L'indemnité de risque pendant la grossesse (*riesgo durante el embarazo*) assure une protection pendant la période de suspension du contrat de travail lorsque la femme qui travaille doit changer de poste de travail (ou cesser son activité autonome) dans la mesure où ses conditions de travail influent négativement sur son état de santé ou sur la santé du fœtus, et que ce changement est impossible au sein de son entreprise.

L'indemnité de risque pendant l'allaitement (*riesgo durante la lactancia*) est payée aux mères qui allaitent et qui ont repris leur activité professionnelle et ne peuvent de ce fait travailler normalement.

Les indemnités de maternité sont versées à tous les travailleurs affiliés qui ont droit au congé de maternité prévu par la législation du travail en cas d'accouchement, d'adoption ou d'accueil d'un enfant.

Pour bénéficier de l'allocation de maternité contributive (*subsídio por maternidad de naturaleza contributiva*) ou de l'allocation de paternité (*subsídio por paternidad*), l'assuré doit avoir cotisé au moins:

- 180 jours au cours des sept années précédant immédiatement la naissance de l'enfant (ou en cas d'adoption ou de placement familial, immédiatement avant la date de la décision administrative/ de justice); ou
- 360 jours au cours de toute sa vie professionnelle.

Des dispositions spéciales s'appliquent pour les travailleurs de moins de 26 ans, seulement en cas de maternité.

Couverture de l'assurance

Prestations en nature

Les femmes enceintes ont droit à un suivi médical au cours de la grossesse, lors de l'accouchement et après celui-ci. Elles peuvent être hospitalisées dans les hôpitaux du système national de santé (*Sistema Nacional de Salud*) ou les hôpitaux conventionnés par ce système.

Congé et indemnités de maternité/ paternité

Les indemnités de maternité contributives sont servies pendant 16 semaines. Cette période peut être prorogée de deux semaines en cas de naissance multiple, d'adoption ou de placement familial ou d'enfant handicapé. Si les deux parents travaillent, le père peut se voir accorder jusqu'à dix semaines. La période est prolongée en cas de naissance prématurée ou d'hospitalisation de l'enfant.

Il est également possible de combiner le congé de maternité avec le travail à temps partiel. Cette période de congé de maternité peut être distribuée au gré de l'intéressée



mais, dans l'hypothèse d'une maternité biologique, le congé est en tout cas obligatoire pour la mère pendant les six premières semaines suivant la naissance de l'enfant.

Les indemnités de paternité contributives sont servies pendant 13 jours (20 jours dans certains cas). Elles peuvent être prolongées de deux jours supplémentaires par enfant en cas de naissance multiple, d'adoption ou de placement familial ou d'enfant handicapé. Depuis le 1^{er} janvier 2012, la durée du congé de paternité a été étendue à quatre semaines.

Les indemnités journalières de maternité et de paternité sont versées pendant toute la période d'octroi et leur montant est égal à 100% de la base de calcul. Cette base de calcul est obtenue en divisant la base de cotisation du mois précédant la date du congé par le nombre de jours correspondant à cette cotisation.

L'allocation de maternité non contributive (*subsídio por maternidad de naturaleza no contributiva*) est servie pendant 42 jours (voire 56 jours dans certains cas). Elle équivaut à 100% de l'indicateur public de revenus à effets multiples (IPREM - *Indicador Público de Renta de Efectos Múltiples*).

L'indemnité de risque pendant la grossesse (*riesgo durante el embarazo*) calculée quotidiennement est versée à partir du jour même où débute la suspension du contrat de travail en raison du risque lié à la grossesse, et pendant toute la durée de la suspension dudit contrat. Le montant est de 100% de la base de calcul, qui est le même que pour l'indemnité en cas d'accident du travail et de maladie professionnelle.

L'indemnité de risque pendant l'allaitement (*riesgo durante la lactancia*) s'élève à 100% de la base de calcul susmentionnée.

Modalités d'accès

Pour obtenir des soins médicaux, vous devez présenter votre «carte d'utilisateur du système national de santé» (*tarjeta de usuario del Sistema Nacional de Salud*). Si vous aviez droit à des prestations médicales en tant que bénéficiaire de l'assuré principal (normalement votre conjoint) et que vous ne vivez plus ensemble, vous pouvez demander une carte de prestations médicales pour vous-même et pour ceux de vos enfants qui vivent avec vous auprès de la direction provinciale de l'Institut national de la sécurité sociale dont vous dépendez.

Les indemnités de maternité et de paternité, l'indemnité de risque pendant la grossesse et l'indemnité de risque pendant l'allaitement sont directement versées par l'INSS ou par l'ISM après avoir été demandées. (Voir annexe I: [Adresses des institutions et sites internet utiles](#)).

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

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

En général, les prestations en espèces (c'est-à-dire les prestations normalement destinées à compenser une suspension de revenu) sont toujours payées conformément à la



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

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

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



Chapitre V: Prestations d'invalidité

Ouverture des droits

Incapacité permanente

L'incapacité permanente (*incapacidad permanente*) est la situation dans laquelle se trouve un travailleur qui, après avoir suivi les traitements médicaux prescrits et avoir reçu une décharge médicale, présente des séquelles anatomiques ou fonctionnelles graves, qui seront probablement permanentes et qui limiteront sa capacité de travail de manière partielle ou totale.

Les personnes de plus de 65 ans remplissant les conditions leur permettant de percevoir une pension de retraite n'ont pas le droit de percevoir les prestations d'incapacité permanente liées aux risques non professionnels. Lorsque les bénéficiaires atteignent l'âge de 65 ans, les pensions d'incapacité de travail permanente changent de dénomination et sont appelées «pensions de retraite», sans que cela implique une modification quelconque des conditions dans lesquelles les prestations sont perçues.

L'incapacité permanente est aussi l'incapacité qui subsiste à la fin de la période d'incapacité temporaire au terme de la période maximale de celle-ci. L'incapacité permanente doit suivre par conséquent et comme règle générale, une incapacité temporaire.

Il existe un régime spécial pour les travailleurs indépendants.

Conditions d'ouverture des droits

Pour recevoir la pension d'incapacité permanente, l'intéressé doit être affilié à un régime de sécurité sociale ou dans une situation assimilée au moment de la déclaration de l'incapacité. Cette condition ne s'applique pas: 1) lorsque l'incapacité est consécutive à un accident du travail ou à une maladie professionnelle et 2) en cas d'incapacité permanente absolue ou de grande invalidité résultant d'un accident non professionnel ou d'une maladie non professionnelle, sous réserve que le travailleur concerné puisse justifier d'une période minimale de 15 années de cotisation, dont trois au cours des dix années précédant la date de déclaration de l'incapacité.

Aucune période minimale de cotisation n'est exigée lorsque l'incapacité est consécutive à un accident non professionnel, à un accident du travail, ou à une maladie professionnelle. En revanche, en cas d'incapacité résultant d'une maladie non professionnelle, les cotisations de sécurité sociale doivent avoir été versées par le travailleur pendant un nombre d'années déterminé en fonction de l'âge. Une personne de moins de 31 ans ayant régulièrement cotisé, doit avoir été assurée pendant au moins un tiers de la période comprise entre l'âge de 16 ans et la date de déclaration de l'incapacité.

Au-delà de cet âge, la personne doit avoir cotisé pendant au moins un quart de la période entre l'âge de 20 ans et l'événement ouvrant droit à la pension d'incapacité, avec une durée minimale de cinq ans. En outre, un cinquième de la période de cotisation doit être comprise dans les dix années précédant l'invalidité.

Les personnes handicapées qui ne disposent pas de ressources économiques suffisantes et qui n'ont jamais acquitté de cotisations de sécurité sociale ou n'ont pas cotisé assez longtemps pour pouvoir bénéficier d'une pension contributive peuvent avoir droit à une



pension non contributive d'invalidité si elles remplissent certaines conditions (pour de plus amples informations, voir [chapitre XI : Garantie de ressources](#)).

Degré d'incapacité

Il existe quatre degrés d'incapacité dans le régime général de sécurité sociale:

- l'incapacité permanente partielle pour exercer la profession habituelle (*incapacidad permanente parcial para la profesión habitual*), définie comme la réduction de 33% ou plus du rendement normal du travailleur dans sa profession habituelle);
- l'incapacité permanente totale pour exercer la profession habituelle, (*incapacidad permanente total para la profesión habitual*), à savoir que le salarié n'est plus en mesure d'exercer son activité habituelle mais peut effectuer un autre travail;
- l'incapacité permanente absolue (*incapacidad permanente absoluta*) lorsque la personne a perdu la capacité d'accomplir tout type de travail;
- la grande invalidité (*gran invalidez*), à savoir une incapacité entraînant la nécessité de recourir à une assistance constante pour les actes les plus élémentaires de la vie quotidienne, comme se nourrir, s'habiller, etc.

Couverture de l'assurance

Prestations en espèces

En cas d'incapacité permanente partielle pour exercer la profession habituelle, la prestation consiste en une indemnité égale à 24 mensualités de la base de calcul de la prestation pour incapacité temporaire (voir [chapitre III: Prestations en espèces de l'assurance maladie](#)).

En cas d'incapacité permanente totale, la prestation consiste en une pension égale à 55% de la base de calcul correspondante. Pour les personnes âgées de plus de 55 ans qui ont des difficultés à trouver un emploi, le montant de la pension s'élève à 75% de la base de calcul précitée. La pension peut, à la demande du bénéficiaire, être versée sous la forme d'une indemnité forfaitaire égale à 84 mensualités de la pension (pour les pensionnés de plus de 54 ans: réduction de 12 mensualités par année supplémentaire, avec un minimum absolu de 12 mois).

En cas d'incapacité permanente totale pour tout type de travail, la prestation consiste en une pension égale à 100% de la base de calcul.

En cas de grande invalidité, la prestation consiste en une pension équivalente au montant de la pension d'incapacité permanente totale augmentée d'un complément (45% de la base minimale de cotisation pour l'année plus 30% de la base de cotisation du travailleur).

Des montants minimum et maximum de la pension sont établis.

Réadaptation

Des traitements médicaux (rééducation fonctionnelle), orientation professionnelle, formation professionnelle (réadaptation à l'activité habituelle ou rééducation à une autre activité) sont prévus.

En outre, des contingents de postes de travail appropriés peuvent être réservés aux travailleurs handicapés (par exemple, dans les entreprises comptant plus de 50 travailleurs, 2% des postes doivent être obligatoirement réservés).



Les entreprises qui emploient des travailleurs handicapés peuvent bénéficier de réductions sur les cotisations de sécurité sociale. Les projets des entreprises pour créer des centres de travail protégés pour les handicapés sont encouragés par des subventions et des avantages fiscaux/ réduction des cotisations.

Modalités d'accès

L'incapacité permanente est évaluée par le Conseil d'évaluation des incapacités (EVI). Le degré d'invalidité peut être réévalué à tout moment jusqu'à l'âge minimum de la retraite.

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

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

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

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

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

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



Chapitre VI: Pensions et prestations de vieillesse

Ouverture des droits

Pensions de retraite contributives

Les personnes de 65 ans ou plus immatriculées et affiliées à un régime de sécurité sociale ou dans une situation assimilée (par exemple, les personnes se trouvant involontairement au chômage), qui justifient d'une période minimale de cotisation de 15 années (dont deux doivent être comprises dans la période des 15 années précédant immédiatement la retraite) et qui cessent de travailler, ont droit à une pension de retraite contributive (*pensión de jubilación*). La même durée de cotisation est exigée pour les personnes qui, à la date de leur retraite, ne sont pas affiliées à un régime de sécurité sociale ou dans une situation assimilée.

Il existe un régime de retraite spécial pour les travailleurs indépendants et un régime spécial pour les fonctionnaires.

Pension de retraite anticipée, partielle et flexible

Les personnes qui ont effectué des travaux pénibles, toxiques, insalubres ou dangereux (mineurs employés dans les mines de charbon, cheminots, personnel de vol et gens de mer) et les personnes dont le degré de handicap est de 45%, entraînant une réduction de l'espérance de vie, ou dans certains cas supérieur ou égal à 65%, peuvent prendre leur retraite avant d'atteindre l'âge de 65 ans et percevoir une pension complète. Pour les périodes de travail effectuées dans certaines catégories ou spécialités, on applique le coefficient correspondant à chaque catégorie, à la suite de quoi on obtient un nombre de jours de bonification.

Les personnes qui ont cotisé à une des mutualités professionnelles avant 1967 peuvent prendre leur retraite à 60 ans, avec une pension réduite proportionnellement.

Les travailleurs pouvant justifier de 30 ans de cotisation effective, qui sont inscrits dans les agences pour l'emploi et qui ont dû quitter leur dernier poste de travail pour une cause non imputable à leur volonté, pourront également prétendre à une pension réduite à partir de 61 ans.

Les travailleurs peuvent bénéficier d'une retraite partielle (*pensión de jubilación parcial*) à partir de 60 ans et jusqu'à ce qu'ils atteignent l'âge auquel il est généralement établi que les travailleurs ont droit à une pension de retraite, si, parmi d'autres conditions:

- le travailleur conclut avec son employeur un contrat de travail à temps partiel, en vertu duquel son temps de travail et son salaire sont réduit entre 25% et 75%;
- l'employeur conclut simultanément un contrat de relais avec un demandeur d'emploi, le temps de travail correspondant devant obligatoirement être assuré jusqu'à la date de départ en retraite prévue du travailleur remplacé (cette condition n'est pas requise lorsque le retraité partiel a atteint l'âge de 65 ans).

L'Espagne dispose également d'un régime de pension flexible dans le cadre duquel les bénéficiaires de pensions de retraite peuvent travailler à temps partiel (entre 25 et 75% de la journée de travail), le montant de la pension étant alors réduit en proportion.



Pension de vieillesse non contributive

Les personnes âgées qui ne disposent pas de ressources économiques suffisantes et qui n'ont jamais acquitté de cotisations de sécurité sociale ou n'ont pas cotisé assez longtemps pour pouvoir bénéficier d'une pension contributive, peuvent avoir droit à une pension de vieillesse non contributive (pour de plus amples informations, voir [chapitre XI: Garantie de ressources](#)).

Couverture de l'assurance

Pensions de retraite contributives

Pour 15 années de cotisation, le montant de la pension s'élève à 50% de la base de calcul. Ce pourcentage augmente de 3% pour chaque année supplémentaire de cotisation jusqu'à la 25^e année et de 2% à partir de la 26^e année jusqu'à 100% pour 35 années de cotisation.

La base de calcul sera égale au quotient résultant de la division par 210 des bases de cotisation de l'intéressé au cours des 180 mois précédant celui avant sa retraite. Les bases de cotisation des 24 mois précédant immédiatement le départ en retraite sont prises en compte pour leur valeur nominale; le reste étant actualisé en fonction de l'évolution de l'indice des prix à la consommation.

Les salariés de plus de 65 ans comptant plus de 15 années de cotisation qui continuent de travailler ont droit à une majoration de 2% de leur pension pour chaque année supplémentaire. Cette augmentation est de 3% par année supplémentaire s'ils ont cotisé pendant plus de 40 années de cotisation.

Une pension minimale (*pensión mínima*) et une pension maximale sont établies (€ 2.497,91 par mois en 2011). La pension est versée en 14 mensualités.

Préretraite

Ce domaine est encore largement non réglementé. Les régimes de préretraite sont des plans privés et n'entrent pas dans le cadre des pensions de retraite de la sécurité sociale. Bien que le mauvais usage du terme ait pu entraîner une confusion, les personnes en préretraite ne sont pas des retraités.

Les préretraites peuvent être définies comme l'accord passé entre l'entreprise et le travailleur par lequel celui-ci interrompt son activité et se voit garantir des conditions économiques similaires à celles dont il bénéficiait jusqu'à ce qu'il atteigne l'âge de la retraite. Cette interruption du travail n'ouvre pas droit, pour autant, à une pension de retraite. Ces conditions économiques sont garanties soit par le biais de paiement d'indemnités de la part de l'entreprise, soit par l'octroi de prestations et allocations de chômage payées par le Service public pour l'Emploi (*Servicio Público de Empleo Estatal, SPEE*), soit par une combinaison des deux systèmes. Pendant cette période, le travailleur signe une convention spéciale avec la Trésorerie générale de la sécurité sociale afin d'effectuer le paiement des cotisations de sécurité sociale jusqu'au moment d'atteindre l'âge de la retraite.

Modalités d'accès

Les demandes de prestations de vieillesse doivent être introduites auprès de l'institution de sécurité sociale compétente. L'Institut national de la sécurité sociale (*Instituto Nacional de la Seguridad Social - INSS*) est l'organisme chargé de l'octroi et du calcul des pensions de retraite contributives et l'Institut des personnes âgées et des services sociaux (*Instituto de Mayores y Servicios Sociales - IMSERSO*) gère, aux côtés des Communautés autonomes, les pensions servies dans le cadre du système non contributif. (Voir [Annexe I: Adresses des institutions et sites internet utiles](#))



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

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

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

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

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

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



Chapitre VII: Prestations en faveur des survivants

Ouverture des droits

Conditions d'ouverture des droits

Les allocations de décès et les pensions de survie sont servies aux survivants d'un assuré décédé si ce dernier:

- était affilié à un régime de sécurité sociale ou dans une situation assimilée et justifiait d'une période de cotisation de 500 jours au cours des cinq années précédant immédiatement son décès si ce dernier est dû à une maladie non professionnelle. Si le décès s'est produit à la suite d'un accident du travail, d'un accident non professionnel ou d'une maladie professionnelle, aucune période minimale de cotisation n'est requise. Elle n'est pas non plus nécessaire pour l'ouverture des droits à une pension d'orphelin;
- n'était plus affilié à un régime de sécurité sociale ou ne se trouvait plus dans une situation assimilée, mais avait cotisé pendant une période minimale de 15 ans;
- percevait une pension de retraite ou d'incapacité permanente, toutes deux selon la modalité contributive;
- était bénéficiaire d'indemnités d'incapacité temporaire, d'indemnités pour risque au cours de la grossesse ou d'indemnités pour risque pendant l'allaitement, d'indemnités de paternité ou de maternité, ou;
- a disparu à la suite d'un accident du travail ou autre dans des circonstances qui peuvent laisser supposer le décès et lorsqu'il n'y a pas de nouvelles de la personne disparue pendant les 90 jours qui suivent l'accident. Dans ce cas, les survivants n'ont toutefois pas le droit de percevoir une allocation de décès.

Pension de survie

Hormis certaines exceptions spécifiques, les personnes bénéficiant de la pension de survie sont celles qui étaient mariées avec le défunt et qui ne sont pas remariées. Cela s'applique au conjoint survivant, aux personnes séparées, aux divorcés et aux personnes dont le mariage a été déclaré nul. Dans certains cas, le montant de la pension sera proportionnel au temps où les époux ont vécu ensemble.

Sous certaines conditions, un partenaire non marié peut également avoir droit à une pension de veuvage.

Orphelins survivants

La pension d'orphelin est accordée aux enfants du défunt, quelle que soit la nature légale de leur filiation, et, dans certaines circonstances, aux enfants du conjoint survivant, pourvu qu'à la date du décès du parent:

- les intéressés aient moins de 18 ans ou soient des personnes majeures mais ne puissent travailler en raison d'une incapacité permanente absolue ou de grande invalidité;
- les intéressés aient moins de 22 ans (ou de 24 ans en cas de décès des deux parents ou soient atteints d'une incapacité d'au moins 33%) lorsque leurs revenus n'excède pas le salaire minimum interprofessionnel (*salario mínimo interprofesional*).

Autres membres de la famille

D'autres prestations, sous la forme d'une pension ou d'une allocation temporaire peuvent être accordées dans certaines conditions à d'autres membres de la famille (par exemple,



parents, grands-parents, petits-enfants, frères et sœurs) s'ils étaient à la charge du défunt, qu'ils n'ont pas droit à une pension publique et vivaient avec la personne décédée depuis au moins deux ans avant le décès.

Couverture de l'assurance

Pension de veuvage

Le montant de cette pension (*pensión de viudedad*) est calculé en appliquant le pourcentage de 52% à la base de calcul correspondante, cette dernière différant selon la situation professionnelle du défunt (travailleur en activité ou titulaire d'une pension – pour ces derniers la base de calcul est la même que la pension de retraite ou d'invalidité) et la cause du décès (risque non professionnel ou risque professionnel). Lorsque le bénéficiaire a des charges de famille et un certain niveau de revenus, le pourcentage pourra être majoré dans la limite de 70%.

Le droit à la pension prend fin si le conjoint survivant se remarie (à certaines exceptions près, notamment s'il a plus de 61 ans ou est atteint d'une incapacité de plus de 65% et que les conjoints ont des revenus relativement faibles).

Prestations d'orphelin

Le montant de la pension d'orphelin (*pensión de orfandad*) est calculé, à l'instar de la pension de veuvage, en appliquant, pour chaque orphelin, le pourcentage de 20% à la base de calcul correspondante. S'il n'y a pas de conjoint survivant, la pension de survie vient s'ajouter à la pension d'orphelin (à savoir une hausse de 52 ou jusqu'à 70%).

En cas de bénéficiaires multiples, la somme de la pension d'orphelin et de la pension de veuvage ne saurait en principe dépasser 100% de la base de calcul (à quelques exceptions près). Si l'enfant est orphelin de père et de mère, une majoration ne peut être appliquée qu'à la pension générée par l'un des parents décédés.

Le droit à la pension d'orphelin s'éteint lorsque l'enfant atteint un certain âge. Il est également possible que l'incapacité qui a ouvert les droits cesse, ou que le bénéficiaire soit adopté ou se marie (auquel cas, le droit subsiste pour les personnes atteintes d'une incapacité permanente totale ou d'une grande invalidité). La pension cesse d'être versée au décès du bénéficiaire ou s'il est constaté que le travailleur disparu lors d'un accident n'est pas décédé.

Pensions et allocations temporaires en faveur d'autres membres de la famille

Dans certaines conditions, une pension en faveur de membres de la famille (*pensión en favor de familiares*) est accordée. Son montant est de 20% de la base de calcul.

Des règles similaires s'appliquent aux allocations temporaires en faveur de membres de la famille (*subsídio temporal en favor de familiares*), qui sont versées pour un maximum de 12 mois.

À quelques exceptions près, la somme de toutes les prestations pour les survivants ne peut dépasser 100% de la base de calcul.

Allocation de décès

En cas de décès, quelle qu'en soit sa cause, une allocation de décès (*auxilio por defunción*) est toujours versée.



L'allocation de décès de € 42,09 (en 2011) est destinée à couvrir une partie des frais funéraires. Il s'agit de la seule prestation prévue par le système de sécurité sociale à cette fin.

Modalités d'accès

Les demandes de pensions et prestations de survie doivent être déposées auprès de l'administration de la sécurité sociale compétente. L'Institut national de la sécurité sociale (*Instituto Nacional de la Seguridad Social - INSS*) est chargé de l'octroi de ces prestations. (Voir annexe I: Adresses des institutions et sites internet utiles).

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

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

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

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



Chapitre VIII: Prestations pour accidents du travail et maladies professionnelles

Ouverture des droits

Le système espagnol de sécurité sociale ne prévoit pas de régime distinct pour les accidents du travail et les maladies professionnelles. Toutefois, le travailleur concerné percevra des prestations spécifiques venant s'ajouter aux prestations précitées.

Un accident du travail est constitué par une lésion corporelle subie par le travailleur à l'occasion ou à la suite d'un travail, ainsi que par une maladie qui ne peut pas être considérée comme professionnelle parce qu'elle ne figure pas comme telle sur la liste des maladies qualifiées de professionnelles, mais qui résulte clairement des obligations inhérentes au travail en cause. Est également considéré comme accident du travail, l'accident in itinere (survenu sur le trajet vers le lieu de travail ou au retour).

Est considérée comme maladie professionnelle toute maladie figurant sur la liste officielle des maladies professionnelles et qui est liée aux principales activités responsables de cette maladie.

Couverture de l'assurance

Soins de santé

Pour l'essentiel, les soins de santé sont accordés conformément au chapitre II ci-dessus, leur étendue étant toujours la plus large possible. En règle générale, ils sont dispensés sans participation aux frais. Ils comprennent la fourniture de médicaments gratuits dans certains cas, ainsi que toutes les prestations liées aux programmes de rééducation. Certains établissements sont spécialisés dans le traitement et la rééducation des victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles.

Prestations en espèces

Si l'incapacité de travail résulte d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, les salariés seront en tout état de cause considérés comme cotisants, et, selon les cas, c'est la sécurité sociale ou l'employeur qui sera chargé du versement des indemnités. Aucune période d'affiliation antérieure n'est exigée.

En règle générale, les indemnités d'incapacité temporaire sont versées après l'écoulement d'un délai de carence de trois jours. (si l'incapacité temporaire a une cause professionnelle, ce délai de carence n'est pas applicable).

En cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, les indemnités sont versées à partir du jour suivant l'arrêt de travail établi par le médecin (cela s'applique également pour les travailleurs indépendants volontairement assurés). Le montant de l'allocation s'élève à 75% de la base de calcul.

En cas d'incapacité temporaire résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, les indemnités sont versées conformément aux règles exposées au chapitre III ci-dessus.

Concernant les prestations d'incapacité permanente, veuillez vous référer au [chapitre V, Prestations d'invalidité](#).



De surcroît, une allocation unique peut également être accordée en cas de lésion corporelle, mutilation ou déformation de caractère définitif consécutives à un accident du travail ou à une maladie professionnelle qui, sans provoquer une incapacité permanente, entraînent une diminution de l'intégrité physique du salarié (*lesiones permanentes no invalidantes*) si la lésion considérée figure sur la liste officielle.

Allocation unique spéciale

Si un accident du travail ou une maladie professionnelle provoque le décès de l'assuré, une allocation unique est accordée en plus des prestations générales de survie décrites au chapitre VII.

Le conjoint et, le cas échéant, le partenaire ou l'ex-conjoint survivants, perçoivent une somme égale à six fois la base de calcul correspondante. Chaque orphelin perçoit l'équivalent de la base de calcul correspondant à un mois. S'il n'y a pas de conjoint, de partenaire ou d'ex-conjoint survivant, le versement de la somme est réparti entre les orphelins. S'il n'y a ni conjoint, ni orphelins ayant le droit de percevoir la pension pour cause de décès et de survie, la mère et le père, à condition qu'ils aient été à la charge du défunt, percevront l'équivalent de 12 fois la base de calcul mensuelle s'ils sont tous deux vivants (et neuf fois si seul l'un d'eux demeure en vie).

Négligence de l'employeur

Toutes les prestations servies en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle sont majorées de 30 à 50% si l'accident ou la maladie est dû à la négligence de l'employeur quant au respect de ses obligations en matière de sécurité et d'hygiène au travail.

Les prestations liées à un accident du travail ou à une maladie professionnelle sont accordées même si l'employeur ne s'est pas acquitté de ses obligations d'assurance à l'égard du travailleur.

Modalités d'accès

Le bénéficiaire peut opter pour le médecin de son choix, mais s'il doit être hospitalisé, il sera affecté à un hôpital d'office.

Les demandes de prestations en espèces doivent être déposées auprès de l'administration de la sécurité sociale compétente (généralement l'Institut national de la sécurité sociale, *Instituto Nacional de la Seguridad Social - INSS*). (Voir annexe I: Adresses des institutions et sites internet utiles).

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

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



normalement payées par l'organisme auquel vous êtes affilié, même si vous résidez ou séjournez dans un autre pays.*

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

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

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



Chapitre IX: Prestations familiales

Ouverture des droits

Les personnes qui travaillent et/ou qui résident en Espagne peuvent avoir droit à une aide pécuniaire pour chaque enfant à charge âgé de moins de 18 ans ou majeur mais handicapé à 65% au moins, ainsi que pour les mineurs accueillis dans le cadre d'un accueil familial, permanent ou pré-adoptif. Si les deux parents sont décédés ou s'ils ont abandonné leurs enfants, les bénéficiaires des allocations sont les enfants.

Sauf si un enfant est handicapé, les allocations familiales ne sont pas servies lorsque le revenu familial est supérieur à un certain plafond (à savoir € 11 264,01, majoré à 16 953,05 EUR pour les familles avec trois enfants à charge et de € 2 745,93 pour chaque enfant à charge suivant).

Couverture de l'assurance

Les prestations pour enfant à charge (*prestaciones por hijo a cargo*) sont versées 12 fois par an. Leur montant varie en fonction de l'âge et selon que l'enfant est handicapé ou non. Ainsi, le montant le plus élevé (€ 521,40 en 2011) est versé pour un enfant de plus de 18 ans invalide à plus de 75%.

Aux fins des prestations servies par la sécurité sociale au titre de la maternité, de la paternité, de l'incapacité permanente, de la retraite, du décès et de la survie, sera considérée comme une période de cotisation effective, les deux premières années de congé parental (*excedencia por cuidado de hijo*) dont les salariés bénéficient, conformément à la législation applicable, au titre de la garde de chaque enfant, naturel, adopté ou accueilli, ou la première année de congé au titre de la garde d'un membre de la famille (*excedencia por cuidado de familiares*), jusqu'au deuxième degré de consanguinité ou d'alliance, qui, en raison de son âge, d'un accident, d'une maladie ou d'un handicap, ne peut se suffire à lui-même et n'exerce pas d'activité rémunérée.

Lorsque le motif de la demande de congé est la garde d'un mineur et que l'unité familiale dont ce dernier fait partie est considérée comme une famille nombreuse de catégorie générale, la période considérée comme une période cotisation effective durera 30 mois, ou 36 mois si la famille nombreuse relève d'une catégorie spéciale.

Des prestations forfaitaires sont également versées en cas de naissances ou d'adoptions multiples ou s'il s'agit de familles nombreuses, de parents isolés ou de mères handicapées.

Modalités d'accès

Les demandes de prestations familiales doivent être déposées auprès de l'administration de sécurité sociale compétente. L'Institut national de la sécurité sociale (*Instituto Nacional de la Seguridad Social - INSS*) est l'organisme chargé de l'octroi des prestations familiales (dans tous les régimes, y compris le régime spécial des gens de mer). (Voir [annexe I: Adresses des institutions et sites internet utiles](#)).



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

Les caractéristiques et les montants des allocations familiales varient considérablement d'un État à l'autre.* Il est donc important que vous sachiez quel est l'État responsable du versement de ces prestations dans votre cas, et quelles sont les conditions d'ouverture des droits. Vous pouvez consulter les grands principes pour connaître la législation compétente à l'adresse:

<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=849&langId=fr>.

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

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

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

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

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



Chapitre X: Chômage

Ouverture des droits

Les personnes au chômage, capables et désireuses de travailler, qui ont perdu leur emploi ou dont le temps de travail (et le salaire correspondant) est réduit d'au moins 10% (au maximum 70%) à la suite d'une procédure de licenciement économique, bénéficient d'allocations de chômage. Le chômage peut être total ou partiel. Les prestations sont de deux types: la prestation contributive et les prestations spéciales d'assistance.

Allocations de chômage

Une personne a droit aux prestations de chômage si les conditions suivantes sont remplies:

- être immatriculé et être affilié, ou dans une situation assimilée, à un régime de sécurité sociale couvrant ce risque;
- être légalement au chômage, rechercher activement un emploi et être prêt à accepter un poste de travail adéquat;
- avoir cotisé pendant une période minimale de 360 jours au cours des six années précédant la situation légale de chômage ou le moment où l'obligation de cotiser a pris fin;
- avoir plus de 16 ans et moins de 65 ans, sauf si les conditions requises pour obtenir la pension de retraite ne sont pas satisfaites;
- ne pas être concerné par un facteur disqualifiant.

Assistance chômage

L'assistance chômage est octroyée sous la forme d'une allocation de chômage et d'un revenu actif d'insertion.

Des prestations spéciales de chômage peuvent être versées à titre d'assistance aux personnes n'ayant pas droit aux allocations contributives parce qu'elles n'ont pas cotisé assez longtemps, ainsi qu'aux personnes qui ont perçu des allocations chômage de type contributif, mais qui demeurent sans emploi à la fin de la période pendant laquelle elles y ont droit. Les prestations non contributives sont versées uniquement aux demandeurs d'emploi qui disposent d'un revenu inférieur à 75% du salaire minimum interprofessionnel (*salario mínimo interprofesional*), calculé mensuellement, qui ont été inscrits à l'agence pour l'emploi correspondante pendant un mois complet et qui n'ont pas refusé une offre de travail adaptée ou un stage de formation professionnelle proposé par le Service public de l'emploi de l'État.

En outre, le bénéficiaire doit remplir des conditions supplémentaires, par exemple:

- il a des personnes à charge et son droit de percevoir des allocations de chômage contributives a pris fin;
- il est âgé de plus de 45 ans, sans personnes à charge, et a bénéficié d'allocations contributives pendant au moins 24 mois,
- il a plus de 52 ans et remplit toutes les conditions requises pour prendre sa retraite, sauf la condition d'âge; ou
- il n'a pas droit à la prestation contributive de chômage car il a cotisé pendant plus de trois mois (avec des responsabilités familiales) ou plus de six mois (sans responsabilités familiales) mais moins de 12 mois, ou il s'agit d'un émigrant qui rentre d'un pays avec



lesquels il n'existe pas de convention relative à l'assurance chômage, ou l'intéressé est sorti de prison.

Le **revenu actif d'insertion** peut être versé aux chômeurs de longue durée de plus de 45 ans (et de moins de 65 ans). Il peut également être octroyé, entre autres, aux travailleurs émigrants de plus de 45 ans revenant de l'étranger et ayant travaillé au moins six mois dans un autre pays, aux personnes handicapées et aux victimes de violence basée sur le genre ou de violence conjugale.

Couverture de l'assurance

Allocations de chômage

Le montant de l'allocation de chômage (*prestación por desempleo*) varie en fonction du nombre de personnes à charge, avec des niveaux seuil et plafond. En cas de chômage total, les allocations s'élèvent à 70% de la base de calcul pendant les 180 premiers jours et à 60% de la base de calcul pour le reste de la période où la prestation est servie. La base de calcul est égale à la moyenne des bases de cotisation au cours des six derniers mois. Il existe un niveau minimal et un niveau maximal de prestations.

En cas de chômage partiel, les allocations sont réduites proportionnellement.

Les personnes qui ont droit à des allocations chômage peuvent également prétendre à des soins médicaux. En ce qui concerne les autres prestations de sécurité sociale, la période de perception des allocations de chômage est considérée comme une période de cotisation.

La durée de la période d'octroi des allocations dépend de la durée de la période pendant laquelle l'intéressé a payé des cotisations de sécurité sociale au cours des six années précédentes. Il bénéficiera d'allocations chômage pendant quatre mois s'il totalise au moins 360 jours de cotisation. S'il a cotisé pendant plus de 2 160 jours, il pourra recevoir des allocations de chômage jusqu'à deux ans.

Assistance chômage

L'**allocation spéciale de chômage** (*subsídio por desempleo*) est généralement versée pendant six mois avec des prorogations possibles de périodes de six mois, jusqu'à 18 mois au total (des prorogations supplémentaires sont possibles dans certains cas spécifiques). Un travailleur salarié âgé de plus de 52 ans qui répond aux conditions prescrites par la loi peut recevoir cette allocation jusqu'à ce qu'il puisse commencer à percevoir sa retraite.

En règle générale, l'allocation de chômage non contributive correspond à 80% de l'indicateur public de revenus à effets multiples (*Indicador Público de Renta de Efectos Múltiples, IPREM*). Les chômeurs de longue durée de plus de 45 ans qui ont épuisé leur droit aux prestations contributives de deux ans, peuvent bénéficier d'une allocation spéciale de six mois allant de 80 à 133% de l'IPREM en fonction du nombre de membres de la famille à charge.

Les bénéficiaires ont également droit aux soins médicaux.

Revenu actif d'insertion

Le revenu actif d'insertion (*Renta Activa de Inserción, RAI*) s'élève à 80% de l'IPREM en vigueur. En 2011 par exemple, l'IPREM s'élevait à € 17,75 par jour ou € 532,51 par mois ou € 6 390,13 par an.



Le revenu actif d'insertion est versé pendant 11 mois maximum.

Modalités d'accès

Toutes les prestations de chômage sont gérées, payées et contrôlées par le Service public de l'emploi de l'État (*Servicio Público de Empleo Estatal, SPEE*), sauf pour les travailleurs immatriculés au régime spécial des gens de mer, dont les prestations sont gérées par l'Institut social de la marine (*Instituto Social de la Marina – ISM*) (Voir [annexe I: Adresses des institutions et sites internet utiles](#)).

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

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

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

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

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

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



Chapitre XI : Garantie de ressources

Ouverture des droits

Des prestations non contributives financées par l'impôt sont versées sous condition de ressources aux personnes se trouvant dans une situation spécifique de besoin. Ces prestations ne sont pas discrétionnaires et leur montant varie en fonction de différents facteurs.

Il n'existe pas de régime général d'assistance sociale non contributive. Toutefois, un minimum non contributif spécifique est versé à certaines catégories de personnes se trouvant dans des situations spécifiques de besoin.

Conditions spécifiques de l'attribution de la pension non contributive d'invalidité:

- âge: avoir 18 ans ou plus et moins de 65 ans;
- résidence: résider légalement sur le territoire espagnol et y avoir résidé pendant une période de cinq ans au moins, dont deux années civiles consécutives immédiatement antérieures à la date de la demande;
- degré d'incapacité ou maladie chronique d'au moins 65%;
- avoir des ressources insuffisantes.

Conditions spécifiques de l'attribution de la pension non contributive de retraite:

- âge: avoir 65 ans ou plus;
- résidence: résider sur le territoire espagnol et y avoir résidé pendant une période de dix ans, dans la période comprise entre le seizième anniversaire et la date de la mise à la retraite, dont deux années civiles consécutives immédiatement antérieures à la date de la demande, et
- avoir des ressources insuffisantes.

Les chômeurs résidant légalement en Espagne peuvent prétendre aux prestations de chômage sous la forme d'une allocation de chômage et d'un revenu actif d'insertion (tel que décrit au [chapitre X: Prestations de chômage](#)).

Un seuil minimum est prévu pour les ressortissants espagnols résidant à l'étranger et ceux qui reviennent en Espagne. Pour en bénéficier, les ressortissants espagnols doivent résider dans un pays où le système de protection sociale est incertain. Ces personnes doivent être âgées de plus de 65 ans pour bénéficier des prestations vieillesse et entre 16 ans et 65 ans pour les prestations d'invalidité. Les ressortissants espagnols, nés en Espagne et ayant résidé dans des pays où le système de protection sociale est incertain, ou les personnes d'origine espagnole ayant résidé en Espagne pendant huit ans avant la date de la demande et ayant eu la nationalité espagnole au cours de cette période, qui reviennent dans le pays peuvent prétendre aux prestations s'ils ont plus de 65 ans.

Couverture de l'assurance

Pension d'invalidité non contributive

Tous les citoyens atteints d'une invalidité et se trouvant dans le besoin ont droit à une pension d'invalidité non contributive (*pensión de invalidez no contributiva*), une assistance médico-pharmaceutique gratuite et des services sociaux complémentaires, même s'ils



n'ont pas cotisé à la sécurité sociale ou s'ils n'ont pas cotisé assez longtemps pour avoir droit à une pension contributive.

Les ressources sont insuffisantes lorsque les rentes ou les gains dont dispose une personne, calculés pour l'année 2011, sont inférieurs à € 4.866,40 par an. Ce montant est ajusté en fonction de la taille du foyer (il est plus élevé lorsque davantage de membres de la famille vivent ensemble). Un foyer (unité économique) désigne tous les cas où le bénéficiaire vit avec d'autres personnes, qu'elles soient bénéficiaires ou non, liées entre elles jusqu'au deuxième degré de consanguinité ou d'alliance.

La pension est calculée sur une base annuelle (€ 347,60 par mois; 14 mensualités, à savoir € 4.866,40 par an).

Si le foyer compte plusieurs bénéficiaires, le montant versé à chaque bénéficiaire est calculé en divisant par le nombre de bénéficiaires la somme de la pension plus 70% de la pension, multiplié par le nombre de bénéficiaires moins un.

Les revenus annuels de l'intéressé ne doivent pas dépasser le montant annuel de la pension non contributive de plus de 25%. Dans ce cas, la pension non contributive serait réduite en conséquence. Toutefois, le montant de la pension ne peut être inférieur à un quart de la pension complète (à savoir € 1.216,60 par an en 2011).

Lorsque la personne souffre d'une invalidité de 75% ou plus, et qu'elle a besoin de l'aide d'un tiers pour réaliser les actes essentiels de la vie quotidienne, le montant de la pension est majoré de 50% de sa valeur.

Pension de retraite non contributive

Tous les citoyens retraités et dans le besoin ont droit à une prestation en espèces, une assistance médico-pharmaceutique gratuite et des services sociaux complémentaires, même s'ils n'ont pas cotisé à la sécurité sociale ou s'ils n'ont pas cotisé assez longtemps pour avoir droit à une pension contributive.

Les règles s'appliquant au calcul de la pension de retraite non contributive (*pensión de jubilación no contributiva*) sont les mêmes que celles de la pension d'invalidité non contributive (susmentionnée).

Assistance chômage

Le calcul de l'allocation chômage et du revenu actif d'insertion est détaillé au [chapitre X: Prestations de chômage](#).

Prestation minimale pour les Espagnols résidant à l'étranger et ceux qui reviennent au pays

La prestation minimale pour les Espagnols résidant à l'étranger et ceux qui reviennent au pays (*prestación por razón de necesidad a favor de los españoles residentes en el exterior y retornados*) est calculée selon deux modalités. Pour les Espagnols résidant à l'étranger, l'aide est déterminée chaque année par la Direction générale de l'émigration (*Dirección General de Emigración*). Les personnes qui reviennent en Espagne ont droit à un montant égal à la pension de retraite non contributive. Ce montant est versé en 12 mensualités par an (contre 14 pour la pension non contributive).

Allocations de logement

Les allocations de logement visent à réduire les frais de location lorsque le bénéficiaire remplit notamment les conditions suivantes:



- être bénéficiaire d'une pension de vieillesse ou d'invalidité non contributive;
- ne pas être propriétaire de son logement;
- ne pas avoir de lien de parenté jusqu'au troisième degré avec le propriétaire.

Les allocations de logement s'élèvent à € 525 par mois (en 2011).

Services sociaux

Le système espagnol de sécurité sociale gère les services sociaux suivants: places dans des résidences pour personnes âgées, aide à domicile, vacances et séjours dans des établissements de cure, réseau de centres et de foyers pour retraités, places dans des centres pour handicapés physiques et mentaux et soins médicaux (guérison et rééducation).

Les gens de mer qui, en raison de leur travail, doivent demeurer temporairement dans des ports espagnols, bénéficient de services sociaux spécifiques, d'informations et d'aides financières grâce au réseau de «Maisons de la mer» (*Casas del Mar*) des principaux ports.

Modalités d'accès

Les pensions d'invalidité et de retraite non contributives sont organisées sur le plan régional alors que l'assistance chômage et la prestation minimale pour les Espagnols résidant à l'étranger et ceux qui reviennent au pays sont gérées au niveau central.

Les pensions non contributives sont reconnues par les Communautés autonomes (*Comunidades Autónomas*) auxquelles ont été transférées les compétences de l'Institut des personnes âgées et des services sociaux (*Instituto de Mayores y Servicios Sociales - IMSERSO*). (Voir annexe I: Adresses des institutions et sites internet utiles).

Les bénéficiaires de ces pensions sont tenus de déclarer dans un délai de 30 jours tout changement de situation qui pourrait affecter le droit à la pension ou son montant. Ils doivent soumettre une déclaration des derniers revenus du foyer au cours du premier trimestre de chaque année. Ces données peuvent être vérifiées avec l'administration fiscale.

La demande d'assistance chômage doit être déposée auprès du Service public de l'emploi d'État (*Servicio Público de Empleo Estatal - SPEE*) et la prestation minimale pour les Espagnols résidant à l'étranger et ceux qui reviennent au pays auprès de la Direction générale de l'émigration (*Dirección General de Emigración*).

Les requêtes concernant les services sociaux spécifiques doivent être adressées à l'IMSERSO et pour les gens de mer à l'Institut social de la marine (*Instituto Social de la Marina - ISM*).

En règle générale, en cas d'erreur, de fraude ou de manquement à l'obligation d'information de tout changement de situation, le bénéficiaire est tenu de rembourser les prestations.

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

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



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

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



Chapitre XII : Soins de longue durée

Ouverture des droits

Une personne qui, sur base de l'âge, la maladie ou l'incapacité, subit un manque ou une perte d'autonomie physique, mentale, intellectuelle ou sensorielle, et nécessite l'assistance d'une autre personne pour mener à bien les activités quotidiennes essentielles (ou, dans le cas de personnes souffrant d'un handicap ou d'une maladie mentale, d'autres formes d'aide pour leur autonomie personnelle) peut prétendre aux prestations de dépendance.

Elles sont versées aux citoyens espagnols qui résident légalement en Espagne depuis au moins cinq ans, dont deux années immédiatement avant la date de la demande. Les émigrants espagnols revenant au pays peuvent également en bénéficier.

Les prestations sont versées sous réserve que les revenus et le patrimoine personnel n'excèdent pas un certain niveau. Autre condition préalable, la personne doit avoir besoin d'une assistance pour mener à bien les activités quotidiennes essentielles au moins une fois par jour.

On distingue trois degrés de dépendance (*grados de dependencia*):

- degré I, dépendance moyenne (des soins sont nécessaires au moins une fois par jour);
- degré II, grande dépendance (des soins sont nécessaires plus de deux fois par jour);
- degré III, dépendance majeure (des soins permanents sont nécessaires).

Chaque degré comprend deux autres sous-niveaux.

Aucune condition d'âge n'est imposée mais des dispositions spéciales s'appliquent aux enfants de moins de trois ans.

Couverture de l'assurance

Les prestations accordées peuvent être en nature ou en espèces. Toutefois, il n'y a pas de libre choix entre les deux formes de prestations. En outre, il n'est pas autorisé de cumuler les prestations en espèces et les prestations en nature; les prestations en espèces ne sont accordées que lorsque les prestations en nature ne le sont pas (par exemple, en raison d'une incapacité).

Prestations en nature

Les prestations en nature comprennent différentes formes d'assistance à domicile pour les personnes dépendantes. Le bénéficiaire peut également avoir droit à la téléassistance et à des mesures préventives.

La prise en charge dans des centres de soins de jour et de nuit est proposée sous la forme de soins en hébergement partiel. La durée et le type de prise en charge dépendent des besoins propres au bénéficiaire.

Les soins résidentiels de longue durée sont dispensés dans des institutions spécialisées, essentiellement des maisons de repos pour personnes âgées et des centres pour les handicapés.

Le bénéficiaire peut être amené à s'acquitter d'une partie des coûts du service mais sa participation dépend du type et du coût du service ainsi que de sa situation financière.



Prestations en espèces

Le montant des prestations de dépendance en espèces est établi par la loi et varie en fonction du degré de dépendance. Le plafond mensuel est de € 833,96 (en 2011).

Les prestations en espèces sont réduites du montant de toute autre prestation publique de nature et de finalité similaires. Les prestations de dépendance en espèces sont notamment incompatibles avec: le montant complémentaire contributif accordé au titre d'une invalidité majeure, les montants complémentaires non contributifs pour les enfants handicapés de plus de 18 ans à charge atteint d'une invalidité d'au moins 75% et nécessitant l'assistance d'un tiers; l'allocation (par exemple, la pension d'invalidité non contributive) pour l'assistance d'une tierce personne.

Modalités d'accès

Le conseil d'évaluation des Communautés autonomes (*Comunidades Autónomas*), composé de professionnels de santé et sociaux, évalue le degré de dépendance à partir d'une échelle basée sur la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) de l'Organisation mondiale de la santé. Des réévaluations du degré de dépendance peuvent être réalisées régulièrement.

Les soins peuvent être dispensés par des prestataires professionnels, par exemple, des institutions et des prestataires de soins à domicile, de nature publique, privée ou semi-publique. Les membres de la famille et les proches du bénéficiaire peuvent également intervenir en tant qu'aides-soignants informels.

Les prestations en espèces sont versées au bénéficiaire qui rémunère ensuite les intervenants informels. Ces derniers sont obligatoirement couverts par le système de sécurité sociale.

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

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

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

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

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



Annexe I: Adresses des institutions et sites internet utiles

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

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

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

Ministère du travail et de l'immigration

Ministerio de Trabajo e Inmigración
Agustín de Bethencourt, 4
28071 Madrid
Tél.: +34 91 3630000
Fax: +34 91 5332996
E-mail: informacionmtin@mtin.es
www.mtin.es

Ministère de la santé, de la politique sociale et de l'égalité

Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad
Paseo del Prado, 18-20
28071 Madrid
Tél.: +34 91 596 10 00
Fax: +34 91 596 44 80
E-mail: oiac@msps.es
www.msps.es

Trésorerie générale de la sécurité sociale

Tesorería General de la Seguridad Social
Plaza de los Astros, 5 y 7
28007 Madrid
Tél.: +34915038000
Fax: +3491 5038411
www.seg-social.es

Institut national de la prévoyance sociale

Instituto Nacional de la Seguridad Social
c/ Padre Damián, 4
28036 Madrid
Tél.: 34915688300
Fax: 34915611051
www.seg-social.es

Institut national de la gestion sanitaire

Instituto Nacional de Gestión Sanitaria
c/ Alcalá, 56
28071 Madrid



Tél.: +34 91 3380365
Fax: +34 91 3380853
E-mail: mamez@insalud.es
www.ingesa.msc.es

Institut des personnes âgées et des services sociaux

Instituto de Mayores y de Servicios Sociales
Avda. de la Ilustración s/n con vta. A Ginzo de Limia, 58
28029 Madrid
Tél.: + 34 901 109 899
Fax: +34 91 7033981
E-mail: buzon@imserso.es
www.imserso.es
www.dependencia.imserso.es

Service public pour l'emploi

Servicio Público de Empleo Estatal
c/ Condesa de Venadito, 9
28027 Madrid
Tél.: +34 91 5859888
Fax: +34 91 3775881
E-mail: inem@inem.es
www.sepe.es

Institut social de la marine

Instituto Social de la Marina
C/ Genova, 24
28004 Madrid
Tél.: +34917006600
Fax: +34 91 7006716
www.seg-social.es



Annexe II: Prestations spéciales à caractère non contributif

Certaines prestations de sécurité sociale, qualifiées de prestations spéciales en espèces à caractère non contributif¹, sont fournies exclusivement dans le pays où l'intéressé réside. Par conséquent, il n'est pas possible «d'exporter» ces prestations en espèces lorsque vous vous déplacez dans un autre pays d'Europe, même si vous êtes encore assuré en Espagne.

Les prestations spéciales à caractère non contributif pour l'Espagne sont les suivantes:

- Revenu minimal garanti (loi no 13/82 du 7 avril 1982).
- Prestations en espèces d'assistance aux personnes âgées et aux invalides incapables de travailler (décret royal n° 2620/81 du 24 juillet 1981).
- Pensions d'invalidité et de retraite, de type non contributif, visées à l'article 38, paragraphe 1, du texte consolidé de la loi générale sur la sécurité sociale, approuvé par le décret-loi royal n° 1/1994 du 20 juin 1994;
et
prestations versées à titre de complément des pensions susmentionnées, telles que prévues par la législation des Communautés autonomes, lorsque ces compléments garantissent un revenu minimal de subsistance eu égard à la situation socio-économique des Communautés autonomes concernées.
- Allocations de mobilité et d'indemnisation des frais de transport (loi no 13/1982 du 7 avril 1982).

¹ En annexe X du règlement (CE) n° 883/2004 tel que modifié par le règlement (CE) n° 988/2009.