

Le régime bulgare de sécurité sociale (salariés)

- A. [Généralités](#)
- B. [Maladie - Maternité](#)
- C. [Accidents du travail et maladies professionnelles](#)
- D. [Vieillesse, Invalidité, Survivants](#)
- E. [Chômage](#)
- F. [Prestations familiales](#)

A. Généralités

Le régime bulgare de protection sociale couvre contre les risques maladie-maternité, accidents du travail et maladies professionnelles, vieillesse, invalidité, décès, chômage et sert des prestations familiales.

Dans la note qui suit, seuls les dispositifs concernant les travailleurs salariés, les prestations servies sous condition de résidence et les prestations du régime non-contributif seront étudiés (travailleurs indépendants : voir [Note sur le régime bulgare de sécurité sociale – indépendants](#)).

1) Organisation

[Le Fonds National d'Assurance Maladie](#) – Национална здравноосигурителна каса, 1 Krichim Str, 1407 Sofia, Bulgarie - gère les prestations en nature de l'assurance maladie-maternité sous la tutelle du [Ministère de la Santé](#) - 5 place Sveta Nedelya, 1000 Sofia, Bulgarie. Il opère à travers son bureau principal situé à Sofia, ses 28 bureaux régionaux ([consulter les adresses ici](#)) et ses 105 offices locaux.

[L'Institut National des Assurances Sociales](#) - НАЦИОНАЛЕН ОСИГУРИТЕЛЕН ИНСТИТУТ, 62-64 bd Al. Stambolijsky, 1303 Sofia, Bulgarie -, composé de son office principal à Sofia et de [ses 28 structures régionales](#) dans le pays, est responsable du paiement des prestations en espèces des assurances maladie-maternité, vieillesse (1er pilier), invalidité, survivants, accidents du travail-maladies professionnelles et chômage. Il exerce sa mission sous le contrôle du [Ministère du Travail et des Affaires Sociales](#) - 2 rue Triaditza, 1051 Sofia, Bulgarie. Les pensions de vieillesse complémentaires obligatoires (2nd pilier) sont gérées par des compagnies d'assurance privées soumises au contrôle de [la Commission de contrôle financier](#).

[L'Agence d'Assistance Sociale](#) - Агенция за социално подпомагане, 2 rue Triaditza, 1051 Sofia, Bulgarie – placée sous la tutelle du [Ministère des Finances](#), sert les prestations non contributives dont les prestations familiales.

[L'Agence pour l'Emploi](#) - Агенция по заетостта, 3 bd Dondukov, 1000 Sofia, Bulgarie - élabore les politiques de retour à l'emploi.

[L'Agence Nationale des Recettes](#) - Национална агенция за приходите, 52 bd Dondukov, 1000 Sofia, Bulgarie - fixe, contrôle et recouvre les impôts et les cotisations sociales, y compris les cotisations pour les pensions complémentaires.

2) Financement

Le régime bulgare de sécurité sociale est en majeure partie financé par les cotisations sociales des employeurs et des assurés. Les prestations familiales sont financées par l'impôt.

Les cotisations salariales et patronales dépendent de la catégorie d'emploi occupé et des risques assurés, la 3ème catégorie correspondant aux emplois les moins dangereux.

Toutes les cotisations sont versées sur la totalité du salaire brut dans la limite mensuelle de 2 400 BGN* en 2014. Le salaire minimum d'assujettissement varie selon la catégorie de profession.

Les taux de cotisations sont supportés respectivement par l'employeur et le salarié à raison de 60 : 40 (sauf pour le risque accidents du travail et maladies professionnelles).

Taux de cotisations patronales et salariales au 1er janvier 2014

Risques	1ère catégorie	2ème catégorie	3ème catégorie
Maladie : prestations en nature ⁽¹⁾	8 %	8 %	8 %
Maladie : prestations en espèces ⁽²⁾	3,5 %	3,5 %	3,5 %
Vieillesse, invalidité, survivants (1er pilier) : - personnes nées avant le 01.01.1960 - personnes nées après le 31.12.1959	20,8 % ⁽³⁾ 15,8 % ⁽⁴⁾	2,8 % ⁽³⁾ 15,8 % ⁽⁴⁾	17,8 % ⁽³⁾ 12,8 % ⁽⁴⁾
Assurance pension complémentaire obligatoire (2nd pilier) : - personnes nées avant le 01.01.1960 - personnes nées après le 31.12.1959	12 % ⁽⁵⁾ 17 % ⁽⁵⁾	7 % ⁽⁵⁾ 12 % ⁽⁵⁾	- 5 % ⁽⁵⁾
Accidents du travail - maladies professionnelles ⁽⁶⁾	entre 0,4 % et 1,1 %	entre 0,4 % et 1,1 %	entre 0,4 % et 1,1 %
Chômage ⁽⁷⁾	1 %	1 %	1 %

(1) La cotisation pour les prestations en nature de l'assurance maladie est identique quelle que soit la catégorie de l'emploi. L'employeur paie 4,8 % et le salarié 3,2 %.

(2) Cotisation identique pour l'ensemble des catégories de l'emploi. L'employeur prend 2,1 % à sa charge et le salarié 1,4 %.

(3) Le salarié cotise à hauteur de 7,9 % et l'employeur au taux de 12,9 % pour les catégories 1 et 2 et 9,9 % pour la catégorie 3.

(4) Le salarié cotise à hauteur de 5,7 % et l'employeur au taux de 10,1 % pour les catégories 1 et 2 et 7,1 % pour la catégorie 3.

(5)

- Une cotisation de 12 % et de 7 % respectivement est due auprès des caisses professionnelles pour les travailleurs appartenant à la 1ère et la 2ème catégorie d'emploi. Les cotisations aux caisses professionnelles sont à la charge exclusive de l'employeur.

- Pour les personnes nées après le 31.12.1959 le taux de cotisation obligatoire auprès des caisses universelles est fixé à 5 % du revenu brut ou des revenus déclarés (dont 2,2 % payés par le salarié, et 2,8 % par l'employeur) quelle que soit la catégorie de l'emploi.

(6) La cotisation est à la charge exclusive de l'employeur. Son taux varie entre 0,4 % et 1,1 % selon la catégorie d'emploi et de risques.

(7) 0,4 % sont payés par le salarié et 0,6 % par l'employeur.

*Depuis le 1er avril 2006, 1 euro vaut 1,9558 BGN.

B. Maladie - Maternité

Les soins de santé sont servis dans le cadre d'un régime universel à toutes les personnes qui résident légalement en Bulgarie. Peuvent prétendre aux indemnités journalières en cas de maladie et de maternité/paternité : les salariés travaillant plus de cinq jours ouvrables ou au moins 40 heures par mois, les fonctionnaires, les juges, les magistrats, les procureurs, les militaires, les membres du clergé et certaines autres catégories de travailleurs. Il existe également des possibilités d'assurance volontaire pour les prestations en espèces, notamment pour les retraités actifs.

1) Maladie

a) Prestations en nature

À noter :

Les assurés qui sont tenus de verser des cotisations à l'assurance maladie doivent justifier d'au moins trois mois de cotisation au cours des 36 mois précédant la délivrance des soins de santé, sinon ils règlent les frais de santé au prestataire et ne peuvent être remboursés *a posteriori*.

Médecins

Le patient consulte le médecin traitant généraliste, agréé par [le Fonds national d'assurance maladie](#), qu'il a préalablement choisi. Il est possible de changer de médecin traitant au maximum deux fois par an. Les consultations chez les spécialistes se font sur prescription du médecin généraliste.

En principe, pour chaque consultation chez le médecin ou dans un établissement de soins de santé, le patient doit s'acquitter d'une participation forfaitaire. Au 1^{er} janvier 2014, elle est fixée à 2,90 BGN.

Sont exemptés de toute participation, les enfants âgés de moins de 18 ans ou dépendants, les personnes atteintes de maladies listées dans l'accord cadre national, les anciens combattants et invalides de guerre, les professionnels de la santé, les patients atteints de tumeurs malignes et les personnes qui bénéficient d'une aide sociale.

Hospitalisation

Le patient peut choisir l'hôpital dans lequel il souhaite être soigné après recommandation de son médecin traitant (sauf en cas d'urgence). L'assuré paie en principe 5,80 BGN par jour d'hospitalisation dans la limite de 10 jours par an.

Personnes exemptées de la participation : Cf. *Médecins* ci-dessus.

Soins dentaires

L'accord cadre national pour les soins dentaires prévoit une prise en charge plus ou moins partielle des soins en fonction du traitement dispensé et de l'âge de l'assuré. Toutefois, ce dernier doit s'acquitter d'une participation pour chaque consultation fixée à 2,90 BGN au 1^{er} janvier 2014 (Cf. *Médecins* ci-dessus).

Selon cet accord, les personnes âgées de moins de 18 ans ont droit à une prise en charge d'un examen et de quatre soins dentaires par an. Les personnes âgées de plus de 18 ans ont droit à une prise en charge d'un examen et de deux soins dentaires par an. Les prothèses dentaires ne sont pas couvertes.

Produits pharmaceutiques

Les médicaments sont pris en charge par l'assurance maladie seulement pour les maladies répertoriées. Le Fonds national d'assurance maladie rembourse partiellement ou totalement jusqu'à trois produits pharmaceutiques par maladie répertoriée. La part remboursée est fixée dans l'accord cadre national annuel.

b) Prestations en espèces

Le travailleur salarié obligatoirement assuré pour les prestations en espèces de l'assurance maladie (Cf. champ d'application ci-dessus) doit justifier d'une durée d'affiliation minimum de 6 mois (cette condition ne s'applique pas pour les assurés âgés de moins de 18 ans). Le droit est en principe maintenu pendant une période maximum de 30 jours calendaires suivant la cessation de l'affiliation de l'assuré.

À noter :

L'incapacité de travail doit être attestée par un médecin ou par une commission consultative médicale. Le médecin peut établir un certificat pour une durée maximum de 14 jours consécutifs dans la limite de 40 jours par année calendaire. Pour toute période au-delà, le certificat doit être délivré par une commission consultative médicale.

Les indemnités sont servies sans délai de carence. L'employeur verse les indemnités pendant les 3 premiers jours de l'incapacité, au taux de 70 % du salaire brut journalier moyen du mois au cours duquel la maladie est survenue.

Le montant des indemnités journalières ensuite versées par [l'Institut National des Assurances Sociales](#) est égal à 80 % du salaire brut journalier moyen *, sans pouvoir être supérieur au salaire net journalier moyen pour la période pour

laquelle la prestation est calculée. Les indemnités sont versées pendant toute la durée de l'incapacité temporaire ou jusqu'à la déclaration d'invalidité.

* Le salaire de référence ne peut pas excéder le plafond des revenus cotisables pour l'année en cours, soit 2 400 BGN mensuels en 2014.

Soins aux membres de la famille

Le régime d'assurance maladie prévoit une indemnité journalière aux assurés qui dispensent des soins à un membre de leur famille malade :

- lorsque ce dernier est âgé de plus de 18 ans, l'assuré reçoit des indemnités journalières pendant 10 jours maximum par année calendaire ;
- lorsque ce dernier est un enfant âgé de moins de 18 ans, les membres de la famille assurés se partagent jusqu'à 60 jours par année calendaire (dans cette période il n'est pas pris en compte le temps de soins à un enfant dans les deux cas suivants) ;
- lorsque ce dernier est un enfant âgé de moins de 18 ans placé en quarantaine, les indemnités sont versées jusqu'à la levée de celle-ci ;
- les indemnités sont versées pendant toute la durée de l'hospitalisation lorsque l'enfant malade âgé de moins de 3 ans est hospitalisé avec l'assuré.

Le montant de l'indemnité journalière de soins est égal à 80 % du salaire brut journalier moyen*.

* Le salaire de référence ne peut pas excéder le plafond des revenus cotisables pour l'année en cours, soit 2 400 BGN mensuels en 2014.

Indemnité de réaffectation

Les indemnités journalières sont versées en cas de réaffectation d'un assuré vers un poste de travail moins rémunéré pour cause d'incapacité temporaire de travail. Le montant des indemnités journalières correspond à la différence entre le salaire journalier moyen brut perçu au cours des 18 mois précédant la réaffectation et le salaire journalier brut perçu dans le nouvel emploi. L'indemnité est servie pendant au maximum six mois.

Organisme compétent pour le versement des prestations :

- La demande de prestations en espèces de l'assurance maladie se fait auprès du bureau local de [l'Institut National des Assurances Sociales](#), compétent en fonction du lieu de résidence du demandeur.

2) Maternité

a) Prestations en nature

Les soins de santé liés à la maternité sont servis dans les mêmes conditions que dans le cadre de l'assurance maladie (Cf. 1. *Maladie*). Toutefois, pendant la grossesse et jusqu'à 45 jours après l'accouchement, les femmes assurées sont exonérées de la participation aux frais des soins.

b) Prestations en espèces

Le régime d'assurance maternité bulgare comprend trois prestations :

- une indemnité de grossesse et de maternité, servie durant le congé de maternité ou de paternité ;
- une indemnité de réaffectation en cas de grossesse ou d'allaitement, servie aux femmes qui sont affectées à un autre poste de travail pour des raisons de santé de la mère et de l'enfant ;
- une allocation de grossesse forfaitaire unique, versée sans condition de durée minimale d'affiliation aux femmes assurées ne pouvant pas prétendre à l'indemnité de grossesse et de maternité.

Conditions d'ouverture de droits

L'indemnité de grossesse et de maternité est servie à la mère et au père s'ils justifient chacun d'au moins 12 mois d'assurance couvrant tous les risques sauf chômage et accidents du travail-maladies professionnelles. L'indemnité de réaffectation en cas de grossesse ou d'allaitement est servie après avis médical et l'allocation de grossesse forfaitaire est versée aux femmes assurées qui ne remplissent pas la condition de durée d'assurance de 12 mois.

Congé

La mère bénéficie d'un congé de 410 jours par enfant dont 45 jours doivent obligatoirement être pris avant la date présumée de l'accouchement.

Le père qui remplit la condition de durée d'assurance de 12 mois bénéficie de 15 jours de congé indemnisé après la naissance de l'enfant. Par ailleurs, avec l'accord de la mère, le père peut utiliser une partie du congé de cette dernière mais seulement à partir du 6ème mois et jusqu'au 1er anniversaire de l'enfant.

Montant des prestations

L'indemnité de grossesse et de maternité est servie pendant le congé de maternité/paternité au taux journalier de 90 % du revenu journalier moyen cotisable* perçu au cours des 18 derniers mois précédant le congé.

Le montant de l'indemnité de réaffectation en cas de grossesse ou d'allaitement correspond à la différence entre le nouveau salaire journalier et le salaire journalier moyen perçu au cours des 18 mois précédant la date de la réaffectation.

L'allocation de grossesse est versée en une seule fois pour un montant forfaitaire proportionnel au nombre de jours qui séparent le début du congé de maternité et le jour permettant de justifier de la période requise d'assurance, dans la limite de 45 jours. Cette allocation est versée 45 jours avant la date présumée de l'accouchement.

Les prestations ne sont pas soumises à l'impôt.

* Le revenu maximum cotisable en 2014 est fixé à 2 400 BGN par mois.

C. Accidents du travail et maladies professionnelles

L'assurance obligatoire contre les accidents du travail et les maladies professionnelles vise les salariés travaillant plus de 5 jours ouvrables ou 40 heures par mois, les fonctionnaires, les membres du personnel de la justice, les militaires et autres membres du personnel de l'armée ainsi que les membres du clergé.

Sont reconnus comme accidents du travail, les dommages survenus sur le lieu du travail ou en relation avec l'activité exercée dans l'entreprise. Les accidents du trajet (y compris entre le lieu de travail et le lieu de domicile) sont également couverts.

Les maladies professionnelles font l'objet d'une liste approuvée par le Conseil des ministres. Cependant, sans figurer sur une liste, certaines maladies sont couvertes lorsqu'elles sont la conséquence directe de l'exercice de l'activité professionnelle habituelle.

Déclaration de l'accident :

- L'employeur est obligatoirement tenu de déclarer l'accident dans un délai maximum de 3 jours ouvrés auprès du bureau local de [l'Institut national des assurances sociales](#). En cas de non-respect de ce délai, la victime (ou ses membres de famille en cas de décès de la victime de l'accident) peut se charger de la déclaration elle-même dans un délai d'un an après la réalisation du risque.

a) Prestations en nature

Les soins de santé sont pris en charge dans les mêmes conditions que dans le cadre de l'assurance maladie.

b) Prestations en espèces

Indemnités journalières pour incapacité temporaire

Les indemnités journalières sont servies mensuellement dans les mêmes conditions que les prestations en espèces de l'assurance maladie mais au taux de 90 % (au lieu de 80 %) du salaire brut journalier moyen ou du salaire cotisable journalier moyen perçu au cours des 18 mois précédant la survenance de l'incapacité de travail.

Pension pour incapacité permanente

La pension pour incapacité permanente est servie à l'assuré victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, qui présente une réduction d'au minimum 50 % de la capacité de travail. Aucune période d'affiliation minimale n'est requise. La pension est servie mensuellement.

Le montant de la pension est calculé en multipliant le salaire mensuel cotisable national moyen par un coefficient individuel (Cf. [assurance invalidité](#)) et par l'un des coefficients suivants :

- 0,4 (personnes atteintes d'une réduction de la capacité de travail de plus de 90 %) ;
- 0,35 (personnes atteintes d'une réduction de la capacité de travail comprise entre 71 % et 90 %) ;
- 0,3 (personnes atteintes d'une réduction de la capacité de travail comprise entre 50 % et 70,99 %).

Au 1^{er} janvier 2014, le montant de la pension minimum mensuelle est fixé à 150 BGN.

Majoration pour assistance d'une tierce personne : la victime d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle atteinte d'une incapacité de plus de 90 % et qui se trouve en besoin d'assistance permanente d'une tierce personne, bénéficie d'un supplément égal à 75 % de la pension sociale de vieillesse (soit 82,50 BGN en 2014).

Prestations de survivants

Cf. [Assurance survivants](#).

D. Vieillesse, Invalidité, Survivants

1) Vieillesse

Historique :

Avant 2000, le système de retraite en Bulgarie était basé uniquement sur un système par répartition ; chaque année les cotisations sociales versées par les salariés finançaient directement le paiement des pensions attribuées aux retraités de l'année en cours. Des facteurs démographiques et économiques ont poussé à la constitution d'un système de retraite complémentaire fondé sur la capitalisation. C'est en 2000 que le système de pension actuel basé sur trois piliers a été introduit en Bulgarie, prévoyant un premier pilier d'assurance retraite obligatoire de base, un 2^{ème} pilier fondé sur une retraite complémentaire obligatoire gérée par des fonds privés universels et professionnels, ainsi qu'un 3^{ème} pilier basé sur une assurance supplémentaire volontaire.

Le régime d'assurance vieillesse obligatoire bulgare est composé de deux piliers. Le premier pilier, constitué d'un régime par répartition, sert les pensions aux travailleurs salariés et indépendants, aux agriculteurs et à toutes les personnes n'ayant pas de contrat de travail formel. Le deuxième pilier est un régime de pension complémentaire par capitalisation à cotisations définies, géré par la Caisse de retraite universelle pour les personnes nées après le 31 décembre 1959 et par la Caisse de retraite professionnelle pour les travailleurs classés dans les première et deuxième catégories d'emploi*. Ces derniers sont couverts uniquement par la caisse de retraite professionnelle lorsqu'ils sont nés avant 1960, et par les deux caisses (universelle et professionnelle) lorsqu'ils sont nés après le 31 décembre 1959.

* Les emplois sont classés en 3 catégories : les 1^{ère} et 2^{ème} catégories d'emploi visent les personnes travaillant ou ayant travaillé dans des conditions considérées pénibles. La 3^{ème} catégorie correspond aux emplois les moins dangereux.

Conditions

1er pilier

Les conditions d'ouverture des droits à pension sont fonction des points acquis par l'assuré. Ces points traduisent l'âge de l'assuré et le nombre d'années d'assurance. Les années d'assurance sont comptabilisées différemment selon que l'assuré appartient à la première, deuxième ou troisième catégorie d'emploi. En ce sens, trois années d'emploi dans la

1ère catégorie d'emploi équivalent à quatre années d'un emploi de 2ème catégorie, et cinq années d'un emploi de 3ème catégorie.

En 2012, un relèvement de l'âge légal de la retraite a été entamé pour les hommes et les femmes afin d'atteindre 65 ans pour les hommes en 2017 et 63 ans pour les femmes en 2020. Parallèlement, le nombre d'années d'assurance requis sera également relevé afin d'atteindre 40 ans pour les hommes et 37 ans pour les femmes en 2020 (voir tableau ci-dessous) :* **

Année de liquidation de la retraite	Âge légal de la retraite (hommes)	Années d'affiliation requises (hommes)	Âge légal de la retraite (femmes)	Années d'affiliation requises (femmes)
2012	63 ans et 4 mois	37,4	60 ans et 4 mois	34,4
2013	63 ans et 8 mois	37,8	60 ans et 8 mois	34,8
2014**	64 ans**	38**	61 ans**	35**
2015	64 ans et 4 mois	38,4	61 ans et 4 mois	35,4
2016	64 ans et 8 mois	38,8	61 ans et 8 mois	35,8
2017	65 ans	39	62 ans	36
2018	65 ans	39,4	62 ans et 4 mois	36,4
2019	65 ans	39,8	62 ans et 8 mois	36,8
2020	65 ans	40	63 ans	37

Source tableau : Institut National des Assurances Sociales - [Retirement and pensions 2013](#).

* Ces dispositifs concernent la majorité des salariés du secteur privé. Il existe des dispositions particulières pour certaines catégories de professions (militaires, fonctionnaires, etc.) Pour plus d'information, se renseigner auprès de [l'Institut National des Assurances Sociales](#).

** Le relèvement de l'âge de la retraite et de la durée d'affiliation requise est temporairement suspendu en 2014. Les conditions requises en 2013 restent en vigueur jusqu'en 2015.

Les personnes qui ne justifient pas du nombre d'années d'assurance requises (Cf. tableau ci-dessus), peuvent ouvrir droit à la pension à partir de l'âge de 65 ans et 8 mois (en 2014) si elles justifient d'une durée d'assurance d'au moins 15 ans avec versement de cotisations au titre d'un emploi effectif (soit hors périodes d'assurance assimilées). Un relèvement de cet âge est entamé depuis 2012 afin d'atteindre 67 ans en 2017 :*

Année de liquidation de la retraite	Âge (hommes et femmes)	Années d'affiliation requises (au titre de périodes de cotisations payées)
2012	65 ans et 4 mois	15
2013	65 ans et 8 mois	15
2014*	66 ans*	15
2015	66 ans et 4 mois	15

Année de liquidation de la retraite	Âge (hommes et femmes)	Années d'affiliation requises (au titre de périodes de cotisations payées)
2016	66 ans et 8 mois	15
2017	67 ans	15

Source tableau : Institut National des Assurances Sociales - [Retirement and pensions 2013](#).

* Le relèvement de l'âge requis est temporairement suspendu en 2014. La condition d'âge applicable pour l'année 2013 reste en vigueur durant l'année 2014.

2ème pilier

Les droits à pension du second pilier pour les personnes assurées auprès des caisses de retraite universelles, sont ouverts lorsque les droits à pension du premier pilier sont acquis.

Personnes ayant travaillé dans des conditions pénibles (1ère et 2ème catégories d'emploi) : voir ci-dessous *Anticipation*.

Montants

1er pilier

Le calcul de la pension tient compte du salaire de référence, de la durée d'affiliation (ajustée en fonction de la catégorie de l'emploi exercé, voir ci-dessus - *Conditions*), du revenu mensuel moyen national cotisable et du coefficient individuel de l'assuré.

Le coefficient individuel est déterminé à partir du ratio entre le revenu cotisable mensuel moyen de l'assuré et le salaire mensuel moyen national sur trois années consécutives, choisies par l'assuré, au cours des 15 dernières années précédant le 31 décembre 1996. Le même calcul est opéré sur la totalité de la période après le 31 décembre 1996. Le premier quotient est multiplié par 36 et le second par le nombre de mois pris en compte. La somme des ces produits est divisée par la somme du nombre de mois de chaque période.

La base de calcul de la pension est obtenue en multipliant le coefficient individuel par le revenu mensuel moyen national cotisable des 12 derniers mois précédant l'ouverture des droits à pension.

Le montant de la pension est alors calculé en multipliant la base de calcul par 1,1 %* pour chaque année d'affiliation assorti d'un montant proportionnel aux mois supplémentaires d'affiliation.

En 2014, le montant minimum mensuel de la pension de vieillesse est égal à 150 BGN.

Le montant de la pension (sans supplément) ne peut pas être supérieur à 35 % du revenu maximum cotisable de l'année en question**, à savoir 840 BGN par mois en 2014.

* À compter du 1er janvier 2017, le multiplicateur sera de 1,2 %.

**Revenu mensuel maximum cotisable en 2014 : 2 400 BGN.

2ème pilier

Le montant de la pension dû au titre du second pilier est fonction du capital accumulé sur le compte individuel de l'assuré. Il n'existe pas de pension minimale légale. Enfin, la somme des pensions servies du 1er et du 2ème pilier ne peut pas excéder 35 % du revenu maximum cotisable de l'année en question*, à savoir 840 BGN par mois en 2014.

* Revenu mensuel maximum cotisable en 2014 : 2 400 BGN.

Anticipation

Le droit à une pension anticipée est ouvert aux assurés ayant travaillé dans des conditions pénibles (1ère et 2ème catégories d'emploi). En 2014, il convient de justifier d'au moins :

- 10 années d'affiliation au titre d'un emploi de 1ère catégorie et être âgé(e) d'au moins 47 ans et 8 mois pour les femmes et 52 ans et 8 mois pour les hommes
ou
- justifier d'au moins 15 années d'affiliation au titre d'un emploi de 2^{ème} catégorie et être âgé(e) d'au moins 52 ans et 8 mois pour les femmes et 57 ans et 8 mois pour les hommes.
- **Pour plus d'information** sur les pensions anticipées, se renseigner auprès des fonds de pensions professionnelles.

Prorogation

L'assuré qui justifie de la durée d'affiliation requise pour pouvoir prétendre à la pension (voir ci-dessus) et qui continue à exercer son activité professionnelle après l'âge légal de la retraite sans faire liquider sa pension, a droit à une majoration de celle-ci de 4 % pour chaque année d'affiliation au-delà de l'âge légal, à laquelle s'ajoute un montant proportionnel aux mois d'affiliation supplémentaires. La pension peut être prorogée sans limite d'âge.

2) Invalidité

Champ d'application, définitions

Sont couvertes par l'assurance invalidité toutes les personnes affiliées à l'assurance vieillesse (Cf. Vieillesse ci-dessus). L'assurance invalidité prévoit l'octroi d'une pension aux assurés atteints d'une réduction de la capacité de travail, entière ou partielle, de manière permanente ou pendant une période dite de longue durée.

Il existe trois catégories d'incapacité de travail compte tenu du degré d'invalidité de l'assuré :

- Catégorie I : capacité de travail réduite de plus de 90 % ou degré de handicap supérieur à 90 % ;
- Catégorie II : capacité de travail réduite de 71 à 90 % ou degré de handicap compris entre 71 et 90 % ;
- Catégorie III : capacité de travail réduite de 50 à 70,99 % ou degré de handicap compris entre 50 et 70,99 %.

Conditions

Pour pouvoir bénéficier de la pension d'invalidité, il convient de présenter un « degré de handicap » de 50 % au minimum ou une réduction d'au minimum 50 % de la capacité de travail, ainsi que de remplir une condition de durée minimum d'affiliation (certains assurés sont exemptés de cette dernière condition, Cf. tableau ci-dessous).

	Durée minimum d'affiliation requise
Personnes âgées de moins de 20 ans, aveugles de naissance ou devenues aveugles avant de commencer à travailler	- (non applicable)
Personnes âgées entre 20 et 25 ans	1 an
Personnes âgées entre 25 et 30 ans	3 ans
Personnes âgées de 30 ans et plus	5 ans

Source du tableau : [L'Institut National des Assurances Sociales - Social Security Code.](#)

Montant

Le montant de la pension d'invalidité tient compte des années d'assurance, de la réduction de la capacité de travail ou du degré de handicap, du nombre d'années manquantes avant d'atteindre l'âge légal de la retraite, du coefficient individuel de l'assuré et du revenu national mensuel cotisable moyen.

Le coefficient individuel est déterminé à partir du ratio entre le revenu cotisable mensuel moyen de l'assuré et le salaire mensuel moyen national sur trois années consécutives, choisies par l'assuré, au cours des 15 dernières années travaillées avant le 31 décembre 1996. Le même calcul est opéré sur la totalité de la période postérieure au 31 décembre 1996. Le premier quotient est multiplié par 36 et le second par le nombre de mois pris en compte. La somme des ces produits est divisée par la somme du nombre de mois de chaque période.

La base de calcul de la pension est obtenue en multipliant le coefficient individuel par le revenu mensuel moyen national cotisable des 12 mois précédant la demande de liquidation de la pension.

Le montant de la pension est alors calculé en multipliant la base de calcul par 1,1 % pour chaque année d'affiliation plus un montant proportionnel aux mois d'affiliation. Ce produit est ensuite multiplié par un coefficient déterminé en fonction de la catégorie d'incapacité de travail de l'assuré (catégories : Cf. *Champ d'application, définitions* ci-dessus) :

- Catégorie I : 0,9
- Catégorie II : 0,7
- Catégorie III : 0,5

Pensions minimum et maximum :

La pension minimum d'invalidité est fixée selon les catégories d'incapacité (Cf. *Champ d'application, définitions* ci-dessus). Au 1^{er} janvier 2014, la pension minimum est égale à :

- Catégorie I : 172,50 BGN, soit 115 % du montant minimum de la pension de vieillesse
- Catégorie II : 157,50 BGN, soit 105 % du montant minimum de la pension de vieillesse
- Catégorie III : 127,50 BGN, soit 85 % du montant minimum de la pension de vieillesse.

Le montant maximum de la pension correspond à 35 % du revenu maximum cotisable de l'année en cours, à savoir 840 BGN par mois en 2014 (revenu mensuel cotisable en 2014 : 2 400 BGN).

Les pensions d'invalidité ne sont pas soumises à l'impôt.

Prestation forfaitaire

Les assurés qui ne justifient pas des périodes de cotisation requises pour pouvoir prétendre à la pension d'invalidité, reçoivent une prestation forfaitaire dont le montant correspond à 60 jours d'indemnités journalières de maladie.

Prestations de réadaptation

Des indemnités journalières sont servies aux assurés qui reçoivent des traitements en sanatorium ou en centre de soins pendant toute la durée du traitement et aux mêmes taux que ceux appliqués dans le cadre de l'assurance maladie ou de l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles.

Peuvent également bénéficier des indemnités journalières, les assurés qui sont en rééducation au travail et de ce fait perçoivent une rémunération inférieure dans leur nouveau poste. Le montant des indemnités journalières correspond à la différence entre la rémunération journalière moyenne des 18 derniers mois précédant la rééducation au travail et la rémunération journalière moyenne perçue après. Si l'assuré a travaillé moins de 18 mois avant le début de la rééducation, le montant de la prestation correspond à la différence entre la rémunération journalière moyenne avant la rééducation et la rémunération journalière moyenne perçue après.

3) Survivants

a) Pensions de survivant

Conditions et champ d'application

En principe, pour l'ouverture de droits aux pensions de survivant, il suffit que le défunt soit affilié à l'assurance pensions au moment du décès. Il n'existe pas de durée minimum d'affiliation.

Les pensions de survivant visent :

- le conjoint survivant qui était marié avec le défunt au moment du décès. Le conjoint ouvre droit aux prestations 5 ans avant d'atteindre l'âge légal de la retraite, ou avant s'il se trouve en incapacité de travail ;
- les enfants âgés de moins de 18 ans, ou jusqu'à 26 ans s'ils poursuivent leurs études ou font leur service militaire, et sans limite d'âge pour les enfants qui se trouvent en incapacité de travail lorsque le handicap est survenu avant l'âge de 18 ans (ou avant l'âge de 26 ans s'ils poursuivaient des études) ;
- les parents de l'assuré décédé au cours du service militaire, indépendamment de leurs âges ;
- les parents ayant atteint l'âge légal de la retraite mais ne percevant pas de pension personnelle.

Les conjoints divorcés ou les partenaires non-mariés n'ouvrent pas droit aux pensions de survivant.

Montant

Les pensions de survivants sont réparties entre tous les survivants du défunt. Le calcul des prestations est basé sur l'un des trois facteurs suivants :

- sur la pension de vieillesse de l'assuré décédé ou au titre des droits acquis ;
- sur la pension d'invalidité de l'assuré décédé ;
- sur la rente d'accident de travail ou maladie professionnelle de l'assuré décédé.

Dans ces deux dernières hypothèses, la base de calcul repose sur la pension qu'aurait perçue la personne décédée en tant que personne handicapée ayant perdu plus de 90 % de sa capacité de travail.

Les pensions représentent un pourcentage des droits acquis de la personne décédée. Un survivant ouvre droit à 50 % de la pension personnelle du défunt et 75 % ou 100 % de la pension sont répartis à parts égales pour respectivement deux survivants et trois survivants et plus.

La somme des pensions répartie entre tous les survivants ne peut pas être inférieure à 75 % de la pension minimum contributive de vieillesse (150 BGN par mois en 2014) et ne peut pas être supérieure à 35 % du revenu maximum cotisable de l'année en cours, à savoir 840 BGN par mois en 2014 (revenu maximum mensuel cotisable en 2014 : 2 400 BGN).

Les pensions de survivant ne sont pas soumises à l'impôt.

b) Majoration pour conjoint survivant

Lors du décès de l'assuré, son conjoint survivant pensionné ouvre droit à une majoration correspondant à 26,5 % de sa pension ou de la somme des pensions du conjoint décédé.

Cette majoration ne peut pas être cumulée avec une pension de survivant versée pour la même personne décédée.

c) Allocation de décès

En plus de la pension de survivant, les survivants reçoivent une allocation de décès qu'ils se partagent à parts égales. Son montant est fixé annuellement et correspond à 540 BGN en 2014.

E. Chômage

L'assurance chômage vise les salariés travaillant plus de 5 jours ouvrables ou 40 heures par mois, les fonctionnaires, les juges, les magistrats, les procureurs, les dirigeants de sociétés commerciales, les militaires et les membres du clergé.

Conditions

Pour pouvoir bénéficier des prestations de chômage, il convient de remplir les conditions suivantes :

- se trouver en situation de chômage complet ou partiel et être apte au travail ;
- être inscrit en tant que demandeur d'emploi auprès de [l'Agence bulgare pour l'Emploi](#) ;
- ne pas exercer d'activité requérant une assurance obligatoire et ne pas ouvrir droit à une pension de vieillesse ou à une retraite anticipée ;
- pouvoir justifier d'au moins 9 mois d'affiliation à l'assurance sociale au cours des 15 mois précédant la situation de chômage.

Demande de prestations :

- La demande de prestations de chômage se fait auprès du bureau local de [l'Institut National des Assurances Sociales](#), compétent en fonction du lieu de résidence du demandeur.

Montant

Le montant des prestations de chômage tient compte des revenus antérieurs de l'assuré dans la limite mensuelle de 2 400 BGN (2014), du montant journalier de l'indemnité chômage minimum et du motif de la perte de l'emploi.

Le montant journalier de l'indemnité correspond à 60 % du salaire journalier moyen cotisable des 24 derniers mois précédant immédiatement la réalisation du risque, sans pouvoir être inférieur à 7,20 BGN (2014).

Les personnes qui se trouvent volontairement au chômage ou licenciées sans préavis perçoivent le montant minimum de l'indemnité de chômage pendant 4 mois, soit 7,20 BGN par jour en 2014.

Les personnes salariées à temps partiel, percevant une rémunération inférieure au salaire minimum national, ont droit à 50 % des prestations de chômage susmentionnées.

Durée

Les indemnités sont versées mensuellement suivant la durée d'affiliation de l'assuré. Elles sont payées dès le 1er jour de la situation de chômage lorsque :

- la demande est effectuée dans un délai maximum de 3 mois à compter de cette date ;
- l'assuré est inscrit en tant que demandeur d'emploi auprès de l'Agence pour l'Emploi dans un délai maximum de 7 jours à compter de cette même date.

Durée d'affiliation	Durée du versement
Moins de 3 ans	4 mois
de 3 à 5 ans	6 mois
de 5 à 10 ans	8 mois
de 10 à 15 ans	9 mois
de 15 à 20 ans	10 mois
de 20 à 25 ans	11 mois
au-delà de 25 ans	12 mois

La durée de versement des prestations de chômage est limitée à 4 mois pour :

- les personnes qui ont délibérément quitté leur emploi ou qui ont été licenciées sans préavis ;
- les chômeurs qui retrouvent un emploi et qui ont de nouveau droit à des indemnités de chômage avant l'expiration du délai de trois ans suivant la dernière ouverture de leurs droits.

F. Prestations familiales

Les prestations familiales sont servies sous conditions de résidence, dans le cadre d'un régime universel financé par le budget de l'État. Les allocations familiales sont versées sous condition de ressources.

Les prestations familiales ne sont pas soumises à l'impôt.

1) Allocations familiales

Les allocations familiales sont versées en faveur des enfants à charge qui résident en permanence en Bulgarie, jusqu'à la fin de leurs études secondaires mais en principe pas au-delà de l'âge de 20 ans (sauf pour raisons de santé). Le revenu mensuel moyen brut par membre de la famille ne doit pas excéder 350 BGN. Les allocations familiales ne sont pas versées si l'enfant est totalement pris en charge par une institution spécialisée.

En 2014, le montant mensuel de l'allocation familiale correspond à :

- 35 BGN pour le premier enfant à charge ;
- 50 BGN pour le 2^{ème} enfant à charge ;
- 35 BGN pour le 3^{ème} enfant à charge et chacun des suivants.

À noter :

- En cas de naissance multiple, le montant de l'allocation pour chaque enfant né s'élève à 150 % du montant de l'allocation pour le 2^{ème} enfant à charge (voir ci-dessus).
- Le montant de l'allocation familiale correspond à 100 BGN pour chaque enfant handicapé quel que soit le revenu familial.

Enfin, une allocation mensuelle d'un montant de 100 BGN est versée à la mère qui n'ouvre pas droit aux indemnités de maternité pour chacun de ses enfants âgés de moins d'un an. La mère peut choisir une aide de l'assistance sociale à la place de l'allocation.

2) Allocations d'éducation

Le régime bulgare de protection sociale prévoit trois types d'allocations d'éducation : l'allocation d'éducation du jeune enfant, l'allocation unique pour élever un enfant âgé de moins d'un an et l'allocation unique pour élever des jumeaux.

Allocation d'éducation du jeune enfant

À l'expiration du congé de maternité (Cf. chapitre B. Maladie – Maternité), une allocation mensuelle de 340 BGN pour élever un jeune enfant est versée au parent ayant bénéficié du congé. L'allocation est versée jusqu'aux deux ans révolus de chacun des trois premiers enfants et jusqu'aux six mois révolus de chacun des enfants suivants.

Allocation unique pour élever un enfant âgé de moins d'un an

Une allocation unique d'un montant de 2 880 BGN est versée au parent qui élève un enfant âgé de moins d'un an lorsque la mère poursuit des études supérieures.

Allocation unique pour élever des jumeaux

Une allocation unique d'un montant de 2 400 BGN est versée au parent qui élève des jumeaux âgés de moins d'un an (soit 1 200 BGN par enfant).

3) Allocation de naissance

L'allocation de naissance est une prestation forfaitaire et unique versée à la mère à la naissance d'un enfant. Cette allocation n'est pas fonction du revenu familial. Son montant est égal à :

- 250 BGN pour le premier enfant ;

- 600 BGN pour le 2^{ème} enfant ;
- 200 BGN pour le 3^{ème} enfant et chacun des suivants.

En cas de naissance de jumeaux dont l'un est le quatrième enfant, le montant de l'allocation due pour chaque jumeau est identique à celui versé pour le troisième enfant (soit 600 BGN).

Enfin, si le revenu mensuel moyen brut par membre de la famille est égal ou inférieur à 350 BGN, une allocation forfaitaire de 150 BGN est versée, sous condition de résidence permanente, à la mère enceinte qui ne perçoit pas d'indemnités de maternité. Les femmes assurées qui n'ont pas suffisamment cotisé pour ouvrir droit aux indemnités de maternité percevront une part de cette allocation, proportionnelle au nombre de jours qui leur permettent d'y ouvrir droit dans la limite de 45 jours.

4) Allocations spéciales pour enfants handicapés

En cas de handicap permanent de plus de 50 % diagnostiqué avant les deux ans de l'enfant, la mère a droit à une indemnité complémentaire unique de 100 BGN. Cette allocation n'est pas fonction des revenus de la famille.

Par ailleurs, une allocation mensuelle de 100 BGN est versée pour les enfants atteints d'un handicap permanent jusqu'au 2^{ème} anniversaire de l'enfant, indépendamment des revenus de la famille.

Enfin, lorsque l'enfant présente un handicap permanent et est âgé de moins de 18 ans ou 21 ans s'il n'a pas terminé ses études secondaires, les parents reçoivent un supplément aux allocations familiales dont le montant en 2014 est égal à 240 BGN.

5) Avance sur le terme de la pension alimentaire

Sous certaines conditions, les municipalités peuvent verser la pension alimentaire du parent défaillant.

6) Allocation pour la scolarité

Au titre de l'année scolaire 2013/2014, une allocation forfaitaire d'un montant de 250 BGN est versée aux familles dont le revenu familial brut par personne ne dépasse pas 350 BGN et dont les enfants sont scolarisés à l'école primaire. Le bénéficiaire peut choisir de remplacer cette prestation en espèces par une prestation en nature.