

Le régime chypriote de sécurité sociale (salariés)

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

A. Généralités

1. Introduction
2. Structure et organisation administrative
3. Financement
4. Cotisations validées et créditées
5. Base de calcul pour les prestations en espèces

B. Maladie-maternité

1. Maladie
2. Maternité

C. Accidents du travail et maladies professionnelles

1. Champ d'application, étendue de couverture, conditions d'affiliation
2. Prestations en nature
3. Prestations en espèces

D. Invalidité, vieillesse et décès (survivants)

1. Invalidité
2. Vieillesse
3. Décès (survivants)

E. Prestations familiales

1. Allocations familiales
2. Allocation de naissance spéciale
3. Allocation de parent isolé

F. Chômage

A. Généralités

1 - Introduction

Le régime chypriote de protection sociale est entré en vigueur le 6 octobre 1980. Il couvre les branches maladie-maternité, invalidité-vieillesse-survivants, accidents du travail et maladies professionnelles, chômage et prestations familiales.

Les prestations en nature de l'assurance maladie-maternité et les prestations familiales sont servies au titre de la résidence ; les autres prestations sont servies au titre d'une activité professionnelle. Les travailleurs salariés sont obligatoirement couverts pour tous les risques, sauf pour les soins de santé dont la couverture se fait sur une base volontaire pour l'ensemble de la population.

2 - Structure et organisation administrative

Le Service des Assurances Sociales - Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Lord Byron Avenue 7, 1465 Nicosie, Chypre - gère et administre les prestations en espèces de l'ensemble des risques sociaux du régime de protection sociale. Il agit sous le contrôle du Ministère du Travail et de la Sécurité Sociale. Le bureau principal du Service des Assurances Sociales assure le rôle de coordinateur des différents bureaux de district, veille à la bonne application de la politique sociale et garantit le paiement des prestations sociales. Les bureaux de district sont principalement responsables du traitement des demandes, du recouvrement des cotisations et des contrôles.

Le Ministère de la Santé – « Υπουργείο Υγείας », 1 Prodromou & Chilonos Street 17, 1448 Nicosie, Chypre - est responsable de l'organisation du système des soins de santé et de la distribution des services des soins de santé financés par l'État.

Enfin, la mise en œuvre de la législation sur les prestations familiales, allocations de maternité et régime de soutien aux pensionnés à faibles revenus, est assurée par **le Service des Aides et des Prestations** - « Υπηρεσία Χορηγιών και Επιδομάτων », 1489 Nicosie, Chypre - qui dépend du Ministère des Finances – « Υπουργείο Οικονομικών » .

3 - Financement

Le régime chypriote de protection sociale est financé par les cotisations sociales des employeurs et des assurés ainsi que par les impôts.

Les prestations en nature de l'assurance maladie-maternité ainsi que les prestations familiales sont entièrement financées par l'État. Pour les autres risques, les employeurs et les salariés cotisent au même taux global (7,8 % en 2014) sur les revenus pris en compte pour le calcul des cotisations et des prestations. La base de calcul inclut toutes les rémunérations liées à l'emploi (à l'exception des paiements à titre gracieux et des primes occasionnelles) et les cotisations versées à la caisse centrale des vacances, dans la limite d'un certain plafond annuellement fixé. Aucune contribution n'est due pour la partie des revenus excédant ce plafond.

Taux de cotisations patronales et salariales au 1er janvier 2014			
Risque	Employeur	Salarié	Plafond mensuel ⁽¹⁾
ensemble des risques	7,8 %	7,8 %	4 533 € des revenus bruts assurables
(1) Le plafond hebdomadaire pour les cotisations salariales et patronales est limité à 1 046 €.			

Par ailleurs, l'employeur verse également une cotisation de 2 % du salaire brut de chaque employé (sans plafond) au Fonds de cohésion sociale.

4 - Cotisations validées et créditées

a) Cessation de l'obligation de cotiser

L'obligation de cotiser cesse au moment où l'assuré atteint l'âge de la retraite (65 ans). Toutefois, lorsqu'à cet âge les conditions d'affiliation requises pour l'ouverture de droit à une pension de retraite ne sont pas remplies, l'assuré est tenu de continuer le versement des cotisations jusqu'à obtention des conditions et au plus tard jusqu'à l'âge de 68 ans.

b) Cotisations créditées

Des cotisations créditées sont attribuées à l'assuré pour les périodes suivantes :

- études ou formation à temps plein après l'âge de 16 ans ;
- service à la garde nationale ;
- périodes où l'assuré est titulaire d'une prestation de chômage ;
- toute période d'incapacité (maladie, accident, invalidité) ouvrant droit à une prestation sociale ;
- périodes de congé parental.

De plus, jusqu'à 156 semaines de cotisations créditées sont attribuées aux femmes ouvrant droit à une pension après le 31.12.1992 et n'ayant pas cotisé le nombre d'années suffisantes du fait d'avoir élevé un enfant âgé de moins de 12 ans (156 semaines créditées pour chaque enfant). Par ailleurs, afin d'augmenter le taux d'une pension de survivant ou d'invalidité, des cotisations peuvent être créditées à l'assuré pour des périodes qui se situent entre la date de la réalisation du risque et la date de l'obtention de l'âge de la retraite.

5 - Base de calcul pour les prestations en espèces

À l'exception des prestations forfaitaires, le régime des prestations en espèces des assurances sociales fait l'objet de deux calculs. Pour cela, un **revenu de base hebdomadaire** « basic earnings » (Βασικές Ασφαλιστέες Αποδοχές), revalorisé tous les ans, leur sert de démarcation. Au 1er janvier 2014, il est fixé à 174,38 €. En-dessous de ce montant dit « revenu de base » on parle de la tranche inférieure ou « lower band », c'est-à-dire des revenus compris entre 1 € et 174,38 € par semaine. Au-dessus, c'est la tranche supérieure ou « upper band ». Le premier calcul consiste à déterminer le montant des prestations en prenant toujours en compte les revenus assurables situés en-dessous du revenu de base, et le second calcul tient compte des revenus assurables situés au-dessus.

Des points d'assurance (« insurance points ») sont attribués à l'assuré pour chaque année de cotisation. Un point d'assurance équivaut au montant annuel du revenu de base (« basic earnings »). Le premier point d'assurance (jusqu'à «

1 »), est affecté pour le revenu de base et tout point d'assurance excédant « 1 » est affecté aux revenus assurables de la tranche dite supérieure.

B. Maladie-maternité

1 - Maladie

a) Prestations en nature

Un nouveau système de santé à Chypre est entré progressivement en vigueur au cours de l'année 2013. Ce régime, qui comprend entre autres l'abolition de la catégorie d'assurés « B », la révision du critère de revenus pour l'ouverture de droit aux prestations ainsi que des nouveaux tarifs depuis le 1er août 2013, concerne l'ensemble des résidents assurés qui ont recours aux services de santé dans le cadre du système de santé public. Pour plus d'information, s'adresser au Ministère de la Santé.

Les informations ci-dessous concernent le système de santé en vigueur au 1er janvier 2014.

Champ d'application et catégories d'assurés

Le système chypriote de soins de santé s'applique à tous les citoyens chypriotes ou de l'UE/EEE/Suisse qui résident de manière permanente à Chypre et qui ont fait la démarche, facultative, de s'inscrire au système national de santé, sous condition qu'ils aient été affiliés au régime d'assurance sociale pendant une période minimum de 3 ans et appartiennent à l'une des catégories suivantes :

- assurés sans personnes à charge dont les revenus annuels ne dépassent pas 15 400 € ;
- membres de famille d'une personne assurée, dont les revenus annuels ne dépassent pas 30 750 € augmentés de 1 700 € par enfant à charge ;
- personnes souffrant de certaines maladies chroniques et autres catégories d'assurés spécifiques.

Consultations médicales

En règle générale, le patient doit consulter un médecin agréé, employé par l'État. Les assurés bénéficient du libre choix du médecin si ce dernier est agréé ; ils ne sont donc pas contraints de consulter un seul et unique généraliste. Les consultations chez un spécialiste se font sur prescription du médecin généraliste.

Le patient inscrit au système national de santé (Cf. *Champ d'application et catégories d'assurés* ci-dessus) ne paie qu'une participation forfaitaire de 3 € pour la consultation chez un médecin généraliste et 6 € chez un médecin spécialiste. Les autres patients paient une participation de 15 € par consultation chez un médecin généraliste et 30 € chez un spécialiste.

Soins et prothèses dentaires

Les soins dentaires ne sont pas couverts par le système d'assurance santé. Pour certaines catégories d'assurés à faibles revenus, les prothèses dentaires sont prises en charge à hauteur de 100 € par pièce.

Produits pharmaceutiques

Les produits pharmaceutiques sont fournis par les pharmacies des hôpitaux et des établissements de santé. Les médicaments prescrits et pris en charge sont issus d'une liste homologuée. Le patient inscrit au système national de santé (Cf. *Champ d'application et catégories d'assurés* ci-dessus) paie une participation de 0,50 € par produit pharmaceutique. Les autres catégories de patients paient le coût total des produits.

Hospitalisation

L'admission au sein des hôpitaux publics se fait sur prescription du médecin généraliste ou spécialiste. L'assuré sera dirigé vers l'hôpital où le médecin est employé.

L'hospitalisation est entièrement prise en charge par l'assurance maladie pour les patients inscrits au système national de santé (Cf. *Champ d'application et catégories d'assurés* ci-dessus). Les autres patients paient respectivement 95 €, 135 €

et 160 € par jour d'hospitalisation dans une chambre de 3ème, 2ème et 1ère catégorie, et 265 € en unité de soins intensifs.

Autres prestations

Il existe des subventions pour l'achat de certaines prothèses (auditives, internes) ainsi que des services de transport pris en charge en intégralité ou en partie pour certaines catégories d'assurés.

b) Prestations en espèces

Conditions

Les travailleurs salariés âgés entre 16 et 63 ans sont obligatoirement couverts pour les prestations en espèces de l'assurance maladie. L'assuré qui ne remplit pas les conditions d'affiliation requises pour ouvrir droit à une pension de vieillesse à l'âge de 63 ans est éligible aux prestations en cas de maladie, jusqu'à l'âge de 65 ans au plus tard.

Pour ouvrir droit aux indemnités journalières, le travailleur salarié doit remplir les conditions suivantes :

- être assuré depuis au moins 26 semaines au moment de l'apparition de l'incapacité et avoir versé des cotisations d'un montant au moins égal à 26 fois le revenu de base hebdomadaire assurable* ;
- avoir cotisé (ou justifier de contributions créditées) durant l'année précédente pour un montant au moins égal à 20 fois le revenu de base hebdomadaire assurable*.

* Le revenu de base hebdomadaire assurable est fixé à 174,38 € en 2014 (Cf. chapitre A. Généralités – 5. Base de calcul pour les prestations en espèces).

Un certificat d'incapacité de travail doit être délivré par le médecin dès le premier jour de maladie.

Durée de versement

Les indemnités de maladie sont servies aux travailleurs salariés après un délai de carence de 3 jours, pendant une période en principe limitée à 156 jours. Dans certains cas, elle peut être prolongée jusqu'à 312 jours.

Montant et calcul des prestations

Les indemnités de maladie comportent une prestation de base et une prestation complémentaire dont les montants hebdomadaires respectifs sont calculés de la manière suivante :

- **la prestation de base** correspond à 60 % de la moyenne du revenu de base hebdomadaire assurable (Cf. A. Généralités : 5 - *Base de calcul pour les prestations en espèces*) au cours de l'année précédente, portés à 80 %, 90 % ou 100 % pour une, deux ou trois personnes à charge* respectivement (maximum trois personnes à charge prises en compte pour le calcul) ;
- **la prestation complémentaire** correspond à 50 % de la moyenne des revenus hebdomadaires assurables de la « tranche supérieure » (Cf. A. Généralités : 5 - *Base de calcul pour les prestations en espèces*) de l'année précédente. Ce montant ne peut pas être supérieur au montant hebdomadaire du revenu de base assurable (soit 174,38 € en 2014).

* S'il n'y a pas de conjoint à charge, la majoration correspond à 10 % par enfant à charge, avec au maximum deux enfants pris en compte.

2 - Maternité

a) Prestations en nature

Les soins liés à la maternité sont servis dans les mêmes conditions que dans le cadre de l'assurance maladie (Cf. ci-dessus : 1 - *Maladie*).

b) Prestations en espèces

Indemnité de maternité

Conditions :

L'indemnité de maternité est servie dans le cadre de l'assurance maladie-maternité aux femmes salariées lorsqu'elles remplissent les conditions suivantes :

- avoir versé, pendant au moins 26 semaines avant le début de l'octroi de l'indemnité, des cotisations d'un montant au moins égal à 26 fois le revenu de base hebdomadaire assurable* ;
- avoir cotisé, ou été créditée, des cotisations durant l'année précédente pour un montant au moins égal à 20 fois le revenu de base hebdomadaire assurable*.

* Le revenu de base hebdomadaire assurable est fixé à 174,38 € en 2014 (* Cf. A. Généralités : 5 - Base de calcul pour les prestations en espèces).

Durée de versement :

L'indemnité de maternité est versée en faveur des mères biologiques pendant 18 semaines, commençant entre la 9ème et la 2ème semaine précédant la date présumée de l'accouchement.

Pour les mères adoptives, elle est versée à condition que l'enfant soit âgé de moins de 12 ans, pendant 16 semaines à compter de la semaine d'adoption.

Montant :

Le montant hebdomadaire de l'indemnité de maternité correspond à :

- **Prestation de base** : 72 % des revenus moyens hebdomadaires de l'année précédente (dans la limite du revenu de base assurable*) portés respectivement à 80 %, 90 % et 100 % pour une, deux ou trois personnes à charge ;
- **Prestation complémentaire** : 72 % des revenus moyens hebdomadaires assurables* au cours de l'année précédente situés au-dessus du revenu de base.

L'indemnité de maternité n'est pas imposable.

* Cf. A. Généralités : 5 - Base de calcul pour les prestations en espèces.

Allocation de naissance

Une allocation de naissance forfaitaire (« Βοήθημα Τοκετού ») est versée à la mère lorsqu'elle ou son époux remplit les conditions d'affiliation pour l'ouverture de droit à l'indemnité de maternité (voir ci-dessus).

En 2014, le montant de l'allocation est égal à 544,08 € par enfant.

C. Accidents du travail et maladies professionnelles

1 - Champ d'application, étendue de couverture, conditions d'affiliation

Les travailleurs salariés sont obligatoirement couverts par l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles. Elle couvre les risques suivants :

- l'incapacité temporaire ou la perte permanente des facultés physiques ou mentales résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle ;
- le décès résultant d'un accident survenu dans le cadre de l'activité professionnelle ;
- l'accident de trajet.

Il n'existe pas de condition de durée d'affiliation minimum pour l'ouverture de droit aux prestations ; il suffit que le travailleur exerce une activité salariée au moment de la réalisation du risque.

2 - Prestations en nature

Les soins de santé dispensés par les hôpitaux et établissements publics de santé sont gratuits. Dans certains cas, les frais de traitement dans des établissements privés peuvent également être pris en charge (se renseigner auprès du Ministère de la Santé).

3 - Prestations en espèces

a) Incapacité temporaire

La prestation pour incapacité temporaire est versée après un délai de carence de trois jours, pour une durée maximum de 12 mois à compter de la date de l'accident ou du diagnostic de la maladie professionnelle.

La prestation est calculée de la même manière que les indemnités journalières en cas de maladie (Cf. chapitre B - Maladie).

b) Incapacité permanente

Trois prestations sont envisageables en fonction du degré de l'incapacité permanente :

- une pension d'invalidité en cas d'un taux d'incapacité égal ou supérieur à 20 % ;
- une allocation d'invalidité d'un montant forfaitaire pour un taux d'incapacité compris entre 10 % et 19 % ;
- un supplément mensuel à la pension d'invalidité en cas de besoin d'assistance permanente.

Pension d'invalidité :

En cas d'incapacité totale (degré d'incapacité égal à 100 %), la pension hebdomadaire correspond à 60 % du revenu de base hebdomadaire*, portés à 80 %, 90 % ou 100 % pour une, deux ou trois personne(s) à charge respectivement**, auxquels s'ajoutent 60 % de la moyenne hebdomadaire des revenus assurables excédant le revenu de base*, pour la période démarrant le premier jour de la deuxième année avant celle au cours de laquelle l'accident est survenu, et se terminant le jour de l'accident.

En cas d'incapacité partielle, le montant de la pension est équivalent à un pourcentage de la pension d'incapacité totale proportionnel au degré de réduction de la capacité de travail.

* Cf. A. Généralités : 5 - Base de calcul pour les prestations en espèces.

** S'il n'y a pas de conjoint à charge, l'augmentation pour chaque enfant à charge est égale à 10 % de la pension de base (pris en compte d'au maximum 2 enfants).

Allocation d'invalidité :

L'allocation d'invalidité est en principe versée sous montant forfaitaire aux personnes dont le degré d'incapacité est compris entre 10 et 19 %. Pour l'année 2014, son montant est compris entre 3 777,87 € et 7 177,94 € en fonction du degré d'incapacité :

Degré d'incapacité	Montant (2014)
10 %	3 777,87 €
11 %	4 155,65 €
12 %	4 533,44 €
13 %	4 911,22 €
14 %	5 289,01 €

Degré d'incapacité	Montant (2014)
15 %	5 666,80 €
16 %	6 044,58 €
17 %	6 422,37 €
18 %	6 800,16 €
19 %	7 177,94 €

Supplément pour assistance permanente :

Ce supplément mensuel, égal à 228,33 € en 2014, vise les bénéficiaires d'une pension d'invalidité qui nécessitent une assistance ou une présence constante.

c) Décès

Les prestations servies en cas de décès du salarié assuré des suites d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, comprennent :

- **une pension de conjoint survivant**, se composant d'une prestation de base égale à 60 % du montant hebdomadaire du revenu de base assurable portés à 80 %, 90 % ou 100 % pour une, deux ou trois personne(s) à charge respectivement, et d'une prestation complémentaire égale à 60 % du montant de la pension d'invalidité complémentaire pour une réduction de capacité de 100 % (Cf. *b) Incapacité permanente* ci-dessus) ;
- **une pension d'orphelin** (Cf. chapitre C. Invalidité, vieillesse et décès (survivants) : 3 - *Décès (survivants)*) ;
- **une allocation-décès** (Βοήθημα Κηδεΐας), qui vise le conjoint survivant ou, le cas échéant, la personne ayant couvert les frais des funérailles. Depuis le 7 janvier 2013, le montant de l'allocation-décès s'élève à 507,81 €.

Enfin, une pension de survivant peut sous certaines conditions être versée aux parents survivants (uniquement lorsqu'il n'y a pas de conjoint survivant ou d'orphelins).

D. Invalidité, vieillesse et décès (survivants)

1 - Invalidité

a) Définition et champ d'application

Les travailleurs salariés sont obligatoirement couverts par l'assurance invalidité. Les personnes travaillant à l'étranger au service d'un employeur chypriote, peuvent s'assurer de manière facultative. Toutefois, pour l'ouverture de droit aux prestations, seules les cotisations au titre de l'assurance obligatoire sont prises en compte ; les cotisations des personnes volontairement assurées sont uniquement prises en compte pour déterminer le taux de la pension.

Les risques couverts sont :

- l'invalidité totale qui correspond à 100 % de réduction de la capacité de gain ;
- l'invalidité partielle, classée en trois catégories déterminant le montant de la pension, en fonction du taux de la réduction de capacité de gain : de 50 à 66,66 % (uniquement pour les personnes âgées de 60 à 63 ans), de 66,67 % à 75 % et de 76 % à 99 %.

b) Conditions d'ouverture de droit à pension

Pour prétendre à une pension d'invalidité, l'assuré doit remplir les conditions suivantes :

- être affilié au régime depuis au moins 156 semaines avant l'apparition de l'incapacité ;

- justifier de revenus assurés d'au moins 156 fois le revenu de base hebdomadaire*, c'est-à-dire avoir acquis 3 points d'assurance ;
- le nombre des points d'assurance pour l'assurance de base payée et assimilée pour la période entre le 5 octobre 1964 (ou, si l'assuré a atteint 16 ans après cette date, le premier jour de l'année pendant laquelle il a atteint cet âge) et la semaine avant la réalisation du risque, est équivalent à au moins 25 % du nombre d'années incluses dans cette période ;
- avoir versé ou avoir été crédité des cotisations au moins égales à 20 fois le revenu de base hebdomadaire* (0,39 points d'assurance) durant l'année précédant celle au cours de laquelle l'incapacité est survenue. Cette condition ne s'applique pas aux assurés dont la moyenne des revenus assurés des deux dernières années est au moins égale à 20 fois le revenu de base hebdomadaire*.

* Revenu de base en 2014 : 174,38 € par semaine. Cf. A. Généralités : 5 - Base de calcul pour les prestations en espèces.

Années d'assurance assimilées :

Sont considérées comme années d'assurance assimilées : les périodes de chômage, d'incapacité, de maternité, de service militaire, d'études et de congé parental. La femme ouvrant droit à une pension après le 31.12.1992 et n'ayant pas cotisé le nombre suffisant d'années du fait d'avoir élevé un enfant âgé de moins de 12 ans, peut bénéficier d'un crédit d'au maximum 156 semaines par enfant (voir la rubrique Cotisations validées et créditées sous chapitre A. Généralités).

La prestation d'invalidité (invalidité totale ou partielle) peut être servie jusqu'à l'âge de 63 ans.

c) Calcul de la pension

Invalidité totale

NB : Pour ouvrir droit à une pension d'invalidité totale, la capacité de gain de l'assuré doit être réduite de 100 %.

Le montant hebdomadaire de la pension d'invalidité totale, qui comporte une prestation de base et une prestation supplémentaire, est déterminé de la manière suivante :

- **Prestation de base** : 60 % de la valeur hebdomadaire de la moyenne annuelle des points d'assurance pour l'assurance de base payée et assimilée, portés respectivement à 80 %, 90 % et 100 % pour une, deux ou trois personnes à charge* ;
- **Prestation supplémentaire** : 1/52 de 1,5 % de la valeur totale des points d'assurance des revenus hebdomadaires assurables situés au-dessus du revenu dit « de base » (revenu de base en 2014: 174,38 € par semaine) sur la totalité de la carrière de l'assuré, plus les revenus assurables assimilés (crédits éventuels) entre la date de la survenance de l'invalidité et 63 ans.

* S'il n'y a pas de conjoint à charge, l'augmentation pour chaque enfant à charge est égale à 10 % (pris en compte d'au maximum 2 enfants).

Invalidité partielle

Le montant de la pension d'invalidité partielle correspond à un pourcentage de la pension à taux plein, en fonction du degré d'incapacité de l'assuré :

Pension d'invalidité partielle (montants 2014)	
Degré de réduction de la capacité de gain	Montant (% de la pension d'invalidité à taux plein)
De 50 % à 66,66 %	60 %
De 66,67 % à 75 %	75 %
De 76 % à 99 %	85 %

Pensions minimum et maximum :

En 2014, la pension minimum hebdomadaire est égale à :

- 88,22 € pour le pensionné seul (85 % x 60 % x 172,98 €)
- 117,63 € pour le pensionné ayant 1 personne à charge (85 % x 80 % x 172,98 €)
- 132,33 € pour le pensionné ayant 2 personnes à charge (85 % x 90 % x 172,98 €)
- 147,03 € pour le pensionné ayant 3 personnes à charge (85 % x 100 % x 172,98 €)

Il n'existe pas de pension maximum fixée par la loi.

d) Autres prestations

Les titulaires de pension ouvrent droit à l'accès gratuit aux traitements médicaux fournis par les hôpitaux et les institutions publics. Une « carte sociale » est délivrée à tous les citoyens âgés de plus de 63 ans et aux titulaires des pensions d'invalidité, leur permettant un accès à des événements sociaux et culturels ainsi que l'ouverture de droit à certain(e)s autres prestations/avantages.

2 - Vieillesse

Les travailleurs salariés sont obligatoirement couverts par l'assurance vieillesse. Les personnes travaillant à l'étranger au service d'un employeur chypriote, peuvent s'assurer de manière facultative.

a) Pension de vieillesse**Conditions**

L'âge légal de la retraite est fixé à 65 ans. La pension peut, sous certaines conditions, être servie à l'âge de 63 ans (voir ci-dessous : Retraite anticipée).

Pour pouvoir prétendre à une pension de vieillesse, il convient de remplir les conditions suivantes :

- avoir été affilié au régime pendant au minimum 624 semaines ; *
- justifier de cotisations payées au moins équivalentes à 624 fois le montant hebdomadaire du revenu de base assuré** (12 points d'assurance) ;
- justifier d'un nombre de points d'assurance pour l'assurance de base** au moins équivalent à 30 % du nombre d'années incluses dans la période du 5.10.1964*** (ou du 7.01.1957 si cela est plus avantageux) et la semaine de cotisation précédant celle au cours de laquelle l'assuré atteint l'âge de la retraite.

* Conditions en vigueur au 1er janvier 2014. Depuis 2013, la durée d'affiliation requise est progressivement relevée tous les ans afin d'atteindre 780 semaines en 2017. Le nombre de cotisations minimum payées sera proportionnellement relevé.

** Cf. A. Généralités : 5 - Base de calcul pour les prestations en espèces.

*** Ou, si l'assuré a atteint l'âge de 16 ans après le 5 octobre 1964 : le 1er jour de l'année au cours de laquelle il a atteint cet âge.

Années d'assurance assimilées :

Sont considérées comme années d'assurance assimilées : les périodes de chômage, d'incapacité, de maternité, de service militaire, d'études et de congé parental. La femme ouvrant droit à une pension après le 31.12.1992 et n'ayant pas cotisé le nombre suffisant d'années du fait d'avoir élevé un enfant âgé de moins de 12 ans, peut bénéficier d'un crédit d'au maximum 156 semaines par enfant (voir rubrique *Cotisations validées et créditées* sous chapitre A. Généralités).

Calcul et montant

Le montant hebdomadaire de la pension, composée d'une prestation de base et d'une prestation complémentaire, dépend du nombre d'années d'affiliation de l'assuré et du montant de ses revenus. Il est calculé de la manière suivante :

- **pour la pension de base**, 60 % de la valeur hebdomadaire de la moyenne annuelle des points d'assurance* depuis le 07.01.1957 (ou depuis le 05.10.1964 ou à partir de l'année de cotisation dans laquelle l'assuré atteint ses 16 ans jusqu'à la dernière semaine de cotisation précédant le départ à la retraite), portés respectivement à 80 %, 90 % et 100 % pour une, deux ou trois personnes à charge ** ;
- **pour la pension supplémentaire**, 1/52 de 1,5 % du montant total des revenus hebdomadaires assurables situés au-dessus du revenu de base assurable* (revenu de base hebdomadaire assurable au 1^{er} janvier 2014 : 174,38 €) sur la totalité de la carrière de l'assuré.

* Cf. A. Généralités : 5 - Base de calcul pour les prestations en espèces.

** S'il n'y a pas de conjoint à charge, l'augmentation pour chaque enfant à charge (avec au maximum 2 enfants pris en compte) est égale à 10 % de la pension de base.

La pension minimum hebdomadaire est égale à 85 % de la pension de base à taux plein, soit en 2014 :

- 88,22 € pour le pensionné seul (85 % x 60 % x 172,98 €)
- 117,63 € pour le pensionné ayant une personne à charge (85 % x 80 % x 172,98 €)
- 132,33 € pour le pensionné ayant 2 personnes à charge (85 % x 90 % x 172,98 €)
- 147,03 € pour le pensionné ayant 3 personnes à charge (85 % x 100 % x 172,98 €)

Il n'existe pas de pension maximum fixée par la loi.

Retraite anticipée

L'assuré a la possibilité de percevoir une pension de retraite anticipée à de 63 ans, s'il :

- satisfait les conditions d'ouverture des droits en matière de cotisations (voir ci-dessus) et si la moyenne de ses revenus hebdomadaires est égale à au moins 70 % du montant hebdomadaire du revenu de base (revenu de base hebdomadaire au 1^{er} janvier 2014 : 174,38 €) ;

et

- a bénéficié d'une pension d'invalidité immédiatement avant l'âge de 63 ans, ou s'il est âgé entre 63 et 65 ans et ouvre droit à une pension d'invalidité (mais ne peut en bénéficier en raison de son âge).

Si l'assuré remplit les conditions d'ouverture des droits à la pension anticipée et continue à verser des cotisations sur ses revenus professionnels entre l'âge de 63 et 65 ans (âge légal de la pension de vieillesse), il bénéficiera d'une augmentation hebdomadaire de sa pension correspondant à 1/52 de 1,5 % des revenus ayant fait l'objet de cotisations au cours de cette période.

Retraite prorogée

La liquidation de la pension de vieillesse peut être prorogée jusqu'à l'âge de 68 ans. Le montant de la pension est majoré de 0,5 % pour chaque mois de prorogation.

b) Prestation de vieillesse forfaitaire

Une prestation forfaitaire peut être versée à l'assuré à l'âge de 68 ans, lorsqu'à l'âge légal de la retraite il ne remplit pas les conditions d'affiliation pour pouvoir bénéficier de la pension de vieillesse (voir conditions ci-dessus).

L'intéressé doit justifier d'une affiliation pendant au minimum 312 semaines et de revenus assurables (dans le régime d'assurance de base) d'au moins 312 fois le montant hebdomadaire du revenu de base assurable* (6 points d'assurance).

Le montant de la prestation forfaitaire est égal à 15 % de la valeur totale des points d'assurance* des cotisations payées et créditées.

* Cf. A. Généralités : 5 - Base de calcul pour les prestations en espèces.

3 - Décès (survivants)

a) Champ d'application

Les travailleurs salariés sont obligatoirement couverts par l'assurance décès. Les personnes travaillant à l'étranger au service d'un employeur chypriote, peuvent s'assurer de manière facultative.

La pension de survivant est attribuée, sous certaines conditions, aux conjoint survivant et orphelins lorsque l'assuré décédé, au moment du décès :

- était titulaire d'une pension de vieillesse ou remplissait les conditions d'affiliation pour pouvoir en bénéficier ;
- avait cotisé pendant au moins 156 semaines pour l'assurance de base, d'un montant égal à au moins 156 fois le montant hebdomadaire des revenus de base assurables** (trois points d'assurance pour l'assurance de base), et le nombre de points d'assurance pour l'assurance de base payée et assimilée pour la période entre le 5 octobre 1964 (ou, si l'assuré a atteint 16 ans après le 5 octobre 1964, le premier jour de l'année pendant laquelle il a atteint cet âge) et la semaine avant celle de la qualification de la pension, est équivalent à au moins 25 % du nombre d'années incluses dans cette période.

* En cas de décès suite à un accident non professionnel, les conditions de cotisations sont identiques à celles pour l'octroi des prestations en espèces de l'assurance maladie.

** Cf. A. Généralités : 5 - Base de calcul pour les prestations en espèces.

Sous certaines conditions, une prestation forfaitaire peut être octroyée au conjoint de l'assuré décédé qui ne remplissait pas les conditions mentionnées ci-dessus.

b) Conjoint survivant

Pension

Pour ouvrir droit à une pension de conjoint survivant, la veuve devait être à charge du défunt et vivre avec lui au moment du décès. Quant au veuf, il devait être à charge de la défunte et se trouver en incapacité permanente de subvenir à ses besoins au moment du décès de cette dernière.

Le montant hebdomadaire de la pension pour conjoint survivant correspond à 60 % de la valeur hebdomadaire de la moyenne annuelle des points d'assurance pour l'assurance de base payée et assimilée* de l'assuré décédé, portés respectivement à 80 %, 90 % ou 100 % pour une, deux ou trois personnes à charge, auxquels s'ajoute un montant égal à 60 % de la pension complémentaire de vieillesse ou d'invalidité qui était versée ou qui aurait été versée.

En cas de remariage, le versement de la pension est suspendu et remplacé par un paiement forfaitaire égal au montant de la pension pour un an, sans possibilité de supplément pour personnes à charge (voir ci-dessous).

Il n'existe pas de pension maximum fixée par la loi.

* Cf. A. Généralités : 5 - Base de calcul pour les prestations en espèces.

Prestation forfaitaire

Une prestation forfaitaire, à la place d'une pension (voir ci-dessus), peut être versée au conjoint survivant dans les deux cas suivants :

- lorsque l'assuré décédé ne remplissait pas toutes les conditions d'affiliation requises pour la pension de survivant, mais avait payé l'assurance de base égale à au moins 156 fois le montant hebdomadaire des revenus de base assurables (au moins 3 points d'assurance)*. Dans ce cas, le montant de la prestation est égal à 15 % de la totalité de la valeur des points d'assurance pour l'assurance de base* et à 9 % de la valeur des points d'assurance pour l'assurance complémentaire* du conjoint décédé ;
- en cas de remariage, moyennant la suppression du versement de la pension. Dans ce cas, le paiement forfaitaire est égal au montant correspondant à une année de pension, sans possibilité de supplément pour personnes à charge.

* Cf. A. Généralités : 5 - Base de calcul pour les prestations en espèces.

c) Orphelins

Pour pouvoir bénéficier d'une pension, l'orphelin devait être à charge du défunt. L'âge limite pour pouvoir y prétendre est en principe fixé à 15 ans. Toutefois, les orphelins célibataires (hommes) poursuivant des études à temps plein ou au service militaire peuvent en bénéficier jusqu'à l'âge de 25 ans et les étudiantes célibataires y ouvrent droit jusqu'à l'âge de 23 ans en cas d'études à plein temps. Pour les orphelins célibataires atteints d'une incapacité permanente, il n'existe pas de limite d'âge.

Montant :

Orphelins de père ou de mère

Le montant hebdomadaire de la pension par orphelin y ouvrant droit* est égal à 20 % du revenu de base hebdomadaire assurable, soit 34,60 € en 2014.

* La pension est versée pour au maximum 3 orphelins au total.

Orphelins de père et de mère

La pension pour l'orphelin des deux parents, composée d'une prestation de base et d'une prestation supplémentaire, est calculée de la manière suivante :

- 40 % du revenu de base hebdomadaire assurable (soit environ 70 € par semaine en 2014),

plus

- 50 % de la pension complémentaire pour conjoint survivant qui était versée ou qui aurait été versée (100 % en cas de deux orphelins ou plus).

Une somme forfaitaire égale à un an de pension d'orphelin est versée à l'orphelin qui cesse d'être dépendant avant d'atteindre l'âge de 17 ans.

d) Allocation-décès

Une allocation-décès (« Βοήθημα Κηδείας ») d'une somme forfaitaire* est versée au conjoint survivant ou à la personne qui prend en charge les frais d'obsèques, en cas de décès d'un assuré salarié ou d'un pensionné, ou en cas de décès du conjoint ou de l'enfant à charge de l'assuré ou du pensionné.

* Au 1er janvier 2014, le montant de l'allocation correspond à 507,81 € (décès de l'assuré/du pensionné) ou 253,91 € (décès de l'enfant/du conjoint à charge).

E. Prestations familiales

1 - Allocations familiales

a) Conditions générales

Les allocations familiales sont accordées aux familles avec au moins un enfant à charge, sous condition de ressources et de résidence à Chypre au cours des trois années précédant immédiatement la demande.

En règle générale, les allocations familiales sont versées jusqu'à l'âge de 18 ans de l'enfant. La durée de versement est prolongée jusqu'à l'âge de 19 ans pour un(e) étudiant(e) à temps plein et jusqu'à 21 ans pour l'enfant qui effectue son service militaire à la Garde Nationale. En cas d'infirmité permanente grave, les allocations sont versées pour une période illimitée, c'est-à-dire sans limite d'âge.

NB : Les allocations familiales sont versées uniquement pour les enfants à charge, non-mariés, qui vivent sous le même toit que le(s) parent(s) attributaire(s).

Condition de revenus et de ressources

Les revenus et les ressources perçus par le foyer en 2013 sont pris en compte pour l'examen des droits pour l'année 2014. Le revenu annuel brut total ne doit pas excéder un montant qui varie selon la situation de la famille :

- 49 000 € pour les familles ayant 1 enfant à charge ;
- 59 000 € pour les familles ayant 2 enfants à charge ou plus.

NB : Indépendamment du montant des revenus familiaux, les allocations familiales ne sont pas accordées lorsque le patrimoine immobilier de la famille excède 1 200 000 €.

b) Allocataire

Les allocations familiales sont versées à :

- la mère de l'enfant lorsque les deux parents vivent ensemble ;
- le père ou la mère célibataire, veuf/veuve ou divorcé(e) ;
- la personne qui assure la garde de l'enfant en cas de décès des deux parents.

c) Périodicité

Les familles d'un ou de deux enfants perçoivent les allocations familiales sous forme de versement annuel (fin de chaque année), et celles de trois enfants et plus reçoivent des prestations mensuelles exception faite du premier versement qui est effectué à la fin du premier trimestre de chaque année.

NB : Conformément à la Loi sur les allocations familiales entrée en vigueur le 01.01.2012, la demande d'allocation doit désormais être renouvelée tous les ans.

d) Montant

Le montant des allocations familiales est fonction du nombre d'enfants à charge et des revenus bruts annuels du ménage. Les revenus annuels de référence sont ceux de l'année précédant immédiatement l'année en cours (n-1).

Tableau 1 : Allocations familiales pour familles ayant des revenus bruts annuels jusqu'à 49 000 €

Nombre d'enfants à charge :	Montant de base mensuel par enfant à charge :	Supplément mensuel pour familles avec revenus jusqu'à 19 500 € en 2013 (par enfant) :	Supplément mensuel pour familles avec revenus de 19 500,01 à 39 000 € en 2013 (par enfant) :
1 enfant	31,66 €	7,92 €	3,75 €
2 enfants	31,66 €	15,83 €	11,67 €
3 enfants	63,33 €	23,75 €	19,58 €
4 enfants ou plus	105 €	34,58 €	22,08 €

Source tableau : Ministère des Finances – *Application for child benefit and single parent benefit for the year 2014.*

Tableau 2 : Allocations familiales pour familles ayant des revenus bruts annuels entre 49 000 € et 59 000 €

Nombre d'enfants à charge :	Montant mensuel par enfant à charge :
1 enfant	0 €
2 enfants	
3 enfants	
4 enfants ou plus	

Source tableau : Ministère des Finances – *Application for child benefit and single parent benefit for the year 2014.*

2 - Allocation de naissance spéciale

L'allocation de naissance spéciale vise les mères célibataires résidant à Chypre depuis les 12 derniers mois, qui n'ouvrent pas droit à l'allocation de naissance servie dans le cadre de l'assurance maternité. L'allocation, versée à la naissance de l'enfant, correspond à un montant forfaitaire égal à 544,08 € en 2014.

3 – Allocation de parent isolé

L'allocation de parent isolé est attribuée conformément à la Loi sur les allocations familiales depuis le 01.06.2012. Avant cette date, la prestation pour parent isolé relevait du régime d'aide sociale accordée par le Service d'assistance sociale sous le Ministère du Travail et de la Sécurité Sociale. Elle est désormais versée par le Service des Aides et des Prestations « Υπηρεσία Χορηγιών και Επιδομάτων » du Ministère des Finances.

L'allocation de parent isolé est attribuée mensuellement aux familles monoparentales ouvrant droit aux allocations familiales (Cf. conditions ci-dessus) et dont le revenu familial brut annuel est au maximum égal à 49 000 €.

Allocation de parent isolé – montants en 2014	
Revenu familial brut annuel*	Montant mensuel (par enfant à charge)
0 – 39 000 €	180 €
39 000,01 – 49 000 €	160 €

* Le revenu annuel de référence est celui de l'année précédant immédiatement l'année en cours (n-1).

Source tableau : Ministère des Finances – *Application for child benefit and single parent benefit for the year 2014.*

F. Chômage

a) Conditions et champ d'application

Les travailleurs salariés sont obligatoirement couverts par l'assurance chômage. Les personnes travaillant à l'étranger au service d'un employeur chypriote, peuvent s'assurer de manière facultative.

Pour ouvrir droit aux prestations de chômage, il convient de remplir les conditions suivantes :

- être âgé entre 16 et 63 ans (ou âgé de moins de 65 ans si le demandeur d'emploi n'ouvre pas droit à la pension de vieillesse à l'âge de 63 ans) ;
- être inscrit auprès des services compétents, apte et disponible au travail ;

- avoir été assuré pendant au moins 26 semaines précédant la situation de chômage et avoir versé, jusqu'à la date de mise au chômage, des cotisations d'un montant au moins égal à 26 fois le revenu de base hebdomadaire (fixé à 174,38 € pour l'année 2014), soit 0,5 points d'assurance ;

avoir cotisé, ou justifier de cotisations créditées, durant l'année précédente pour un montant au moins égal à 20 fois le revenu de base hebdomadaire (soit 0,39 points d'assurance).

b) Durée de versement

Les prestations sont en règle générale servies après un délai de carence de trois jours* et pour une période maximum de 156 jours.

* D'autres conditions s'appliquent pour les contribuables volontaires à l'étranger ; pour ces personnes, le délai de carence est fixé à 30 jours.

c) Montant

Le montant hebdomadaire de l'allocation de chômage (calculée de la même manière que les indemnités journalières de maladie) correspond à :

- **une prestation de base, égale à 60 % de la moyenne du revenu de base hebdomadaire assurable (Cf. A.**
Généralités : 5 - Base de calcul pour les prestations en espèces) au cours de l'année précédente, portés respectivement à 80 %, 90 % ou 100 % pour une, deux ou trois personnes à charge (maximum trois personnes à charge prises en compte pour le calcul)* ;

plus

- **une prestation complémentaire, égale à 50 % de la moyenne des revenus hebdomadaires assurables de la**
« tranche supérieure » (Cf. A. Généralités : 5 - Base de calcul pour les prestations en espèces) de l'année précédente. Ce montant ne peut pas être supérieur au montant hebdomadaire du revenu de base assurable (soit 174,38 € en 2014).

* S'il n'y a pas de conjoint à charge, la majoration correspond à 10 % par enfant à charge (prise en compte d'un maximum deux enfants).

Les prestations de chômage ne sont pas soumises à l'impôt.