

Le régime coréen de sécurité sociale (salariés)

- I. Généralités
- II. Maladie – Maternité
- III. Accidents du travail, maladies professionnelles
- IV. Assurance Pensions (NPS – régime pension nationale)
- V. Chômage

I. Généralités

1. Structure

Le régime coréen couvre contre les risques :

- maladie-maternité, exclusivement les soins de santé (l'assurance ne prévoit pas d'indemnités journalières) ;
- accidents du travail et maladies professionnelles ;
- vieillesse-invalidité-survivants ;
- chômage.

Les assurés ouvrent droit aux assurances maladie-maternité et pension de par leur résidence en Corée du Sud.

[L'Institution nationale d'assurance maladie \(National Health Insurance Corporation – NHIC\)](#) - qui gère le régime de protection sociale est le seul et unique assureur du système national d'assurance maladie. Placé sous la tutelle du [Ministère de la Santé et de l'Action Sociale \(Ministry of Health and Welfare\)](#), il couvre tous les salariés du secteur privé. Depuis le 1er janvier 2011, la NHIC collecte les cotisations pour l'ensemble des risques.

[Le National Pension Service - NPS](#) gère le régime vieillesse-invalidité-survivants (régime pension nationale). Il administre et paie les pensions.

[Le Korea Workers' Compensation & Welfare Service - COMWEL](#), administre l'assurance accidents du travail-maladies professionnelles (WCI) sous la tutelle du [Ministère du Travail \(Ministry of Employment and Labor\)](#). En avril 2010, le COMWEL a étendu son champ d'activité au service médical en créant ses propres institutions médicales avec neuf hôpitaux, deux centres de soins, et un centre de réhabilitation supplémentaires.

L'assurance chômage (EI – « Employment Insurance Programme »), introduite en Corée en 1995, est gérée par le *Bureau of Employment Policy* du Ministère du Travail et les prestations sont versées par les offices locaux d'emploi.

2. Financement

Le financement de **l'assurance pensions** est effectué principalement par les cotisations payées par les assurés et les employeurs. Une partie des frais administratifs du régime des pensions est supportée par le gouvernement. Le salarié et l'employeur paient la cotisation à parts égales. Toute personne affiliée volontairement ou d'office à l'assurance dite "individuelle" doit supporter la totalité de la cotisation de 9 % (il existe toutefois certains cas d'exemption de paiement tout en gardant le statut d'affilié, notamment pour les personnes à très faibles revenus). L'assurance dite "individuelle" concernent les travailleurs non-salariés, les personnes sans revenu de plus de 27 ans et les personnes âgées entre 18 et 26 ans ayant au moins cotisé 1 mois.

Le système national **d'assurance maladie (NHI Program)** est principalement financé par les cotisations à la charge du salarié et de l'employeur ainsi que par les subventions du gouvernement.

L'assurance **accidents du travail-maladies professionnelles** est financée d'une part par les cotisations patronales (les salariés en sont exemptés), et d'autre part par l'Etat.

L'assurance chômage est financée par les cotisations patronales, salariales et celles des personnes volontairement assurées.

Taux de cotisations au 1er janvier 2014

Risques	Salarié	Employeur	Plafond
Vieillesse, invalidité, survivants 1	4,5 %	4,5 %	3.980.000 won ³ par mois
Maladie-maternité	2,995 %	2,995 %	sur la totalité du salaire
Chômage	0,45 %	entre 0,7 % et 1,3 % en fonction du type d'entreprise	sur la totalité du salaire
Accidents du travail 2	-	entre 0,7 % et 36 % en fonction des risques	sur la totalité du salaire

¹ La cotisation vieillesse-invalidité-survivants est perçue sur un salaire mensuel standard, compris entre 250.000 et 3.980.000 won (il existe 45 niveaux de salaire mensuel standard).

² Le montant moyen de la cotisation accidents du travail est de l'ordre de 1,78 % de la totalité des salaires annuels.

³ Au 1er octobre 2013, le won (KRW) vaut 0,000688 euros.

Le salaire minimum brut est de 41.680 won/jour en 2014 pour 8 heures de travail (5.210 won par heure).

La durée légale du temps de travail est de 44 h/semaine maximum pour les entreprises qui emploient 20 salariés ou plus, les compagnies d'assurance et les organisations publics. Depuis le 1er juillet 2011, chaque entreprise qui emploie au moins 5 salariés est obligatoirement soumise à une durée légale du temps de travail de 40h/semaine.

II. Maladie – Maternité

1. Couverture

L'assurance maladie-maternité (*le NHI Program*) couvre tous les salariés et les résidents qui ne bénéficient pas de la qualité d'ayants-droit et qui, de ce fait, sont obligatoirement tenus de cotiser au régime (à l'exception des personnes à très faibles revenus qui sont couvertes sous le *Medical Aid Program*).

Ouvrent droit aux prestations servies dans le cadre de l'assurance, l'assuré et ses ayants-droit. Il existe également une possibilité d'assurance volontaire.

Peuvent être reconnues comme ayants-droit, les personnes sans revenu à titre personnel et à charge de l'assuré lorsqu'elles entrent dans une des catégories suivantes : conjoints, frères et sœurs, héritiers en ligne directe, et descendants (et leur conjoints) du titulaire du droit ou de son conjoint.

2. Prestations en nature

Les soins de santé servis dans le cadre de l'assurance maladie-maternité englobent les examens médicaux, les soins préventifs, la réhabilitation, l'hospitalisation, les médicaments, les traitements, les transports, etc.

Les assurés et leurs ayants-droit ([voir ci-dessus : 1. Couverture](#)) bénéficient gratuitement des examens médicaux périodiques et des examens lors d'une grossesse.

Les soins peuvent être servis par des centres agréés par le NHI Program ou des centres de soins privés.

Le Fonds d'assurance maladie contribue au financement d'une partie des frais pour les soins de santé, laissant un montant à charge du patient selon le tableau ci-dessous :

Nature de prestation	Participation du patient (au 1er janvier 2014)
Hospitalisation	20 % du coût total (cancer ou maladie grave : 5-10 %)
Traitement (hôpital tertiaire)	60 % de (coût du traitement + frais de consultation)
Traitement (hôpital général)	50 % de (coût du traitement + frais de consultation)
Traitement (hôpital)	40 % de (coût du traitement + frais de consultation)
Traitement (clinique)	30 % du coût du traitement
Pharmaceutique	30 % du coût total

Le patient doit choisir un médecin référant ou un établissement agréé par le NHI. Un traitement dans un hôpital non affilié nécessite obligatoirement une prescription du praticien (sauf en cas d'accouchement, soins d'urgence, soins dentaires, soins aux personnes atteintes d'hémophilie).

Les traitements médicaux sont en règle générale fournis à un coût moins élevé dans les Centres publics de santé.

Plafond de participation du patient

La participation du patient est diminuée lorsque la totalité annuelle des frais de soins excède 2 à 4 millions de wons (en fonction de ses revenus).

3. Prestations en espèces

Le régime coréen de sécurité sociale ne prévoit pas d'indemnités journalières en cas de maladie ou de maternité. Toutefois, il existe différents types de prestations en espèces, servies sous forme de remboursement ou de compensation :

A/ Compensation pour participation excédentaire

Le patient est remboursé de l'équivalent de 50 % du montant excédentaire lorsque sa participation aux frais au cours d'une période de 30 jours excède 1,2 million wons.

B/ Remboursement pour soins de santé d'urgence

Le patient peut se faire rembourser pour certains soins de santé d'urgence, notamment lorsqu'il a dû supporter les frais de traitements d'urgence fournis par une institution non-rattachée au programme *NHI*, ou en cas d'accouchement ailleurs que dans une institution médicale.

C/ Compensation pour dépenses liées aux frais médicaux des personnes handicapées

Il s'agit d'une compensation visant à couvrir 80 % des frais spéciaux liés au handicap (canne, fauteuil roulant, auxiliaires auditifs/visuels, etc.) dans la limite d'un certain plafond.

III. Accidents du travail, maladies professionnelles

1. Définitions et champ d'application

Depuis 2000, chaque entreprise qui emploie une personne ou plus est, en règle générale, obligatoirement tenue de cotiser au régime WCI, et de ce fait le salarié (et ses dépendants dans certains cas) ouvrent droit aux prestations en cas

d'accident du travail ou de maladie professionnelle. Les travailleurs à temps partiel sont également obligatoirement couverts. Il n'existe pas de période minimum d'affiliation pour pouvoir prétendre aux prestations.

Sont exemptés de l'assurance obligatoire :

- Entreprises spécialisées dans le secteur agricole, forestier, de la chasse et de la pêche ayant moins de 5 employés ;
- Electriciens, travailleurs dans la télécommunication, pompiers, employés de maison ;
- Petites entreprises du secteur tertiaire ;
- Certaines entreprises ayant moins de 50 employés (secteur des transports, secteur tertiaire).

Une couverture volontaire est possible pour toute entreprise et personne entrant dans une des catégories mentionnées ci-dessus.

Il existe des régimes spécifiques pour les fonctionnaires civils et militaires, pour les employés d'écoles privées et les marins.

Peuvent être reconnus comme accident du travail ou maladie professionnelle, l'accident ou la maladie survenu(e) à l'occasion ou par le fait du travail. Un accident survenu sur le trajet vers le lieu d'exécution du travail et inversement est uniquement couvert lorsque le trajet est effectué sous la subordination de l'employeur (véhicule fourni par l'employeur).

L'employeur est tenu de déclarer tout accident dont serait victime un de ses salariés. Le salarié doit remplir un formulaire de demande de prestations qui doit être envoyé à un des *branch offices* du *Korea Workers' Compensation & Welfare Service* (COMWEL). Les formulaires peuvent être fournis à ces mêmes offices ([consulter la liste des branch offices dans le pays](#)), aux institutions médicales propres du régime ou en les téléchargeant directement sur le [site Internet du COMWEL](#).

Les montants minimum et maximum des prestations en espèces servies dans le cadre de l'assurance sont ajustés annuellement par rapport aux évolutions des salaires.

2. Prestations en nature

100 % des soins de santé nécessaires (examens, hospitalisation, médicaments, transports, soins dentaires, réhabilitation, etc.) suite à un accident du travail ou une maladie professionnelle et effectués dans une institution médicale autorisée sont pris en charge dans le cadre de l'assurance lorsque la durée de traitement est d'au moins 4 jours.

En règle générale, le COMWEL paie directement l'institution dans laquelle le traitement a été effectué. Toutefois, dans l'hypothèse où l'assuré aurait fait l'avance des frais, un remboursement postérieur est possible sur demande.

3. Prestations en espèces

A/ Incapacité temporaire

En règle générale : à partir du 4ème jour d'incapacité de travail due à un traitement (et pendant 2 ans maximum), la victime percevra des indemnités journalières correspondant à 70 % de son salaire moyen journalier des trois mois précédant immédiatement la survenance de l'incapacité.

Exceptions dans le calcul du montant des indemnités en cas d'incapacité temporaire : d'autres modes de calcul des indemnités peuvent s'appliquer dans des cas particuliers, notamment si l'activité professionnelle exercée par la victime relevait d'un contrat à durée déterminée, si elle percevait un faible revenu ou si elle est âgée de 61 ans ou plus (pour plus d'informations, se renseigner directement auprès du [COMWEL](#)).

Au-delà de 2 ans d'incapacité de travail due aux besoins de soins de santé, les indemnités journalières sont remplacées par la rente dite « *Injury-Disease Compensation Annuity* ».

B/ Injury-Disease Compensation Annuity

L'assuré qui après avoir suivi le traitement prescrit **au-delà de 2 ans** continue à présenter une incapacité de travail selon une des catégories 1, 2 ou 3, ainsi que l'assuré qui ouvre droit à des prestations en espèces pour "incapacité permanente" bénéficie d'une **rente de compensation annuelle** lorsqu'il nécessite d'une période prolongée de traitement à la suite de l'accident ou de la maladie.

Calcul de la rente* : Le montant de la rente est de 70,4 à 90,1 % du salaire moyen journalier de l'assuré x (257, 291 ou 329 selon le degré d'incapacité).

*D'autres modes de calcul s'appliquent à l'assuré qui a atteint l'âge de 61 ans ou qui dispose de faibles revenus. En 2012, le montant minimum journalier de la rente était égal à 46.933 wons et le montant maximum était égal à 165.890 wons.

Le paiement doit commencer au 1er jour du mois suivant la date de la survenance du risque. La rente est versée mensuellement et jusqu'à rétablissement ou constat d'une incapacité permanente.

C/ Incapacité permanente

En cas d'incapacité permanente, les prestations en espèces sont versées sous forme de rente ou d'un montant forfaitaire en fonction du degré d'incapacité (1 à 14) :

Degré de l'incapacité	Prestations versées sous forme de
1 à 3	Rente uniquement
4 à 7	Rente ou montant forfaitaire (possibilité de choisir)
8 à 14	Montant forfaitaire uniquement

Le montant annuel de la rente correspond au salaire journalier moyen des trois mois précédant la survenance de l'accident multiplié par un coefficient (138 à 329), en fonction du degré de l'incapacité sur une échelle dégressive de 1 à 7. L'assuré dont le degré d'incapacité est compris entre 4 et 7 peut opter pour un montant forfaitaire au lieu de la rente. Dans ce cas, il percevra une somme égale à son salaire moyen journalier multiplié par 616, 737, 869 ou 1 012 wons (en fonction du degré de l'incapacité).

En 2012, le montant minimum journalier de la rente était égal à 46.933 wons et le montant maximum était égal à 165.890 wons.

Incapacité partielle : pour un degré d'incapacité compris entre 8 et 14 (degré moins sévère), l'assuré recevra, sous forme de capital, une somme représentant son salaire journalier moyen des trois mois précédant immédiatement la survenance de l'accident multiplié par un coefficient (55 à 495) en fonction du degré de la gravité d'incapacité.

5. Allocation de handicap

L'allocation est servie pour toute blessure ou maladie pour laquelle, après avoir reçu des soins médicaux, il reste, au sens médical, des séquelles définitives constituant une gêne et qui, de ce fait nécessitent des soins constants ou occasionnels. Son montant dépend de la gravité du handicap et des besoins de l'assuré (en 2012 : entre 25.940 et 38.240 wons par jour).

6. Survivants

A/ Pension

Peuvent prétendre à une pension de survivants, les personnes suivantes qui étaient à la charge de l'assuré au moment du décès :

- époux/épouse, parents et grands-parents âgés de plus de 60 ans, enfants et petits-enfants âgés de moins de 18 ans, frères/sœurs âgés de plus de 60 ans ou de moins de 18 ans,

ou

- époux/épouse, enfants, parents, petits-enfants, grands-parents ou frères/sœurs sans condition d'âge lorsqu'ils présentent un degré de handicap supérieur à ceux mentionnés sous l'article 2 du *Welfare of Disabled Persons Act*.

La pension est versée selon l'ordre de priorité suivant : époux/épouse, enfants, parents, petits-enfants, grands-parents, frères/sœurs.

La pension pour un seul survivant est égale à 52 % des gains annuels de l'assuré décédé (calculés en multipliant le salaire journalier moyen des 3 derniers mois par 365). La pension est augmentée de 5 % pour chaque survivant supplémentaire jusqu'à atteindre 67 % pour une famille de quatre personnes ou plus. La pension est versée mensuellement.

B/ Capital-décès

Si aucun membre de famille n'était à charge, un capital est versé aux membres de la famille qui n'étaient pas à charge de la victime. Il s'élève à 1.300 fois le salaire journalier moyen de l'assuré décédé basé sur les 3 mois précédant immédiatement la survenance du décès.

C/ Compensation funéraire

Une allocation funéraire peut être versée à la personne ayant supporté les frais liés aux obsèques. S'il s'agit d'un survivant (membre de la famille), un montant forfaitaire correspondant à 120 fois le salaire moyen* journalier de l'assuré décédé lui est accordé, dans la limite de 12.180.60 wons (montant maximum en 2012).

Lorsque la personne ayant organisé les obsèques n'est pas un survivant de l'assuré décédé, le montant correspondant aux dépenses réelles doit être payé dans la limite de 120 fois le salaire moyen journalier de la personne décédée.

Si l'assuré disposait de faibles revenus, le montant de la compensation ne peut pas être inférieur à 8.794.710 wons en 2012. Les montants minimum et maximum sont ajustés annuellement par rapport aux évolutions des salaires.

* *Correspond au salaire moyen des trois mois précédant immédiatement la date de survenance de l'accident (calculé en divisant la totalité des salaires des trois mois par le nombre de jours de la même période).*

IV. Assurance Pensions (NPS – régime pension nationale)

1. Champ d'application

Le NPS (le régime pension nationale) est un régime de pensions public applicable à tous les résidents qui sert des prestations aux assurés, leurs survivants ou dépendants en cas de vieillesse, invalidité et décès. Quatre types de prestation sont servis conformément à la loi *National Pension Act* :

- [La pension de vieillesse](#)
- [La pension d'invalidité](#)
- [La pension de survivant](#)
- [Le « Lump-sum Refund »](#)

En règle générale, tous les résidents âgés de 18 à 61 ans relèvent du NPS, indépendamment de leurs revenus ou de leur nationalité et doivent de ce fait cotiser au régime (toutefois, l'assuré ayant des très faibles revenus peut être exempté de cotisation).

Ne sont pas couverts par le régime : les employés par l'Etat, militaires, enseignants d'écoles privées, etc., qui relèvent de régimes de pensions spécifiques.

A/ Conditions d'affiliation

Il existe deux catégories générales d'assurés ; à savoir les personnes obligatoirement assurées (assurance basée sur un contrat de travail ou une assurance dite « individuelle ») et les personnes volontairement assurées.

Affiliation obligatoire

Tous les employés âgés de 18 à 61 ans qui travaillent au moins 80 heures par mois sont couverts sur la base du contrat de travail lorsqu'il y a au moins un employé dans l'entreprise. Par ailleurs, les personnes se trouvant dans les cas suivants sont obligatoirement couvertes par l'assurance dite « individuelle » :

- Non-salariés ;
- Personnes sans revenu âgées de 27 ans ou plus ;
- Personnes sans revenu âgées de 18 à 26 ans et ayant payé au moins l'équivalent d'un mois de contributions.

Cas d'exception :

- Une personne âgée de moins de 18 ans et employée dans une entreprise relevant du NPS, peut adhérer au régime avec le consentement de l'employeur ;
- Une personne justifiant d'une période d'assurance inférieure à 20 ans peut être volontairement couverte sous le régime après avoir atteint l'âge de 61 ans.

Règle temporaire : Le NPS autorise les personnes âgées de 61 à 65 ans d'adhérer au régime afin de les permettre d'accumuler des droits à pension (lorsqu'ils justifient de plus de 5 ans d'affiliation).

Assurance volontaire

Toute personne qui se trouve dans une des catégories suivantes peut s'affilier volontairement au régime NPS :

- Conjoints à charge d'un assuré ;
- Personnes sans revenu, âgées de moins de 27 ans et n'ayant jamais cotisé au régime pensions ;
- Personnes (à faibles revenus) couvertes sous le *National Basic Living Security Act* ;
- Pensionnés ayant été employés par l'Etat et à ce titre bénéficiant d'une pension d'Etat (le *Government Employees' Pension*).

2. Pension de vieillesse

A/ Conditions

Afin de pouvoir bénéficier d'une pension mensuelle, l'assuré ayant atteint l'âge légal de la retraite (61 ans en 2014 ou 55 ans* pour les mineurs et les marins) doit justifier d'une durée d'affiliation au régime d'au moins :

- 10 ans pour obtenir une pension à taux réduit (*en cas de période d'affiliation inférieure à 10 ans ; voir titre 5. Lump-sum Refund*) ;
- 20 ans pour obtenir une pension de base à taux plein.

Depuis 2013, l'âge légal de la retraite est augmenté de 1 an tous les 5 ans afin d'atteindre 65 ans en 2033.

Age de la retraite en fonction de l'année de naissance		
Année de naissance	Pension de vieillesse	Pension anticipée
1953-1956	61	56
1957-1960	62	57
1961-1964	63	58
1965-1968	64	59

Age de la retraite en fonction de l'année de naissance		
Année de naissance	Pension de vieillesse	Pension anticipée
1969 et au-delà	65	60

* La période d'assurance en qualité de mineur/marin doit au minimum correspondre à 3/5 des périodes totales d'affiliation de l'intéressé au régime NPS.

B/ Types de pensions, calculs et montant maximum

En règle générale, la pension de vieillesse est composée d'un montant dit « de base » (BPA « Basic Pension Amount ») éventuellement majorée d'un supplément pour personnes à charge. Les personnes qui ne justifient pas de 20 ans d'assurance et de ce fait n'ouvrent pas droit au montant dit de base (BPA), peuvent sous certaines conditions ouvrir droit à la « pension de vieillesse à taux réduit ». De plus, un conjoint divorcé peut ouvrir droit à une [pension majorée](#).

Il est possible de cumuler une pension de vieillesse avec une activité professionnelle pour les personnes qui remplissent les conditions d'ouverture de droit à la pension de base (BPA) ou à la pension de vieillesse à taux réduit ([voir d. Pension de vieillesse et activité rémunérée](#)).

Le montant mensuel de la pension ne doit pas être supérieur à la moyenne du Revenu Mensuel Standard (ajusté par rapport à la valeur de l'année précédant le paiement de pension) des 5 dernières années d'assurance ou de la période totale d'assurance.

a) Pension de base (BPA)

Seuls les assurés justifiant de 20 ans minimum de périodes d'assurance peuvent ouvrir droit à une pension basée sur le montant de base (BPA). Les facteurs déterminants pour le montant de base sont la durée d'assurance, le salaire moyen national et le revenu moyen de l'assuré calculé sur toute sa période d'affiliation. Le montant de la pension est calculé de la manière suivante :

$$BPA = 1,41 * (A + B) * (1 + 0,05 N)$$

Ou :

1,41 = constante proportionnelle (approximative). En 2014, la constante est de 1,41. La constante est annuellement réduite de 0,015 afin d'atteindre 1,2 en 2028.

A = la moyenne du revenu mensuel moyen* (ajusté par rapport à l'indice national des prix à la consommation), de chacune des 3 dernières années précédant l'année du premier versement de la pension.

*Le revenu moyen mensuel est égal à la moyenne du Revenu Mensuel Standard de l'ensemble des assurés obligatoirement affiliés au régime, au 31 décembre chaque année.

B = la moyenne des rémunérations individuelles moyennes de l'assuré sur toute sa durée d'affiliation.

0,05 = représente un taux annuel (5 %) supplémentaire pour la période d'assurance qui excède 20 ans.

N = le nombre d'années d'assurance de l'assuré qui excède 20 ans.

b) Pension de vieillesse à taux réduit

La pension de vieillesse à taux réduit vise les personnes ayant atteint l'âge de la retraite qui justifient de 10 ans minimum d'affiliation au régime mais qui n'ont pas accompli 20 ans d'assurance.

La pension est calculée de la manière suivante : **BPA x taux de paiement appliqué selon le nombre d'années d'assurance** :

Nombre d'années d'affiliation	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
Taux de liquidation	50 %	55 %	60 %	65 %	70 %	75 %	80 %	85 %	90 %	95 %

Au montant s'ajoute éventuellement un supplément pour personne à charge.

c) Supplément pour personne à charge

Peuvent être reconnues en tant que personnes à charge : conjoint, enfants âgés de moins de 18 ans ou sans limite d'âge pour un enfant handicapé de la 1ère ou 2ème catégorie, parents âgés d'au moins 61 ans (ajustement de l'âge en fonction de l'année de naissance, cf. *tableau au 2.A*) ou sans condition d'âge en cas d'incapacité de catégorie 1 ou 2 (inclus les parents du conjoint), étant à charge de l'assuré.

Le supplément consiste en un montant forfaitaire mensuel. En 2014, ce montant était égal à 241.550 wons par an pour un conjoint, et 161.000 wons par an pour un enfant ou un parent. Ce supplément n'est pas versé au titulaire de la pension de vieillesse lors d'une activité professionnelle (*active old-age pension*), de la « pension majorée en cas de divorce » (*divided pension*) ou de la compensation forfaitaire d'invalidité (*lump-sum disability compensation*).

d) Pension de vieillesse et activité rémunérée

Cette pension vise les personnes âgées de 61 à 64 ans (55 à 59 ans pour les mineurs et les marins) qui exercent une activité professionnelle tout en remplissant les conditions d'ouverture de droit à la pension fondée sur le montant de base (BPA) ou à la pension de vieillesse à taux réduit.

Le montant de la pension n'est pas fonction des revenus, mais de l'âge du bénéficiaire. Le calcul se fait en multipliant le BPA par le taux de paiement applicable en fonction de l'âge :

Age	61	62	63	64	65
Taux de paiement	50 %	60 %	70 %	80 %	90 %

Le *supplément pour personne à charge* n'est pas accordé aux bénéficiaires de la pension de vieillesse lors d'un cumul avec une activité rémunérée.

e) Pension majorée en cas de divorce

Visant surtout à renforcer les droits à pension des femmes, le conjoint âgé de 61 ans ou plus peut, en cas de divorce, ouvrir droit au prorata des années de mariage, à la moitié du montant de la pension de vieillesse versé à un titulaire pendant que celui-ci était marié. Le mariage doit avoir duré pendant minimum 5 ans et le titulaire de la pension doit l'avoir perçue pendant toute cette période. La pension est versée indépendamment du fait que le conjoint atteigne l'âge de 61 ans avant ou après le divorce.

Il est possible de cumuler la pension majorée en cas de divorce avec une pension de vieillesse à titre personnel.

f) Pension anticipée

Il existe une possibilité de pension anticipée à partir de l'âge de 56 ans pour les personnes qui justifient de plus de 10 ans d'assurance. Toute activité professionnelle doit être suspendue. Le montant de la pension est calculé en multipliant le [montant de base \(BPA\)](#) par le taux différentiel appliqué en fonction de l'âge de l'assuré lors du premier paiement de pension ; à savoir :

Age lors du premier paiement	56	57	58	59	60
Taux de réduction appliqué	70 %	76 %	82 %	88 %	94 %

A cela s'ajoute un éventuel [supplément pour personne à charge](#).

De plus, si l'assuré justifie d'une période d'assurance inférieure à 20 ans, une réduction supplémentaire de 5 % est appliquée au montant de la pension anticipée du montant de base (BPA) pour chaque année manquante.

3. Invalidité

A/ Conditions et définitions

Les prestations d'invalidité (sous forme de pension ou de montant forfaitaire) visent l'assuré dont le handicap (physique et/ou mental) est survenu à un moment où il était affilié au régime. Il n'existe pas de période minimum d'affiliation pour pouvoir bénéficier d'une pension d'invalidité.

Il convient de distinguer 4 catégories d'incapacité, déterminées par le *National Pension Service* (NPS).

Toute personne éligible qui se trouve en catégorie 1 à 3 d'invalidité, bénéficiera d'une prestation sous forme de pension. La prestation d'invalidité est versée sous la forme d'un montant forfaitaire à l'assuré classé en catégorie 4 (incapacité partielle).

B / Calcul des prestations

Le montant de la prestation est fonction du degré d'incapacité.

Degré 1 à 3 : Le montant de base (BPA) utilisé comme base de calcul pour la pension de vieillesse, sert également comme base de calcul pour la pension d'invalidité. Le montant de la pension d'invalidité est égal au BPA multiplié par le taux de paiement relatif au degré d'incapacité attribué à l'assuré :

Degré d'incapacité	1er degré	2ème degré	3ème degré
Taux de paiement	100 %	80 %	60 %

La pension peut éventuellement être majorée d'un [supplément pour personne à charge](#).

Degré 4 : En cas d'incapacité partielle (catégorie 4) la prestation est servie sous la forme d'un montant forfaitaire. Elle s'élève à 225 % du BPA. Cette prestation ne peut pas être majorée d'un supplément pour personne à charge.

4. Survivants

A/ Pension de Survivant

a) Conditions et définitions

La pension de survivant, versée mensuellement, vise les survivants qui étaient à charge de la personne décédée qui était assurée au moment du décès ou justifiait de périodes antérieures d'assurance. Une des conditions suivantes doit également être remplie :

- La personne décédée était bénéficiaire d'une pension de vieillesse ou d'une pension d'invalidité au titre d'un degré d'incapacité de catégorie 1 ou 2
- La personne décédée était assurée au moment du décès (si l'assuré ne justifie pas d'au minimum 1 an d'affiliation, le décès doit avoir eu lieu à la suite d'un accident ou d'une maladie survenu(e) durant la période d'affiliation)
- Si la personne décédée n'était pas affiliée au moment du décès, elle doit justifier de périodes antérieures d'assurance équivalentes d'une durée totale de 10 ans minimum.

Peuvent prétendre à la pension de survivant, les personnes suivantes qui étaient à charge de la personne décédée au moment du décès : époux/épouse, parents et grands-parents (inclus ceux de l'époux/épouse) âgés de plus de 61 ans,

enfants et petits-enfants âgés de moins de 18 ans **ou** enfants/parents/petits-enfants/grands-parents sans condition d'âge lorsqu'ils présentent un degré de handicap de catégorie 1 ou 2.

La pension est versée à un seul bénéficiaire selon l'ordre de priorité suivant : époux/épouse, enfants, parents, petits-enfants, grands-parents. Toutefois, lorsque deux personnes ou plus relèvent d'une priorité égale dans l'ordre, la pension sera divisée en parts égales.

Le droit à la pension de survivant cesse en cas de décès, remariage ou en cas d'adoption d'un enfant bénéficiaire. Le droit cesse également lorsque l'enfant (ou petit-enfant) bénéficiaire atteint ses 18 ans s'il ne justifie pas d'un degré d'incapacité de catégorie 1 ou 2. La pension attribuée à la veuve/veuf est servie pendant 3 ans à compter du moment de l'ouverture du droit et elle est suspendue jusqu'à l'obtention de l'âge de 56 ans. Toutefois, la pension n'est pas suspendue si la veuve/le veuf présente une incapacité du 1er ou 2ème degré, en cas d'absence de revenus liés à une activité professionnelle ou lorsqu'elle/il supporte la charge d'un orphelin de la personne décédée âgé de moins de 18 ans ou atteint d'un handicap du 1er ou 2ème degré.

b) Calcul de la pension

Le montant de la pension est calculé en multipliant le [montant de base « BPA »](#) par le taux de paiement basé sur les périodes d'assurance de la personne décédée selon le tableau suivant :

Années d'assurance :	Moins de 10 ans	De 10 à 20 ans	20 ans ou plus
Taux de paiement :	40 %	50 %	60 %

La pension peut éventuellement être majorée d'un [supplément pour personne à charge](#).

A noter : Si la personne décédée était titulaire d'une pension de vieillesse, le montant de la pension de survivant ne peut pas excéder le montant de la pension de vieillesse.

Cumul : La pension de survivant peut être réduite de moitié lorsque le bénéficiaire reçoit simultanément une prestation sous les lois *Korean Labor Standard Law*, *Korean Industrial Accident Compensation Insurance Law* ou la *Korean Seamen's Law* à la suite du même décès.

B/ Prestation forfaitaire de survivant

Les survivants qui ne remplissent pas les conditions de dépendance économique peuvent prétendre à cette prestation forfaitaire qui est versée au conjoint survivant, aux enfants, aux parents, aux petits-enfants, aux grands-parents aux frères et sœurs (dans cet ordre de priorité) d'une personne décédée qui était assurée au moment du décès ou remplissant la condition de durée minimale d'assurance (10 ans) pour prétendre à une pension de vieillesse. S'il n'existe pas de tel survivant, la prestation peut être versée à un autre membre de famille (oncle, tante, cousin, etc.) qui était à charge de l'assuré au moment du décès.

Lorsque deux personnes ou plus relèvent d'une priorité égale, la prestation sera divisée en parts égales.

Contrairement aux conditions d'attribution de la pension de survivant, il n'existe pas de condition d'âge des survivants pour pouvoir bénéficier de la prestation forfaitaire de survivant. De plus, les parents et les grands-parents du conjoint survivant ne sont pas éligibles à la prestation forfaitaire de survivant.

Le montant de la prestation est égal à la totalité des cotisations payées par le salarié décédé et son l'employeur (plus un taux d'intérêt fixe), sans pouvoir excéder 4 fois le dernier revenu moyen mensuel du décédé et sans excéder 4 fois la moyenne du revenu moyen mensuel de sa période totale d'affiliation.

5. « Lump-sum Refund »

A/ Conditions et définitions

Si l'assuré ne remplit pas les conditions pour pouvoir bénéficier d'une pension de vieillesse ou si une pension de survivant ne peut pas être accordée, lui ou ses survivants peuvent sous certaines conditions ouvrir droit à une prestation forfaitaire dite *Lump-Sum Refund*.

Elle peut être servie dans les cas suivants :

- lorsque l'assuré, à l'obtention de l'âge légal de la retraite (61 ans) justifie d'une **période totale d'affiliation inférieure à 10 ans**
- en cas de décès d'un assuré (ou d'une personne justifiant de périodes antérieures d'affiliation) lorsqu'une pension de survivant n'est pas attribuée
- lorsqu'un assuré perd sa nationalité coréenne ou émigre dans un pays étranger.

Les catégories de survivants éligibles (ainsi que leur ordre de priorité) sont identiques à celles appliquées pour la [pension de survivant](#).

B/ Montant

Le montant de la prestation est égal à la totalité des cotisations payées par l'assuré durant ses périodes d'affiliation (si les cotisations ont été payées sur la base d'un statut salarié, celles payées par l'employeur seront également prises en compte) plus un taux d'intérêt fixe (2,7 % pour 2013).

V. Chômage

1. Champ d'application

Lors de l'introduction du régime d'assurance chômage en 1995, seuls les salariés des entreprises de 30 employés ou plus étaient couverts. Depuis le 1er octobre 2008, l'assurance chômage (EI) est obligatoire pour tous les employés qui travaillent au minimum 60 heures /mois (ou 15 heures/semaine). Les travailleurs qui sont employés pour une période inférieure à 1 mois sont également obligatoirement couverts par le régime, indépendamment du nombre d'heures travaillées.

Depuis le 7 août 2012, les personnes âgées de 65 ans et plus, choisissant de ne pas prendre leur retraite et cotisant à l'assurance chômage, peuvent bénéficier des prestations de l'assurance chômage.

Sont exemptés de l'assurance obligatoire :

- Les entreprises spécialisées dans le secteur agricole, forestier, de la chasse et de la pêche ayant moins de 5 employés
- Electriciens, travailleurs dans la télécommunication, pompiers, employés de maison
- Petites entreprises du secteur tertiaire dont les projets ne dépassent pas 20 millions wons.

Les non-salariés exerçant une activité conformément à l'article 168 de la *Income Tax Act* or article 5 de la *Value-Added Tax Act* ainsi que les fonctionnaires de certains services gouvernementaux peuvent s'affilier volontairement au régime.

2. Prestations en espèces

A/ Conditions

Pour pouvoir ouvrir droit aux prestations en cas de chômage, l'assuré doit se retrouver involontairement privé d'emploi, il doit activement rechercher un emploi et avoir versé des cotisations pendant minimum 6 mois au cours d'une période de 18 mois précédant immédiatement la situation de chômage. L'intéressé doit s'adresser à un centre local d'emploi pour effectuer sa demande de prestations.

B/ Montant et durée de versement

Le montant des prestations correspond à 50 % du salaire moyen de l'assuré des trois mois précédant immédiatement le moment de l'interruption de travail, dans la limite de 40.000 wons par jour (en 2013). Le montant minimum de l'indemnité journalière est égal à 90 % du salaire minimum national pour 8 heures de travail. Il existe un délai de carence de 7 jours.

La durée de versement des prestations varie entre 90 et 240 jours en fonction de l'âge du bénéficiaire et de la période d'affiliation au régime d'assurance selon le tableau ci-dessous :

Age / durée d'affiliation	Moins d'un an	1 à 3 ans	3 à 5 ans	5 à 10 ans	Plus de 10 ans
30 ans ou moins	90 jours	90 jours	120 jours	150 jours	180 jours
30 à 50 ans	90 jours	120 jours	150 jours	180 jours	210 jours
- 50 ans ou plus - Personnes handicapées	90 jours	150 jours	180 jours	210 jours	240 jours

Enfin, il existe d'autres prestations qui peuvent être proposées et/ou versées dans le cadre de l'assurance chômage pendant la recherche d'emploi ou la participation à un stage (*early reemployment allowance*, *vocational ability development allowance*, et *transportation and home moving allowance*).