

Le régime croate de sécurité sociale

- I. Structure
- II. Assurance Maladie-Maternité
- III. Accidents du travail et maladies professionnelles
- IV. Invalidité, vieillesse, décès
- V. Allocations familiales
- VI. Chômage
- VII. Garantie de ressources

I. Structure

Le régime croate de sécurité sociale comprend les assurances maladie-maternité, invalidité – vieillesse - décès et chômage, et sert des prestations familiales sous condition de résidence. Il n'existe pas d'assurance spécifique accidents du travail-maladies professionnelles ; ces risques sont couverts dans le cadre des assurances maladie et pensions. En cas de décès suite à un accident ou une maladie professionnelle, les indemnités peuvent provenir des deux régimes.

Le régime général de sécurité sociale croate est applicable à toutes les personnes exerçant ou ayant exercé une activité professionnelle (salariée ou non) et à leurs ayants-droit. Sous réserve de quelques particularités pour les travailleurs indépendants en matière de versement des indemnités journalières en cas d'incapacité de travail temporaire, il n'est en principe fait aucune distinction entre les travailleurs salariés et indépendants*. Toutefois, il convient de noter que ces derniers ne sont pas assurés pour le risque chômage.

* Les exploitants agricoles ne sont pas visés dans cette note ; ils peuvent être soumis à des dispositifs particuliers.

A) Organisation

L'assurance santé obligatoire est gérée par [le Fonds croate d'assurance maladie - Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje \(HZZO\)](#), Margaretska 3, 10000 Zagreb, Croatie - placé sous la tutelle du [Ministère de la Santé \(Ministarstvo Zdravlja\)](#). Le Fonds croate d'assurance maladie est également compétent pour les prestations en espèces des assurances maladie, maternité et paternité.

L'assurance invalidité – vieillesse - décès (1^{er} pilier) et les prestations familiales sont gérées par [l'Institut croate d'assurance pension - Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje \(HZMO\)](#), A. Mihanovića 3, 10000 Zagreb, Croatie - placé sous la tutelle du [Ministère du travail et du système des pensions \(Ministarstvo rada i mirovinskoga sustava\)](#) pour l'assurance invalidité – vieillesse – décès, et sous la tutelle du [Ministère des affaires sociales et de la jeunesse \(Ministarstvo socijalne politike i mladih\)](#) pour les prestations familiales. L'HZMO opère à travers de son bureau central à Zagreb, ses unités régionales (5 [services régionaux](#) et 15 [bureaux régionaux](#)) et ses [91 filiales](#).

Créé par le gouvernement croate en 2000 à la suite de la réforme sur le système des pensions entre 1999 et 2002 avec l'introduction d'un 2^{ème} pilier (capitalisation individuelle obligatoire), le [Registre central des personnes assurées - Središnji registar osiguranika \(REGOS\)](#) - est une institution chargée de l'enregistrement des personnes affiliées au 2^{ème} pilier d'assurance pension et de la redistribution des cotisations au titre du 2^{ème} pilier vers les fonds de pension choisis par les assurés.

Les organismes privés de pensions qui gèrent les fonds de pension obligatoires et volontaires administrent le 2^{ème} pilier conjointement avec le REGOS.

Enfin, placé sous la tutelle du [Ministère du travail et du système des pensions \(Ministarstvo rada i mirovinskoga sustava\)](#), [l'Institut croate de l'emploi - Hrvatski zavod za zapošljavanje \(HZZ\)](#), Radnička cesta 1, 10000 Zagreb, Croatie - avec ses 22 bureaux régionaux (consulter la liste des bureaux locaux [ici](#)), gère l'assurance chômage obligatoire.

B) Financement

Le régime croate de sécurité sociale est financé en partie par les cotisations des employeurs et des

- Le salaire minimum mensuel au 1^{er} janvier 2014 est de 3 017,61 HRK.
- Le salaire moyen brut mensuel s'élève à 7 927 HRK (mai 2014).

assurés, et en partie par l'impôt. Les prestations familiales sont entièrement financées par l'impôt.

Activités salariées

Les cotisations salariales et patronales pour toutes les branches d'assurance sont versées sur une assiette minimum mensuelle de 2 779,35 kunas (HRK)*.

Taux de cotisation au 1er janvier 2014

Risques	Employeur	Salarié	Plafond mensuel
(1) Dans le cadre de l'assurance pension - invalidité, en cas de pénibilité et dangerosité des conditions de travail, l'employeur est assujéti à une cotisation supplémentaire. Le taux de cotisation varie en fonction de la durée de la période d'assurance majorée pour pénibilité et danger, et selon que le salarié est assuré uniquement dans le cadre du premier pilier ou des deux.			
(2) Le régime légal d'assurance pension est structuré autour de deux piliers. Tout salarié est affilié obligatoirement au 1er pilier (système par répartition). L'affiliation au 2ème pilier (système par capitalisation) est obligatoire pour les personnes âgées de moins de 40 ans. Entre janvier et juin 2002, les personnes assurées au titre du premier pilier et qui étaient âgées entre 40 et 50 ans avaient le choix de s'affilier au 2ème pilier. Pour chaque salarié affilié au 2ème pilier, 5 % du montant de sa cotisation sont transférés au 2ème pilier. Les salariés qui étaient âgés de 50 ans ou plus au 1er janvier 2002 sont assurés uniquement dans le cadre du 1er pilier.			
Maladie-maternité	13 %	-	47 646 HRK
Vieillesse - invalidité - décès	-	20 % ^{(1) (2)}	47 646 HRK
Accidents du travail - maladies professionnelles	0,5 %	-	47 646 HRK
Chômage	1,7 %	-	47 646 HRK
TOTAL	15,2 %	20 %	

Travailleurs indépendants

Les travailleurs indépendants cotisent pour les mêmes risques et aux mêmes taux que les travailleurs salariés (versement des cotisations salariales et patronales reprises pour leur compte aux mêmes taux), excepté le risque chômage duquel ils sont exclus. L'assiette cotisable est définie en fonction des différentes catégories d'activité (freelance, commerçants, professions libérales, etc.).

Les conditions d'affiliation au 2nd pilier s'appliquent tant aux travailleurs indépendants qu'aux salariés (voir note de référence 2 ci-dessus).

Recouvrement

Les cotisations sociales pour tous les risques sont recouvrées par l'Administration Fiscale, placée sous le Ministère des Finances.

Office central de l'**Administration Fiscale** :

Ministarstvo financija - Porezna Uprava
Boškovićeva 5
10 000 Zagreb
Croatie
Tél : +385(0)1.480.90.00
www.porezna-uprava.hr

* Au 18 août 2014, 1 kuna (HRK) vaut 0,13 euro

II. Assurance Maladie-Maternité

A) Maladie

Le système de santé croate comprend trois types d'assurance :

Le système de santé croate couvre 99,7 % de la population croate.

Source : *Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (HZZO)*.

- l'assurance maladie obligatoire gérée par l'HZZO, exposée ci-après ;
- l'assurance complémentaire non obligatoire qui permet de couvrir la différence entre le montant pris en charge par l'assurance obligatoire et le montant réel des frais médicaux (ticket modérateur) ;
- l'assurance maladie privée qui peut être souscrite auprès de compagnies privées et permet un niveau plus élevé de confort et un accès plus rapide aux soins. L'adhésion à celle-ci ne dispense pas de l'assurance maladie obligatoire gérée par l'HZZO.

Quelles sont les personnes couvertes et les conditions à remplir?

L'assurance maladie obligatoire couvre tous les travailleurs salariés et indépendants, les apprentis, les personnes accomplissant leur service national, les agriculteurs, les pensionnés, les demandeurs d'emploi, les enfants âgés de moins de 18 ans, les étudiants à temps plein, les personnes suivant un programme de réadaptation professionnelle, les invalides de guerre, les personnes handicapées ainsi que les ayants-droit* des personnes assurées.

Les prestations en nature sont servies sans condition de durée minimum d'affiliation.

Pour l'octroi des prestations en espèces, la durée d'affiliation requise est de 12 mois consécutifs ou 18 mois non-consécutifs au cours des deux dernières années. Si cette condition n'est pas remplie, l'assuré ne peut pas prétendre aux indemnités liées aux revenus, mais pourra bénéficier d'une indemnité dite « minimale » dont le montant est forfaitaire.

* Sont considérés comme ayants-droit d'une personne assurée : le conjoint ou concubin à charge, les enfants légitimes, naturels ou adoptés âgés de moins de 18 ans ou tant qu'ils suivent des études à temps plein ainsi que les ascendants, les petits-enfants, frères, sœurs et grands-parents handicapés s'ils sont à charge de l'assuré et vivent sous le même toit que ce dernier.

a) Prestations en nature

Consultations

L'assuré choisit librement son médecin traitant auprès duquel il doit être inscrit pour, en principe, une durée minimum d'un an. Il est possible de changer de médecin traitant en cours d'année en cas de déménagement ou de mésentente.

L'accès aux consultations d'un médecin spécialiste se fait en règle générale sur prescription du médecin généraliste.

Le patient a le libre choix de l'établissement de soins parmi les établissements publics et privés ayant conclu un contrat avec le Fonds croate d'assurance maladie (HZZO).

La part des dépenses prises en charge par l'assurance maladie obligatoire dépend de la catégorie à laquelle appartient l'assuré.*

Le patient doit s'acquitter d'une participation de 10 HRK pour chaque consultation du médecin généraliste. Pour tous les autres soins, le taux de prise en charge par l'assurance maladie est de 80 % sans que la participation du patient ne puisse être inférieure à 25 HRK par consultation du spécialiste et 50 HRK pour les procédures de diagnostic spécialisées qui ne relèvent pas des soins primaires. Par ailleurs, le ticket modérateur de 20 % peut, le cas échéant, être pris en charge par l'assurance complémentaire facultative.

À noter :

- La participation du patient est plafonnée à 2 000 HRK par facture de soins.

* L'assurance obligatoire prend totalement en charge les programmes de santé préventive (notamment pour les enfants, les étudiants, les femmes...), les soins de santé pour les enfants, étudiants, donneurs d'organes et pour les personnes handicapées bénéficiant de l'aide d'une tierce personne ainsi que les soins de grossesse et de maternité et l'ensemble des soins relatifs à certaines affections.

Hospitalisation et frais de transport

L'hospitalisation doit être prescrite par le médecin traitant et doit avoir lieu dans un hôpital public ou privé ayant conclu un contrat avec le Fonds croate d'assurance maladie (HZZO). Le patient paie 20 % des frais d'hospitalisation, ou au minimum 100 HRK par jour d'hospitalisation sans excéder 2 000 HRK par période d'hospitalisation.

Pour les soins spécialisés ainsi que les actes de chirurgie ambulatoire dispensés en hôpital de jour, la participation du patient s'élève au minimum à 25 HRK.

Les frais de transport nécessaires sont entièrement pris en charge par l'assurance.

Soins dentaires

Le patient s'acquiesce d'une participation obligatoire de 10 HRK pour les soins dentaires préventifs et curatifs dispensés par les dentistes conventionnés. Certains examens dentaires fournis par les spécialistes font l'objet d'une participation obligatoire de 25 HRK.

Les prothèses dentaires sont partiellement couvertes par l'assurance maladie et la prise en charge est fonction de l'âge de l'assuré. En principe, l'assuré participe aux coûts à hauteur de 20 %, avec un minimum de 1 000 HRK pour les patients âgés de 18 à 65 ans et de 500 HRK pour les patients âgés de 65 ans ou plus.

Pharmacie

Pour faire l'objet d'une prise en charge par l'assurance, les médicaments doivent être prescrits par un médecin et fournis par une pharmacie ayant conclu un contrat avec l'HZZO.

Les médicaments inscrits sur la liste dite « de base », sont entièrement pris en charge par l'assurance maladie. Pour les autres médicaments, inscrits sur les listes dites complémentaires, le patient doit s'acquiesce d'une participation de 10 HRK par ordonnance.

Les médicaments utilisés lors d'un traitement hospitalier sont entièrement pris en charge par l'HZZO.

b) Prestations en espèces

Les indemnités de maladie sont payées à l'assuré qui remplit la condition de durée d'affiliation (Cf. Ci-dessus : *Quelles sont les personnes couvertes ?*) soit par l'employeur, soit par l'HZZO, en fonction de la durée et de la nature de l'arrêt maladie.

Les indemnités sont versées au salarié sans délai de carence. Pour les travailleurs indépendants, un délai de carence de 42 jours s'applique en règle générale.

L'employeur est tenu de maintenir le salaire pendant les 42 premiers jours d'incapacité (ou pendant les 7 premiers jours d'incapacité pour les salariés handicapés). Le montant versé par l'employeur dépend des dispositions de la convention collective applicable, mais ne peut pas être inférieur à 70 % du salaire net moyen plafonné des six mois précédant le mois au cours duquel l'incapacité survient.

Le montant des indemnités versées par l'HZZO correspond à 70 % du salaire de référence qui sert de calcul pour le montant minimum légal versé par l'employeur au cours des premiers jours d'incapacité. Dans des cas exceptionnels, ce pourcentage de salaire peut être porté à 100 % ; notamment en cas de mise en quarantaine pour maladie contagieuse, de garde d'un enfant malade de moins de trois ans, de dons d'organes ou lorsque l'incapacité est due à un accident du travail ou à une maladie professionnelle.

Au 1^{er} janvier 2014, le montant maximum mensuel de l'indemnité est fixé à 4 257,28 HRK. Le montant minimum mensuel, versé notamment lorsque l'assuré ne remplit pas la condition de durée d'assurance minimum mentionnée ci-dessus (Cf. *Quelles sont les personnes couvertes ?*), est de 831,50 HRK.

B) Maternité

L'attribution du droit aux prestations en nature de l'assurance maternité n'est soumise à aucune durée d'affiliation minimum de l'assurée ; sont couvertes toutes les femmes résidant en Croatie assurées dans le cadre du système de soins de santé (Cf. A. Maladie).

Les indemnités parentales et de maternité (*naknada plaće*) sont versées aux parents justifiant d'une durée minimum d'affiliation de 12 mois consécutifs ou 18 mois non-consécutifs au cours des deux dernières années. Si la condition d'affiliation n'est pas remplie, il est versé une indemnité dont le montant mensuel forfaitaire correspond à 1 663 HRK.

Les femmes non-salariées ont droit aux prestations de l'assurance maternité selon les mêmes modalités et dans les mêmes conditions que les femmes salariées.

a) Prestations en nature

Les frais relatifs à la grossesse et à la maternité sont entièrement pris en charge par le Fonds croate d'assurance maladie (HZZO) lorsque les soins sont fournis dans les établissements de santé publics ou privés conventionnés.

b) Prestations en espèces

Indemnités de maternité et de paternité

À condition de cesser tout travail rémunéré durant la période d'indemnisation, la femme salariée ou non-salariée reçoit une prestation de maternité pendant la durée du congé, à savoir 28 jours avant la date présumée d'accouchement (45 jours avant en cas de complications de grossesse) et au plus tard jusqu'aux 6 mois de l'enfant. Après une période de repos postnatal obligatoire de 70 jours, la mère peut renoncer au versement continu de l'indemnité au bénéficiaire du père, qui dans ce cas se verra accorder l'indemnité parentale au plus tard jusqu'aux 6 mois de l'enfant.

Le montant de l'indemnité est égal à 100 % du revenu net moyen des six mois précédant le mois au cours duquel commence le congé obligatoire, sans plafond, et sans pouvoir être inférieur à 1 663 HRK.

Allocation de naissance

Une allocation de naissance (*jednokratna novčana potpora za novorođeno dijete*) est versée pour la naissance de chaque enfant à une personne assurée au titre de l'assurance santé en Croatie (salariés, indépendants, demandeurs d'emploi, étudiants...). L'octroi de cette prestation n'est pas soumis à une condition de ressources. L'enfant doit vivre avec la personne qui demande la prestation.

L'allocation de naissance correspond à une somme forfaitaire de 2 328,20 HRK en 2014.

- Les prestations en espèces de maternité (indemnités et allocation de naissance) sont versées par le [Fonds croate d'assurance maladie \(HZZO\)](#).

C) Soins de longue durée

Le système croate de sécurité sociale ne prévoit pas de régime spécifique en matière de dépendance. Les personnes incapables d'effectuer seules les actes ordinaires de la vie quotidienne peuvent prétendre à des prestations en nature assurées aux niveaux national et régional, ainsi qu'à une prestation dite allocation d'aide et de soins à domicile (*Doplatak za pomoć i njegu u kući*), versée sous condition de résidence et sans condition de durée minimum d'affiliation à la sécurité sociale.

Le montant de l'allocation d'aide et de soins à domicile dépend notamment du degré de dépendance de la personne nécessitant les soins. L'octroi de la prestation est en principe soumis à une condition de ressources*, mais cette condition est écartée en cas de handicap physique ou mental grave, dans certains cas de cécité et/ou de surdité et en cas de dépendance partielle d'une personne vivant seule.

Le montant de l'allocation représente un pourcentage d'un montant de base (500 HRK au 1^{er} janvier 2014) :

- soit 100 % du montant de base en cas de soins à une personne totalement dépendante ;
- soit 70 % du montant de base en cas de soins à une personne partiellement dépendante.

* Le revenu moyen de la famille ne doit pas dépasser 200 % du montant de base (500 HRK au 1^{er} janvier 2014) par membre de famille. Pour les personnes vivant seules, ce plafond de revenus est fixé à 250 % de ce même montant.

III. Accidents du travail et maladies professionnelles

Le régime croate de sécurité sociale ne prévoit pas de branche spécifique d'assurance accidents du travail-maladies professionnelles. Ces risques, y compris l'accident du trajet, sont couverts dans le cadre de l'assurance maladie (soins de santé, prestations en espèces en cas d'incapacité temporaire) et d'assurance pensions (prestations de longue durée). Les conditions de stage pour ouvrir droit aux prestations sont alors supprimées. Par ailleurs, en cas de décès suite à l'accident ou à la maladie, il peut être versé une somme forfaitaire de 3 326 HRK aux survivants.

À noter :

- Les frais de transport sont remboursés dans la limite d'un certain plafond en fonction des coûts et de la distance, et les éventuels frais funéraires « standards » sont entièrement remboursés lorsque le décès de l'assuré est directement lié à l'accident ou à la maladie professionnelle. Les demandes de remboursement pour les frais de transport et frais funéraires sont à adresser auprès de l'office local compétent du [Fonds croate d'assurance maladie \(HZZO\)](#).
- En cas d'incapacité permanente, la demande de prestations se fait auprès de l'office ou service régional de [l'Institut croate d'assurance pension \(HZMO\)](#) du lieu de résidence du demandeur. Si le demandeur réside à l'étranger, c'est l'office du dernier lieu de résidence du demandeur qui est compétent.

IV. Invalidité, vieillesse, décès

Le régime légal d'assurance pension croate est structuré en deux piliers. Les travailleurs salariés et indépendants sont affiliés obligatoirement au 1^{er} pilier (système par répartition). L'affiliation au 2^{ème} pilier (système par capitalisation, fondé sur l'épargne individuel) est obligatoire pour les personnes âgées de moins de 40 ans. Entre janvier et juin 2002, les personnes qui étaient âgées de 40 à 50 ans, assurées au titre du premier pilier, ont eu la possibilité de s'affilier au 2^{ème} pilier.

Affiliation et démarches :

- Toutes les personnes concernées par l'affiliation obligatoire au 2^{ème} pilier sont tenues de choisir un fonds de pension dans un délai de 3 mois suivant le début de l'exercice de l'activité, auprès du [Registre central des personnes assurées - Središnji registar osiguranika \(REGOS\)](#). Si à l'issue de ce délai, l'assuré n'a pas choisi un fonds, il sera affilié d'office auprès d'un des fonds existants désigné par le REGOS. Après l'enregistrement auprès d'un fonds de pension obligatoire, un compte individuel sera ouvert afin d'enregistrer les cotisations recouvrées au titre du 2nd pilier de pension.

A) Invalidité

En termes d'ouverture de droit à une pension d'invalidité, il est fait distinction entre deux types d'incapacité :

- l'incapacité professionnelle, moyennant une réduction permanente de la capacité de travail de plus de 50 % par rapport à un assuré physiquement et mentalement en bonne santé ayant une éducation et des capacités égales ou similaires ;
- l'incapacité générale, avec pour conséquence une incapacité de travail totale et permanente.

Est considéré comme invalide, l'assuré présentant une incapacité de travail partielle ou totale consécutive ou non à un accident du travail/une maladie professionnelle.

Conditions

La pension d'invalidité est servie à l'assuré qui n'a pas encore atteint l'âge légal de la retraite (Cf. B. Vieillesse). Aucune durée d'affiliation n'est requise si l'incapacité de travail est consécutive à un accident du travail ou à une maladie professionnelle. Dans tous les autres cas, pour pouvoir bénéficier d'une pension d'invalidité, l'assuré doit :

- justifier d'une durée d'affiliation d'au moins un tiers de sa vie active à la date de la constatation de l'invalidité (entre l'âge de 20 ans ou 23/26 ans en cas d'études postsecondaires ou universitaires, et la date de survenance de l'incapacité de travail) ;

ou ;

- justifier d'une année d'affiliation lorsque l'incapacité est survenue avant l'âge de 30 ans ;

ou :

- justifier d'une durée d'affiliation d'au moins 2 années (ou une année pour les personnes titulaires d'un diplôme universitaire) lorsque l'incapacité est survenue entre l'âge de 30 et 35 ans.

Demande de pension :

- La demande de pension se fait auprès de l'office régional de [l'Institut croate d'assurance pension](#) compétent en fonction du lieu de résidence du demandeur.

Montant

La base de calcul du montant de **la pension d'invalidité servie dans le cadre du 1^{er} pilier** est égale au rapport entre le salaire annuel de l'assuré et le salaire annuel moyen national. Le résultat constitue le point de valeur pour chaque année travaillée. Les points ainsi obtenus sont ensuite totalisés et divisés par le nombre d'années pour lesquelles ils ont été pris en compte (années depuis 1970). On obtient ainsi un point de valeur moyen utilisé pour le calcul de la pension, Le point de valeur moyen ainsi déterminé est multiplié par la durée d'assurance et par un facteur déterminé à partir du degré d'incapacité de l'assuré.

Suite à la Loi sur les compléments de pension introduite en 2007, le régime croate prévoit des compléments de pensions pour tous les types de pensions du premier pilier acquises à compter de 1999, à hauteur de 4 % pour les pensions acquises en 1999, et 27 % pour celles acquises à compter de 2010. Le complément de pension est depuis 2012 inclus dans le montant de la pension.

La pension d'invalidité est revalorisée semestriellement. Cette augmentation de la pension est égale pour 50 % à l'augmentation des prix à la consommation et pour 50 % à l'augmentation du salaire national brut moyen des six mois précédents. À compter du 1^{er} janvier 2015, la revalorisation sera effectuée selon une formule variable fonction de l'évolution des prix et des salaires.

Le calcul du montant de **la pension d'invalidité servie dans le cadre du 2^{ème} pilier**, est basé notamment sur les montants capitalisés et un calcul actuariel. Le mode de versement de la pension est convenu dans le cadre d'un contrat entre la caisse d'assurance pensions et le bénéficiaire.

Cumul avec d'autres prestations et/ou revenus du travail

La pension d'invalidité peut être cumulée avec d'autres prestations sociales telles que les allocations familiales et les prestations d'aide sociale. Elle ne peut pas être cumulée avec les indemnités de maladie.

Le versement de la pension d'invalidité à taux plein est suspendu si le bénéficiaire recommence à travailler, qu'il s'agisse d'une activité salariée ou indépendante. La personne invalide pour cause d'accident du travail peut percevoir 66 % de sa pension d'invalidité lorsqu'elle reprend l'exercice d'une activité salariée ou non-salariée.

B) Vieillesse

Conditions d'ouverture de droit à pension

L'âge légal de la retraite en Croatie est actuellement de 65 ans pour les hommes et de 61 ans pour les femmes (2014).* Une augmentation de l'âge légal de la retraite est prévue pour les hommes et les femmes afin d'attendre 67 ans en 2038.

Pour ouvrir droit à la pension de vieillesse, il convient de justifier d'une durée minimum d'affiliation au régime de 15 ans.

Les assurés peuvent prétendre à une retraite anticipée à partir de l'âge de 60 ans pour les hommes qui justifient de 35 années d'affiliation et de 56 ans pour les femmes (depuis 2011, augmentation progressive de l'âge de 3 mois par an pour atteindre 60 ans en 2030) qui justifient d'une durée d'affiliation d'au minimum 31 ans (35 ans en 2030). Un coefficient d'anticipation est alors appliqué, variant entre 0,10 % et 0,34 % par mois d'anticipation en fonction de la durée totale de cotisation, comprise entre 31 et 40 annuités. Toutefois, le coefficient d'anticipation ne s'applique pas pour les personnes âgées d'au minimum 60 ans, justifiant de 41 années d'assurance, ni pour les personnes qui, avant de remplir les conditions requises pour la pension anticipée, étaient au chômage depuis au moins 2 ans en raison de faillite de l'entreprise.

* L'âge de départ à la retraite des femmes est repoussé de 3 mois par an depuis 2011 afin d'atteindre 65 ans en 2030.

À noter :

- Les assurés justifiant de 35 années d'affiliation peuvent proroger la liquidation de leur pension jusqu'à l'âge de 70 ans, avec une augmentation de la pension de 0,15 % par mois de report.

Montant de la pension

La base de calcul du montant de **la pension de vieillesse servie dans le cadre du 1^{er} pilier** est égale au rapport entre le salaire annuel de l'assuré et le salaire annuel moyen national. Le résultat constitue le point de valeur pour chaque année travaillée. Les points ainsi obtenus sont ensuite totalisés et divisés par le nombre d'années pour lesquelles ils ont été pris en compte (années depuis 1970). On obtient ainsi un point valeur moyen utilisé pour le calcul de la pension.

Suite à la Loi sur les compléments de pension introduite en 2007, le régime croate prévoit des compléments de pensions pour tous les types de pensions du premier pilier acquises à compter de 1999, à hauteur de 4 % pour les pensions acquises en 1999, et 27 % pour celles acquises à compter de 2010. Le complément de pension est depuis 2012 inclus dans le montant de la pension.

La pension de vieillesse est revalorisée chaque semestre. Cette augmentation est égale pour 50 % à l'augmentation des prix à la consommation et pour 50 % à l'augmentation du salaire national brut moyen des six mois précédents. À compter du 1^{er} janvier 2015, la revalorisation sera effectuée selon une formule variable liée à l'évolution des prix et des salaires.

La pension de vieillesse obligatoire du 2^{ème} pilier est calculée en fonction du montant des fonds accumulés sur le compte individuel de l'assuré et des tables actuarielles mixtes. Le mode de versement de la pension est convenu dans le cadre d'un contrat entre la caisse d'assurance pensions et le bénéficiaire.

- La pension de vieillesse peut être cumulée avec des revenus provenant d'une activité professionnelle exercée à temps partiel (jusqu'à 50 % d'un équivalent temps plein).

C) Décès

Pension de survivant du 1^{er} pilier :

Conditions

En principe, la pension de survivant vise les survivants de l'assuré décédé qui, au moment du décès, avait versé des cotisations pendant au moins cinq ans ou qui justifiait d'une durée d'affiliation (cotisations payées ou créditées) d'au moins dix ans. Aucune durée d'affiliation n'est requise en cas de décès suite à un accident du travail ou à une maladie professionnelle.

Le droit à une pension de survivant s'ouvre au plus tôt à partir du premier jour du mois qui suit celui au cours duquel survient le décès de l'assuré.

demande de pension :

- La demande de pension se fait auprès de l'office régional de [l'Institut croate d'assurance pension](#) compétent en fonction du lieu de résidence du demandeur.

Bénéficiaires

Peuvent prétendre à une pension de survivant (« Obiteljska mirovina ») :

- le conjoint survivant âgé de 50 ans ou plus au moment du décès de l'assuré ;
- le conjoint survivant à partir du moment où il atteint l'âge de 50 ans s'il était âgé d'au moins 45 ans au moment du décès de l'assuré ;
- le conjoint survivant indépendamment de l'âge s'il était reconnu en incapacité de travail avant le décès de l'assuré ou lorsque l'incapacité de travail est survenue au plus tard un an après cette même date, ou s'il a la charge d'un ou de plusieurs enfant(s) ouvrant droit à une pension d'orphelin. Dans ce dernier cas, si une incapacité totale de travail survient au cours de cette période, le conjoint ouvre droit à une pension pendant tout le temps que dure l'incapacité ;
- le conjoint divorcé non remarié (dans les mêmes conditions que le conjoint survivant) s'il percevait une pension alimentaire ;
- les enfants du défunt âgés de moins de 15 ans au moment du décès (18 ans s'ils sont sans emploi, 26 ans s'ils sont étudiants à temps plein ou sans limite d'âge en cas d'incapacité totale de travail) ;
- les parents qui étaient à charge de la personne décédée et âgés d'au moins 60 ans au moment du décès de l'assuré, ou sans condition d'âge en cas d'incapacité totale de travail ;
- les frères et sœurs qui étaient à charge de la personne décédée, dans les mêmes conditions que les enfants (voir ci-dessus).

Le droit à pension de conjoint survivant est supprimé en cas de remariage, sauf si le survivant est atteint d'une incapacité totale de travail.

Montant de la pension

Le montant de la pension de survivants est déterminé en fonction du nombre de survivants pouvant bénéficier d'une pension. Il est divisé en parts égales entre les bénéficiaires.

La pension est calculée sous forme de pourcentage de la pension de vieillesse ou d'invalidité que percevait ou qu'aurait pu percevoir l'assuré décédé (montant de référence) :

Nombre d'ayants-droit	Pension (pourcentage du montant de référence)
1	70 %
2	80 %
3	90 %
4 ou plus	100 %

Pension de survivant du 2^{ème} pilier :

La pension de survivant du 2^{ème} pilier est calculée en fonction du montant des fonds accumulés sur le compte individuel de l'assuré et des tables actuarielles mixtes. Le mode de versement de la pension est convenu dans le cadre d'un contrat entre la caisse d'assurance pensions et le bénéficiaire.

V. Allocations familiales

A) Conditions

Les allocations familiales (*Doplatak za djecu*) sont servies sous conditions de ressources* et de résidence en Croatie.

Pour ouvrir droit aux prestations, les enfants doivent vivre avec le parent demandeur d'allocation. Les revenus du foyer ne doivent pas excéder 50 % (par membre du foyer et mois) de l'assiette fixée annuellement par le budget de l'État, soit au maximum 1 663 HRK par membre du foyer.*

Les prestations familiales sont servies pour les enfants à charge jusqu'à l'âge de 15 ans ou jusqu'à 19 ans en cas de formation professionnelle, 21 ans en cas de maladie grave ou jusqu'à la fin de l'année civile ou l'enfant atteint 27 ans en cas de handicap.

* Exception : les prestations familiales sont servies quelque soit le revenu familial lorsque l'enfant est atteint d'une maladie grave.

Demande d'allocations familiales :

- [La demande d'allocations familiales](#) se fait auprès du bureau régional de l'Institut croate d'assurance pension (HZMO), compétent en fonction du lieu de résidence du demandeur.

B) Montant

Le montant des allocations est fonction du revenu familial moyen mensuel net au cours de l'année précédente, établi à partir d'une assiette fixée annuellement par le budget de l'État (soit 3 326 kunas en 2014).*

Trois catégories de revenus sont alors retenues :

1. les foyers dont la moyenne du revenu mensuel par membre est comprise entre 33,67 % et 50 % de l'assiette, soit au maximum 1 663 HRK ;
2. les foyers dont la moyenne du revenu mensuel par membre est comprise entre 16,34 % et 33,66 % de l'assiette, soit au maximum 1 119,53 HRK ;
3. les foyers dont la moyenne du revenu mensuel par membre est inférieure à 16,34 % de l'assiette, soit au maximum 543,14 HRK.

Le montant de la prestation mensuelle varie en fonction du revenu de référence (voir catégories ci-dessus) et du nombre d'enfants :

- pour les familles dont les revenus de référence se situent dans la catégorie 1, la prestation est de 199,56 HRK par enfant ;
- pour les familles dont les revenus de référence se situent dans la catégorie 2, la prestation est de 249,45 HRK par enfant ;
- pour les familles dont les revenus de référence se situent dans la catégorie 3, la prestation est de 299,34 HRK par enfant.

Les allocations familiales sont majorées de 15 % dans le cas d'un parent isolé et de 25 % pour les orphelins de père et de mère ou lorsque l'enfant est atteint d'un handicap.

* **Exception** : le montant mensuel de l'allocation familiale versée pour un enfant atteint d'un handicap lourd est fixé à 831,50 HRK, quelque soit le revenu familial.

VI. Chômage

Les travailleurs salariés sont obligatoirement couverts par l'assurance chômage qui est un régime de prestations liées aux revenus. Le régime croate de sécurité sociale ne prévoit pas de régime spécial d'assistance chômage ; toute personne ayant épuisé ses droits aux prestations sociales peut faire une demande d'allocation de subsistance si elle remplit certaines conditions de ressources (Cf. chapitre VII. Garantie de ressources).

Les travailleurs indépendants ne cotisent pas à l'assurance chômage et n'ouvrent de ce fait pas droit aux prestations décrites ci-dessous.

A) Conditions

L'assurance chômage couvre les salariés âgés de 15 à 65 ans contre les conséquences financières de la perte involontaire de leur emploi. Pour pouvoir bénéficier des prestations de chômage, il convient de remplir les conditions suivantes :

- avoir travaillé et cotisé au moins 9 mois au cours des 24 derniers mois précédant la perte de l'emploi ;
- être inscrit auprès des services de l'emploi, c'est-à-dire auprès de [l'office régional compétent de l'HZZ en fonction du lieu de résidence](#) ;
- se trouver en situation de chômage involontaire (ne pas avoir démissionné ou avoir été licencié) ;
- être disponible et apte au travail et remplir les conditions de recherche active d'emploi.

À noter :

Afin d'ouvrir droit aux prestations de chômage, le demandeur d'emploi doit s'inscrire auprès des [services de l'emploi \(HZZ\)](#) dans un délai de 30 jours suivant la perte de l'emploi (ou suivant la date du fin de l'arrêt maladie, maternité, ou parental si une telle période a suivi la fin d'un contrat d'emploi).

B) Montant

L'indemnité de chômage est calculée sur la base du salaire net moyen des trois mois précédant la perte de l'emploi.

Le montant de l'indemnité mensuelle de chômage correspond à 70 % du salaire de référence pendant les 90 premiers jours d'indemnisation, puis à 35 % du même montant pendant la période sans emploi restante. Toutefois, le montant de l'indemnité ne peut pas être supérieur ou inférieur aux plafonds et seuils fixés :

- soit au maximum 70 % pendant les 90 premiers jours, et 35 % ensuite, du salaire net moyen national de l'année précédente ;
- soit au minimum 50 % du salaire minimum net (soit 1 125,60 HRK).

C) Durée de versement

Les prestations de chômage sont servies sans délai de carence, pendant une durée qui dépend de la durée de cotisation effectuée avant la perte du dernier emploi. Cette durée varie de 90 jours (pour 9 mois à 2 ans de cotisations) à 450 jours (pour plus de 25 ans de cotisations) : *

Durée d'assurance préalable	Durée de versement des indemnités
De 9 mois à 2 ans	90 jours
De 2 à 3 ans	120 jours
De 3 à 4 ans	150 jours
De 4 à 5 ans	180 jours
De 5 à 6 ans	210 jours
De 6 à 7 ans	240 jours
De 7 à 8 ans	270 jours
De 8 à 9 ans	300 jours
De 9 à 10 ans	330 jours
De 10 à 15 ans	360 jours

Durée d'assurance préalable	Durée de versement des indemnités
De 15 à 20 ans	390 jours
De 20 à 25 ans	420 jours
Plus de 25 ans	450 jours

* **Exception** : les personnes ayant travaillé pendant 32 ans ou plus et pour lesquelles il reste au maximum 5 ans avant de remplir les conditions pour obtenir la pension de vieillesse, ont droit à l'indemnité de chômage jusqu'à ce qu'elles trouvent un nouvel emploi ou atteignent l'âge de la retraite.

VII. Garantie de ressources

Toute personne résidant de façon permanente sur le territoire croate ayant épuisé ses droits aux autres prestations sociales, sans ressources et sans bien immobilier, a droit à l'allocation de subsistance dont le montant de base est de 500 HRK. Chaque bénéficiaire perçoit un pourcentage de ce montant de base selon sa catégorie (personne seule : 100 % ; famille : 80 % par adulte et par enfant âgé de moins de 7 ans, 90 % par enfant âgé de 7 à 15 ans et 100 % par enfant âgé de 15 à 18 ans).

Le montant de cette allocation peut être majoré en pourcentage du montant de base, notamment en cas de handicap, pour les femmes enceintes après 12 semaines de grossesse et les mères dans les deux mois après l'accouchement ainsi que pour les enfants vivant avec un parent isolé.

Pour plus d'information sur les prestations d'aide sociale, se renseigner auprès du centre de soins sociaux (*Centar za socijalnu skrb*) compétent pour l'évaluation des droits et de l'état de santé des demandeurs.

Au 15 septembre 2014, 1 kuna (HRK) vaut 0,13 euro