

Le régime espagnol de sécurité sociale (salariés)

- I. Introduction
- II. Organisation
- III. Financement
- IV. Maladie - maternité
- V. Accidents du travail et maladies professionnelles
- VI. Incapacité permanente
- VII. Vieillesse
- VIII. Décès et survivants
- IX. Chômage
- X. Prestations familiales
- XI. Garantie de ressources minimum

I. Introduction

Historique

Informations disponibles sur le site internet du CLEISS (Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale) http://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_espagne_salaries.html

Généralités

Le régime espagnol de protection sociale assure une protection en cas de maladie, maternité, accident, invalidité, vieillesse, décès, chômage et charge de famille.

À côté du régime contributif, le régime non contributif assure une couverture minimale aux personnes qui n'ont pas cotisé ou qui ont insuffisamment cotisé, avec des prestations servies sous conditions de ressources. Il s'agit de prestations de soins de santé, de prestations spéciales de maternité et de chômage, d'allocations familiales et de pensions de vieillesse et d'invalidité.

Le système espagnol de protection sociale comprend le régime général qui couvre les salariés de l'industrie et du secteur des services, les régimes spéciaux rattachés au régime général*, ainsi que les régimes spéciaux qui couvrent les autres catégories de travailleurs. Ces derniers sont :

- le régime spécial des marins - qui vise les salariés et les non salariés - pour lequel l'Instituto Social de la Marina (ISM) est compétent ;
- le régime spécial des travailleurs indépendants de l'industrie et des services et au sein duquel a été incorporé également le régime spécial des travailleurs agricoles indépendants depuis 2008 ;
- le régime spécial des mines de charbon.

* Certains assurés de régimes spéciaux ont été intégrés dans le régime général et bénéficient des dispositions applicables aux travailleurs salariés avec quelques variations pour tenir compte des spécificités de leurs professions. Il s'agit des artistes, des travailleurs ferroviaires, des représentants de commerce, des professionnels de courses de taureaux et des joueurs de football professionnels. Depuis le 01.01.2012, le régime spécial des employés de maison ainsi que le régime spécial agricole pour les travailleurs salariés exerçant leur activité dans l'agriculture, ont également été intégrés au régime général de la sécurité sociale. Ces travailleurs ouvrent droit aux prestations de la sécurité sociale dans les mêmes conditions que dans le régime général avec quelques particularités déterminées par les lois 27/2011 du 1er août et 28/2011 du 22 septembre.

Le champ d'application du système de sécurité sociale espagnol s'étend, quel que soit leur sexe, leur état civil ou leur profession aux résidents espagnols. Ces prestations sont destinées à accorder un revenu minimum aux personnes résidant sur le territoire espagnol.

Enfin, l'article 41 de la constitution espagnole prévoit la possibilité d'un niveau complémentaire et volontaire de protection venant, le cas échéant, s'ajouter au niveau obligatoire.

Dans la note qui suit, seuls les dispositifs concernant les travailleurs salariés seront abordés. Pour les dispositifs concernant les travailleurs indépendants, Cf. [Note sur le régime espagnol de sécurité sociale – Non-salariés.](#)

II. Organisation

Les organismes gérant les différentes prestations pouvant être servies aux travailleurs salariés sont les suivants :

- **l'Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS)**
Dépendant du secrétariat d'État à la sécurité sociale auprès du Ministère de l'emploi et de la sécurité sociale (Ministerio de empleo y seguridad social), l'INSS est chargé de la gestion et de l'administration des prestations en espèces de l'assurance sociale - c'est-à-dire les pensions de vieillesse et d'invalidité, les pensions de survivants, les indemnités de maladie et de maternité et les prestations familiales - et de l'attribution du droit à l'assurance santé. Au niveau territorial, la gestion des prestations en espèces est assurée par les directions provinciales qui disposent d'un réseau de centres urbains et locaux établis en fonction de l'importance de la population.
- **la Tesorería General de la Seguridad Social (TGSS)**
Placée sous la tutelle du Ministère de l'emploi et de la sécurité sociale (Ministerio de empleo y seguridad social), service commun de la sécurité sociale, la TGSS est chargée de l'inscription des entreprises, de l'immatriculation, de l'affiliation et de la radiation des travailleurs. Elle assure la gestion des ressources financières et l'administration financière du système, et gère et contrôle le recouvrement des cotisations. La trésorerie générale dispose à l'échelon régional des directions provinciales dont dépendent des administrations de sécurité sociale qui agissent comme des bureaux de base de la direction provinciale. À ces administrations locales s'intègrent des unités de perception exécutives qui possèdent des compétences spécifiques en matière de recouvrement de cotisations.
- **le Servicio Publico de Empleo Estatal (SEPE)**
Placé sous la tutelle du Ministère de l'emploi et de la sécurité sociale (Ministerio de empleo y seguridad social), le SEPE est compétent en matière d'emploi, de formation, de reconversion professionnelle et de versement de prestations de chômage. À l'échelon territorial le SEPE dispose de 52 directions provinciales.
- **les mutuelles d'accident du travail et des maladies professionnelles (MATEPSS)**
Ce sont des associations à but non lucratif, dûment autorisées par le Ministère de l'emploi et de la sécurité sociale (Ministerio de empleo y seguridad social), constituées par des employeurs. Elles collaborent à la gestion des accidents du travail et des maladies professionnelles, et participent aux activités de prévention et de réadaptation et à la gestion des prestations en espèces de l'incapacité temporaire pour des éventualités non professionnelles.
- **les entreprises**, participant également à la gestion de la sécurité sociale en assumant le paiement des indemnités journalières d'incapacité temporaire et en retenant les cotisations.
- **l'Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO)**
Placé sous la tutelle du Ministère de la santé, des services sociaux et de l'égalité (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad), l'IMSERSO a pour attribution la gestion et l'administration des services complémentaires des prestations du système de sécurité sociale, les prestations d'assistance et les pensions non-contributives qui visent principalement les personnes âgées ou handicapées. Depuis 1981, certains services et fonctions de l'institut ont été transférés peu à peu aux communautés autonomes. À ce jour, l'institut a transféré ses compétences à toutes les communautés autonomes, à l'exception des villes de Ceuta et Melilla.
- **l'Instituto Nacional de Gestion Sanitaria (INGESA)**
Placé sous la tutelle du Ministère de la santé, des services sociaux et de l'égalité (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad), l'INGESA est l'organisme de gestion des prestations de santé pour les villes de Ceuta et Melilla. Les compétences en matière de service de santé pour les autres régions, auparavant attribuées à l'*Instituto Nacional de la Salud*, sont aujourd'hui exercées par les communautés autonomes.

Organismes chargés de la sécurité sociale

Branches	Organismes compétents
Recouvrement des cotisations	Trésorerie générale de la sécurité sociale (TGSS)
Sécurité sociale : Soins de santé	Institut national de gestion sanitaire (INGESA) Organismes des régions autonomes Entreprises (collaboration volontaire)

Branches	Organismes compétents
Incapacité de travail Maternité Invalidité Vieillesse Décès et survivants Prestations familiales Accidents du travail Maladies professionnelles	Institut national de la sécurité sociale (INSS) Entreprises : collaboration volontaire pour la gestion de l'incapacité de travail temporaire Mutuelles des accidents du travail et des maladies professionnelles Institut national de la sécurité sociale (INSS) Mutuelles des accidents du travail et des maladies professionnelles
Chômage	Service public d'État pour l'emploi (SEPE)
Services sociaux Prestations non contributives	Institut national des personnes âgées et des services sociaux (IMSERSO) Organes des régions autonomes disposant de compétences transférées
Salaires minimum d'insertion	Organismes des régions autonomes

III. Financement

Organisme national :

Tesoreria General de la Seguridad Social (TGSS)
 C/ Astros, 5 y 7
 28007 Madrid
 Espagne
www.seg-social.es

Le système espagnol de sécurité sociale est fondé sur la répartition pour toutes les éventualités à l'exception de certains cas en matière de risque accidents du travail. Il est financé par les cotisations de sécurité sociale qui constituent la majorité du financement ainsi que par l'impôt. Depuis la loi sur le financement de 1989, le financement est lié à la nature de la protection : les prestations de caractère contributif sont financées essentiellement par les cotisations et celles de caractère non contributif sur le budget de l'État. Sont notamment financés sur le budget de l'État, la protection de la santé, les compléments pour porter les pensions au minimum garanti, les allocations pour enfants handicapés et les allocations non contributives pour enfants à charge.

Cotisations

i) Immatriculation, procédure

L'obligation de cotiser incombe à la fois au salarié et à l'employeur, sauf pour l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles et pour le fonds de garantie salariale dont les cotisations sont à la charge exclusive de l'employeur. Ce dernier est responsable du paiement des cotisations patronales et salariales.

Les employeurs au début de leur activité doivent solliciter leur inscription auprès de la direction provinciale de la Trésorerie générale de sécurité sociale (TGSS) dans la circonscription de laquelle est située l'entreprise. Il existe une trésorerie générale de sécurité sociale dans chaque province. La demande d'inscription peut également être effectuée via [le système RED](#).

L'employeur doit également immatriculer son salarié si celui-ci commence une activité professionnelle. Cette immatriculation qui est unique et à vie pour chaque salarié consiste en l'inscription de l'intéressé au régime de sécurité sociale.

L'obligation de cotiser naît dès l'instant où l'activité commence et se poursuit tant que dure cette activité, y compris dans les situations d'incapacité temporaire du travailleur. Elle s'éteint lorsque se produisent la cessation de l'activité et la communication de cette cessation à la direction provinciale de la trésorerie générale de sécurité sociale compétente. La non communication de la cessation d'activité n'éteint pas l'obligation de cotiser, bien qu'il y ait eu cessation effective du travail.

ii) Taux de cotisations

Régime général : charges sociales obligatoires au 1er janvier 2014			
	Taux employeur	Taux salarié	Total
Cotisation générale ⁽¹⁾	23,60 %	4,70 %	28,30 %
Chômage :			
CDI	5,50 %	1,55 %	7,05 %
CDD	6,70 %	1,60 %	8,30 %
Accidents du travail et maladies professionnelles	⁽²⁾	-	⁽²⁾
Fonds de garantie salariale	0,20 %	-	0,20 %
Formation professionnelle	0,60 %	0,10 %	0,70 %
(1) La cotisation générale finance les assurances vieillesse, invalidité et survivants ainsi que les prestations en espèces de l'assurance maladie-maternité.			
(2) Les cotisations accidents du travail et maladies professionnelles sont à la charge exclusive de l'employeur. Elles sont déterminées selon un tarif fixé par le gouvernement, compte tenu du risque potentiel propre à chaque activité.			

Assiette de calcul

Le plafond mensuel en 2014 pour le calcul des cotisations au titre de l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles est égal à 3 597 €, et la base minimale mensuelle est de 753 €. Cette assiette de calcul s'applique également pour les cotisations auprès de l'assurance chômage, du fonds de garantie salariale et auprès de la formation professionnelle.

En fonction de la catégorie professionnelle à laquelle le travailleur appartient, une base minimale mensuelle est fixée pour le calcul de la cotisation générale (Cf. tableau ci-dessous). En 2014, le plafond de calcul des cotisations est fixé à 3 597 € par mois pour tous les travailleurs appartenant aux catégories 1 à 7, et à 119,90 € par jour pour les travailleurs appartenant aux catégories 8 à 11 (catégories ; voir tableau ci-dessous).

Bases de calcul de la cotisation générale 2014 (minimales)		
CATÉGORIE DE COTISATION	CATÉGORIES SOCIOPROFESSIONNELLES	BASES MINIMALES
1	Ingénieurs et diplômés	1 051,50 €/mois
2	Ingénieurs, Techniciens, Adjoints, Techniciens supérieurs	872,10 €/mois
3	Responsables administratifs et Chefs d'atelier	758,70 €/mois

Bases de calcul de la cotisation générale 2014 (minimales)		
CATÉGORIE DE COTISATION	CATÉGORIES SOCIOPROFESSIONNELLES	BASES MINIMALES
4, 5, 6, 7	Adjointes non-diplômés, Employés administratifs, Employés subalternes, Auxiliaires administratifs	753 €/mois
8, 9, 10, 11	Ouvriers de première et de seconde catégorie, Ouvriers de troisième catégorie et O.S., Manœuvres, Travailleurs âgés de moins de 18 ans	25,10 €/jour

IV. Maladie - Maternité

1. Prestations en nature

Les prestations en nature (soins) ont pour but de dispenser des services médicaux et pharmaceutiques visant à maintenir ou rétablir la santé. Les soins sont dispensés dans le cadre du service national de santé.

En cas de **maternité**, les prestations comprennent le suivi médical pendant la grossesse, l'assistance au moment de l'accouchement et après celui-ci, ainsi que lors des incidents pathologiques et d'hospitalisation.

Où s'adresser ?

Le patient doit s'adresser à un médecin du service de santé, un établissement des services publics de santé ou un établissement public ou privé conventionné par les communautés autonomes ou par l'Institut national de gestion sanitaire (INGESA) pour les villes de Ceuta et Melilla.

a) Conditions

Les soins de santé sont dispensés aux personnes inscrites et affiliées auprès du régime espagnol ainsi qu'à leurs ayants-droit qui ne sont pas eux-mêmes inscrits à la sécurité sociale. Lorsqu'ils sont radiés de la sécurité sociale, les assurés conservent leurs droits pendant une période plus ou moins longue compte tenu du nombre de jours de cotisation et de leurs qualités d'assurés ou d'ayants-droit. Deux situations sont envisagées :

1) Si **l'assuré a cotisé au moins 90 jours** au cours des 365 jours précédant la radiation, il peut encore bénéficier de soins de santé pendant une durée de 52 semaines et de 39 semaines pour les ayants-droit lorsque les soins de santé ont commencé à être servis avant la radiation. Cette durée est ramenée à 39 semaines pour l'assuré et 26 semaines pour les ayants-droit lorsque les soins de santé ont commencé à être dispensés après la radiation.

2) Si **l'assuré a cotisé moins de 90 jours** au cours des 365 jours précédant la radiation, il peut encore bénéficier de soins de santé pendant une durée de 39 semaines (26 semaines pour les ayants-droit) lorsque les soins de santé ont commencé à être dispensés avant la radiation. Si les soins ont débuté après la radiation, il n'y a pas de maintien de droit.

Dans le cadre de l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles, l'intéressé conserve ses droits aux soins de santé durant toute la prise en charge même s'il est radié de la sécurité sociale.

b) Bénéficiaires

Peuvent bénéficier des prestations en nature de l'assurance maladie en qualité d'assurés, les travailleurs salariés, les pensionnés, les bénéficiaires de prestations familiales ou d'autres prestations périodiques (y compris la prestation et l'allocation de chômage) et les résidents ne disposant pas de ressources suffisantes.

Les personnes à charge* de l'assuré et vivant sous le même toit bénéficient des prestations en qualité d'ayants-droit lorsqu'elles ne sont pas assurées à titre personnel. Il s'agit :

- du conjoint/partenaire/ex-conjoint à charge ;

- des descendants de l'assuré ou de son conjoint quelle que soit leur filiation légale, âgés de moins de 26 ans ou atteints d'un handicap d'un degré au moins égal à 65 % ;
- des frères et sœurs sans limite d'âge.

* Exception : la condition d'être à charge de l'assuré ne s'applique pas au conjoint/concubin.

À noter :

- Depuis la réforme de 2012 sur le champ d'application de bénéficiaires des assurés, les ascendants de l'assuré ne peuvent plus bénéficier des prestations en qualité d'ayants-droit.
- Pour être considérés comme ayants-droit, les personnes à charge ne doivent pas disposer de revenus supérieurs au double de l'IPREM (IPREM en 2014 : 532,51 € par mois).
- Le divorce ou la séparation n'éteint pas le droit aux soins de santé du conjoint et des descendants normalement bénéficiaires s'ils n'ont pas de droits à titre personnel.

c) Prestations servies

Médecin

L'assuré choisit librement le médecin généraliste, pédiatre ou dentiste, dans la zone où il réside et si le praticien n'a pas encore atteint son quota d'inscriptions.

L'assuré qui est soigné par un médecin du service de santé ne paie pas d'honoraires. Le spécialiste autre que pédiatre ou dentiste ne peut être consulté que sur demande écrite du médecin généraliste ou du médecin spécialiste.

Soins dentaires

En matière de soins dentaires, seuls les extractions et certains traitements bien spécifiques sont pris en charge. Les prothèses dentaires peuvent donner lieu à des aides financières. Les patients victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles bénéficient également de la prise en charge des actes de chirurgie dentaire.

Hospitalisation

En cas d'hospitalisation, le patient est en règle générale affecté auprès de l'hôpital de son lieu de résidence sauf en cas d'urgence.* Aucune participation n'est réclamée à l'assuré.

* Dans certaines communautés autonomes (*Comunidades Autónomas*), il y a un libre choix de l'hôpital.

Médicaments

Les médicaments pris en charge font l'objet d'une liste et sont délivrés par la pharmacie sur présentation d'une ordonnance. Ne sont pas pris en charge les médicaments dont le but thérapeutique est l'hygiène, les suppléments alimentaires et les spécialités destinées à des symptômes de moindre importance.

La participation du patient est établie en fonction de sa situation (pensionné ou non) et de ses revenus : *

	Revenus annuels	Participation du patient
Titulaires de pensions et leurs bénéficiaires	inférieurs à 100 000 €	10 %
	supérieurs ou égaux à 100 000 €	60 %
Assurés autres que titulaires de pensions et leurs bénéficiaires	inférieurs à 18 000 €	40 %
	supérieurs ou égaux à 18 000 € et inférieurs à 100 000 €	50 %

	Revenus annuels	Participation du patient
	supérieurs à 100 000 €	60 %

La participation du patient est soumise à des plafonds mensuels spécifiques lorsqu'il s'agit de médicaments d'usage fréquent dans des maladies spécifiques à caractère chronique figurant sur une liste. [Plus d'information.](#)

* Les médicaments sont délivrés gratuitement aux personnes handicapés sous certaines conditions, aux titulaires de pensions non-contributives, aux victimes d'accidents du travail et maladies professionnelles et aux personnes se trouvant en situation de chômage et ayant épuisé leurs droits aux allocations chômage.

2. Prestations en espèces (incapacité temporaire)

a) Maladie

Conditions

Pour pouvoir prétendre aux indemnités journalières en cas d'incapacité temporaire due à une maladie commune, le travailleur salarié doit avoir accompli 180 jours d'affiliation au cours des 5 années précédant immédiatement le début de l'incapacité. Si l'incapacité est due à un accident du travail, une maladie professionnelle ou un accident non professionnel, aucune condition de stage n'est exigée (pour plus d'information sur les indemnités en cas d'accident du travail ou maladie professionnelle, se reporter au chapitre VII).

Les prestations pour maladie ou accident non professionnel sont versées après un délai de carence de 3 jours, soit à compter du 4^{ème} jour d'arrêt d'activité.

Montant

Le montant de l'indemnité journalière pour maladie ou accident non professionnel est égal à :

- 60 % de la base de calcul* du 4^{ème} au 20^{ème} jour d'arrêt d'activité ;
- 75 % de la base de calcul* à compter du 21^{ème} jour d'arrêt.

L'employeur supporte la charge du versement de l'indemnité du 4^{ème} jour d'arrêt de travail au 15^{ème} jour inclus. À compter du 16^{ème} jour, le versement incombe à l'INSS ou à la mutuelle.

* La base de calcul est déterminée en divisant le salaire du mois antérieur à celui de la date du début de l'arrêt de travail sur lequel les cotisations ont été versées, par le nombre de jours de travail auxquels cette cotisation fait référence (soit 30 jours si le travailleur a un salaire mensuel, ou 28 à 31 jours s'il a un salaire quotidien).

Durée

En cas de maladie ou d'accident non professionnel, les indemnités journalières sont en principe versées pendant 365 jours. Ce délai peut être prorogé de 180 jours si la guérison est prévue au cours de cette période.

Lorsque le délai de 18 mois s'est écoulé, la situation d'incapacité temporaire disparaît et les droits au regard de l'incapacité permanente doivent être examinés dans un délai maximum de trois mois. Si l'état de santé de l'intéressé nécessite de retarder l'examen de l'incapacité permanente, le versement des indemnités journalières peut être prorogé exceptionnellement, sans pouvoir dépasser les 730 jours (24 mois) suivant la date du début de l'incapacité temporaire.

b) Maternité

Les prestations en espèces de l'assurance maternité sont servies durant les périodes de congé à l'occasion de la maternité, de l'adoption ou de l'accueil d'un enfant.

Conditions

Pour pouvoir bénéficier des prestations de l'assurance maternité, l'assuré(e) doit en principe justifier d'une durée minimum de cotisations, en fonction de son âge :

- les femmes affiliées âgées entre 21 ans et 26 ans peuvent prétendre aux prestations en espèces de l'assurance maternité si elles justifient d'une période minimum de cotisations de 90 jours au cours des 7 ans précédant immédiatement le moment du début du congé, ou lorsqu'elles justifient de 180 jours de cotisations sur l'ensemble de la carrière professionnelle ;
- le père/la mère affilié(e) âgé(e) de plus de 26 ans doit justifier de 180 jours de cotisations au cours des 7 ans précédant immédiatement l'accouchement ou la date de décision administrative ou judiciaire de l'accueil de l'enfant ou de la décision d'adoption, alternativement 360 jours de cotisations sur l'ensemble de la carrière professionnelle.

À noter :

- Les femmes assurées âgées de moins de 21 ans peuvent prétendre aux prestations en espèces de l'assurance maternité sans condition de durée minimum de cotisation.

Montant, durée de versement

La prestation en espèces de l'assurance maternité est égale à 100 % du salaire journalier sur lequel les cotisations ont été versées le mois antérieur à l'arrêt de travail.

En cas de naissance multiple ou d'adoption/accueil de plus d'un mineur à la même occasion, le montant de la prestation est multiplié pendant les 6 premières semaines par le nombre d'enfants supplémentaires à partir du second.

En règle générale, les prestations de maternité sont servies pendant 16 semaines ininterrompues (accouchement, adoption ou accueil d'un enfant âgé de moins de 6 ans ou moins de 18 ans s'il s'agit d'un enfant inapte ou handicapé ou qui a des difficultés d'insertion). La durée de versement peut être prolongée dans les conditions suivantes :

- en cas de naissances, d'accueil ou d'adoption multiples, le congé maternité indemnisé est prolongé de deux semaines supplémentaires par enfant à partir du second ;
- dans le cas d'un enfant atteint d'un handicap dont le degré est estimé à 33 % ou plus, le congé de maternité indemnisé est prorogé de deux semaines. Ceci est également le cas lorsque le handicap est indiqué dans un rapport certifié par le Service public de santé (SPS), même si le degré du handicap du nouveau-né n'a pas encore été déterminé ;
- en cas d'hospitalisation du nouveau-né, la durée de versement des allocations est prolongée d'autant de jours que dure l'hospitalisation dans la limite de 13 semaines supplémentaires.

Lorsque les deux parents travaillent, la répartition du congé de maternité est effectuée au choix de l'assurée. Le père peut bénéficier jusqu'à 10 semaines de congé indemnisé. Toutefois, il doit toujours rester au moins 6 semaines de repos obligatoire pour la mère après l'accouchement.

Versement :

- Les indemnités journalières de l'assurance maternité sont versées directement aux bénéficiaires par l'Instituto nacional de la seguridad social (INSS).

c) Allocation de paternité

Le père qui remplit les conditions pour pouvoir bénéficier des prestations de l'assurance maternité (voir conditions ci-dessus) a droit à une allocation de paternité (*Subsidio por paternidad*) pendant 13 jours (ou 20 jours dans certains cas, notamment si l'enfant né, adopté ou accueilli est atteint d'un handicap d'un degré supérieur ou égal à 33 %) et 2 jours supplémentaires pour chaque enfant à partir du 2ème en cas de naissances, d'accueil ou d'adoption multiples.

Le montant de l'allocation est égal à 100 % de la base de calcul correspondant aux indemnités journalières de maladie (Cf. ci-dessus : 2. Prestations en espèces - incapacité temporaire).

V. Accidents du travail et maladies professionnelles

Les prestations de l'assurance accidents du travail sont pratiquement les mêmes que celles accordées en cas de maladie ou d'accidents non professionnels. Il existe toutefois des différences dans les conditions d'ouverture des droits ou dans le montant de certaines prestations.

Est reconnu comme accident du travail, tout accident survenu au salarié par le fait ou à l'occasion de son travail, alors qu'il se trouvait placée sous l'autorité de son employeur. Les accidents de trajet entre le domicile et le lieu de travail sont également couverts.

Les maladies professionnelles peuvent faire l'objet d'une indemnisation si elles figurent dans une liste préétablie par le Ministère de l'Emploi et de la Sécurité Sociale. Les maladies ne figurant pas sur la liste ne sont couvertes au titre de l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles que si elles sont considérées comme des accidents du travail.

1. Soins

Les soins sont dispensés dans le cadre du service national de santé. En règle générale, aucune participation aux frais n'est réclamée à la victime.

2. Prestations en espèces

Le travailleur victime d'un accident du travail ou reconnu atteint d'une maladie professionnelle qui se trouve dans l'incapacité de travailler, peut prétendre à des indemnités d'incapacité de travail **sans condition de durée préalable d'assurance**. Il suffit que le travailleur exerce une activité salariée au moment de l'accident.

a) Incapacité provisoire

Durant la période d'incapacité temporaire, la victime perçoit une indemnité journalière égale à 75 % de la base de calcul* à compter du lendemain du premier jour d'arrêt de travail. Le salaire intégral correspondant au jour de l'arrêt de travail est à la charge de l'employeur.

* Base de calcul = salaire brut (sans les heures supplémentaires) sur lequel les cotisations ont été versées le mois précédant celui de la date du début de l'incapacité, divisé par le nombre de jours correspondant à cette cotisation (soit 30 jours pour un salaire mensuel) + cotisation des heures supplémentaires de l'année civile précédente, divisée par 365 jours.

Les indemnités journalières sont en règle générale servies durant 365 jours maximum. La durée de versement peut être prolongée de 180 jours si le contrôle médical présume que le travailleur va se rétablir entre temps et sera dans la possibilité de reprendre son travail.

En cas de maladie professionnelle, la période d'observation de 6 mois peut être prorogée de 6 autres mois si cela est nécessaire à l'établissement du diagnostic de la maladie. Lorsque le délai maximum de versement est écoulé, périodes d'observation éventuellement incluses, la situation d'incapacité temporaire disparaît et il faut examiner obligatoirement dans un délai de trois mois, l'état d'incapacité pour déterminer le taux d'incapacité permanente.

b) Incapacité permanente

i) Définition

Le travailleur qui, après avoir suivi le traitement prescrit, continue à présenter une incapacité de travail peut bénéficier d'une pension d'invalidité si la réduction de sa capacité de travail est au moins égale à 33 %.

L'incapacité permanente est évaluée selon quatre catégories distinctes, déterminant ensuite le montant de la prestation :

- **l'incapacité permanente partielle** pour l'exercice de la profession habituelle qui entraîne une diminution d'au moins 33 % du rendement normal du travailleur dans la profession mais qui ne l'empêche pas d'en réaliser les principales tâches ;
- **l'incapacité permanente totale** pour l'exercice de la profession habituelle, qui empêche le travailleur de réaliser toutes les tâches ou les plus fondamentales de sa profession à condition qu'il puisse en exercer une autre ;
- **l'incapacité permanente absolue** pour tout travail, qui empêche l'intéressé d'exercer un travail quelconque ;

- la « **grande invalidité** » qui est la situation du travailleur atteint d'une incapacité permanente qui se trouve dans l'obligation de recourir à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes essentiels de la vie.

ii) Conditions (pension)

Pour pouvoir prétendre à une pension il faut que le travailleur soit affilié ou dans une situation assimilée. Cette condition d'affiliation est présumée remplie dans la mesure où il s'agit d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle.

Aucune période de cotisation préalable n'est exigée pour la liquidation de la pension.

iii) Montant (pension)

Le montant de la pension d'invalidité est déterminé en appliquant à la base de calcul un pourcentage fixé en fonction du degré d'incapacité (voir ci-dessous). En cas d'incapacité permanente partielle, il est versé une indemnité forfaitaire dont le montant est égal à 24 mensualités de la base ayant servi au calcul de l'incapacité temporaire (Cf. ci-dessus).

La base de calcul

La base de calcul est obtenue à partir du salaire brut réel soumis à cotisations. Sera appliqué, le coefficient obtenu après avoir divisé par 12 les sommes suivantes :

- le salaire journalier du travailleur à la date de l'accident ou du congé maladie multiplié par 365 ;
- gratifications et payes extraordinaires de l'année antérieure à l'accident ;
- heures supplémentaires et autres rétributions complémentaires perçues au cours de l'année précédant l'accident, divisées par le nombre de jours effectivement travaillés au cours de cette même période. Le résultat est ensuite multiplié par 273 (sauf si le nombre de jours effectivement travaillés est inférieur ; dans ce cas il sera appliqué un multiplicateur correspondant).

Le taux

- pour une **incapacité permanente totale**, le taux applicable à la base de calcul est fixé à 55 % ou 75 % si l'intéressé est âgé de plus de 55 ans et se trouve sans emploi. Sur demande de l'intéressé, la pension peut être remplacée par un versement forfaitaire unique qui varie entre 12 et 84 mensualités de la pension compte tenu de l'âge de l'intéressé * ;
- en cas d'**incapacité permanente absolue**, le taux applicable à la base de calcul est fixé à 100 % ;
- en cas de « **grande invalidité** » nécessitant la présence d'une tierce personne, il sera appliqué le pourcentage correspondant à une incapacité permanente absolue majoré d'un supplément destiné à la rémunération de la personne qui s'occupe du bénéficiaire. Le supplément est égal à 45 % de la base minimale de cotisation en vigueur au moment de la réalisation du risque, plus 30 % de la dernière base de cotisation du travailleur.

* Cette indemnisation forfaitaire est servie lorsque la victime de l'accident est âgée de moins de 60 ans, dans les mêmes conditions que dans le cas d'une incapacité permanente lors d'une maladie commune (Cf. chapitre IV).

Enfin, s'il est prouvé que l'accident ou la maladie est du(e) à une faute de l'employeur (dispositifs de précaution réglementaires manquants ou insuffisants, insuffisance de mesures de sécurité et d'hygiène de travail, etc.), le montant de la pension sera augmenté de 30 à 50 % en fonction de la gravité de la faute. Cette majoration est à la charge de l'employeur.

iv) Prestation pour lésions permanentes non invalidantes

Les lésions permanentes non invalidantes causées par un accident du travail ou une maladie professionnelle, qui, sans constituer une incapacité permanente, supposent une modification ou une diminution de l'intégrité physique du travailleur, font l'objet d'une indemnisation unique dont le montant est déterminé selon un barème établi à cet effet ([voir barème ici](#)).

Cette indemnisation peut être cumulée avec des revenus du travail dans l'entreprise où est survenu l'accident. Toutefois, elle n'est pas cumulable avec des prestations d'incapacité permanente pour les mêmes lésions.

Enfin, s'il est prouvé que l'accident ou la maladie est due à une faute de l'employeur (dispositifs de précaution réglementaires manquants ou insuffisants, insuffisance de mesures de sécurité et d'hygiène de travail, etc.), le montant

de l'allocation sera augmenté de 30 à 50 % en fonction de la gravité de la faute. Cette majoration est à la charge de l'employeur.

3. Droits des survivants

En cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, les mêmes prestations sont servies aux survivants qu'en cas de décès de l'assuré suite à une maladie commune (Cf. chapitre VI. Décès et survivants). Toutefois, certains dispositifs particuliers s'appliquent :

- aucune période minimum de cotisation n'est exigée ;
- les pensions de survivant en cas d'accident ou de maladie sont versées en 12 mensualités ordinaires ;
- la base de calcul pour le montant de la pension est celle qui sert pour la pension d'incapacité permanente en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle (voir ci-dessus).

En plus des pensions pouvant être servies suite au décès de l'assuré, une **indemnisation spéciale forfaitaire** d'un certain nombre de mensualités correspondant à la pension liquidée est versée aux membres de familles y ouvrant droit :

- six mensualités de la base de calcul de la pension de veuvage pour le conjoint survivant, concubin ou ex-conjoint divorcé ou séparé ;
- une mensualité de la base de calcul de la pension d'orphelin pour chaque orphelin, ou, s'il n'existe pas de conjoint survivant ayant droit à indemnisation, les six mensualités sont réparties entre les orphelins ;
- neuf mensualités pour le parent qui était à la charge de l'assuré s'il n'y a qu'un seul ascendant, ou douze mensualités si les deux parents étaient à sa charge, à condition qu'il n'existe pas d'autres membres de famille ayant droit à une pension.

VI. Incapacité permanente

Le régime d'assurance incapacité prévoit l'octroi d'une pension d'invalidité aux assurés atteints d'un taux de réduction de la capacité de travail d'au moins 33 %.

Organisme compétent :

L'Instituto nacional de la seguridad social (INSS) est l'organisme compétent pour déterminer la situation d'incapacité permanente en vue de l'attribution des prestations en espèces.

L'incapacité permanente, quelle qu'en soit la cause, se classifie selon l'une des quatre catégories suivantes :

- **l'incapacité permanente partielle** pour l'exercice de la profession habituelle qui entraîne une diminution d'au moins 33 % du rendement normal du travailleur dans sa profession, mais qui ne l'empêche pas d'en réaliser les principales tâches ;
- **l'incapacité permanente totale** pour l'exercice de la profession habituelle, qui empêche le travailleur de réaliser toutes les tâches ou les plus importantes de sa profession, à condition qu'il puisse en exercer une autre ;
- **l'incapacité permanente absolue** pour tout travail, qui empêche l'intéressé d'exercer un travail quelconque ;
- la "**grande invalidité**" qui est la situation du travailleur atteint d'une incapacité permanente qui se trouve dans l'obligation de recourir à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie.

1. Conditions

Pour pouvoir prétendre à une prestation d'invalidité, l'assuré doit être affilié régulièrement ou en situation assimilée, avoir moins de 65 ans au moment de la réalisation du risque ou si ce n'est pas le cas, ne pas remplir les conditions requises pour bénéficier d'une pension de vieillesse contributive. La durée minimum d'affiliation requise pour obtenir des prestations dépend de l'âge de l'intéressé au moment de la survenance de l'invalidité :

- âgé de moins de 31 ans, il devra avoir été affilié durant le tiers du temps compris entre son 16ème anniversaire et le moment de la réalisation du risque ;
- s'il est âgé de 31 ans ou plus, la durée de stage est égale au quart du temps écoulé entre le 20ème anniversaire et le moment de la réalisation du risque avec un minimum de 5 ans. Un 5ème de la période de cotisation requise doit être compris dans la période des 10 ans précédant immédiatement la réalisation du risque ou la date à laquelle a cessé l'obligation de cotiser.

Lorsque l'incapacité résulte d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, le travailleur est considéré affilié de plein droit et inscrit – la condition de durée d'affiliation minimum n'est pas appliquée (se reporter au chapitre VII).

2. Montant

Le montant de la pension est déterminé en appliquant à la base de calcul un pourcentage fixé en fonction du taux d'incapacité. En cas d'incapacité permanente partielle d'exercer la profession habituelle, une indemnité forfaitaire remplace la pension.

Pension

i) Base de calcul :

Si le bénéficiaire est âgé entre 52 et 65 ans, la base de calcul est obtenue en divisant par 112 les bases de cotisations des 96 mois précédant immédiatement la réalisation du risque. Les 24 derniers mois sont pris en compte à leur valeur nominale et les autres sont actualisés en fonction de l'évolution de l'indice des prix à la consommation.

Si le bénéficiaire est âgé de moins de 52 ans, la base de calcul est égale au salaire cotisable de la période minimum requise divisé par le nombre de mois auxquels se réfèrent ces salaires multiplié par le coefficient 1,1666.

En cas d'accident non professionnel, la base de calcul s'obtient en divisant par 28 les bases sur lesquelles des cotisations ont été versées pendant une période ininterrompue de 24 mois choisie au cours des 7 ans précédant immédiatement la date de la réalisation du risque.

Lorsque **l'incapacité permanente est survenue après le 1er janvier 2008**, au résultat découlant des règles susmentionnées, on applique le pourcentage tel que défini dans le cadre de l'assurance vieillesse, en fonction des années de cotisation qui restent au travailleur à réaliser jusqu'à l'âge légal de la retraite. Si le résultat est inférieur à 15 années de cotisation, le pourcentage applicable sera de 50 %.

ii) Taux applicable à la base de calcul :

- Pour une **incapacité permanente totale**, le taux applicable à la base de calcul est en principe fixé à 55 %. Il est augmenté à 75 % si l'assuré est âgé de plus de 55 ans lorsqu'on présumera des difficultés à trouver un emploi dans une activité différente de celle d'origine, notamment inhérentes au lieu de résidence et au manque de qualification.
- En cas d'**incapacité permanente absolue**, le taux applicable à la base de calcul est fixé à 100 %.
- Dans le cas d'une «**grande invalidité** », il sera appliqué le pourcentage correspondant à une incapacité permanente absolue majoré d'un supplément destiné à la rémunération de la personne qui s'occupe du bénéficiaire. Le supplément est égal à 45 % de la base minimale de cotisation en vigueur au moment de la réalisation du risque, plus 30 % de la dernière base de cotisation du travailleur.

À noter :

- La pension est versée sur 14 mensualités par an. Des montants minimum sont garantis ; ils varient en fonction de l'âge du titulaire et de ses membres de famille à charge ([consulter les montants](#)).
- La pension pour incapacité permanente s'intitule pension de vieillesse lorsque le bénéficiaire atteint l'âge de la retraite. Ce changement d'appellation n'entraîne aucune modification quant aux conditions de versement de l'avantage.

Indemnisation forfaitaire

L'indemnité forfaitaire pour **incapacité permanente partielle** d'exercer la profession habituelle correspond à 24 mensualités du montant de la base de calcul pour l'obtention des prestations de maladie. Cette indemnité forfaitaire correspond au salaire cotisable du mois antérieur à l'arrêt de travail divisé par le nombre de jours effectifs de travail correspondant à ces cotisations multiplié par 24.

Par ailleurs, la pension pour **incapacité permanente totale** peut être remplacée exceptionnellement par une indemnisation forfaitaire, à condition que le bénéficiaire soit âgé de moins de 60 ans. Le montant correspond à 84

mensualités de la pension pour les bénéficiaires âgés de moins de 54 ans, et 12 mensualités à 59 ans, selon le tableau suivant :

Âge du bénéficiaire	Nombre de mensualités de pension
moins de 54 ans	84
54 ans	72
55 ans	60
56 ans	48
57 ans	36
58 ans	24
59 ans	12

3. Cumul

Cumul avec d'autres prestations : le cumul des pensions d'invalidité avec d'autres pensions du régime général n'est pas autorisé, à l'exception de la pension de veuvage. Les pensions d'invalidité ne peuvent pas non plus se cumuler avec des indemnités forfaitaires pour des lésions, mutilations ou difformités, à moins que celles-ci ne soient totalement indépendantes de celles retenues dans la déclaration d'invalidité.

Cumul avec des revenus de travail : la pension d'invalidité peut être cumulée avec des revenus tirés d'une activité professionnelle, autre que celle exercée avant l'attribution de la pension, tant que l'activité professionnelle n'entraîne pas pour le pensionné une dégradation de ses capacités de travail.

VII. Vieillesse

1. Conditions

Âge légal, durée d'affiliation (règle générale)

Conformément aux nouveaux dispositifs sur les pensions entrés en vigueur le 1^{er} janvier 2013, l'âge d'ouverture de droits à la pension de retraite dépend de l'année de naissance de l'assuré ainsi que des cotisations versées sur l'ensemble de sa carrière professionnelle. En 2014, l'âge légal de la retraite est fixé à 65 ans lorsque l'assuré justifie de 35 ans et 6 mois de cotisations, ou de 65 ans et 2 mois si ses périodes cotisées sont inférieures.

L'âge légal de la retraite augmente progressivement jusqu'à atteindre 67 ans pour les assurés justifiant d'une durée d'affiliation inférieure à 38 ans et 6 mois ([Cf. tableau](#) sur le site dédié à la sécurité sociale du Ministère de l'emploi et de la sécurité sociale - *Ministerio de empleo y seguridad social*). Pour ceux dont la durée d'affiliation au régime est égale ou supérieure à 38 ans et 6 mois, l'âge légal de la retraite reste fixé à 65 ans.

Enfin, pour obtenir une pension de vieillesse, le travailleur doit au minimum avoir accompli 15 années de cotisations (soit 5 475 jours) dont au moins 2 années doivent être comprises dans les 15 années précédant immédiatement la date de départ à la retraite.

Retraites anticipée et prorogée

Une retraite anticipée peut être liquidée à partir de l'âge de 60 ans pour les travailleurs qui étaient assurés selon le système SOVI aboli le 1er janvier 1967 ;

Il existe également une possibilité d'accéder à la retraite anticipée au plus tôt 4 ans avant l'âge légal de la retraite pour le travailleur qui justifie de 33 ans de cotisation, qui, à la suite d'une rupture du contrat de travail qui ne lui est pas imputable, a été inscrit en qualité de demandeur d'emploi pendant au moins 6 mois avant la date de demande de la retraite. La possibilité de prétendre à une pension anticipée existe également pour les travailleurs dont les activités professionnelles sont exceptionnellement pénibles, dangereuses, toxiques ou insalubres. De plus, sous certaines conditions, les personnes présentant un degré d'incapacité au moins égal à 45 % entraînant une diminution de leur espérance de vie ainsi que celles présentant une incapacité minimum de 65 % peuvent prétendre à une pension anticipée. Dans ce cas, l'âge minimum actuel de la retraite est de 56 et de 52 ans respectivement.

Enfin, la liquidation de la retraite peut être prorogée au-delà de l'âge légal de la retraite, sans limite. Dans ce cas, la pension est majorée d'un certain pourcentage pour chaque année de report, selon le nombre d'années de cotisations justifiées au moment de l'obtention de l'âge légal de la retraite (Cf. *Calcul de la pension* ci-dessous).

Retraite partielle

Il existe des possibilités de retraite partielle (*pensión de jubilación parcial*) à partir de l'âge de 61 ans (avec quelques exceptions) lorsqu'il existe un contrat de remplacement conclu par un chômeur ou un travailleur ayant signé un contrat à durée déterminée avec l'entreprise. Le contrat de remplacement n'est pas obligatoire si le salarié a atteint l'âge légal de la retraite. Le pensionné perçoit un pourcentage (celui de la réduction de journée de travail) de la pension qui lui correspondrait, en fonction des années cotisées à la date du fait causant, calculée conformément aux règles générales de calcul de la pension ordinaire, mais sans application du coefficient supplémentaire. [Plus d'information sur la retraite partielle.](#)

2. Calcul de la pension

La pension est calculée en appliquant à la base de calcul* un certain pourcentage qui est fonction du nombre d'années cotisées par l'assuré.

* La base de calcul s'obtient en divisant par 238 les bases de cotisations au cours des 204 mois immédiatement antérieurs au départ à la retraite. Les bases de cotisations des 24 mois précédant immédiatement la retraite sont prises en compte dans leur valeur nominale, le restant des bases de cotisations sera réactualisé conformément à l'évolution de l'indice des prix à la consommation. À partir de 2022, la base de calcul sera égale au résultat de la division par 350 des bases de cotisation de l'intéressé au cours des 300 mois immédiatement antérieurs au départ à la retraite. Depuis le 1er janvier 2013, cette augmentation se fait progressivement.

Le pourcentage appliqué à la base de calcul s'inscrit sur une échelle qui commence à 50 % pour 15 années de cotisations et augmente de 0,21 % par mois supplémentaire de cotisation compris entre le 1^{er} et le 136^{ème} mois et de 0,19 % pour les 83 mois suivants pour enfin atteindre 100 % pour 35 ans et 6 mois de cotisations. À compter de 2027, le taux atteint 100 % après 37 années de cotisations.

Retraite anticipée ou prorogée :

- En cas de retraite anticipée conformément au système SOVI aboli le 1^{er} janvier 1967, le montant de la pension est réduit d'un pourcentage compris entre 8 % et 6 % par année manquante pour atteindre l'âge légal de la retraite. En cas de départ à la retraite 2 ou 4 ans avant l'âge légal, le montant de la pension est réduit en fonction de la période restante jusqu'à l'âge légal de la retraite et des périodes de cotisation de l'assuré.
- En cas de retraite prorogée, le montant de la pension est majoré de 2 à 4 % pour chaque année complète de report (soit 2 % si l'assuré justifie de 25 années de cotisations, 2,75 % pour 25 à 37 années de cotisations, et 4 % à partir de 37 années de cotisations).

La pension est versée mensuellement avec deux mensualités supplémentaires, servies en juin et en novembre.

Montants minimum et maximum

Les montants minimums annuels de la pension varient en fonction de l'âge du titulaire et de sa situation familiale. En 2014, ils correspondent à :

		Montant annuel
--	--	-----------------------

		Montant annuel
Pensionné âgé de 65 ans ou plus	avec conjoint à charge	10 932,60 €
	sans conjoint (célibataire)	8 860,60 €
	avec conjoint n'étant pas à charge	8 404,20 €
Pensionné âgé de moins de 65 ans	avec conjoint à charge	10 246,60 €
	sans conjoint (célibataire)	8 288 €
	avec conjoint n'étant pas à charge	7 831,60 €

Le montant maximum de la pension en 2014 est de 2 554,49 € par mois, soit par an : 35 762,86 €.

3. Cumul emploi et retraite

En cas de retraite totale, la pension n'est pas cumulable avec un travail quelconque du pensionné (salarié ou non) visé dans le champ d'application d'un des régimes de la sécurité sociale. Le droit à pension est suspendu, tant qu'un travail de ce type est accompli.

En cas de retraite partielle, le travailleur peut cumuler sa retraite partielle avec le salaire qu'il perçoit au titre de son travail à mi-temps.

4. Retraites complémentaires

Les pensions de la sécurité sociale peuvent être complétées par des systèmes d'épargne individuels ou collectifs, externes à la sécurité sociale. Il n'existe pas d'obligation de souscrire à un régime complémentaire.

Le système complémentaire peut être financé par des cotisations de prévision sociale et des primes d'assurance volontaire. Il peut également s'agir d'un régime complémentaire mis en place dans le cadre de conventions collectives selon les techniques de l'assurance privée, du mutualisme et des fonds de pensions.

Les **mutualités de prévision sociale**, placées sous la tutelle du [Ministère de l'économie et de la compétitivité](#), sont des organismes assureurs qui exercent une forme d'assurance de caractère volontaire complémentaire au système de sécurité sociale obligatoire, moyennant des primes fixes ou variables payées par les affiliés à une mutuelle - personnes physiques ou morales - ou autres organismes de protection. Elles couvrent la retraite et le décès (la réversion, les prestations pour orphelins) en garantissant des prestations en espèces sous forme de capital ou de rente.

À côté des mutualités de prévision sociale, il existe des **plans et fonds de pensions**. Ces premiers sont des institutions de prévision volontaire et libre qui définissent le droit des personnes pour lesquelles ils sont constitués, de recevoir une rente ou un capital en cas de retraite, d'invalidité ou de survie. De caractère privé, ils peuvent être ou non le complément du système réglementaire de la sécurité sociale, mais ils ne peuvent en aucun cas se substituer au système obligatoire. Les fonds de pensions sont des patrimoines créés dans le seul but de mettre en application les plans de pensions dont la gestion, la garde et le contrôle sont réalisés conformément à la loi. Les plans de pensions sont fondés sur la capitalisation.

VIII. Décès et survivants

Sont obligatoirement couverts au titre de l'assurance décès, les travailleurs immatriculés et inscrits, les

Historique :

Les pensions de survivants ont fait l'objet d'importants changements en 2008 suite à l'introduction de la loi du 4 décembre 2007 qui a notamment élargi le champ d'application personnel des bénéficiaires de la pension de réversion. Ce droit est désormais ouvert aux personnes qui n'étaient pas mariées avec le défunt. De même, en cas de séparation ou de divorce

avec le défunt, les intéressés peuvent prétendre à une pension sous certaines conditions et même en cas d'annulation du mariage. Enfin, la loi a introduit une prestation temporaire de veuvage lorsque le conjoint survivant n'est pas en mesure de justifier de son mariage avec l'assuré décédé. Les pensions d'orphelins ont été également modifiées puisqu'il n'existe plus de condition de versement de cotisations par le défunt. De plus, les orphelins peuvent désormais occuper un emploi dans le secteur public sous les mêmes conditions que dans le secteur privé, et continuer à percevoir leurs pensions. En outre, le taux des revenus compatibles avec la pension a fait l'objet d'une augmentation en passant de 75 % à 100 % du salaire minimum interprofessionnel (SMI).

invalides à titre provisoire et les bénéficiaires d'une pension de vieillesse ou d'invalidité permanente.

1. Conditions (assuré décédé)

En règle générale, le travailleur défunt doit avoir accompli 500 jours de cotisations au cours des cinq années précédant immédiatement le décès. Toutefois, depuis 2008 cette condition n'est plus exigée pour l'attribution d'une pension d'orphelin. Si le décès est dû à un accident du travail, à une maladie professionnelle ou à un accident non professionnel, aucune condition préalable de cotisation n'est exigée.

Si l'intéressé au moment de son décès n'est pas affilié au régime ou dans une situation assimilée il doit justifier d'une durée de cotisation minimum de 15 ans au cours de toute sa carrière.

2. Calcul des prestations

Le montant des pensions de survivants correspond à un pourcentage de la base de calcul, établi en fonction du type de pension.

La base de calcul

La base de calcul est fonction de la situation professionnelle du défunt (travailleur actif ou pensionné), et de la cause du décès (si le décès est la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle : se reporter au chapitre VII). Pour déterminer la base de calcul, deux situations peuvent se présenter :

- le défunt était pensionné : la base de calcul de la pension de survivant sera la même que celle qui aura servi à la liquidation de la pension du décédé, après revalorisation ;
- le défunt était en activité : la base de calcul sera égale au résultat de la division par 28 de la somme des cotisations versées par le défunt pendant 24 mois consécutifs choisis par le(s) bénéficiaire(s) dans les 15 années précédant immédiatement le décès ou l'obligation de cotiser.

3. Pension de réversion et pension temporaire de veuvage

L'assurance décès prévoit une **pension de réversion** ou une **pension temporaire de veuvage** lorsque le conjoint survivant ne remplit pas toutes les conditions d'ouverture des droits.

a) Pension de réversion

La pension de réversion vise le conjoint survivant ou le partenaire survivant sous certaines conditions (durée minimum de vie commune, existence d'enfant(s) en commun, ressources inférieures à un certain montant) et le cas échéant, le ou les conjoint(s) divorcé(s). Le montant de la pension est en principe égal à 52 % de la base de calcul (Base de calcul : Cf. ci-dessus). Si les revenus du bénéficiaire ne dépassent pas un certain montant, que la pension représente au moins 50 % des revenus et que le titulaire a certaines charges familiales, le montant de la pension est alors égal à 70 % de la base de calcul.

En 2014, les montants minimums annuels de la pension correspondent à :

- 8 860,60 € pour le conjoint survivant âgé de plus de 65 ans ou atteint d'un taux d'incapacité égal ou supérieur à 65 % ;
- 8 288 € pour le conjoint survivant âgé de 60 à 64 ans ;
- 6 707,40 € pour le conjoint survivant âgé de moins de 60 ans ;
- 10 246,60 € pour le conjoint survivant avec charge familiale.

En règle générale, le droit à pension s'éteint en cas de remariage. Toutefois, le remariage du titulaire ne supprime pas le droit à pension si les conditions suivantes sont remplies cumulativement :

- le titulaire est âgé de plus de 61 ans ou est atteint d'un taux d'incapacité supérieur à 65 % ;
- la pension de réversion représente au moins 75 % du montant total des revenus du bénéficiaire, calculés sur une base annuelle ;
- les revenus du nouveau ménage ne dépassent pas deux fois le salaire minimum interprofessionnel (SMI en 2014 : 645,30 €/mois).

Versement, cumuls

- La pension est versée mensuellement avec deux paiements supplémentaires par an, versés avec les mensualités de juin et novembre.
- Il est possible de cumuler une pension de réversion avec un revenu de travail ou avec une pension personnelle.

b) Pension temporaire de veuvage

Si le conjoint survivant ne peut pas justifier que son union avec le défunt a duré plus d'un an, ou s'il y a absence d'enfants en commun avec le défunt, le conjoint survivant peut prétendre à une **pension temporaire de veuvage** à condition qu'il remplisse les conditions générales de cotisation et d'inscription au régime espagnol de sécurité sociale pour bénéficier d'une pension de veuvage. Le montant de la pension temporaire est identique à celle qu'il aurait perçue dans le cadre de la pension de réversion susmentionnée. Elle est versée pendant une durée de 2 ans. Les causes pouvant mettre fin à la liquidation de la pension temporaire sont identiques à celles de la pension de réversion.

4. Pension d'orphelin

La pension d'orphelin est attribuée aux enfants du défunt (ou, dans certains cas, de son conjoint), qui, à la date du décès de l'assuré, sont âgés de :

- moins de 21 ans (cas général), ou sans limite d'âge si l'enfant présente une incapacité permanente absolue ou une « grande invalidité » ;
- moins de 25 ans s'ils n'exercent aucune activité professionnelle ou si leurs revenus annuels sont inférieurs au salaire minimum interprofessionnel (SMI) annuellement calculé (SMI en 2014 : 645,30 €/mois). Si l'orphelin suit des études et atteint l'âge de 25 ans au cours de l'année scolaire, le versement de la pension sera maintenu jusqu'au premier jour du mois suivant celui du début de l'année scolaire suivante.

Le montant de la pension est égal à 20 % de la base de calcul déterminée ci-dessus pour la pension de réversion. Si l'enfant est orphelin de père et de mère, la pension est majorée du taux correspondant à la pension de réversion.

Montants minimum et maximum :

- Le montant minimum mensuel des pensions d'orphelin est fixé pour chaque bénéficiaire à 193,30 € en 2014. S'il s'agit d'orphelins de père et de mère, ce montant est majoré du quotient de 479,10 € par le nombre de bénéficiaires. Si l'orphelin est âgé de moins de 18 ans et atteint d'un handicap dont le degré est égal ou supérieur à 65 %, le montant minimum mensuel de la pension s'élève à 380,40 €.
- En règle générale, la somme des pensions d'orphelins et de la pension de réversion ne peut pas dépasser 100 % de la base de calcul (exception si celle-ci est inférieure au montant minimum garanti).

Versement, cumuls

- La pension est versée mensuellement, avec deux paiements supplémentaires par an, versés en même temps que les mensualités de juin et de novembre.
- La pension d'orphelin peut être cumulée avec des revenus tirés d'une activité professionnelle, quel que soit le montant, pour les orphelins âgés de moins de 21 ans ou sans limite d'âge lorsqu'ils présentent une incapacité permanente absolue ou une incapacité dite « grande invalidité » (*gran invalidez*).

5. Pension ou allocation temporaire en faveur des membres de la famille

Ces prestations visent les membres de la famille du défunt, qui vivaient avec lui et étaient à sa charge pendant au moins 2 ans avant le décès, qui ne peuvent pas prétendre à une pension publique et dont les ressources sont inférieures à un certain plafond.

Peuvent y prétendre, les enfants, les petits-enfants, les frères et sœurs, les parents et les grands-parents du défunt.

Le montant mensuel des prestations est égal à 20 % de la base de calcul déterminée pour la liquidation des pensions de réversion. Les prestations sont versées mensuellement, avec deux paiements supplémentaires (en juin et en novembre).

Montant minimum 2014		
	Montant mensuel	Montant annuel
- par bénéficiaire	193,30 €	2 706,20 €
S'il n'y pas de conjoint survivant ou orphelin ouvrant droit à une pension d'orphelin :		
- un seul bénéficiaire âgé de 65 ans et plus	467,30 €	6 542,20 €
- un seul bénéficiaire âgé de moins de 65 ans	440,10 €	6 161,40 €
- plusieurs bénéficiaires	193,30 + 285,80 € / nombre de bénéficiaires	2 706,20 + 4 001,20 € / nombre de bénéficiaires

- La prestation sous forme d'allocation est servie durant au maximum 12 mois avec versements pour 2 mois supplémentaires.

6. Capital-décès

Une allocation décès d'un montant de 46,50 € en 2014 peut être versée à la ou les personne(s) ayant supporté les frais d'enterrement de la personne décédée. Il n'est exigé aucune période préalable de cotisations. Sauf preuve du contraire, il est présumé que les frais aient été à la charge dans l'ordre suivant : du conjoint ou concubin survivant, des enfants et des parents ou autres membre de famille de l'assuré décédé qui vivaient habituellement avec lui.

Où et comment faire la demande de prestation ?

[La demande d'allocation décès](#) doit être introduite dans un délai maximum de 5 ans, auprès d'un des [centres d'accueil et d'information de la sécurité sociale](#).

La reconnaissance du droit à la prestation relève de la compétence de l'Institut national de la sécurité sociale (INSS), ou, lorsque le décès est la suite d'un accident du travail, de la compétence de la [Mutuelle d'accidents du travail et maladies professionnelles](#).

IX. Chômage

Modifications récentes :

Le régime d'indemnisation du chômage a été modifié dernièrement suite au décret royal adopté en juillet 2012 visant à garantir la stabilité budgétaire et développer la compétitivité. Ces modifications se sont notamment traduites par une réduction du montant des prestations, un nouveau mode de détermination des montants minimums et maximums des prestations ainsi que par la suppression de ladite « allocation spéciale » qui était attribuée aux personnes de plus de 45 ans qui avaient déjà bénéficié de 720 jours de prestation contributive. Ces mesures sont entrées en vigueur le 15 juillet 2012.

Les travailleurs ayant perdu leur emploi temporairement ou définitivement peuvent prétendre, sous certaines conditions, à des prestations de l'assurance chômage liées aux cotisations. Le chômeur qui n'ouvre pas droit aux prestations d'assurance ou qui a épuisé ses droits aux dites prestations, peut obtenir sous conditions de ressources des prestations du régime d'assistance chômage de l'État.

1. Assurance chômage

Conditions

Pour pouvoir bénéficier de prestations de chômage liées aux cotisations (*prestación contributiva*), le travailleur doit :

- être inscrit auprès des services pour l'emploi et se tenir à leur disposition ;
- rechercher activement un emploi ;
- être apte au travail et avoir la volonté de travailler ;
- être involontairement privé d'emploi ;
- être immatriculé et inscrit à la sécurité sociale au moment de la réalisation du risque ;
- ne pas avoir atteint l'âge légal pour ouvrir droit à une pension de vieillesse (sauf s'il ne remplit pas les conditions pour pouvoir bénéficier d'une telle pension) ; et
- justifier du versement de 360 jours de cotisations au cours des six dernières années précédant la situation de chômage.

Montant

Pendant les 180 premiers jours, les prestations sont égales à 70 % de l'assiette de calcul (moyenne de la base, heures supplémentaires exclues, sur laquelle les cotisations ont été payées au cours des 180 derniers jours précédant le début de la situation de chômage). Suite aux modifications des indemnités chômage intervenues en 2012, le montant de la prestation à compter du 181^{ème} jour d'indemnisation a été réduit à 50 % de l'assiette de calcul (contre 60 % auparavant).

Plafonds et planchers des prestations de chômage en fonction des enfants à charge* (2014)			
Montant minimum mensuel		Montant maximum mensuel	
Sans enfant	497 €	Sans enfant	1 087,20 €
Avec plusieurs enfants	664,74 €	Avec un enfant	1 242,52 €
		2 enfants ou plus	1 397,83 €

* Sont considérés comme enfants à charge, les enfants âgés de moins de 26 ans ou plus s'ils sont handicapés ainsi que les enfants d'accueil mineurs vivant sous le même toit que le bénéficiaire, lorsque leurs revenus mensuels sont au maximum égaux à 645,30 €.

Durée de versement

La durée d'indemnisation dépend des périodes de travail pour lesquelles des cotisations ont été versées au préalable par l'intéressé ; en règle générale au cours des 6 dernières années précédant immédiatement la situation de chômage. Les prestations peuvent être versées pendant une période allant de 4 mois à 2 ans :

Période de cotisations (jours)	Durée de prestation (jours)
de 360 à 539	120
de 540 à 719	180

Période de cotisations (jours)	Durée de prestation (jours)
de 720 à 899	240
de 900 à 1 079	300
de 1 080 à 1 259	360
de 1 260 à 1 439	420
de 1 440 à 1 619	480
de 1 620 à 1 799	540
de 1 800 à 1 979	600
de 1 980 à 2 159	660
à partir de 2 160	720

Pour l'assuré ayant travaillé à temps partiel, chaque jour est considéré comme un jour cotisé, indépendamment du temps travaillé.

Où faire la demande de prestations :

La demande de prestations de chômage peut être faite sur le site <https://sede.sepe.gob.es> ou auprès du bureau des prestations dans toutes les agences de registre public ou par courrier administratif.

Pour plus d'informations : [Service public espagnol pour l'emploi.](#)

2. Assistance chômage

Conditions

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

- ne pas ou ne plus ouvrir droit à des prestations d'assurance chômage ;
- ne pas disposer de revenus mensuels supérieurs à 75 % du salaire minimal interprofessionnel (SMI) en vigueur* ;
- être inscrit auprès des services pour l'emploi (depuis au minimum un mois lorsque l'assuré a bénéficié des prestations d'assurance chômage avant), rechercher activement un emploi et ne pas avoir rejeté d'offre d'emploi adapté, ni refusé de prendre part, sauf raison justifiée, à des actions de promotion, de formation ou de reconversion professionnelle.

* Salaire minimal interprofessionnel (SMI) en vigueur pour l'année 2014 : 645,30 €/mois.

Montant et durée de versement

Le montant mensuel de la prestation correspond à 80 % de l'IPREM (soit 0,8 x 532,51 € en 2014 = 426 €). En règle générale, elle est versée pendant une période de six mois renouvelable deux fois maximum.

En cas de chômage due à la perte d'un emploi à temps partiel, le montant de l'allocation est réduit proportionnellement au nombre d'heures travaillées.

Où faire la demande de prestations :

La demande d'assistance chômage peut être faite sur le site <https://sede.sepe.gob.es> ou auprès du bureau des prestations dans toutes les agences de registre public ou par courrier administratif.

Pour plus d'informations : [Service public espagnol pour l'emploi.](#)

X. Prestations familiales

Le régime espagnol de sécurité sociale prévoit aux assurés la possibilité de bénéficier des prestations familiales suivantes :

- les allocations familiales, servies à partir d'un enfant à charge, dont le montant varie en fonction de l'âge des enfants et des conditions dans lesquelles ils vivent ;
- l'allocation de naissance et d'adoption, servie sous condition de ressources, dans les cas de familles nombreuses, monoparentales ou lorsque la mère est atteinte d'un handicap ;
- l'allocation pour naissances ou adoptions multiples, non soumise à condition de ressources.

1. Allocations familiales

L'allocation familiale, prestation non-contributive, est versée aux personnes résidant sur le territoire espagnol, pour chaque enfant à charge* âgé de moins de 18 ans ou sans limite d'âge s'il est atteint d'un handicap d'un degré égal ou supérieur à 65 %.

SMI mensuel depuis le 1^{er} janvier 2014 : 645,30 €

* Est considéré comme étant à charge du bénéficiaire, l'enfant qui vit avec et dépend financièrement de ce dernier. Les éventuels revenus annuels de l'enfant ne doivent pas excéder 100 % du salaire minimum interprofessionnel (SMI) annuel en vigueur.

Les allocations familiales sont servies sous conditions de ressources sauf si l'enfant est atteint d'un handicap.

Le montant des allocations familiales est de 291 € par an et par enfant, si l'enfant âgé de moins de 18 ans n'est pas handicapé, et si les revenus annuels de la famille ne dépassent pas un certain plafond (11 519,16 €). Pour les familles nombreuses, le plafond est augmenté à 17 337,05 € en cas de 3 enfants à charge, et majoré de 2 808,12 € pour chaque enfant à charge à partir du 4^{ème}.

Si l'enfant est handicapé, le montant des allocations familiales dépend du taux d'incapacité de l'enfant et de son âge et s'élève à :

- 1 000 € par an si l'enfant âgé de moins de 18 ans est atteint d'une incapacité dont le taux est égal ou supérieur à 33 % ;
- 4 390,80 € par an si l'enfant âgé de plus de 18 ans est atteint d'une incapacité dont le taux est égal ou supérieur à 65 % ;
- 6 586,80 € par an si l'enfant âgé de plus de 18 ans est atteint d'une incapacité dont le taux est égal ou supérieur à 75 % et dont l'état de santé nécessite l'aide d'une tierce personne pour accomplir les actes essentiels de la vie (tels que s'habiller, se déplacer, manger, etc.).

Démarches et modalités de versement :

- Les allocations sont versées deux fois par an (en janvier et en juillet) pour les enfants âgés de moins de 18 ans, et mensuellement pour les enfants handicapés âgés de plus de 18 ans.
- Le droit à l'allocation familiale s'ouvre dès le premier jour du trimestre civil suivant celui de l'introduction de la demande.
- [La demande](#) d'allocations familiales, accompagnée des documents nécessaires, doit être introduite auprès d'un des [centres d'accueil et d'information de la sécurité sociale](#).
- La reconnaissance du droit à l'indemnité relève de la compétence de l'Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS).

2. Allocation de naissance ou d'adoption (familles nombreuses, monoparentales et dans les cas de mères atteintes d'un handicap)

L'allocation de naissance ou d'adoption est une prestation non contributive à versement unique, attribuée sous condition de résidence, en cas de naissance ou d'adoption au sein d'une famille nombreuse ou monoparentale, ou lorsque la mère est atteinte d'un handicap d'un degré égal ou supérieur à 65 %.

L'attribution de la prestation est soumise à conditions de ressources.

Le montant de la prestation correspond à 1 000 € par naissance ou adoption, versés en une seule fois. Si les revenus annuels dépassent la limite fixée mais sont inférieurs à la somme des montants de ce plafond et de la prestation, le montant à verser sera égal à la différence entre ces deux composants. [Consultez ici](#) le plafond de ressources actuellement en vigueur.

À noter :

- L'allocation de naissance ou d'adoption peut être cumulée avec les autres prestations familiales décrites dans ce chapitre. Elle est servie à l'un des parents (avec priorité à la mère ou à la personne qui a la garde des enfants).
- L'allocation de naissance ou d'adoption n'est pas accordée dans les cas d'accueil familial.

Modalités et démarches de versement :

- [La demande](#) d'allocation de naissance ou d'adoption, accompagnée des documents nécessaires, peut être présentée à partir du jour suivant celui de l'accouchement ou de l'adoption de l'enfant et au plus tard dans un délai de 5 ans à compter de cette même date.
- La demande se fait auprès d'un des [centres d'accueil et d'information de la sécurité sociale](#). La reconnaissance du droit à l'allocation relève de la compétence de l'Institut national de la sécurité sociale (INSS).

3. Allocation pour naissances ou adoptions multiples

L'allocation pour naissances ou adoptions multiples est une prestation non contributive à versement unique, attribuée en cas de naissance ou d'adoption de deux enfants ou plus lors d'une même occasion. Elle est versée sous condition de résidence en territoire espagnol.

L'allocation est servie à l'un des parents (avec priorité à la mère ou à la personne qui a la garde des enfants). Le montant de cette allocation versée en une seule fois, quelles que soient les ressources de la famille, dépend du nombre d'enfants nés ou adoptés :

SMI mensuel en 2014 : 645,30 €

- pour deux enfants, le montant est égal à 4 fois le montant mensuel du salaire minimum interprofessionnel (SMI) ;
- pour trois enfants, le montant est égal à 8 fois le montant mensuel du salaire minimum interprofessionnel (SMI) ;
- pour quatre enfants et plus, le montant est égal à 12 fois le montant mensuel du salaire minimum interprofessionnel (SMI).

Nombre d'enfants	Montants en 2014 (prestation forfaitaire)
2	2 581,20 €
3	5 162,40 €
4 et plus	7 743,60 €

Cette prestation peut être cumulée avec les autres prestations familiales énoncées ci-dessus.

Modalités et démarches de versement :

- [La demande](#) d'allocation pour naissances ou adoptions multiples, accompagnée des documents nécessaires, peut être présentée à partir du jour suivant celui de l'accouchement ou de l'adoption et au plus tard dans un délai de 5 ans à compter de cette même date.
- La demande se fait auprès d'un des [centres d'accueil et d'information de la sécurité sociale](#). La reconnaissance du droit à l'allocation relève de la compétence de l'Institut national de la sécurité sociale (INSS).

XI. Garantie de ressources minimum

Les personnes qui remplissent les conditions de résidence en Espagne mais qui ne peuvent pas prétendre à des prestations du régime d'assurance peuvent, si leurs ressources ne dépassent pas un certain plafond, bénéficier de prestations non contributives afin de garantir un niveau de vie minimum.

Les personnes handicapées ou âgées peuvent, dans le cadre de ce régime non-contributif, bénéficier d'une pension d'invalidité ou d'une pension de vieillesse dans les conditions suivantes :

- Pension d'invalidité : il convient de présenter un taux d'incapacité d'au moins 65 %, être âgé entre 18 et 65 ans et justifier d'au minimum 5 ans de résidence en Espagne dont au moins 2 ans précédant immédiatement la date de la demande de pension. Le bénéficiaire doit également remplir une condition de ressources* et ne pas pouvoir prétendre à des prestations du régime contributif. Le montant de la prestation, versée en 14 mensualités, correspond en principe à 365,90 € par mois. Ce montant est augmenté de 50 % si le taux d'incapacité est au moins égal à 75 % et si le bénéficiaire requiert l'aide d'une tierce personne afin d'accomplir les actes essentiels de la vie.
- Pension de vieillesse : il convient d'être âgé de plus de 65 ans, ne pas ouvrir droit aux pensions du régime contributif et de remplir les conditions de ressources* et de durée de résidence en Espagne d'au moins 10 ans entre l'âge de 16 ans et 65 ans, dont au moins 2 ans précédant immédiatement la date de la demande de pension. Le montant de la prestation, versée en 14 mensualités, correspond en principe à 365,90 € par mois.

* La somme estimée des moyens et de revenus annuels est inférieure au montant total estimé de la prestation, soit 5 122,60 € par an (2014).

Par ailleurs, il existe un revenu minimum destiné à lutter contre la pauvreté et à assurer les besoins de base. Toutefois ce revenu est géré directement par les communautés autonomes et ses conditions d'attribution ne sont pas uniformes.