

Le régime slovaque de sécurité sociale (salariés)

- A. Généralités
- B. Maladie-maternité
- C. Accidents du travail et maladies professionnelles
- D. Veillesse, invalidité, survivants
- E. Chômage
- F. Prestations familiales

A. Généralités

1) Structure

Le régime général slovaque de protection sociale couvre tous les risques (maladie - maternité, accidents du travail-maladies professionnelles, vieillesse, invalidité, décès, chômage et prestations familiales).

Les prestations en nature de l'assurance maladie - maternité et les prestations familiales sont servies au titre de la résidence, les autres prestations sont servies au titre d'une activité professionnelle.

Pour la plupart des prestations servies au titre d'une activité professionnelle, les mêmes conditions et montants s'appliquent en principe aux travailleurs salariés et aux travailleurs indépendants. Toutefois, il convient de noter que ces derniers ne sont ni couverts pour la branche accidents du travail et maladies professionnelles, ni pour le risque chômage.

Ci-après, ne seront abordés que les dispositifs de la protection sociale qui concernent les travailleurs salariés (travailleurs indépendants : voir *Note sur le régime slovaque de sécurité sociale – non-salariés*).

2) Organisation administrative

Ministères compétents

Les prestations en nature de l'assurance maladie relèvent de la compétence du **Ministère de la Santé** (Ministerstvo Zdravotníctva SR – Limbová 2 - P.O. BOX 52 - 837 52 Bratislava 37 - République Slovaque - www.health.gov.sk).

Les prestations en espèces (toutes branches) relèvent de la compétence du **Ministère du Travail, des Affaires Sociales et de la Famille** (Ministerstvo Práce, Sociálnych Vecí a Rodiny SR - Špitálska 4,6,8 - 816 43 Bratislava - République Slovaque - www.employment.gov.sk).

Le bonus fiscal pour enfant à charge relève de la compétence du **Ministère des Finances** (Ministerstvo financií SR - Štefanovičova 5 - P. O. BOX 82 - 817 82 Bratislava - République Slovaque - www.finance.gov.sk).

Prestations en nature

Les soins de santé sont dispensés par des établissements de droit public et de droit privé, agréés par les compagnies d'assurance santé.

Au 1er janvier 2013, trois compagnies d'assurance santé (une publique et deux privées) gèrent les prestations en nature dispensées à la population par l'intermédiaire des centres communautaires de santé, des hôpitaux, des polycliniques, des sanatoriums et des établissements thermaux :

- [Všeobecná Zdravotná Poist'ovňa](#) (Agence Générale d'Assurance Santé)
- [DÓVERA zdravotná poisťovňa](#) *
- [Union zdravotná poisťovňa](#) *

La majorité des assurés sont affiliés auprès de l'Agence Générale d'Assurance Santé (Všeobecná Zdravotná Poist'ovňa - Mamatyova 17 – 850 05 Bratislava – République Slovaque - www.vszp.sk).

* compagnies d'assurance privées.

Prestations en espèces

L'Agence d'Assurance Sociale (Sociálna poisťovňa - ústredie - Ul. 29 - augusta č. 8-10 – 813 63 Bratislava 1 – République Slovaque - www.socpoist.sk) avec ses bureaux de districts fournit les prestations en espèces de l'assurance maladie-maternité ainsi que les pensions de vieillesse (1er pilier), d'invalidité et de survivants et les prestations des assurances chômage et accidents du travail - maladies professionnelles.

Le second pilier de l'assurance vieillesse obligatoire qui a été institué en janvier 2005, s'organise autour de six fonds de pension privés. L'assurance pension complémentaire non obligatoire (troisième pilier) est gérée par des organismes privés.

Le **Bureau du Travail, des Affaires Sociales et de la Famille** (Ústredie Práce, Sociálnych Vecí a Rodiny - Špitálska ulica č. 8 – 812 67 Bratislava - République Slovaque - www.upsvar.sk) et ses antennes au sein des districts, gèrent les inscriptions des demandeurs d'emploi. Les bureaux des districts fournissent également les formulaires nécessaires à la demande d'allocation de chômage.

Le demandeur d'emploi adresse ensuite sa demande d'allocation auprès de l'office local compétent de l'Agence d'Assurance Sociale.

Enfin, les prestations familiales, sous la tutelle du Ministère du Travail, des Affaires Sociales et de la Famille, sont versées par les offices locaux du **Bureau du Travail, des Affaires Sociales et de la Famille** (voir adresse ci-dessus) et les prestations sous forme de réductions d'impôt du même régime sont gérées par la **Direction de l'Impôt** (Daňové Riaditeľstvo - Nová ulica č. 13 – 975 04 Banská Bystrica - République Slovaque - www.drsr.sk).

3) Réformes récentes

Trois réformes sont entrées en vigueur le 01.01.2011, portant modification des lois sur l'assurance sociale, l'assurance santé et sur l'allocation parentale.

Suite à ces réformes, les notions d' « employé », « employeur » et « activité salariée » ont été redéfinies afin de les rendre compatibles avec la Loi sur l'impôt de revenu qui vise à unifier les calculs de base pour les impôts sur les revenus et les calculs de base pour les cotisations à l'assurance sociale et à l'assurance santé, à compter du 01.01.2013. Depuis cette date, un seul plafond s'applique à l'ensemble des personnes exerçant une activité professionnelle pour tous les risques (sauf le risque accidents du travail-maladies professionnelles pour lequel il n'y a pas de plafond).

En outre, suite à l'amendement à la Loi sur l'assurance santé, entré en vigueur le 01.01.2011, un nombre plus important d'individus ont été soumis à l'obligation de cotiser à cette assurance. L'étendue des types de revenus pris en compte dans l'assiette de cotisation a été élargie.

Par ailleurs, suite à l'entrée en vigueur au 01.01.2011 de l'amendement n° 513/2010 à la Loi sur l'allocation parentale, les parents résidant en Slovaquie ouvrent désormais droit aux allocations parentales, qu'ils exercent ou non une activité professionnelle. Un changement dans le calcul du montant de l'allocation a également eu lieu (Cf. chapitre F. *Prestations familiales*).

Enfin, l'amendement n° 543/2010 à la Loi sur l'assurance sociale a apporté des modifications significatives sur l'indemnité de maternité, son montant et sa durée de versement. Elles sont en vigueur depuis le 1er janvier 2011 (voir chapitre B. *Maladie-maternité – Indemnité de maternité*).

4) Financement

Le financement du régime slovaque de protection sociale est assuré par les cotisations des employeurs et des assurés ainsi que par les subventions de l'État. Les prestations familiales sont entièrement financées par l'impôt.

Pour les salariés, le salaire minimum sur lequel les cotisations (tous risques) sont versées est égal au salaire minimum mensuel national.

Depuis le 1er janvier 2013, l'assiette de calcul des cotisations est plafonnée à 3 930 € pour tous les risques, sauf accidents du travail-maladies professionnelles, risque pour lequel les cotisations sont versées sur la totalité du salaire. Avant cette date, il existait trois plafonds distincts en fonction du risque.

Activités salariées : Taux de cotisation au 1er janvier 2013
--

Risque	Employeur	Salarié	Plafond mensuel
Assurance maladie-maternité (prestations en nature)	10 %	4 %	3 930 €
Assurance maladie-maternité (prestations en espèces)	1,4 %	1,4 %	3 930 €
Vieillesse, survivants	14 % ⁽¹⁾	4 %	3 930 €
Invalidité ⁽²⁾	3 %	3 %	3 930 €
Chômage ⁽²⁾	1 %	1 %	3 930 €
Accidents du travail et maladies professionnelles	0,8 %	-	-
Fonds de garantie ⁽³⁾	0,25 %	-	3 930 €
Fonds de réserve solidaire ⁽⁴⁾	4,75 %	-	3 930 €
Total	35,2 %	13,4 %	

(1) 10 % sont dédiés au 1er pilier de l'assurance pensions, et 4 % sont transférables vers le 2e pilier (capitalisation).

(2) La cotisation n'est pas due pour les salariés titulaires d'une pension de vieillesse.

(3) Le fonds de garantie a pour but de couvrir les salaires en cas d'insolvabilité de l'employeur.

(4) Le fonds de réserve solidaire vise à couvrir l'absence de moyens financiers des fonds gérés par l'Agence d'assurance sociale.

B. Maladie-maternité

Les prestations en nature sont servies à tous les résidents dans le cadre d'un régime de santé universel. Les prestations en espèces sont versées aux travailleurs salariés au titre de leur activité professionnelle. Il existe également une possibilité d'affiliation volontaire à l'assurance.

1) Maladie

a/ Prestations en nature

Conditions générales

Dans le cadre du régime de santé universel, les prestations en nature sont fournies directement aux assurés par les services de santé de l'assurance maladie sans condition de stage. Elles comprennent le traitement médical, l'hospitalisation, les médicaments, les soins dentaires, les soins obstétricaux, les prothèses et orthèses et la médecine préventive.

L'assuré dispose du libre choix du médecin ou de l'établissement de soins sous contrat avec les compagnies d'assurance santé (Cf. chapitre A. Généralités – *Organisation administrative*).

Si le patient s'adresse à un prestataire de soins qui n'a pas conclu de tel contrat, il devra, en principe, supporter la totalité du coût des soins (sauf en cas d'accord préalable de prise en charge avec la compagnie d'assurance santé).

Soins médicaux

Le patient a le libre accès au spécialiste et choisit librement son médecin traitant.

L'assuré conclut un contrat de prestations de soins courants lors de la première visite chez le médecin traitant agréé, valable pour une période minimale de 6 mois.

Le patient paie une participation aux coûts des soins de santé de 1,99 € par visite aux urgences, et de 0,17 € par visite à domicile.

Hospitalisation

Sauf en cas d'urgence, l'hospitalisation nécessite la délivrance d'une prescription du médecin généraliste ou spécialiste.

Il n'y a pas de participation pour les patients en cas d'hospitalisation.

Les patients ont le libre choix de l'hôpital.

Transport

En règle générale, le patient participe aux coûts de transport à hauteur de 0,07 € par kilomètre pour le transport sanitaire.

Sont exemptés de participation de frais de transport : les patients handicapés et les patients en dialyse, en service oncologique ou en cure postopératoire cardiologique.

Produits pharmaceutiques

La participation moyenne du patient varie entre 10 et 14 % environ du coût total des médicaments prescrits, si ceux-ci ne sont pas totalement remboursables. Il n'existe pas de plafond de la participation du patient, sauf pour les personnes âgées ou handicapées à faible revenu pour lesquelles la participation est limitée à 30 à 45 € par trimestre.

Soins dentaires

Le patient choisit librement son dentiste parmi les praticiens conventionnés. Les services dentaires sont remboursés selon des barèmes convenus entre les compagnies d'assurance santé et les fournisseurs des services. Les consultations dentaires sont gratuites, et la participation moyenne du patient pour les prothèses dentaires est d'environ 35 % (selon les type et matériaux de la prothèse) sur un coût total d'entre 165 € et 829 €.

b/ Prestations en espèces

Indemnités journalières de maladie

Le droit aux indemnités journalières maladie est ouvert aux travailleurs salariés sans condition de stage, il suffit que l'intéressé soit assuré au moment de la réalisation du risque.

Les personnes volontairement affiliés à l'assurance maladie pour les prestations en espèces doivent justifier de 270 jours minimum d'affiliation à l'assurance maladie au cours des deux dernières années précédant le début de l'arrêt maladie.

L'assuré bénéficie des prestations en espèces dès le premier jour d'arrêt du travail pendant une durée maximale de 52 semaines.

Les indemnités journalières maladie sont prises en charge pendant les dix premiers jours par l'employeur. Le salarié est tenu de fournir un certificat médical à l'employeur. Pendant les trois premiers jours d'arrêt de travail, le montant des indemnités correspond à 25 % du revenu journalier moyen de l'année précédant la maladie dans la limite mensuelle de 1,5 fois le revenu moyen mensuel national. Du 4ème au 10ème jour d'arrêt de travail, les indemnités journalières correspondent à 55 % de cette même base.

À partir du 11ème jour, les indemnités journalières sont versées par l'Agence d'assurance sociale et le montant correspond à celui de l'indemnité versée par l'employeur du 4ème ou 10ème jour d'arrêt ; soit 55 % du revenu journalier moyen de l'année précédant la maladie dans la limite mensuelle de 1,5 fois le revenu moyen mensuel national.

Le montant de l'indemnité journalière est réduit de 50 % lorsque la maladie est due à un abus d'alcool ou de drogue.

Les indemnités de maladie ne peuvent pas être cumulées avec les indemnités de maternité.

Indemnité de soins à un membre de famille

Le régime d'assurance maladie prévoit une indemnité de soins (« ošetrovné ») pour les assurés qui dispensent des soins à un membre de leur famille en cas de maladie (conjoint, parents de l'assuré ou de son conjoint) ou qui assurent la garde d'un enfant âgé de moins de 10 ans, en cas de fermeture d'école.

Le montant journalier de l'indemnité, versée dans la limite de 10 jours par année civile, est fixé à 55 % du revenu journalier moyen cotisable de l'année précédente.

Règle de cumul : l'indemnité de soins à un membre de famille ne peut pas être versée pour les mêmes jours pour lesquels l'assuré reçoit des indemnités de maladie ou de maternité.

Allocation de décès

Sous condition de résidence permanente ou temporaire pendant au minimum 90 jours sur le territoire slovaque, une allocation de décès (« prispevok na pohreb ») d'un montant forfaitaire est versée à la personne qui prend en charge les obsèques d'une personne couverte par l'assurance maladie slovaque. Le défunt devait également, au moment du décès, remplir la condition de résidence.

Le montant de l'allocation est égal à 79,67 € (2013).

La demande d'allocation s'effectue auprès de l'office local du Bureau du Travail, des Affaires Sociales et de la Famille, compétent en fonction du dernier lieu de résidence du défunt.

Le formulaire [Žiadosť o príspevok na pohreb](#) doit être rempli et confirmé par le Registre de Décès et la société funéraire, accompagné du certificat de décès.

2) Maternité

a/ Prestations en nature

Les prestations en nature de l'assurance maternité sont servies sous condition de résidence et sans participation de l'assurée, dans le cadre de l'assurance maladie (Cf. 1. *Maladie*).

b/ Indemnité de maternité

Entré en vigueur le 1er janvier 2011, l'amendement n°543/2010 modifiant la Loi sur l'assurance sociale, a apporté un changement significatif concernant l'indemnité de maternité avec notamment un relèvement du montant et une prolongation de la durée de versement.

Conditions

Les indemnités journalières de maternité (« materské ») sont versées aux femmes salariées (ou volontairement affiliées) qui justifient d'une période d'affiliation d'au moins 270 jours au cours des deux dernières années précédant l'accouchement ou la prise en charge d'un enfant âgé de moins de 8 mois.

La demande d'indemnité de maternité s'effectue auprès du bureau local de l'Agence d'Assurance Sociale compétent en fonction du lieu de résidence du demandeur (voir [liste des agences locales – par région](#)).

Durée de versement

Jusqu'au 31 décembre 2010, les indemnités journalières de maternité étaient servies pendant 28 semaines (conditions normales) ou 37 semaines pour une mère célibataire ou en cas de naissances multiples. Depuis le 1er janvier 2011, les durées de versement ont été prolongées. Les durées de versement actuelles (dont six à huit semaines sont à prendre avant l'accouchement) correspondent à :

- 34 semaines (conditions normales)
- 37 semaines (mères célibataires)
- 43 semaines (en cas de naissances multiples)

Prise en charge d'un enfant :

L'indemnité de maternité est en principe versée pendant 28 semaines en cas de prise en charge d'un enfant âgé de moins de 8 mois (31 semaines pour une personne célibataire ou 37 semaines en cas de prise en charge de deux nouveau-nés ou plus).

Décès de l'enfant :

En cas de décès de l'enfant, la durée de versement de l'indemnité est réduite sans pouvoir être inférieure à 14 semaines, dont six semaines de versement suivront obligatoirement l'accouchement.

Montant

Jusqu'au 31 décembre 2010, le montant des indemnités de maternité était fixé à 55 % du revenu journalier moyen de l'année précédente dans la limite mensuelle de 1,5 fois le salaire moyen mensuel national. Au 1er janvier 2011, ce montant a été augmenté et correspond actuellement à 65 % du revenu journalier moyen cotisable de l'année précédente dans la limite mensuelle de 1,5 fois le salaire moyen mensuel national.

Si le montant de l'indemnité de maternité est inférieur à celui de l'allocation parentale (Cf. chapitre F. *Prestations familiares*), une prestation différentielle pourra être servie afin de porter le montant des indemnités journalières de maternité au montant de l'allocation parentale.

c/ Compensation du salaire pendant grossesse et maternité

Une indemnité compensatrice (« Vyrovnávacia dávka ») peut être versée à la femme salariée pendant la grossesse et la maternité, s'il y a perte de revenu due à un reclassement dans un autre emploi parce que l'activité habituelle met en danger l'état de santé de la femme et de son enfant.

Au 1er janvier 2013, le montant de l'indemnité est égal à 55 % de la différence du salaire cotisable avant et après le reclassement, dans la limite de 55 % du salaire moyen national. Elle est versée au maximum jusqu'à la fin du 9ème mois qui suit l'accouchement.

C. Accidents du travail et maladies professionnelles**1) Définition, champ d'application et conditions générales**

Les travailleurs salariés sont obligatoirement couverts par l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles, dès le premier jour du contrat de travail. Les prestations sont accordées sans condition de stage préalable.

Est considéré comme accident du travail, tout(e) blessure ou décès qui survient à un salarié par le fait ou à l'occasion du travail. L'employeur est tenu de déclarer l'accident dès qu'il en prend connaissance, et au maximum dans un délai de 3 jours.

L'accident du trajet entre le domicile et le lieu du travail n'est pas couvert.

Les maladies professionnelles reconnues, au nombre de 47, sont répertoriées dans une liste officielle.

Peuvent être servies dans le cadre de l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles :

- des prestations d'incapacité temporaire ;
- des prestations d'incapacité permanente ;
- des prestations aux survivants en cas de décès de l'assuré.

2) Incapacité temporaire**a/ Indemnités journalières**

En cas de lésions survenues dans l'accomplissement de son travail, la victime bénéficie, sans délai de carence, d'indemnités journalières s'élevant au minimum à 80 % du revenu journalier moyen cotisable de l'année précédant l'incapacité (55 % au titre de l'assurance accident du travail - maladie professionnelle (« Urazový príplatok ») auxquels s'ajoutent 25 % de l'indemnité journalière maladie pendant les trois premiers jours. Les jours suivants, l'indemnité journalière accident du travail - maladie professionnelle est fixée à 25 % auxquels il convient d'ajouter 55 % de l'indemnité maladie).

L'indemnité journalière au titre de l'assurance accident du travail - maladie professionnelle est versée par l'Agence d'assurance sociale (Sociálna poisťovňa).

Les indemnités sont versées mensuellement pendant une durée maximale de 52 semaines.

b/ Prestations complémentaires de rééducation et de réadaptation

Des prestations de rééducation et de réadaptation sont prévues pour les personnes qui ne peuvent reprendre leur activité professionnelle immédiatement après leur période d'indemnisation pour incapacité de travail temporaire (Cf. ci-dessus) et à ce titre se trouvent en période de rééducation ou de réadaptation. Le montant des allocations servies durant ces périodes transitoires est égal à 80 % du revenu journalier moyen cotisable de l'année civile précédant l'accident.

c/ Remboursement de frais de traitement

Les frais de traitement relatifs à un accident du travail ou une maladie professionnelle, qui ne sont pas pris en charge dans le cadre de l'assurance maladie, font l'objet d'un versement par l'assurance accident du travail d'une somme compensatoire maximale de 25 187,50 € en 2013.

d/ Prestations en nature - soins

En cas d'accident du travail ou maladie professionnelle, les soins médicaux et chirurgicaux sont entièrement pris en charge par l'employeur. Aucune participation aux frais n'est réclamée à la victime. Le patient a le libre choix du médecin ou de l'hôpital.

3) Incapacité permanente

a/ Rente d'accident

Une rente d'accident (« Úrazová renta ») est versée à la victime présentant un taux d'incapacité de travail permanente d'au moins 41 %.

NB : Aucune durée d'activité minimale n'est exigée lorsque l'invalidité résulte d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle.

Le montant mensuel de la rente est calculé de la manière suivante :

- (Revenu journalier brut moyen perçu au cours de l'année précédant l'accident) x taux d'incapacité de la victime x 0,8 x 30,4167.

Cette rente peut être cumulée avec un revenu professionnel, sans limite. La rente sera suspendue le jour où l'assuré atteint l'âge légal de la retraite ou commence à bénéficier d'une pension de vieillesse anticipée.

La rente peut être cumulée avec une pension d'invalidité, mais dans ce cas, elle est diminuée du montant de la pension d'invalidité.

b/ Allocation de soins à domicile

Si l'assuré a besoin de l'aide d'une tierce personne membre de la famille, une allocation mensuelle (« Príspevok za opatrovanie ») égale au maximum à 111,32 % du Minimum Vital* pourra être versée, sous conditions de ressources, directement à la personne qui assure les soins.

* Au 1er juillet 2013, le Minimum Vital (« Životné minimum ») pour une personne adulte est égal à 198,09 € par mois.

c/ Versement unique

Un capital (« Jednorazové vyrovnanie ») est attribué à l'assuré dont le taux d'incapacité de travail se situe entre 10 % et 40 %. Le mode de calcul pour déterminer le montant du capital est le suivant :

- (Revenu journalier brut moyen perçu au cours de l'année précédant l'accident) x 365 x taux d'incapacité.

d/ Autres prestations

Lorsque, suite à l'accident ou la maladie professionnelle, des douleurs persistent ou si la victime ne peut plus travailler dans certains secteurs d'activité, une prestation forfaitaire est attribuée à la victime sur la base de points. Ces points correspondent au degré de douleurs supporté ou au préjudice professionnel subi par la victime (1 point = 15,72 € en 2013).

4) Survivants

En cas de décès de l'assuré suite à un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, les survivants (conjoint, orphelins) peuvent prétendre à une pension de survivants (Cf. chapitre D – 3. *Survivants*).

En plus de la pension, le conjoint survivant et les orphelins peuvent ouvrir droit aux prestations suivantes :*

- une indemnité de compensation pour le conjoint survivant, égale à 730 fois le revenu brut cotisable journalier du défunt dans la limite d'un plafond égal à 50 374,90 € en 2013 ;
- une indemnité de compensation pour orphelin, égale à la moitié de celle perçue par le conjoint survivant. Le montant total des indemnités perçues par tous les enfants ne peut pas dépasser la limite de 50 374,90 € en 2013 par parent décédé.

Les frais funéraires (frais de cimetière, coût de la pierre tombale, frais de transport, vêtements de deuil des parents...) sont remboursés dans la limite de 2 519 € en 2013.

Allocation de décès : voir chapitre B. *Maladie-maternité*.

* Les indemnités de compensation ne sont pas versées aux titulaires d'une rente de survivants (« Pozostalostná úrazová renta »), c'est-à-dire le conjoint, orphelin ou autre membre de famille qui percevaient une pension alimentaire du défunt. La rente de survivants correspond à la pension alimentaire, dans la limite d'un plafond. Le droit à la rente de survivants prend fin le jour où le défunt aurait atteint l'âge légal de la retraite.

D. Vieillesse, invalidité, survivants

1) Vieillesse

À côté du régime de base d'assurance vieillesse, la réforme du système de vieillesse du 01.01.2005 a introduit un 2ème pilier obligatoire. L'assurance vieillesse slovaque repose désormais sur trois piliers, à savoir :

- le premier pilier obligatoire fondé sur un système par répartition, financé par les cotisations sociales ; il est organisé et géré par l'Agence d'Assurance Sociale qui dispose de bureaux au niveau régional ;
- le second pilier qui repose sur un système par capitalisation ; il est obligatoire depuis le 01.01.2005 pour tous ceux qui entrent sur le marché du travail. Il est géré par le fonds de pension privé auprès duquel l'employeur verse une cotisation mensuelle qui va produire des intérêts et constituer un capital. La pension de retraite sera liée à ce capital pension accumulé ;
- le troisième pilier facultatif, fondé également sur un système par capitalisation. Favorisé par des incitations fiscales, il est géré par des agences privées et sert à compléter la pension de vieillesse obligatoire.

a/ Champ d'application

Sont assurés obligatoirement dans le cadre du système général d'assurance pension :

- les travailleurs salariés et autres ;
- les personnes résidant en Slovaquie qui s'occupent à plein temps d'un enfant âgé de moins de 6 ans (ou moins de 18 ans en cas de handicap) ;
- les personnes titulaires de l'allocation de soins à domicile et celles fournissant une assistance personnelle d'au moins 140 heures par mois ou percevant l'indemnité de maternité.

Il existe également une possibilité d'assurance volontaire pour les résidents permanents ou temporaires âgés de plus de 16 ans.

b/ Conditions d'attribution (1er et 2ème pilier)

La pension de vieillesse est versée à l'assuré ayant cotisé au moins 15 ans (pension du 1er pilier) ou 10 ans (pension du 2ème pilier) et ayant atteint un certain âge. Actuellement, cet âge est fixé à 62 ans pour les hommes et les femmes en règle générale*. L'âge de la retraite est progressivement repoussé afin de devenir uniforme en 2014 pour toutes les catégories de la population.

Par ailleurs, à compter du 1er janvier 2017, l'âge légal de la retraite sera progressivement relevé en fonction de l'espérance de vie.

* L'âge légal de la retraite est abaissé pour certaines catégories de personnes ; il s'agit notamment des femmes ayant élevé 3 enfants ou plus et qui ont atteint l'âge de 54 ans avant le 31 décembre 2013, et des femmes ayant élevé 5 enfants ou plus et qui ont atteint l'âge de 53 ans avant le 31 décembre 2014. Un simulateur qui calcule l'âge de la retraite en Slovaquie en fonction de l'année de naissance, du sexe et du nombre d'enfants élevés, est disponible sur le site de l'Agence d'Assurance Sociale en [cliquant ici](#).

c/ Montant

La pension de vieillesse est déterminée en fonction du montant et des périodes de cotisation au cours de la vie active de l'assuré.

Le régime slovaque d'assurance pension ne prévoit pas de pension minimale ou maximale fixées par la loi.

1er pilier

Le montant mensuel de la pension de vieillesse est égal au produit de la moyenne des points de rémunération personnelle de la période de référence, par le nombre d'années d'assurance et la valeur actuelle de la pension.

Les points de rémunération personnelle sont déterminés pour chaque année de la période de référence, selon une proportion entre le revenu annuel brut de l'assuré et le salaire annuel slovaque moyen. Le plafond du point de rémunération personnelle correspond à une valeur de 3, et le plafond du point de rémunération personnelle moyenne pour l'année 2013 est égal à une valeur de 2,72*.

Le montant de la valeur actuelle de la pension est déterminé chaque année par le Ministère du Travail, des Affaires sociales et de la Famille. Pour le calcul des prestations en 2013, le montant a été fixé à 10,0098 €.

* Cette valeur sera progressivement diminuée pour atteindre 2,3 en 2018.

2ème pilier

Le montant de la pension dépend du montant des cotisations versées, des intérêts produits et du capital accumulé. Au moment de la retraite, l'assuré a le choix entre percevoir une rente viagère, ou effectuer des retraits programmés.

d/ Pension anticipée

1er pilier

Une pension anticipée est possible au plus tôt 2 ans avant l'âge légal de la retraite. Deux conditions sont requises pour la demander : justifier de la période minimale d'affiliation (15 ans), et être susceptible de bénéficier d'une pension d'un montant supérieur à 1,2 fois le Minimum Vital (« Životné minimum »). Le Minimum Vital depuis le 1er juillet 2013 pour une personne adulte est égal à 198,09 € par mois.

Le montant de la pension est diminué de 0,5 % par période de 30 jours d'anticipation avant l'âge légal de la retraite.

2ème pilier

L'assuré peut bénéficier de la pension anticipée du deuxième pilier, si la pension anticipée est accordée au titre du 1er pilier et si le montant de la pension du deuxième pilier est au moins égal à 0,6 fois le Minimum Vital*. Le pensionné doit également avoir cotisé au titre du 2ème pilier pendant une durée minimum de 5 ans.

* Minimum Vital depuis le 1er juillet 2013 pour une personne adulte : 198,09 € par mois.

e/ Report de la liquidation de la pension après l'âge légal

En cas de prorogation au-delà de l'âge légal de la liquidation de la pension de vieillesse, le montant de la pension est augmenté de 0,5 % pour chaque période de 30 jours de report.

La liquidation de la pension peut être prorogée sans limite.

2) Invalidité**a/ Champ d'application**

Sont obligatoirement assurés : les travailleurs salariés et autres, les personnes bénéficiaires de l'allocation de soins à domicile et celles fournissant une assistance personnelle d'au moins 140 heures par mois ainsi que les personnes résidant en République Slovaque qui s'occupent à plein temps d'un enfant âgé de moins de 6 ans (ou moins de 18 ans en cas de handicap).

Il existe une possibilité d'assurance volontaire pour les résidents permanents ou temporaires âgés de plus de 16 ans.

b/ Conditions

Pour pouvoir bénéficier de la pension d'invalidité, la capacité de travail de l'assuré doit être diminuée d'au moins 41 % et il doit remplir une condition d'affiliation minimum déterminée en fonction de l'âge auquel survient l'incapacité :

Conditions d'affiliation	
Âge de l'assuré	Durée minimale d'affiliation
20 – 24 ans	1 an
24 – 28 ans	2 ans
28 – 34 ans	5 ans
34 – 40 ans	8 ans
40 – 45 ans	10 ans
À partir de 45 ans	15 ans

La condition de durée minimale d'affiliation ne s'applique pas à l'assuré atteint d'une incapacité depuis l'enfance.

c/ Montant de la pension d'invalidité

Est considéré pour la base de calcul, tout revenu professionnel soumis aux cotisations depuis 1984. Il n'existe pas de montant minimal ou maximal de la pension.

Il existe une possibilité, sous certaines conditions, de percevoir une prestation d'invalidité et d'exercer simultanément une activité professionnelle.

Au cas où l'invalidité fait suite à un abus d'alcool ou de drogue, le montant de la pension d'invalidité est réduit de 50 %.

Au moment de la retraite, l'assuré percevra la pension (invalidité ou vieillesse) la plus élevée.

Calcul du montant - incapacité totale

L'incapacité est considérée totale lorsque l'assuré présente un taux d'incapacité de travail supérieur à 70 %. Le montant de la pension mensuelle d'invalidité est égal au produit de la moyenne des points de rémunération personnelle de la

période de référence, par le nombre d'années d'assurance (y compris le nombre d'années restantes avant l'âge de la retraite) et la valeur actuelle de la pension.

Les points de rémunération personnelle sont déterminés selon une proportion entre le revenu annuel brut de l'assuré et le salaire annuel slovaque moyen. Le plafond du point de rémunération personnelle correspond à une valeur de 3, et le plafond du point de rémunération personnelle moyenne pour l'année 2013 est égal à 2,72*.

Le montant de la valeur actuelle de la pension est déterminé chaque année par le Ministère du Travail, des Affaires sociales et de la Famille. Pour le calcul des prestations en 2013, le montant est fixé à 10,0098 €.

* Cette valeur sera progressivement diminuée pour atteindre 2,3 en 2018.

Calcul du montant - incapacité partielle

La pension est attribuée à titre temporaire lorsque le taux d'incapacité est compris entre 41 et 70 %. Le montant de la pension est égal au montant de la pension pour incapacité totale multiplié par le taux de réduction de la capacité divisé par 100. Chaque mois, l'incapacité temporaire doit être confirmée au moyen d'un examen médical.

d/ Autres prestations

Il existe d'autres prestations, certaines servies sous conditions de ressources, qui peuvent être versées à l'assuré en situation de besoin. Il s'agit notamment d'une compensation pour capacité réduite à exercer les tâches ménagères de base, une compensation pour la douleur, ou une allocation de soins à domicile.

Cette dernière, d'un montant maximum mensuel de 111,32 % du Minimum Vital*, est versée sous condition de ressources (sauf pour les pensionnés) directement à la personne, membre de famille, qui assure les soins de l'assuré qui a besoin de l'aide d'une tierce personne (maximum 148,42 % du Minimum Vital* par mois en cas de 2 personnes en situation de besoin d'aide). Lorsqu'il s'agit d'un enfant gravement handicapé, l'allocation mensuelle majorée de 49,80 € sera versée à la personne qui assure les soins et qui n'a pas d'autres revenus.

* Minimum Vital depuis le 1er juillet 2013 pour une personne adulte : 198,09 € par mois.

3) Survivants

a/ Pension de survivants

Conditions

Peuvent prétendre à une pension de survivants, la veuve ou le veuf, la femme divorcée avant le 01.01.2004 qui percevait une pension alimentaire du défunt ainsi que les enfants à charge du défunt jusqu'à l'âge de 26 ans.

Le défunt devait remplir la condition de périodes minimum d'affiliation pour l'ouverture du droit à la pension de vieillesse ou d'invalidité, ou devait déjà bénéficier d'une telle pension au moment du décès.

Montant et durée de versement

- Pension de réversion :

En règle générale, la pension de réversion est versée pendant 12 mois. Toutefois, la pension peut être versée sans limitation de durée au-delà de la première année si le conjoint survivant présente un taux d'incapacité supérieur à 70 %, s'il a atteint l'âge de la retraite, s'il a un enfant à charge ou s'il a élevé au moins 3 enfants (2 enfants si le survivant a atteint l'âge de 52 ans). La pension mensuelle est égale à 60 % de la pension du défunt ou de la pension qu'il était susceptible de recevoir. Si le conjoint survivant perçoit simultanément une pension de vieillesse ou d'invalidité à titre personnel, la pension de réversion sera réduite à 30 % de la pension du défunt.

Le versement de pension est interrompu en cas de remariage.

- Pension pour femme divorcée :

Le montant de la pension pour femme divorcée est limité à la pension de vieillesse ou d'invalidité que le défunt percevait ou à laquelle il avait droit au moment du décès. Le montant maximum est égal au montant de la pension alimentaire qui était versée avant le décès de l'assuré.

- Pension pour orphelin :

La pension mensuelle d'orphelin représente 40 % de la pension de vieillesse ou d'invalidité que le défunt percevait ou à laquelle il avait droit au moment du décès. Elle est versée pour chaque enfant à charge jusqu'à l'âge limite de 26 ans.

La somme des pensions de survivants ne doit pas être supérieure au montant de la pension du défunt, le cas échéant, les pensions seront diminuées proportionnellement.

b/ Allocation décès

Cf. chapitre B. Maladie-maternité : *Maladie – prestations en espèces*.

E. Chômage

Les travailleurs salariés sont obligatoirement assujettis à l'assurance chômage.

Celle-ci assure au salarié involontairement privé d'emploi un revenu de remplacement (« Dávka v nezamestnanosti ») dont le montant est lié aux revenus antérieurs de l'assuré.

a/ Conditions

Pour pouvoir bénéficier de l'allocation de chômage, l'assuré doit être apte au travail, se trouver involontairement privé d'emploi, être enregistré auprès du [Bureau du Travail, des Affaires Sociales et de la Famille](#), et chercher activement du travail. Il doit également avoir été assuré pendant au moins 2 ans (730 jours) au cours des 3* dernières années précédant la demande de prestation chômage.

L'allocation chômage ne peut pas être versée si l'assuré bénéficie d'une pension de vieillesse, d'une indemnité de maladie, d'une indemnité de maternité ou d'une prestation parentale. Toutefois, elle peut être cumulée avec un revenu professionnel mensuel qui n'excède pas 145,94 € (plafond en vigueur depuis le 1er mai 2013).

* La période de référence est étendue aux 4 au lieu des 3 dernières années, pour le demandeur d'emploi qui se trouve en situation de chômage suite à l'expiration d'un contrat de travail à durée déterminée.

b/ Montant et durée de versement

Le montant de l'allocation chômage mensuelle représente 50 % du revenu journalier moyen cotisable des deux dernières années précédant la demande, dans la limite de 2 fois le salaire mensuel moyen national. Elle est versée pendant une durée maximum de 6 mois (4 mois pour les salariés avec contrats à durée déterminée). Après une période de 3 mois, le bénéficiaire peut opter pour un versement unique qui remplace l'indemnisation continue (la demande doit être faite auprès de l'Agence d'Assurance Sociale slovaque).

Supplément pour charges familiales :

- Une allocation mensuelle est attribuée pour couvrir les charges familiales des personnes qui sont à la recherche d'un emploi, tout en suivant une formation professionnelle et qui ont des enfants âgés de moins de 6 ans à leur charge. Cette allocation s'élève au maximum à 43,16 € par mois pour le 1er enfant et à 33,20 € pour tous les autres enfants.

c/ Démarches

La demande d'allocation s'effectue auprès de l'[Agence d'Assurance Sociale](#), tandis que l'inscription en qualité de demandeur d'emploi se fait auprès de l'office local du [Bureau du Travail, des Affaires sociales et de la Famille](#), compétent en fonction du lieu de résidence du chômeur.

F. Prestations familiales

Le droit aux prestations familiales pour les enfants à charge est soumis à une condition de résidence (permanente ou temporaire) en Slovaquie.

1) Allocations familiales

Les allocations familiales (« Prídavok na dieťa ») sont accordées pour les enfants jusqu'à la fin de la dernière année scolaire obligatoire (à l'âge de 16 ans), jusqu'à l'âge de 18 ans pour les enfants souffrant de problèmes de santé à long terme ou jusqu'à l'âge de 25 ans en cas de poursuite d'études supérieures ou en cas d'invalidité.

Le montant des allocations familiales ne dépend ni de l'âge des enfants ou de leur rang, ni des revenus de la famille.

En 2013, le montant mensuel par enfant s'élève à 23,10 €.

Le montant des allocations familiales peut être majoré de 10,83 € pour les bénéficiaires qui :

- sont titulaires d'une pension de vieillesse (anticipée ou non), ou d'une pension d'invalidité pour incapacité d'au moins 70 % ; et
- n'exercent pas d'activité professionnelle ; et
- ne perçoivent pas le Bonus fiscal (« Daňový bonus », voir ci-dessous).

La demande des allocations familiales doit être introduite auprès de l'office local du [Bureau du Travail, des Affaires Sociales et de la Famille](#), compétent en fonction du lieu de résidence du demandeur.

Versement rétroactif :

L'allocataire peut prétendre au versement des prestations qui lui sont dues sur les 6 mois qui précèdent sa demande (allocations familiales ainsi que majoration pour pensionnés).

2) Allocation parentale

L'allocation parentale (« Rodičovský príspevok ») est servie, sans condition de revenus, au parent qui assure les soins réguliers d'un enfant âgé de moins de 3 ans, ou moins de 6 ans en cas de problèmes de santé.

En principe, l'allocation parentale n'est pas cumulable avec les indemnités journalières de maternité. Toutefois, si le montant des indemnités journalières est inférieur au montant de l'allocation, une prestation différentielle pourra être servie afin de porter le montant des indemnités journalières de maternité au montant de l'allocation parentale.

Le montant de l'allocation mensuelle s'élève à 199,60 €. Le montant de cette allocation est augmenté de 25 % (soit au total 249,50 € par mois) pour chaque enfant en cas de naissances multiples (2 enfants ou plus).

La demande d'allocation parentale doit être introduite auprès de l'office local du [Bureau du Travail, des Affaires Sociales et de la Famille](#), compétent en fonction du lieu de résidence du demandeur.

Versement rétroactif:

L'allocataire peut prétendre au versement des prestations qui lui sont dues sur les 6 mois qui précèdent sa demande.

3) Prime de naissance

La prime de naissance (« Príspevok pri narodení dieťaťa ») est versée sous montant unique en faveur des résidents permanents. Depuis 2009, le montant de la prime s'élève à 151,37 € par enfant. En cas de naissances multiples (au moins 3 enfants), elle peut être majorée de 50 % pour chaque enfant après le 28ème jour suivant la date de naissance.

En cas de naissances multiples (au moins 2 enfants), s'ajoute à la prime un supplément égal à 678,49 € pour chaque enfant après le 28ème jour suivant la date de naissance.

La demande de la prestation de naissance doit être introduite auprès de l'office local du [Bureau du Travail, des Affaires Sociales et de la Famille](#), compétent en fonction du lieu de résidence du demandeur. Elle doit être introduite dans les 6 mois suivant l'accouchement.

4) Prime aux parents de jumeaux

Il s'agit d'une somme forfaitaire annuelle versée pour chaque enfant âgé de moins de 15 ans aux parents de triplés, de quadruplés ou plus, ou en cas de plusieurs naissances de jumeaux au cours d'une période de 2 ans. Il existe trois niveaux du montant déterminés en fonction de l'âge des enfants :

- 81,99 € jusqu'à l'âge de 6 ans de l'enfant ;
- 101,25 € pour l'enfant âgé de 6 à 14 ans ;
- 107,55 € pour l'enfant âgé de 15 ans.

5) Allocation de garde d'enfant

L'allocation de garde d'enfant (« Príspevok na starostlivost' o dieťa ») est une prestation versée par l'État à un parent (ou parent d'accueil) qui poursuit des études ou exerce une activité professionnelle soumise à cotisation, qui n'est pas titulaire de l'allocation parentale, et qui a un enfant à charge âgé de moins de 3 ans (ou moins de 6 ans en cas de problèmes de santé graves).

L'allocation vise à couvrir les frais de garde de l'enfant assuré par un prestataire officiel ou autre.

L'attribution de l'allocation de garde est soumise à une condition de résidence permanente ou temporaire de l'enfant et du bénéficiaire en Slovaquie.

Le montant de l'allocation correspond aux frais de garde réels, dans la limite de 230 € par mois (2013).

L'allocation de garde d'enfant peut également être versée à l'un des parents de l'enfant ou autre personne qui assure la garde (p.ex. grands-parents). Dans ce cas, elle correspond à un montant mensuel de 41,10 €.

6) Bonus fiscal

Un bonus fiscal (« Daňový bonus ») est prévu pour les parents résidant de manière permanente ou temporaire en République Slovaque, avec un ou plusieurs enfant(s) à charge jusqu'à l'âge de 25 ans maximum, et dont les revenus **annuels** sont supérieurs à 6 fois le salaire minimum mensuel national. Le bonus fiscal ne peut être demandé que par un seul des deux parents.

En 2013, le bonus fiscal est fixé à :

- 21,03 € par mois et enfant (janvier à juin 2013)
- 21,41 € par mois et enfant (juillet à décembre 2013)