



Vos droits en matière de sécurité sociale

en Grèce

Ce guide présente des informations préparées et mises à jour en étroite collaboration avec les correspondants nationaux du MISSOC, le système d'information mutuelle sur la protection sociale. De plus amples renseignements sur le réseau MISSOC sont disponibles à l'adresse: <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=en&catId=815>

Ce guide fournit une description générale du régime de sécurité sociale applicable dans les pays respectifs. Des informations supplémentaires peuvent être obtenues à travers d'autres publications MISSOC, toutes disponibles à l'adresse mentionnée ci-dessus. Vous pouvez également contacter les autorités et institutions compétentes énumérées à l'annexe du présent guide.

Ni la Commission européenne ni aucune personne agissant au nom de la Commission ne sont responsables de l'usage qui pourrait être fait des informations contenues dans cette publication.

Table des matières

Chapitre I: Généralités, organisation et financement	4
Introduction	4
Organisation de la protection sociale	5
Financement	7
Chapitre II: Soins de santé	8
Ouverture des droits	8
Couverture de l'assurance.....	9
Modalités d'accès	9
Chapitre III : Prestations de maladie en espèces	11
Ouverture des droits	11
Couverture de l'assurance.....	11
Modalités d'accès	12
Chapitre IV: Prestations de maternité et de paternité.....	13
Ouverture des droits	13
Couverture de l'assurance.....	13
Modalités d'accès	14
Chapitre V: Prestations d'invalidité	15
Ouverture des droits	15
Couverture de l'assurance.....	16
Modalités d'accès	17
Chapitre VI: Pensions et prestations de vieillesse	19
Ouverture des droits	19
Couverture de l'assurance.....	20
Modalités d'accès	21
Chapitre VII: Prestations en faveur des survivants.....	22
Ouverture des droits	22
Couverture de l'assurance.....	23
Modalités d'accès	24
Chapitre VIII: Prestations pour accidents du travail et maladies professionnelles	25
Ouverture des droits	25
Couverture de l'assurance.....	25
Modalités d'accès	26
Chapitre IX: Prestations familiales	27
Ouverture des droits	27
Couverture de l'assurance.....	28
Modalités d'accès	28
Chapitre X: Chômage.....	30
Ouverture des droits	30
Couverture de l'assurance.....	30
Modalités d'accès	31
Chapitre XI : Garantie de ressources.....	32
Ouverture des droits	32
Couverture de l'assurance.....	32
Modalités d'accès	32
Chapitre XII : Soins de longue durée	33
Ouverture des droits	33
Couverture de l'assurance.....	33
Modalités d'accès	33
Annexe: Adresses des institutions et sites internet utiles	35

Chapitre I : Généralités, organisation et financement

Introduction

Si vous travaillez en Grèce, vous pouvez bénéficier des prestations de sécurité sociale dans les mêmes conditions que les travailleurs (nationaux) grecs. Les membres de votre famille qui résident en Grèce peuvent également prétendre au bénéfice des prestations dans les mêmes conditions que les membres de la famille d'un travailleur grec.

Toutes les institutions d'assurance ne sont pas soumises à la même législation, en Grèce. Ainsi, les prestations de sécurité sociale, les conditions d'acquisition des droits et les pièces justificatives requises diffèrent pour chaque institution. Toutefois, l'Institut des assurances sociales, connue sous le nom d'IKA-ETAM, est la principale institution de sécurité sociale des salariés à laquelle la plus grande partie de la population est affiliée. Le présent guide met l'accent sur la protection sociale qu'elle assure.

L'IKA-ETAM assure les travailleurs du secteur privé ou ceux du secteur public qui bénéficient d'un contrat de droit privé, à condition qu'ils ne soient pas affiliés auprès d'un autre régime général d'assurance. L'IKA-ETAM couvre les prestations de maladie en espèces, les prestations de maternité ainsi que les pensions. Le chômage et les allocations familiales sont gérés par Office de l'emploi de la main-d'œuvre (OAED) : l'IKA-ETAM perçoit les cotisations de l'OAED en son nom.

Si la profession que vous exercez relève d'une autre institution d'assurance, nous vous invitons à vous adresser à celle-ci. Les coordonnées des principales institutions d'assurance et de pension se trouvent à la [partie sur les liens et sites internet utiles](#). Sinon, adressez-vous au bureau local de l'IKA-ETAM de votre lieu de résidence qui vous dira à quel régime vous appartenez.

Modalités d'affiliation à l'IKA-ETAM

Lorsque vous occupez pour la première fois un emploi relevant du régime de l'IKA-ETAM, vous devez vous enregistrer auprès du bureau local de l'IKA-ETAM de votre lieu de résidence. Par la suite, il vous faudra toujours signaler directement tout changement concernant vos données personnelles. Ensuite, vous devrez présenter à votre employeur une copie de l'attestation d'enregistrement. L'attestation d'enregistrement prouve votre qualité d'assuré au titre de laquelle un numéro d'assuré vous est attribué sur le registre de l'IKA-ETAM.

Vos données d'assurance sont communiquées dans les déclarations périodiques analytiques (A.P.D.) que l'employeur rédige et soumet à l'IKA-ETAM à des dates précises. L'extrait de compte individuel de sécurité sociale reflète votre carrière d'assuré (jours de travail et autres données d'assurance) sous forme électronique. À la suite du traitement informatique des A.P.D., l'extrait de compte individuel de sécurité sociale est mis à jour et, chaque semestre, l'employeur reçoit une nouvelle version qu'il est tenu de transmettre au travailleur. Lorsque la mise à jour des adresses des assurés dans les archives électroniques de l'IKA-ETAM sera achevée, l'extrait sera expédié directement au lieu de résidence de la personne intéressée.

Si vous êtes indépendant, vous devez vous adresser vous-même à l'association professionnelle ou à la chambre professionnelle compétente (par exemple le Barreau

d'Athènes, la Chambre technique) et, le cas échéant, au Trésor public (*Δημόσια Οικονομική Υπηρεσία, Δ.Ο.Υ.*), et puis vous adresser à votre institution de sécurité sociale en vue de votre affiliation.

Cotisations de sécurité sociale

La réglementation des risques d'assurance et des prestations correspondantes pour les personnes couvertes par l'IKA-ETAM prévoit des dispositions différentes en fonction du moment de l'affiliation. Cette diversification, adoptée en 1992 et toujours en vigueur, impose la distinction entre deux catégories de travailleurs: ceux affiliés à un régime de sécurité sociale avant le 31 décembre 1992 et ceux qui se sont affiliés à l'assurance sociale après le 1er janvier 1993. Les conditions de couverture des risques et d'octroi des prestations sont différentes pour ces deux catégories de travailleurs, et le montant des prestations varie également. Depuis 2011, il existe des conditions harmonisées concernant le droit à la pension pour tous (salariés et indépendants).

Les cotisations de sécurité sociale sont versées par le travailleur ainsi que l'employeur (cotisation salariale et cotisation patronale) pour les risques de vieillesse, invalidité, décès, accidents du travail et maladies professionnelles, maladie, maternité et chômage. Le montant de la cotisation salariale représente un pourcentage de vos rémunérations brutes, lequel est retenu par l'employeur au moment du paiement de vos rémunérations ou au plus tard deux mois après le paiement de celles-ci. Le montant de la cotisation patronale, qui représente aussi un pourcentage de vos rémunérations brutes, est à la charge de votre employeur et figure sur le bulletin de salaire. Les cotisations (salariales et patronales) sont versées à l'IKA-ETAM par l'employeur dans le délai établi par la législation. Les cotisations pour les prestations de maladie en nature sont payées à partir de tous les caisses d'assurance sociale à l'EOPYY.

Réclamations

En cas de désaccord avec une décision prise par le service de l'IKA-ETAM dont vous dépendez, vous pouvez soumettre une réclamation à la Commission administrative locale (TDE.) de votre bureau IKA-ETAM dans les 30 jours qui suivent la date de notification de la décision. Pour les décisions relatives à une pension, vous avez jusqu'à trois mois après notification de la décision. Si vous n'êtes pas d'accord avec la décision de la TDE, vous pouvez introduire un recours auprès du Tribunal administratif compétent dans un délai de 60 jours à compter de la date de notification de la décision.

Organisation de la protection sociale

La majorité des institutions de sécurité sociale sont placées sous l'autorité et la supervision du ministère du travail, de la sécurité sociale et de l'aide sociale. Les autorités publiques interviennent contre les éventuelles fraudes pour préserver l'intérêt général et pour veiller à l'application correcte de la législation et des dispositions par les organismes de sécurité sociale (caisses d'assurance). Toutes les institutions précitées de sécurité sociale sont gérées par des conseils d'administration dans lesquels siègent les représentants des assurés, des pensionnés, des employeurs et de l'État.

La principale institution d'assurance est l'Institut des assurances sociales (*ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων-Ενιαίο Ταμείο Ασφάλισης Μισθωτών*) à laquelle la grande majorité des salariés et autres catégories d'employés sont affiliés.

Les agriculteurs sont membres du régime d'assurance des employés agricoles (*ΟΓΑ, Οργανισμός ασφαλίσεων αγροτών*).

La caisse des indépendants est l'Organisme de sécurité sociale des travailleurs indépendants (*ΟΑΕΕ, Οργανισμός Ασφάλισης Ελευθέρων Επαγγελματιών*) pour les artisans, les hommes d'affaires, les propriétaires d'hôtels, les conducteurs et les agents de voyage. La caisse d'assurance pour les professions libérales (*ΕΤΑΑ, Ενιαίο Ταμείο Ανεξάρτητα Απασχολουμένων*) couvre les professions médicales, les juristes et les ingénieurs.

Les employés des mass médias (à savoir les personnes travaillant à la circulation de la presse, les photoreporters, les éditeurs, les journalistes et autres personnes employées dans les mass médias) sont assurés auprès de la Caisse d'assurance pour la presse (*ΕΤΑΠ-ΜΜΕ, Ενιαίο Ταμείο Ασφάλισης Προσωπικού Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης*).

Les marins sont assurés auprès de la Caisse d'assurance des marins (*ΝΑΤ, Ναυτικό Απομαχικό Ταμείο*).

Les fonctionnaires sont assurés auprès du Bureau de comptabilité générale (*ΓΛΚ, ΓΕΝΙΚΟ ΛΟΓΙΣΤΗΡΙΟ ΤΟΥ ΚΡΑΤΟΥΣ*) qui opère sous la responsabilité du Ministère des Finances. Toutefois, les personnes qui entrent dans la fonction publique à compter du 1/1/2011 sont assurées auprès de l'ΙΚΑ-ΕΤΑΜ.

Il existe également des secteurs et des branches pour l'assurance complémentaire (pension complémentaire et allocation forfaitaire), qui opèrent soit au sein des caisses qui fournissent l'assurance principale soit comme caisses autonomes. Elles sont progressivement incorporées dans la Caisse unique d'assurance complémentaire (*ΕΤΕΑ, Ενιαίο Ταμείο Επικουρικής Ασφάλισης*), qui fonctionne depuis le 1^{er} juillet 2012.

De plus, il y a un régime de 2^{ème} pilier pour les pensions complémentaires qui inclut neuf caisses d'assurance professionnelles sur une base volontaire et quatre caisses d'assurance professionnelles sur une base obligatoire.

Chaque organisme d'assurance est soumis à une législation différente. Dans certains cas, les prestations, leurs conditions d'octroi et les formalités connexes diffèrent d'un organisme à l'autre. De telles différences ont été considérablement réduites après les lois de réforme n° 2084/1992, n° 3655/2008, n° 3863/2010, n° 4093/2012 et n° 3918/2011, qui ont introduit des dispositions harmonisant les conditions pour tous. Ces lois peuvent être considérées comme le résultat d'un long dialogue social entre le gouvernement, le monde politique et les partenaires sociaux concernant le système de protection sociale du pays. L'objectif majeur de ces lois précitées est d'introduire une réforme qui, tout en s'attachant à préserver la nature publique, universelle, obligatoire et redistributive de la sécurité et de la protection sociale, assurera l'équité sociale du système et sa pérennité.

Pour assurer le financement futur (à compter de 2019) des branches de retraite des organismes de sécurité sociale et dans le contexte de la solidarité intergénérationnelle, la Caisse d'assurance de solidarité générationnelle (*Ασφαλιστικό Κεφάλαιο Αλληλεγγύης Γενεών - ΑΚΑΓΕ*) a été créée et dotée de ressources qui lui sont versées depuis le 1^{er} janvier 2009.

L'OAED (Office de l'emploi de la main-d'œuvre) est un organisme spécial chargé du risque de chômage; il est également responsable des allocations familiales. Toutefois, c'est l'IKA-ETAM, l'OAEE et l'ETAP-MME qui perçoivent les cotisations de l'OAED contre le risque de chômage de leurs assurés.

Enfin, l'EOPYY (Organisation nationale pour la fourniture des services de soins de santé) fournit des prestations de maladie en nature et opère depuis le 1/1/2012 sous la responsabilité du Ministère de la Santé. Pour les prestations de maladie en espèces les personnes assurées sont couvertes par leurs caisses d'assurance principales.

Financement

Le système de sécurité sociale est fondé sur le principe du financement tripartite (les salariés, les employeurs et l'État), moyennant des subventions versées annuellement par l'État aux organismes d'assurance sociale. La constitution grecque de 1975, révisée en 2001, établit le principe de l'«État social» au moyen de dispositions garantissant un large degré de protection sociale. En particulier, l'article 22 (5) concernant la sécurité sociale énonce l'obligation de l'État d'assurer la sécurité sociale de tous les travailleurs (salariés et indépendants). Le système de sécurité sociale fonctionne par le biais d'organismes de sécurité sociale autogérés et couvre toutes les forces de travail du pays. Il est divisé en trois piliers:

- un système d'assurance obligatoire, principale et complémentaire/auxiliaire:
 - assuré via les caisses d'assurance;
 - traditionnellement basé sur le financement par les revenus en cours (système par répartition);
- des systèmes optionnels de complémentaires professionnelles:
 - un régime assuré via les caisses d'assurance;
- des polices d'assurance optionnelles privées:
 - un régime assuré via de nombreuses entreprises d'assurance privées.

Chapitre II: Soins de santé

Ouverture des droits

L'EOPYY verse des prestations en nature aux catégories de personnes suivantes:

- les travailleurs affiliés à l'IKA-ETAM, les fonctionnaires, y compris ceux municipaux, les agriculteurs, les indépendants, les marins et les salariés des sociétés d'intérêt public,
- les pensionnés des catégories ci-dessus, c'est-à-dire toutes les personnes qui perçoivent une pension d'invalidité, de vieillesse ou de survie,
- les pensionnés de caisses spéciales qui ont payé des cotisations d'assurance maladie à l'IKA-ETAM durant toute leur vie active,
- les personnes à charge d'assurés et les pensionnés qui n'ont pas directement eux-mêmes droit à des prestations de sécurité sociale,
- les sans emploi bénéficiant d'allocations chômage, ainsi que les catégories spéciales de chômeurs auxquelles des réglementations spéciales s'appliquent.

Par personnes à charge, on entend:

- le conjoint de l'assuré, s'il ne travaille pas,
- les descendants, indépendamment de toute relation légale:
 - jusqu'à l'âge de 18 ans, ou
 - s'ils sont chômeurs, jusqu'à l'âge de 24 ans, ou
 - s'ils continuent leurs études, pendant deux années après la fin de celles-ci, ou à l'âge de 26 ans, selon la première échéance,
- les parents (sous certaines conditions),
- les orphelins de père et de mère, les petits enfants, les frères et les sœurs,
- le conjoint divorcé (sous certaines conditions).

En outre, l'ouverture des droits à prestations en nature suppose certaines conditions à remplir. Il faut avoir effectué au moins 50 jours de travail durant l'année civile antérieure à la date de l'annonce de la maladie ou au cours des 15 derniers mois avant celle-ci et, dans ce cas, les jours travaillés pendant les trois derniers mois de ladite période ne sont pas pris en compte. Un «jour de travail» correspond à un jour d'assurance, et les jours du congé annuel rémunéré sont assimilés à des jours de travail. Les périodes de perception de l'allocation de maladie ou de chômage sont prises en compte pour la détermination du droit aux prestations en nature de l'assurance maladie. Les périodes d'assurance que vous avez accomplies dans un autre État membre de l'UE peuvent, le cas échéant, être comptabilisées avec les périodes d'assurance que vous avez accomplies en Grèce même si la législation nationale ne prévoit pas une telle prise en compte. Dans ce cas, vous pouvez vous adresser au bureau local de l'IKA-ETAM pour recevoir plus d'informations concernant les formalités requises.

Couverture de l'assurance

Les prestations d'assurance maladie en nature qui sont accordées sont les suivantes:

- soins médicaux;
- examens cliniques ou de laboratoire;
- soins dentaires;
- médicaments;
- soins hospitaliers;
- soins supplémentaires (moyens thérapeutiques, articles orthopédiques, verres, aides auditives, prothèses etc.);
- traitements en cure, et cures thermales;
- allocation d'aérophérapie.

Les prestations en nature vous sont accordées, pour autant que vous remplissiez les conditions prévues par la législation, pendant toute la durée de votre droit aux prestations. La durée du droit est mentionnée dans le carnet de santé. Si une maladie particulière se prolonge après l'expiration de votre droit aux prestations, vous continuerez de bénéficier des soins jusqu'à votre convalescence (poursuite du traitement). L'assuré a le choix entre l'admission dans un hôpital public du Système national de santé (ESY) (*ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ- ΕΣΥ*), ou dans une clinique privée conventionnée. Pour plus d'informations concernant les diverses prestations en nature qui sont octroyées et l'éventuel taux de participation aux frais de traitement, vous devez vous adresser à votre bureau de l'EOPYY.

Modalités d'accès

Les soins de maladie peuvent être effectués par les hôpitaux publics et les cliniques privées conventionnées. Les assurés choisissent leur médecin de famille sur une liste fournie par l'EOPYY. Les visites chez le médecin de famille sont gratuites. Les assurés peuvent aller consulter un spécialiste dans les unités de santé de l'EOPYY sur rendez-vous et après inscription sur liste d'attente, et cela gratuitement. Il est possible d'avoir accès à un spécialiste privé sous contrat avec l'EOPYY. Dans ce cas, les frais sont couverts par la personne assurée. En règle générale, la personne assurée participe à hauteur de 25% aux coûts des médicaments prescrits par le médecin, à hauteur de 15% pour les examens paracliniques et à hauteur de € 5 si les examens ont lieu dans un hôpital public. L'hospitalisation dans un hôpital public est gratuite. En cas d'urgence, le transport à un hôpital public est gratuit.

Le carnet individuel de santé est le document permettant d'identifier l'assuré direct pour les prestations en nature et en espèces de l'assurance maladie. Le carnet familial de santé est délivré pour les membres de sa famille. L'accomplissement d'au moins 50 jours d'assurance au cours de l'année civile antérieure ou au cours des 15 derniers mois est requis pour la délivrance du carnet individuel. Quand le calcul se fait sur la base des 15 derniers mois, les trois derniers mois ne sont pas pris en compte. Le carnet individuel de santé est délivré aux assurés directs, c'est-à-dire aux travailleurs ou aux titulaires d'une pension de vieillesse ou d'invalidité ainsi qu'aux assurés directs

d'autres institutions d'assurance couvertes par l'EOPYY pour les prestations en nature de l'assurance maladie (par exemple les retraités de l'OAEE).

Le carnet familial de santé est délivré à l'assuré direct pour les membres de sa famille, à condition qu'ils ne travaillent pas (ne bénéficient pas d'un droit direct). De plus, il est délivré à la veuve et aux enfants (en cas de décès de l'assuré direct), ainsi qu'aux retraités des autres caisses qui sont couverts par l'EOPYY au titre de l'assurance maladie. En septembre, l'IKA-ETAM délivre une «étiquette d'assuré» aux assurés qui satisfont aux conditions de renouvellement du carnet de santé; elle leur est envoyée au mois d'octobre afin qu'ils la collent sur leur carnet de santé. La même procédure se répète au mois de décembre afin que les personnes assurées qui ont rempli les conditions pendant la période de septembre à décembre soient aussi couvertes. Afin de valider votre carnet de santé personnel, vous devriez aller à votre Institut des Assurances Sociales (IKA-ETAM) qui opère sous la responsabilité de l'EOPYY.

Chapitre III : Prestations de maladie en espèces

Ouverture des droits

Seuls ont droit à ces prestations les assurés directs qui travaillent, quand, en raison d'une maladie, physique ou mentale, ils sont jugés incapables de poursuivre une activité professionnelle et sont absents de leur lieu de travail pour plus de trois jours. La période d'éligibilité aux prestations augmente avec les antécédents de cotisation, mais il est impératif d'avoir été assuré pendant au moins:

- 120 jours au cours de l'année civile précédente (100 pour les ouvriers du bâtiment) ou les 12 premiers mois sur les 15 précédant la maladie (durée des prestations: 182 jours pour une ou plusieurs maladies dans l'année);
- 300 jours soumis à cotisation durant les deux ans, ou 27 mois sur les 30, précédant la maladie (durée des prestations: 360 jours pour une ou plusieurs maladies dans l'année);
- 1.500 jours d'assurance, dont 600 au cours des cinq dernières années précédant l'incapacité de travail en raison de la même maladie (durée des prestations: 720 jours);
- 4.500 jours d'assurance avant notification de la maladie.

En fonction de l'âge du patient et de ses antécédents d'assurance, une durée de 720 jours de prestations peut être octroyée dans le cas où la condition des 1.500 ou des 4.500 jours n'est pas remplie.

Les jours du congé annuel rémunéré sont assimilés à des jours de travail. En revanche, pour la détermination du droit aux prestations en espèces de l'assurance maladie, les jours d'allocation de chômage ne sont pas assimilés à des jours d'assurance, tandis que jusqu'à 25 jours de perception de l'allocation de maladie sont pris en compte. Les périodes d'assurance que vous avez accomplies dans un autre État membre de l'UE peuvent, le cas échéant, être comptabilisées avec les périodes d'assurance accomplies en Grèce, même si la législation nationale ne prévoit pas une telle prise en compte. En pareil cas, vous devez vous adresser au bureau local de l'IKA-ETAM pour recevoir des informations sur les formalités requises.

Couverture de l'assurance

Montant des prestations

Pour le calcul de l'allocation de maladie, l'assuré est placé dans l'une des catégories d'assurés prévues, sur la base de la moyenne de ses rémunérations durant les 30 derniers jours de travail effectués pendant l'année civile immédiatement antérieure. L'allocation de base est égale à 50% du salaire journalier de référence de la catégorie à laquelle vous appartenez. Ce montant est augmenté de 10% pour chaque personne à charge de votre famille, mais le montant total ne peut excéder 70% du taux de référence, ou du taux de référence des assurés de la catégorie 8. Pour les personnes bénéficiant de soins hospitaliers, la prestation est réduite des deux-tiers si elles n'ont pas de personnes à charge. Pendant les 15 premiers jours, le plafond de la prestation maladie augmentée du complément pour personnes à charge (maximum quatre) est

de € 15,99 par jour. Après les 15 premiers jours, le plafond de la prestation maladie augmentée du complément pour personnes à charge (maximum quatre) est de € 29,39 par jour.

Durée de versement des prestations

L'allocation de maladie est versée à partir du 4^e jour après la déclaration de la maladie ou après sa constatation par l'organe sanitaire compétent de l'IKA-ETAM. Si l'assuré est à nouveau jugé incapable de travailler au cours de la même année civile à cause de la même ou d'une autre maladie, l'allocation est versée à partir du 1^{er} jour. Si l'affiliation de l'assuré est volontaire ou s'il s'agit d'un travailleur indépendant (par exemple un ouvrier du bâtiment), l'allocation est versée à partir du 11^e jour suivant la déclaration de la maladie. L'allocation de maladie est versée tous les jours, ouvrables ou non, jusqu'à:

- 182 jours dans la même année civile pour la même ou une autre maladie,
- 360 jours pour la même maladie, à condition que vous disposiez d'une période d'assurance d'au moins 300 jours sur les deux dernières années ou les 30 derniers mois, les trois derniers mois n'étant pas pris en compte dans ce dernier cas, ou
- 720 jours, à condition que vous disposiez d'une période d'assurance de 1.500 jours, dont 600 pendant les cinq dernières années, de 4.500 jours jusqu'à la déclaration de la maladie ou bien encore de 300 à 4.200 jours en fonction de votre âge.

Modalités d'accès

Pour pouvoir percevoir l'allocation de maladie, vous devez présenter les documents suivants:

- votre attestation personnelle d'inscription à la sécurité sociale;
- Votre carnet individuel de santé (personnel et familial);
- Une déclaration de votre employeur concernant la durée d'interruption du travail et
- un avis d'incapacité de travail du médecin traitant de l'IKA-ETAM.

Chapitre IV: Prestations de maternité et de paternité

Ouverture des droits

Pour bénéficier d'une indemnité de maternité, vous devez avoir été affiliée à la branche de l'assurance maladie concernant les prestations en espèces pendant au moins 200 jours au cours des 2 années précédant l'accouchement. En outre, vous devez avoir effectivement interrompu votre activité professionnelle.

Un «jour de travail» correspond à un jour d'assurance, et les jours du congé annuel rémunéré sont assimilés à des jours de travail. Les périodes au cours desquelles vous avez bénéficié d'allocations de chômage ne sont pas prises en compte pour le droit aux prestations de maladie en espèces, bien que jusqu'à 25 jours de prestations de maladie puissent être pris en compte. Les périodes d'assurance que vous avez accomplies dans un autre État membre de l'UE peuvent, le cas échéant, être comptabilisées avec les périodes d'assurance que vous avez accomplies en Grèce même si la législation nationale ne prévoit pas une telle prise en compte. Contactez votre bureau local de l'IKA-ETAM pour recevoir plus d'informations concernant les formalités requises en pareille situation.

Couverture de l'assurance

Les prestations de maternité octroyées lors de la naissance d'un enfant sont les suivantes:

- prime de naissance pour les frais d'obstétrique versée par l'EOPYY lorsque l'accouchement n'a pas lieu dans un établissement hospitalier,
- indemnité de maternité (durant la grossesse et après l'accouchement) (prestation en espèces) versée par l'IKA-ETAM,
- allocation spéciale de protection de maternité versée par OAED,
- congé de maternité et congé spécial de maternité,
- congé parental d'éducation.

Prime de naissance pour les frais d'obstétrique

Un montant forfaitaire de € 900 pour un enfant, € 1.200 pour des jumeaux et € 1.600 pour des triplets si l'accouchement n'a pas lieu dans un établissement hospitalier.

Congé de maternité et indemnité de maternité

L'indemnité vous est versée, à condition que vous ne travailliez pas, pendant les 56 jours précédant la date probable de l'accouchement et pendant les 63 jours suivant la naissance de l'enfant (soit 119 jours de congé de maternité). Le montant de l'indemnité de maternité est de 50% du montant du salaire journalier estimé pour la classe d'assurance à laquelle vous appartenez, sur la base du salaire moyen des 30 derniers jours de l'année précédente et une allocation familiale de 10% du montant mentionné ci-dessus par enfant avec un maximum de 40%. Le montant minimum que vous recevez est de 2/3 de votre salaire.

Congé spécial de maternité et allocation spéciale de protection de maternité

Le congé spécial de maternité fait suite au congé normal de maternité (119 jours dont 56 avant et 63 après l'accouchement) ou à la période durant laquelle la salariée travail selon des horaires réduits – il est de six mois au maximum. Au cours de ce congé, l'OAED verse à la salariée un montant mensuel (à savoir l'allocation spéciale de protection de maternité) qui est égal au salaire minimum plus une part proportionnelle des allocations de congé connexes.

Congé parental d'éducation

Un des parents a droit à la réduction du temps de travail d'une heure par jour pendant 30 mois après la naissance ou l'adoption, ou de deux heures par jour pendant les 12 premiers mois et d'une heure pendant les 6 mois restants. Si le parent bénéficie de la réduction du temps de travail en une fois (congé de 5 mois environ), ce congé précède le congé spécial de maternité. Si le parent décide de bénéficier de la réduction du temps de travail sur une période de 18 ou 30 mois, comme indiqué ci-dessus, ce congé suit le congé spécial de maternité.

Modalités d'accès

Les formulaires de demande sont disponibles auprès de votre bureau local de l'IKA-ETAM. Pour pouvoir prétendre à la prime de naissance, vous devez présenter votre carnet de santé (personnel ou familial) ainsi que le certificat de naissance de l'enfant.

Les documents exigés pour le versement de l'indemnité de maternité sont les suivants:

- votre attestation personnelle d'inscription à la sécurité sociale;
- votre carnet individuel de santé,
- le carnet familial de santé, pour le calcul de la majoration pour charge de famille (membres de la famille),
- L'attestation d'un obstétricien – gynécologue de l'IKA-ETAM concernant la date probable de l'accouchement,
- la déclaration de l'employeur attestant que vous avez cessé le travail,
- le certificat de naissance de l'enfant (pour le versement de l'allocation postpartum).

Durant la première année de travail, l'employeur continue à payer le salaire de l'intéressée pendant les 15 premiers jours de son congé de maternité, à condition qu'elle ait travaillé au moins 10 jours. Si elle comptabilise une année entière de travail, l'employeur continue à lui verser un salaire pendant son premier mois de congé de maternité. L'employeur peut déduire tout montant qu'elle perçoit de sa caisse d'assurance durant la même période.

Les bénéficiaires de l'allocation spéciale de protection de maternité sont payées par l'Office de l'emploi de la main-d'œuvre (OAED). Durant cette période, les cotisations de pension de vieillesse, d'assurance maladie et auxiliaire sont créditées par l'OAED.

Chapitre V: Prestations d'invalidité

Ouverture des droits

Allocations

Le Ministère de la Santé a mis en place 10 programmes d'aide financière couvrant les catégories d'invalidité suivantes:

- cécité;
- surdité;
- déficit mental grave;
- thalassémie;
- hémophilie – sida;
- handicap grave;
- paralysie cérébrale;
- paraplégie – quadriplégie – amputation;
- personnes souffrant de la maladie de Hansen;
- allocation de transport.

Ces allocations sont octroyées à travers des mécanismes d'aide sociale et sont fournies aux personnes ayant des handicaps. Ce sont des allocations non contributives, financées par des ressources communales et qui sont accordées indépendamment de toute condition de revenu. Les conditions pour les bénéficiaires varient en fonction de chaque programme et comprennent essentiellement des critères concernant le statut au regard de la sécurité sociale et l'octroi de toute autre prestation d'invalidité.

Pensions d'invalidité

Pension d'invalidité due à une maladie ordinaire

Pour pouvoir bénéficier d'une pension d'invalidité, il faut:

- avoir une invalidité évaluée à 50% ou plus par les Centres pour la certification de l'incapacité (KEPA),
- avoir accompli au sein de l'IKA-ETAM la période d'assurance requise.

Les périodes d'assurance que vous avez accomplies dans un autre état membre de l'Union européenne sont comptabilisées avec les périodes accomplies en Gr ce et doivent être déclarées lors de toute demande de pension.

Pour pouvoir bénéficier d'une pension d'invalidité, vous devez remplir les conditions générales ci-dessus et disposer au sein du régime de l'IKA-ETAM d'au moins:

- 4.500 jours d'assurance, ou
- 1.500 jours d'assurance, dont 600 au moins au cours des cinq dernières années antérieures à celle de l'apparition de l'invalidité, ou

- 300 jours d'assurance, si vous n'avez pas encore 21 ans (nombre qui passe progressivement à 4.200 par l'ajout de 120 jours par année au terme de la 21e année – ces 300 jours devant avoir été accomplis pendant les cinq années précédant celle où l'invalidité est survenue).

Pension d'invalidité liée à un accident de travail

Pour pouvoir bénéficier d'une pension d'invalidité, indépendamment de la date de votre affiliation à la sécurité sociale, vous devez avoir été jugé invalide avec un degré d'invalidité donnant droit à une pension (au moins 50%) et avoir accompli au moins un jour de travail en tant qu'assuré de l'IKA-ETAM.

Pension d'invalidité non liée à un accident de travail

Pour pouvoir bénéficier d'une pension d'invalidité, vous devez satisfaire aux conditions générales ci-dessus et avoir accompli en tant qu'assuré de l'IKA-ETAM la moitié des jours de travail requis pour l'octroi d'une pension d'invalidité liée à une maladie ordinaire, compte tenu de l'année de votre affiliation à la sécurité sociale.

Pension d'invalidité liée à une maladie professionnelle

Pour pouvoir bénéficier d'une pension d'invalidité, indépendamment de la date de votre affiliation à la sécurité sociale, vous devez remplir les conditions générales ci-dessus et avoir déjà accompli auprès de l'IKA-ETAM la période minimale prévue par le règlement «Maladie» de cette institution pour votre maladie professionnelle.

Couverture de l'assurance

Allocations

Les allocations versées tous les deux mois par le Ministère de la Santé en cas d'invalidité sont les suivantes:

- cécité: € 362 or € 697 (variant en fonction de la sous-catégorie);
- surdité: € 362;
- déficit mental grave: € 527 ;
- thalassémie: € 362;
- hémophilie – sida: € 697;
- handicap grave: € 313;
- paralysie cérébrale: € 697;
- paraplégie – quadriplégie – amputation (personnes assurées et non assurées): € 771;
- personnes souffrant de la maladie de Hansen: € 362 ou € 697 (variant en fonction de la sous-catégorie);
- allocation de transport: € 165.

Pension d'invalidité

Les personnes aveugles et les assurés souffrant de certaines maladies, qui comptabilisent 4.500 jours de cotisation, reçoivent une pension correspondant à 10.500 jours de travail indépendamment de leur âge.

Le montant de la pension d'invalidité dépend du taux d'invalidité, de la cause de l'invalidité et du montant du salaire des cinq dernières années avant le dépôt de la demande de pension. Ainsi, l'assuré a droit:

- à une pension complète, si son taux d'invalidité est supérieur à 80%,
- à 75% de la pension complète, si son taux d'invalidité est compris entre 67% et 79,9%, sauf s'il a accompli 6.000 jours de travail ou si l'invalidité est due à une maladie mentale, auquel cas il a droit à une pension complète,
- à 50% de la pension complète, si son taux d'invalidité est compris entre 50% et 66,9%, sauf s'il a accompli 6.000 jours de travail ou si l'invalidité est due à une maladie mentale, auquel cas il a droit à une pension complète.

Sous certaines conditions, les pensions d'invalidité deviennent permanentes, autrement dit les pensionnés n'ont pas l'obligation d'être réexaminés par les Centres pour la certification de l'incapacité (KEPA); pour plus d'informations, adressez-vous au bureau local compétent de l'IKA-ETAM.

Le cumul de telles prestations avec d'autres pensions ou revenus déclarés est possible jusqu'à concurrence de € 3.680 par mois au total.

En cas d'invalidité totale, une pension complémentaire est versée pour les soins prodigués par une tierce personne. Ce montant ne peut dépasser € 660,80 par mois.

Modalités d'accès

Allocations

Pour plus d'informations concernant chaque programme ainsi que les documents requis, vous pouvez contacter votre service social communal respectif, qui est responsable de la mise en œuvre des programmes d'aide financière mentionnés ci-dessus.

Pension d'invalidité

Les pièces justificatives qu'il faut soumettre pour percevoir une pension d'invalidité sont les suivantes:

- un formulaire de demande, disponible auprès de l'IKA-ETAM,
- le dossier complet d'assurance de l'intéressé (attestation personnelle d'affiliation à la sécurité sociale, carte d'assuré et carte de cotisant, livrets d'assurance, etc.),
- Une déclaration de votre employeur détaillant votre période d'activité (périodes d'emploi – arrêts – reprises),
- une photocopie de la carte d'identité,

- une photocopie de l'attestation de revenus des autorités fiscales,
- des pièces justificatives de votre situation de famille (certificat de mariage, certificats de naissance des enfants),
- des documents attestant les études ou l'incapacité de travail des enfants,
- toutes les informations médicales possibles à l'appui de la demande de pension d'invalidité.

Chapitre VI : Pensions et prestations de vieillesse

Ouverture des droits

Pour avoir droit à une pension de vieillesse, vous devez avoir atteint un certain âge et avoir travaillé un certain nombre de jours. Les principales conditions pour bénéficier d'une pension de vieillesse sont les suivantes:

- Pension complète: au moins 4.500 jours d'assurance à l'âge de 65 ans pour les hommes (la limite d'âge de 60 ans pour les femmes, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010, augmente d'une année chaque année jusqu'à l'âge de 65 ans en 2015).
- Pension réduite: au moins 4.500 jours d'assurance à l'âge de 60 ans pour les hommes lorsque vous avez effectué 100 jours d'assurance par an au cours des cinq années précédant la demande de pension (la limite d'âge de 55 ans pour les femmes, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010, augmente d'une année chaque année jusqu'à l'âge de 60 en 2015).
- Pension en raison des métiers lourds et insalubres: à l'âge de 60 ans pour les hommes, au moins 4.500 jours d'assurance, dont 3.600 dans le cadre d'une activité pénible et insalubre et dont 1.000 au cours des 13 ans précédant la retraite ou la demande de liquidation de la retraite (la limite d'âge de 55 ans pour les femmes, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010, augmente d'une année chaque année jusqu'à l'âge de 60 en 2015).
- Pension complète et carrière d'assurance complète: 10.500 jours d'assurance à l'âge de 58 ans pour les hommes et les femmes jusqu'au 31 décembre 2010. La limite d'âge ci-dessus augmente à 59 ans en 2012 et à compter de 2013 à 60 ans. Les 10.500 jours d'assurance sont augmentés de 300 jours d'assurance jusqu'à atteindre 12.000 jours en 2015.
- Pension avec 10.500 jours d'assurance dont 7.500 dans le cadre d'une activité pénible et insalubre: à l'âge de 55 ans pour les hommes et les femmes pour la pension complète et à 53 ans pour la pension réduite. Les limites d'âge ci-dessus augmentent à 60 ans et respectivement 58 jusqu'en 2017, à raison de 9 mois chaque année à compter de 2011.
- Pension avec 10.000 jours d'assurance
 - hommes: pension complète à l'âge de 62 ans ou pension réduite à l'âge de 60 ans (la personne doit avoir 100 jours d'assurance par an dans chacune des cinq années précédant la demande de pension). La limite d'âge de 62 ans a été augmentée à 63 en 2011 et à compter de 2012 elle est augmentée de 6 mois chaque année jusqu'à ce qu'elle atteigne l'âge de 65 ans.
 - femmes: pension complète à l'âge de 57 ans ou pension réduite à l'âge de 55 ans (la personne doit avoir 100 jours d'assurance par an dans chacune des cinq années précédant la demande de pension). Augmentation de l'âge et de la durée minimale d'affiliation: à compter du 1er janvier 2011 les 10.000 jours d'assurance sont augmentés à 12.000 à raison de 400 jours chaque année.
- Pension pour les mères et pères ayant des enfants mineurs: pour les hommes et les femmes 5.500 jours d'assurance et âge de 55 ans pour une pension complète ou âge de 50 ans pour une pension réduite. Les limites d'âge ci-dessus sont augmentées à 57 et respectivement 52 à compter du 1^{er} janvier 2011, à 60 et 55 ans et à 65 et 60 ans à compter de 2013.

Pour l'acquisition du droit à la pension de vieillesse, il peut être tenu compte d'un maximum 200 jours d'allocation de maladie et 200 jours d'allocation de chômage, à condition que ces prestations aient été perçues pendant les dix années précédant la demande de liquidation de la retraite. Il existe d'autres périodes assimilées qui, sous certaines conditions, peuvent être prises en compte pour le droit à la pension de vieillesse, telles que les périodes d'études, les périodes non couvertes entre deux assurances, les périodes de service militaire, les périodes de grève, d'apprentissage, de parentalité, les périodes de versement des prestations de maladie, les périodes de grossesse et d'après l'accouchement, les congés de formation non rémunérés, les périodes d'emprisonnement; ou la période comprise entre la date de la délivrance du diplôme et la date de l'obtention de la licence pour exercer votre profession. Pour cela vous devez contacter votre bureau local de l'IKA-ETAM. Les périodes d'assurance que vous avez accomplies dans un autre État membre de l'Union européenne sont comptabilisées avec les périodes accomplies en Grèce. Il vous faut mentionner ces périodes dans votre demande de liquidation de la retraite et joindre à celle-ci toutes les pièces dont vous disposez dans votre dossier d'assuré.

Au-delà des conditions d'octroi d'une pension complète ou réduite de vieillesse exposées ci-dessus, il existe aussi d'autres cas de figure. Pour de plus amples informations, adressez-vous à votre bureau local de l'IKA-ETAM ou consultez le site web de l'IKA-ETAM, ou si vous êtes travailleur indépendant, visitez le site web d'OAAE ou d'ETAA.

Couverture de l'assurance

Le montant de la pension de vieillesse ou d'invalidité qui vous sera octroyé par l'IKA-ETAM, pour autant que vous remplissiez les conditions susmentionnées et ayez été assujetti à la sécurité sociale avant le 31 décembre 1992, dépend de la durée de la période d'assurance, des rémunérations qui donnent droit à une pension et des cinq meilleures années, du point de vue des rémunérations, enregistrées au cours des dix années précédant l'année de la demande de liquidation de la retraite, au titre desquelles vous êtes classé dans l'une des catégories d'assurés en vigueur. Le montant des rémunérations susmentionnées donnant droit à une pension est réadapté en fonction des majorations de pension déjà accordées. Le montant minimal de pension versé actuellement est de € 486,84 par mois, avec un montant maximal de € 2.373,57 par mois, sans les allocations familiales.

Si votre affiliation a commencé après le 1er janvier 1993, le montant de la pension de vieillesse ou d'invalidité qui vous sera octroyé par l'IKA-ETAM, pourvu que les conditions prévues ci-dessus soient remplies, correspond, par année d'assurance, à 2% des rémunérations des cinq années précédant l'année de la demande de liquidation de la retraite. Ces montants sont ajustés en fonction des majorations de pension déjà octroyées, dans une limite de 70% au maximum. Le montant minimal de pension versé actuellement est de € 495,74 par mois, avec un montant maximal de € 2.773,40 par mois, sans les allocations familiales.

Pour les personnes affiliées avant le 31 décembre 1992, le montant de la pension est majoré:

- pour le conjoint, à condition qu'il ne travaille pas et ne perçoive pas de pension,
- pour les enfants (jusqu'à trois), à condition:

- qu'ils soient célibataires, ne travaillent pas, ne perçoivent pas de pension et aient moins de 18 ans (ou 24 ans s'ils poursuivent des études dans l'enseignement supérieur dans leur pays ou à l'étranger), ou
- ou qu'il s'agisse d'enfants dans l'incapacité d'exercer un travail assurant leur subsistance, dont l'invalidité est apparue avant l'âge de 18 ans et pour lesquels l'autre conjoint titulaire d'une pension d'invalidité ne perçoit pas de complément de pension.

En ce qui concerne les personnes affiliées après la date du 1er janvier 1993, le montant de leur pension est majoré seulement pour les enfants (jusqu'à trois) célibataires, mineurs, qui ne travaillent pas ou sont dans l'incapacité d'exercer un travail assurant leur subsistance et qui n'ont pas droit à une pension. Cette majoration est prolongée jusqu'à l'âge de 24 ans si les enfants suivent un cursus reconnu d'études postsecondaires ou supérieures en Grèce ou à l'étranger. Si le conjoint touche aussi une pension, la majoration est octroyée à l'un des deux parents, selon le choix arrêté par ces derniers.

Modalités d'accès

Les pièces justificatives que vous devez soumettre au bureau local de l'IKA-ETAM pour percevoir une pension de vieillesse sont les suivantes:

- un formulaire de demande disponible auprès de l'IKAETAM,
- votre dossier complet d'assurance (attestation personnelle d'affiliation à la sécurité sociale, carte d'assuré et carte de cotisant, livrets d'assurance, etc.),
- une déclaration de votre employeur détaillant votre période d'activité (périodes d'emploi – arrêts – reprises),
- une photocopie de votre carte d'identité,
- une photocopie de l'attestation de revenus des autorités fiscales,
- des pièces justificatives de votre situation de famille (certificat de mariage, certificats de naissance des enfants),
- des documents attestant les études ou l'incapacité de travail des enfants.

Chapitre VII : Prestations en faveur des survivants

Ouverture des droits

En cas de décès d'un assuré ou d'un titulaire d'une pension, les membres de sa famille ont droit à une pension de survivant, à condition que la personne décédée :

- ait rempli les conditions d'octroi d'une pension de vieillesse ou
- ait rempli les conditions d'octroi d'une pension d'invalidité ou
- ait accompli 1.500 jours d'assurance, dont au moins 300 pendant les cinq années précédant celle du décès.

Si l'assuré est décédé suite à un accident du travail, les membres de sa famille ont droit à une pension quelle que soit la période d'assurance; s'il est décédé suite à un accident non lié à son travail, il doit avoir comptabilisé le nombre de jours d'assurance susmentionné.

À la suite du décès d'une personne touchant une pension de vieillesse ou d'invalidité, cette pension est transmise aux membres de sa famille sans que la période d'assurance du défunt soit à nouveau examinée. Les bénéficiaires de la réversion sont :

- le conjoint survivant;
- les descendants, quelle que soit leur filiation légale, s'ils sont célibataires, ne touchent pas de pension, n'ont pas plus de 18 ans, ou 24 ans s'ils poursuivent des études reconnues par l'État dans l'enseignement professionnel, postsecondaire ou supérieur en Grèce ou à l'étranger, ne travaillent pas ni ne bénéficient d'une pension auprès d'une institution du régime principal de sécurité sociale ou du secteur public suite à leur propre activité professionnelle, sont des orphelins de père et de mère ou étaient à la charge du parent décédé qui avait été abandonné par l'autre parent. Les enfants qui sont dans l'incapacité d'exercer un travail garantissant leur subsistance et dont l'invalidité s'est manifestée avant l'âge de 18 ans ont droit à une pension de survivant quel que soit leur âge, aussi longtemps que dure leur invalidité;
- les petits-enfants et les ascendants, orphelins au moment du décès, et qui étaient à la charge du défunt (uniquement les personnes affiliées avant le 1er janvier 1993);
- les parents (naturels ou adoptifs) qui dépendaient essentiellement du défunt (uniquement les personnes affiliées avant le 1er janvier 1993).

Si le décès du conjoint assuré survient pendant les premiers six mois du mariage, le conjoint survivant n'a droit à aucune pension, sauf si le décès de l'assuré est dû à un accident, si le couple a un enfant né ou légitimé après le mariage ou si l'épouse est enceinte. Le conjoint survivant d'un pensionné dont le décès s'est produit au cours des 24 premiers mois du mariage n'a droit à aucune pension.

Pensions de survivant des personnes affiliées après le 1er janvier 1993.

En cas de décès d'un assuré, les membres de sa famille ont droit à une pension de survie dans les mêmes conditions que celles requises pour une pension d'invalidité.

Couverture de l'assurance

Montant de la pension de survivant

Pour les personnes affiliées avant le 31 décembre 1992, le montant de la pension servie au conjoint survivant équivaut à 70% de la pension de vieillesse que touchait le défunt ou à laquelle il aurait eu droit. Le montant minimal est de € 438,16 par mois, et le montant maximal de € 1.661,50 par mois, sans les allocations familiales. Le pourcentage en question est octroyé dans sa totalité pour une période de trois ans. À la fin de cette période, le montant versé au conjoint survivant qui travaille ou est retraité est réduit de 50% et continue d'être servi à ce taux jusqu'à ce que le bénéficiaire ait atteint l'âge de 65 ans, pour s'établir dès lors à 70% de la pension de survie. Si le conjoint survivant était invalide à un degré d'au moins 67% à la date du décès, la pension est versée dans son intégralité et sans aucune restriction tant que perdure l'invalidité. Le droit à la pension prend fin si le conjoint survivant se remarie.

La pension d'orphelin est égale à 20% de la pension de vieillesse à laquelle le défunt aurait eu droit. Les orphelins de père et de mère perçoivent 60% de cette pension de vieillesse. Le montant total des pensions de survivant versées aux bénéficiaires ne peut excéder celle que l'assuré décédé aurait perçue. Pour les orphelins de père et de mère, le montant ne peut dépasser 60% de la pension concernée. Si le total des pensions excède ce niveau, chaque pension est réduite proportionnellement.

Pour les personnes affiliées après le 1er janvier 1993, la pension versée au conjoint survivant représente 50% de la pension de vieillesse de base ou de la pension d'invalidité que touchait l'assuré ou à laquelle il aurait eu droit avec un degré d'invalidité de 80% au moment de son décès. Le montant minimal est de € 396,58 par mois, et le montant maximal de € 1.386,70 par mois, sans les allocations familiales. À la fin d'une période de trois ans après la date du décès, le montant versé au conjoint survivant qui travaille ou est retraité est réduit de 50% et continue d'être servi à ce taux jusqu'à ce que le bénéficiaire ait atteint l'âge de 65 ans, pour s'établir dès lors à 70% de la pension de survie. Si le conjoint survivant était invalide à un degré d'au moins 67% à la date du décès, la pension est versée dans son intégralité et sans aucune restriction tant que perdure l'invalidité.

La pension d'orphelin est égale à 25% de la pension de vieillesse à laquelle le défunt aurait eu droit. Ce taux s'établit à 50% pour les orphelins de père et de mère, sauf si l'enfant a droit à une pension de chaque parent. Le montant total des pensions de survie versées aux bénéficiaires ne peut être inférieur à 80% du minimum de la pension de vieillesse ou à plus de 100% de la pension du défunt. Enfin, le conjoint divorcé d'un pensionné peut également prétendre à une pension de survie. Pour de plus amples informations, adressez-vous à votre bureau local de l'IKA-ETAM ou consultez le site web de l'IKA-ETAM.

Indemnité pour frais d'obsèques

Le décès soit d'un assuré ayant accompli 100 jours de travail au cours de l'année antérieure à celle de son décès ou pendant ses 15 derniers mois (les trois derniers mois n'étant dans ce cas pas pris en compte), soit d'un titulaire d'une pension de vieillesse, d'invalidité ou de décès, donne droit à une aide forfaitaire égale à huit fois le salaire journalier de référence de la catégorie d'assurés la plus élevée. Cette indemnité n'est pas octroyée en cas de décès d'un membre de la famille à charge. L'indemnisation est en principe versée au veuf ou à la veuve, ou à la personne qui

s'est chargé des funérailles. Les documents exigés pour le versement de cette indemnité sont les suivants:

- le carnet de santé du défunt,
- le certificat de décès,
- le carnet d'assurance (si le défunt travaillait) ou l'attestation d'interruption de la pension (pour un titulaire de pension) et
- les factures originales des pompes funèbres.

Modalités d'accès

Les pièces justificatives qu'il vous faut présenter à l'IKA-ETAM pour percevoir une pension de survivant sont les mêmes que celles exigées pour la [pension de vieillesse](#). En outre, il vous faudra apporter l'acte de décès et le certificat d'état civil du défunt (émis par la municipalité, la commune ou le Tribunal de première instance) prouvant l'existence des liens du mariage jusqu'au jour du décès.

Si vous habitez dans un autre État membre de l'Union européenne, vous pouvez présenter votre demande auprès de l'institution de sécurité sociale de votre lieu de résidence. Enfin, les périodes d'assurance accomplies dans un autre État membre de l'Union européenne sont comptabilisées avec les périodes que l'assuré décédé avait accomplies en Grèce. Dans votre demande d'octroi de pension, vous devez mentionner ces périodes et joindre toutes les pièces de votre dossier d'assuré dont vous disposez.

Chapitre VIII: Prestations pour accidents du travail et maladies professionnelles

Ouverture des droits

Si vous êtes salarié, vous êtes soumis au régime de l'IKA-ETAM lorsque vous êtes victime:

- d'un accident qui s'est produit durant votre travail ou en relation avec celui-ci (accident du travail),
- d'un accident survenu alors que vous vous rendiez à votre travail, ou en reveniez,
- d'un accident non lié au travail ou
- d'une maladie liée aux conséquences néfastes de votre emploi, à condition qu'elle figure sur la liste officielle des maladies professionnelles (telles que prévues par le règlement «Maladie» de l'IKA-ETAM).

Les accidents et les maladies professionnelles ne relèvent pas d'une branche d'assurance distincte. La maladie et la perte temporaire de la capacité de travail relèvent du régime d'assurance maladie, tandis que l'invalidité et le décès sont couverts par les dispositions pertinentes de l'assurance pension.

Couverture de l'assurance

Accidents du travail

Vous avez droit aux prestations en espèces et en nature, indépendamment des périodes d'assurance accomplies: autrement dit, aucune période minimale d'assurance n'est requise. Cependant, vous devez avoir la qualité d'assuré.

L'indemnité d'accident de travail est versée dès le premier jour de la déclaration de l'accident, le montant étant calculé de la même façon que celui de l'allocation de maladie pour une maladie ordinaire. Il n'existe pas de délai de carence de trois jours comme en cas de maladie, mais l'incapacité de travail doit durer plus de trois jours.

Si l'accident se produit le jour même de votre entrée en service, le montant de l'indemnité est calculé sur la base du salaire journalier de référence de la catégorie d'assurés à laquelle vous appartenez au titre de vos rémunérations le jour de l'accident. En cas d'invalidité permanente résultant d'un accident du travail, soit vous percevrez une pension d'invalidité, soit les personnes à votre charge percevront une pension de survie.

Accidents non liés au travail

Vous avez droit aux prestations en nature et en espèces de l'assurance maladie, à condition que vous ayez accompli la moitié du nombre de jours de travail requis en général pour l'octroi de ces prestations (c'est-à-dire 25 ou 50 jours).

Maladies professionnelles

Les assurés directs qui travaillent et les retraités bénéficient d'une indemnité de maladie professionnelle lorsqu'ils sont atteints d'une maladie chronique qui se manifeste après un certain laps de temps, dans le cadre des professions prévues par le règlement «Maladie» de l'IKA-ETAM. Ce sont les services médicaux du bureau local de l'IKA-ETAM qui sont compétents pour vérifier le caractère professionnel d'une maladie.

Allocations de décès

Le décès soit d'un assuré ayant accompli 100 jours de travail au cours de l'année antérieure à celle de son décès ou pendant ses 15 derniers mois (les 3 derniers mois n'étant dans ce cas pas pris en compte), soit d'un titulaire d'une pension de vieillesse, d'invalidité ou de décès, donne droit à une aide forfaitaire égale à huit fois le salaire journalier de référence de la catégorie d'assurés la plus élevée. Cette indemnité n'est pas octroyée en cas de décès d'un membre de la famille à charge. Elle est versée en principe à la veuve ou à la personne qui a pris en charge les frais d'obsèques.

Modalités d'accès

La déclaration d'accident est considérée comme effectuée dans les délais si vous, ou une autre personne agissant en votre nom, annoncez immédiatement l'accident à votre employeur ainsi qu'au bureau local de l'IKA-ETAM. De toute façon, un accident doit être déclaré dans un délai de cinq jours ouvrables. Ce délai ne peut être prolongé que dans des cas spécifiques. Lorsque l'accident aboutit à une invalidité totale, le délai est porté à un an et lorsqu'il a pour conséquence un décès, à deux ans.

Les documents exigés pour le versement de l'allocation de décès sont les suivants:

- le carnet de santé du défunt,
- le certificat de décès,
- le carnet d'assurance (si le défunt travaillait) ou l'attestation d'interruption de la pension (pour un titulaire de pension) et
- les factures originales des pompes funèbres.

Chapitre IX: Prestations familiales

Ouverture des droits

Prestations familiales versées par l'OAED

Si vous avez un contrat de travail de droit privé auprès d'un employeur, vous êtes assuré auprès de l'IKA et cotisez au DLOEM, vous avez donc droit, sous certaines conditions, aux prestations familiales, qui sont versées par l'Office du travail et de l'emploi (OAED).

Pour percevoir ces prestations, vous devez impérativement avoir travaillé au moins 50 jours au cours de l'année civile antérieure à celle de l'octroi des allocations, avoir perçu régulièrement des prestations de chômage pendant deux mois ou avoir fait état d'une incapacité continue de travail durant également deux mois.

Les enfants pour lesquels sont versées les allocations familiales, doivent:

- être âgés d'au plus 18 ans, ou 22 ans s'ils poursuivent des études, ou être dans l'incapacité de travailler (les prestations étant alors accordées aussi longtemps que dure l'incapacité),
- être célibataires,
- résider en Grèce ou dans un État membre de l'Union européenne.

Les salariés qui, sur la base d'une convention collective du travail, d'une loi, d'un règlement d'entreprise ou d'autres dispositions, perçoivent de leur employeur des allocations familiales plus élevées que celles octroyées par le DLOEM n'ont pas droit aux prestations de celui-ci.

En dehors des parents, les personnes pouvant bénéficier des allocations familiales sont:

- les petits-enfants, les frères et sœurs, les neveux et nièces, à condition qu'ils soient à la charge du bénéficiaire pour la perception de l'allocation, qu'ils soient des orphelins de père ou de mère, ou que l'éventuel parent survivant ne travaille pas,
- le grand-père ou la grand-mère ou l'oncle ou la tante, à condition qu'ils aient à leur charge des orphelins,
- les ascendants ou des tiers, à condition que la tutelle leur soit accordée en vertu d'une décision judiciaire.

Prestations familiales en vertu de l'Etat-providence

En outre, en vertu de l'Etat-providence, des prestations familiales, accordées par l'OGA, peuvent être versées, sous certaines conditions, à:

- la mère qui a trois enfants (versée sous forme de prestation mensuelle ou en un versement unique);
- la famille qui a au moins quatre enfants;
- la famille qui a au moins trois enfants;
- la famille qui a des enfants sans protection.

Couverture de l'assurance

Prestations familiales versées par l'OAED

Le montant versé aux bénéficiaires est proportionnel au nombre d'enfants et fixé mensuellement. Les niveaux actuels de prestation sont les suivants:

- 1 enfant: € 8,22;
- 2 enfants: € 24,65;
- 3 enfants: € 55,47;
- 4 enfants: € 67,38.

Chaque enfant suivant donne droit à un complément de € 11,30. Une majoration mensuelle de € 2,93 est octroyée pour le troisième enfant viable né après le 1er janvier 1982. Le montant est majoré de € 3,67 par mois pour chaque enfant dans les cas suivants:

- pour les orphelins de père et de mère,
- pour les enfants handicapés,
- pour les enfants hors mariage non reconnus,
- lorsque le conjoint du bénéficiaire sert dans les forces armées,
- lorsque le bénéficiaire est veuf ou veuve ou,
- lorsque le conjoint du bénéficiaire est handicapé.

Le droit aux prestations familiales s'exerce au cours de l'année civile durant laquelle il a été acquis et pendant encore un mois après la fin de cette année. Le paiement des prestations cesse après une période supplémentaire de trois mois à compter de la date limite de dépôt des demandes.

Prestations familiales en vertu de l'Etat-providence

Les prestations familiales en vertu de l'Etat-providence suivantes sont fournies:

- une prestation mensuelle de € 44,02 accordée aux mères pour le soutien des enfants qui n'ont pas de père,
- une indemnité de maternité de € 440,20 versée à toutes les mères qui travaillent et qui ne sont pas éligibles pour une telle prestation de la part de leur caisse d'assurance ou qui ne sont pas assurées,
- une allocation de soutien par enfant de € 44,00 par mois, qui est accordée par l'OGA et qui est sous conditions de ressources,
- un versement spécial pour les familles avec au moins trois enfants de € 500,00 par an, qui est sous conditions de ressources.

Modalités d'accès

Pour percevoir les allocations familiales, vous devez présenter personnellement, par l'intermédiaire d'un représentant ou par la poste, une demande auprès du service local compétent de l'OAED de votre lieu de résidence ou d'un centre d'aide aux citoyens

(Κέντρα Εξυπηρέτησης Πολιτών — ΚΕΠ); cette demande doit être accompagnée des pièces justificatives correspondantes.

Pour de plus amples informations concernant les prestations familiales, adressez-vous aux services locaux de l'OAED ou [consultez le site internet](#) de cet organisme.

Pour de plus amples informations concernant les prestations familiales en vertu de l'Etat-providence consultez le site internet <http://www.yyka.gov.gr>

Chapitre X: Chômage

Ouverture des droits

Tous les salariés affiliés au régime d'assurance maladie d'une institution de sécurité sociale sont couverts automatiquement par l'assurance chômage. Toutefois, vous ne conservez vos droits aux prestations chômage que si:

- vous n'avez pas été licencié pour faute professionnelle,
- vous êtes capable et désireux de travailler,
- vous avez au moins 16 ans,
- vous vous êtes inscrit auprès de l'agence pour l'emploi,
- vous êtes disponible pour travailler et
- vous pouvez attester d'une période minimale d'assurance chômage de 125 jours au cours des 14 mois précédant votre perte d'emploi.

Si vous sollicitez pour la première fois des prestations de chômage, il vous faut, en plus, 80 jours d'assurance par an pendant les deux années précédant votre perte d'emploi. Si nécessaire, les périodes d'assurance accomplies dans d'autres États membres de l'Union européenne peuvent également être prises en compte.

Couverture de l'assurance

Montant de la prestation

Les prestations de chômage se composent d'un montant de base et de compléments pour chaque membre de votre famille à charge. L'allocation de base s'élève à € 360. Elle est majorée de 10% pour chaque membre de la famille à charge.

Durée de la prestation

La durée de versement de l'allocation chômage dépend du nombre de jours d'assurance que vous avez comptabilisés au cours des 14 derniers mois. La période minimale est de 125 jours, et elle correspond à cinq mois de prestations; 150 jours correspondent à six mois, 180 jours à huit mois, 220 jours à dix mois et 250 jours à 12 mois.

Les prestations de chômage vous seront octroyées pendant 25 jours par mois. Si vous souhaitez continuer à les percevoir au terme de la période d'octroi, vous devez à nouveau cumuler le nombre de jours d'assurance requis. L'allocation chômage cesse d'être versée dès lors que vous retrouvez un emploi ou que vous êtes considéré comme temporairement inapte au travail. Le droit aux prestations prend fin avec le décès du chômeur ou avec l'octroi d'une pension (sous certaines conditions), en cas d'incapacité permanente de travail ou lorsque le chômeur ne se tient pas à la disposition de l'agence pour l'emploi.

Vous tombez malade pendant la période de perception des prestations de chômage

Pour que soient remplies les conditions d'octroi des prestations de maladie, les jours pendant lesquels vous bénéficiez des prestations de chômage sont assimilés à des jours de travail par l'institution d'assurance maladie à laquelle vous êtes affilié. Si, pendant la période de perception des prestations de chômage, vous êtes incapable de travailler pour cause de maladie, vous continuerez à percevoir vos prestations de chômage pendant cinq jours encore, sans avoir simultanément droit aux prestations en espèces de l'assurance maladie. Si la maladie se prolonge, le versement des prestations de chômage sera interrompu au profit des prestations en espèces de l'assurance maladie, à condition que vous y ayez droit de la part de votre caisse de maladie.

Modalités d'accès

La gestion de l'assurance chômage relève de la compétence de l'Office de l'emploi de la main-d'œuvre (OAED) qui verse aux chômeurs les prestations de chômage et de maladie.

Pour bénéficier d'une prestation de chômage, vous devez personnellement vous inscrire auprès de l'agence pour l'emploi de votre lieu de séjour et présenter une demande d'octroi de prestations dans les 60 jours suivant la cessation de votre activité. Les prestations de chômage sont accordées seulement si le service pour l'emploi (OAED) qui examine votre demande ne peut vous trouver un emploi approprié. Votre demande doit être accompagnée des justificatifs suivants:

- un extrait de compte individuel de sécurité sociale,
- un avis de dénonciation du contrat de travail,
- une déclaration précisant que vous n'avez pas d'autre travail et que vous vous engagez à déclarer toute nouvelle activité à l'OAED;
- le carnet de santé des membres à charge de votre famille.

Chapitre XI : Garantie de ressources

Ouverture des droits

En dehors d'une allocation spécifique de logement (*Στεγαστική Συνδρομή*), la Grèce ne propose aucun régime spécifique ou général au regard de la garantie de ressources.

Couverture de l'assurance

L'allocation logement est une prestation à caractère non contributif versée sous forme de rente aux personnes non-assurées et indigentes de plus de 65 ans qui vivent seules ou en couple et ne possèdent pas de logement. L'allocation logement se monte à € 362. Le programme est mis en œuvre par les Régions.

En outre, il y a d'un programme pilote de revenu minimum garanti qui sera mis en œuvre en Grèce, initialement dans deux régions du pays avec des caractéristiques socio-économiques différentes. Le programme débutera en janvier 2014 et viendra compléter les politiques existantes en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale.

La forme exacte du programme ainsi que d'autres détails doivent encore être définis par un Arrêté interministériel signé par le Ministère des Finances et le Ministère du Travail, de la Sécurité sociale et de l'Aide sociale.

Modalités d'accès

Le programme est mis en œuvre par les Régions.

Chapitre XII : Soins de longue durée

Ouverture des droits

La Grèce ne possède pas de régime distinct pour la dépendance. Il existe divers programmes de soins aux personnes âgées. Le programme "Aide à domicile" (*Βοήθεια Στο Σπιτι*) fait partie des services de soins primaires de l'assurance sociale, il propose des soins infirmiers, des services d'aide sociale et de soins à domicile aux personnes âgées vivant dans la solitude et la dépendance, à titre permanent ou à certaines heures de la journée, ainsi qu'aux personnes handicapées en situation d'exclusion ou de crise familiale. Le programme "Aide à domicile pour les pensionnés" est un nouveau programme, mis en place en 2012, afin d'assurer les conditions d'une vie indépendante pour les pensionnés âgés et handicapés à leur domicile et dans leur environnement naturel et social.

Couverture de l'assurance

Le programme "Aide à domicile" vise à apporter, chez elles, une aide et des soins aux personnes âgées pour améliorer leur qualité de vie. Le programme "Aide à domicile pour les pensionnés" couvre les bénéficiaires des pensions de vieillesse, d'invalidité ou de survivant qui ont besoin d'une aide à domicile, de soutien psychosocial, de soins infirmiers, de la physiothérapie, de l'ergothérapie et de l'aide ménagère, et les aide à participer à des activités culturelles, récréatives, sociales et religieuses.

Durant les heures de la journée, dans les zones urbaines et suburbaines, les Centres de soins de jour pour personnes âgées (*Κεντρα Ημερησιας Φροντιδας Ηλικιωμενων – Κ.Η.Φ.Η.*) hébergent les personnes âgées dépendantes (en raison de difficultés physiques, de sénilité, etc.) et dont les familles sont incapables de s'occuper pour raisons professionnelles ou graves problèmes économiques, sociaux ou sanitaires.

Les Centres de protection ouverts pour personnes âgées (*Κεντρα Ανοικτης Προστασιας Ηλικιωμενων - Κ.Α.Π.Η.*) sont des programmes ouverts aux plus de 60 ans, sans critères économiques ou sociaux, pour intégrer et socialiser tous les membres de la collectivité. Ils mettent à disposition toutes sortes d'activités récréatives organisées, des soins médicaux, des traitements physiothérapeutiques, des thérapies à orientation professionnelle, des activités sociales, des soins hospitaliers et tout un éventail de services de soutien (matériel et psychologique) aux personnes âgées.

Il existe également des unités de soins pour personnes âgées (*Μοναδες Φροντιδας Ηλικιωμενων*), qui offrent des soins résidentiels aux personnes âgées.

Modalités d'accès

Le programme "Aide à domicile" est co-financé par le Cadre de référence stratégique national (action "l'harmonisation de la vie professionnelle et familiale") et est mis en œuvre par autorités locales, les personnes morales de droit public et les personnes physiques ou morales de droit public ou privé agissant dans la domaine des soins sociaux. Le programme "Aide à domicile pour les pensionnés" relève de la compétence

du Ministère du Travail, de la Sécurité sociale et de l'Aide sociale. L'accès au programme est soumis à certains critères d'éligibilité et le programme ne s'adresse pas aux pensionnés qui vivent dans des unités fermées, quelle que soit leur forme juridique ou dans les unités de soins du Système national de santé (ESY) (*ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ- ΕΣΥ*).

Les Centres de soins de jour pour personnes âgées sont mis sur pied et gérés par des entreprises municipales, des entreprises municipales mixtes, des associations municipales professionnelles ainsi que des entités privées à but non lucratif. Ils coopèrent avec les organisations locales fournissant des services sociaux, telles que les unités de soins et les directions de la protection sociale des préfectures qui assurent des services de soins dans le pays.

Les institutions résidentielles de soins aux personnes âgées sont ou non à but lucratif. Si elles sont à but non lucratif, elles sont gérées par des associations caritatives, l'Église orthodoxe ou les autorités locales. Si elles sont à but lucratif, elles sont créées par des particuliers. Le ministère de la santé, dans le cadre de sa politique sociale, a signé une convention avec des unités privées de soins pour personnes âgées, en vue de la mise à disposition d'un certain nombre de lits pour soigner des personnes âgées indigentes qui ne peuvent être prises en charge par des organismes d'État par manque ou insuffisance de place. Le coût de ces lits est assuré par le budget de la nation.

Annexe: Adresses des institutions et sites internet utiles

La principale institution d'assurance grecque est l'IKA-ETAM. Elle est responsable de tous les secteurs de la sécurité sociale, à l'exception de l'assurance chômage et des prestations familiales, qui relèvent de la compétence de l'OAED. Si vous vivez en Grèce et n'êtes pas certain de vos droits et obligations en matière de sécurité sociale, vous pouvez vous adresser au bureau local de l'IKA-ETAM de votre lieu de séjour.

Certaines catégories de personnes ne sont pas couvertes par l'IKA-ETAM. La plupart de ces personnes sont couvertes par l'OAEE-TAE (les indépendants, notamment les marchands, les commerçants, les négociants, les conducteurs, les propriétaires d'hôtels et les agents de voyage), l'ETAA (les ingénieurs, les médecins, les juristes)) ou l'OGA (les agriculteurs). Il existe en outre quelques rares régimes spécifiques à certaines professions. Si vous êtes couvert par l'un de ces régimes, l'IKA-ETAM peut vous donner plus d'informations.

Υπουργείο Εργασίας Κοινωνικής Ασφάλισης και Πρόνοιας
Γενική Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων
Διεύθυνση Διακρατικής Κοινωνικής Ασφάλισης
Σταδίου 29
10110 Αθήνα

Ministère du travail, de la sécurité sociale et de l'aide sociale
Secrétariat général de la sécurité sociale
Direction des relations internationales
Rue Stadiou 29
10110 Athènes
Tél.: +30 210 336 8000
<http://www.ggka.gr>

Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων
Ενιαίο Ταμείο Ασφάλισης Μισθωτών
Διεύθυνση Διεθνών Σχέσεων
Χαλκοκονδύλη 17
10241 Αθήνα

Institut des assurances sociales (IKA-ETAM)
Direction des relations internationales
Chalkokondili 17
10241 Athènes
Tél.: +30 520 055 5184
<http://www.ika.gr>

Υπουργείο Εργασίας Κοινωνικής Ασφάλισης και Πρόνοιας
Διεύθυνση Διεθνών Σχέσεων
Τμήμα ΕΕ
Πειραιώς 40
10182 Αθήνα

Ministère du travail, de la sécurité sociale et de l'aide sociale
Direction des relations internationales

Section UE
Rue Pireos 40
10182 Athènes C.P.
Tél.: +30 210 529 5101
<http://www.ypakp.gr>

Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων
Υπηρεσία Δημοσίων Και Διεθνών Σχέσεων
Τμήμα ΕΕ
Πατησίων 30
10170 Αθήνα

Organisme des assurances agricoles (OGA)
Service des relations publiques et internationales
Section UE
Rue Patission 30
10170 Athènes C.P.
Tél.: +30 210 332 2100
<http://www.oga.gr>

Οργανισμός Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών (ΟΑΕΕ)
Διεύθυνση Παροχών Συντάξεων
Τμήμα Διεθνών Σχέσεων
Αγίου Κωνσταντίου 5
104 31 Αθήνα

Organisme de sécurité sociale des travailleurs indépendants (ΟΑΕΕ)
Direction des pensions
Section des relations internationales
Rue Agiou Konstantinou 5
104 31 Athènes
Tel: +30 210 5274372-74
<http://www.oaee.gr>

Ενιαίο Ταμείο Ανεξάρτητα Απασχολουμένων (ΕΤΑΑ)
www.etaa.gr
Τομέας ΤΣΜΕΔΕ – Μηχανικών
Κολοκοτρώνη 4 10561 Αθήνα
Τομέας ΤΣΑΥ-Υγειονομικών
Αχαρνών 27, 10439 Αθήνα
Τομέας ΤΑΝ – Νομικών
Σωκράτους 53, 10431 Αθήνα

Caisse d'assurance pour les professions libérales (ΕΤΑΑ)
<http://www.etaa.gr>
Section pour les ingénieurs – TSMEDE
Rue Kolokotroni 4 10561 Athènes, tel: +30 210 3740000, <http://www.tsmede.gr>
Section pour les médecins – TSAY
Rue Aharnon 27, 10439 Athènes, tel: +30 210 8816911-17, <http://www.tsay.gr>
Section pour les juristes– TAN
Rue Socratous 53, 10431 Athènes, tel: + 30 210 5296165-171, <http://www.tnomik.gr>

Οργανισμός Απασχολήσεως Εργατικού Δυναμικού
Διεύθυνση Ασφάλισης
Τμήμα Διμερών Συμβάσεων Και Εφαρμογής Κοινοτικών Κανονισμών
Εθνικής Αντίστασης 8
17342 Άνω Καλαμάκι

Office de l'emploi de la main-d'œuvre (OAED)
Direction des assurances
Section Relations bilatérales et mise en application des directives de l'UE
Rue Ethnikis Antistassis 8
17342 Ano Kalamaki C.P.
Τέλ.: +30 210 998 9000
<http://www.oaed.gr>

Ναυτικό Απομαχικό Ταμείο (NAT)
Εθνικής Αντιστάσεως 1
185 31 Πειραιάς

Caisse d'assurance des marins (NAT)
Rue Ethnikis Antistaseos 1
185 31 Piraeus
<http://www.nat.gr>

Ενιαίος Οργανισμός Παροχών Υπηρεσιών Υγείας (Εοπυ)
Διεύθυνση Διεθνών Ασφαλιστικών Σχέσεων
Λεωφόρος Κηφισίας 39
15123 Μαρούσι, Αθήνα

Organisation Nationale pour la Fourniture des Services de Soins de Santé
Direction des Relations Internationales en matière d'Assurance (ΕΟΡΥΥ)
Avenue Kifissias 39
151 23 Maroussi Athènes
<http://www.eopyy.gov.gr>

Ενιαίο Ταμείο Επικουρικής Ασφάλισης (ΕΤεα)
Λεωφόρος Πειραιώς
Αθηνών 9-11, Αθήνα

Caisse unique d'assurance complémentaire (ΕΤΕΑ)
Avenue Peiraios-Athinon, 9-11
Athènes