



Europäische
Kommission

Ihre Rechte der sozialen Sicherheit

in Griechenland

Die Informationen in diesem Leitfaden wurden in enger Zusammenarbeit mit den nationalen Ansprechpartnern des Gegenseitigen Informationssystems für soziale Sicherheit (MISSOC) erstellt und aktualisiert. Nähere Informationen über das MISSOC-Netzwerk finden Sie unter:

<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=de&catId=815>.

Der vorliegende Leitfaden enthält eine allgemeine Beschreibung der geltenden nationalen Regelungen zur sozialen Sicherheit. Nähere Informationen finden Sie in den verschiedenen MISSOC Veröffentlichungen unter dem oben aufgeführten Link zur MISSOC-Internetseite. Sie können auch die im Anhang aufgeführten kompetenten Behörden und Einrichtungen kontaktieren.

Weder die Europäische Kommission noch Personen, die in ihrem Namen handeln, sind für die Verwendung der in dieser Veröffentlichung enthaltenen Informationen verantwortlich.

Inhaltsverzeichnis

Kapitel I: Allgemeines, Organisation und Finanzierung	4
Allgemeines	4
Organisation der sozialen Sicherheit	5
Finanzierung	7
Kapitel II: Sachleistungen bei Krankheit	8
Anspruch auf Sachleistungen bei Krankheit	8
Abgedeckte Leistungen	9
Bezug von Sachleistungen bei Krankheit	9
Kapitel III: Geldleistungen bei Krankheit	11
Anspruch auf Geldleistungen bei Krankheit	11
Abgedeckte Leistungen	11
Bezug von Geldleistungen bei Krankheit	12
Kapitel IV: Leistungen bei Mutterschaft und Vaterschaft	13
Anspruch auf Leistungen bei Mutterschaft oder Vaterschaft	13
Abgedeckte Leistungen	13
Bezug von Leistungen bei Mutterschaft oder Vaterschaft	14
Kapitel V: Leistungen bei Invalidität	15
Anspruch auf Leistungen bei Invalidität	15
Abgedeckte Leistungen	16
Bezug von Leistungen bei Invalidität	17
Kapitel VI: Renten und Leistungen im Alter	19
Anspruch auf Altersrente	19
Abgedeckte Leistungen	20
Bezug von Altersrenten	21
Kapitel VII: Hinterbliebenenleistungen	22
Anspruch auf Hinterbliebenenleistungen	22
Abgedeckte Leistungen	23
Bezug von Hinterbliebenenleistungen	24
Kapitel VIII: Leistungen bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten	25
Anspruch auf Leistungen bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten	25
Abgedeckte Leistungen	25
Bezug von Leistungen bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten	26
Kapitel IX: Familienleistungen	27
Anspruch auf Familienleistungen	27
Abgedeckte Leistungen	28
Bezug von Familienleistungen	28
Kapitel X: Leistungen bei Arbeitslosigkeit	30
Anspruch auf Leistungen bei Arbeitslosigkeit	30
Abgedeckte Leistungen	30
Bezug von Leistungen bei Arbeitslosigkeit	31
Kapitel XI: Mindestsicherung	32
Anspruch auf Leistungen zur Mindestsicherung	32
Abgedeckte Leistungen	32
Bezug von Leistungen zur Mindestsicherung	32
Kapitel XII: Leistungen bei Pflegebedürftigkeit	33
Anspruch auf Leistungen bei Pflegebedürftigkeit	33
Abgedeckte Leistungen	33
Bezug von Leistungen bei Pflegebedürftigkeit	33
Anhang: Nützliche Kontaktdaten und Internetadressen	35

Kapitel I: Allgemeines, Organisation und Finanzierung

Allgemeines

Wenn Sie in Griechenland erwerbstätig sind, haben Sie unter denselben Voraussetzungen Anspruch auf Leistungen der sozialen Sicherheit wie griechische Arbeitnehmer. Ihre in Griechenland wohnenden Familienangehörigen haben Anspruch auf die gleichen Leistungen zu denselben Bedingungen wie die Familienangehörigen griechischer Arbeitnehmer.

Für jeden Versicherungsträger gelten andere Rechtsvorschriften. Demnach unterscheiden sich je nach Versicherungsträger die Leistungen der sozialen Sicherheit, die Voraussetzungen für ihre Gewährung und die zu erbringenden Nachweise. Der bedeutendste Sozialversicherungsträger in Griechenland ist allerdings die Sozialversicherungsanstalt – Einheitliche Versicherungskasse der Arbeitnehmer, allgemein als IKA-ETAM bekannt, bei der die meisten Personen versichert sind. Dieser Leitfaden befasst sich vorrangig mit dem von ihm gebotenen sozialen Schutz.

IKA-ETAM erfasst die Beschäftigten des privaten Sektors und die des öffentlichen Sektors, die einem privatrechtlichen Beschäftigungsverhältnis unterliegen, sofern sie nicht einem anderen allgemeinen Versicherungssystem angehören. IKA-ETAM deckt die Geldleistungen bei Krankheit und Mutterschaft sowie die Renten ab, während die Arbeitsverwaltung (OAED) für die Zweige Arbeitslosenversicherung und Familienleistungen zuständig ist. Die Einziehung der Beiträge für die Arbeitsverwaltung erfolgt jedoch durch IKA-ETAM.

Wenn Sie eine Tätigkeit ausüben, für die ein anderer Versicherungsträger zuständig ist, wenden Sie sich bitte an diesen. Die Kontaktdaten der wichtigsten Versicherungs- und Rententräger sind im [Abschnitt mit nützlichen Adressen](#) aufgeführt. Anderenfalls erteilt Ihnen die örtliche Geschäftsstelle von IKA-ETAM gerne weitere Auskünfte darüber, welcher Versicherungsträger für Sie zuständig ist.

Anmeldung bei IKA-ETAM

Wenn Sie zum ersten Mal eine Beschäftigung ausüben, die in den Zuständigkeitsbereich von IKA-ETAM fällt, müssen Sie sich bei der zuständigen Geschäfts- oder Außenstelle von IKA-ETAM an ihrem Wohnort anmelden. In der Folge haben Sie jede Änderung Ihrer persönlichen Daten jeweils selbst anzuzeigen. Nach erledigter Anmeldung legen Sie Ihrem Arbeitgeber eine Kopie der Anmeldebestätigung vor. Die Anmeldebestätigung weist Sie als Versicherten aus; in dieser Eigenschaft erhalten Sie auch eine Versicherungsnummer, unter der Sie bei der IKA-ETAM versichert sind.

Ihre Versicherungsdaten werden in den analytischen periodischen Erklärungen (A.P.D.) des Arbeitgebers zu bestimmten Zeitpunkten an IKA-ETAM übermittelt. Ihr individueller Sozialversicherungsauszug gibt in elektronischer Form Auskunft über Ihren Versicherungsverlauf (Arbeitstage und andere versicherungsrelevante Daten). Nach der automatischen Verarbeitung der A.P.D. wird der individuelle Sozialversicherungsauszug auf den neuesten Stand gebracht. Der Arbeitgeber erhält halbjährlich eine aktuelle Version, die er den Beschäftigten auszuhändigen hat. Sobald die Aktualisierung der Anschriften der Versicherten in den elektronischen Archiven abgeschlossen ist, wird der Sozialversicherungsauszug direkt an die Wohnadresse der betreffenden Personen geschickt.

Selbstständige müssen sich selbst bei dem für sie zuständigen Berufsverband oder Kammer (z.B. die Athener Anwaltskammer, die Ingenieurskammer) und gegebenenfalls bei der öffentlichen Steuerbehörde (*Δημόσια Οικονομική Υπηρεσία, Δ.Ο.Υ.*) und danach bei dem für sie zuständigen Sozialversicherungsträger anmelden.

Sozialversicherungsbeiträge

Die Regelungen betreffend die gedeckten Versicherungsfälle und die entsprechenden Leistungen für bei IKA-ETAM versicherte Personen sehen unterschiedliche Vorschriften in Abhängigkeit vom Zeitpunkt des Beitritts zur Versicherung vor. Diese unterschiedlichen Vorschriften, die 1992 eingeführt wurden und immer noch in Kraft sind, bedingen die Unterscheidung von zwei Gruppen von Arbeitnehmern: denjenigen, die zum 31. Dezember 1992 der Versicherung angeschlossen waren, und denjenigen, die nach dem 1. Januar 1993 beigetreten sind. Für diese zwei Gruppen von Arbeitnehmern sind unterschiedliche Bedingungen vorgesehen, was die Risikodeckung und die Gewährung von Leistungen anlangt. Die Höhe der Leistungen ist ebenfalls unterschiedlich. Seit 2011 gibt es einheitliche Bedingungen für Rentenansprüche für Alle (Arbeitnehmer und Selbstständige).

Beschäftigte und Arbeitgeber entrichten Sozialversicherungsbeiträge (Arbeitnehmer- und Arbeitgeberbeitrag) für die Risiken Alter, Invalidität, Tod, Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten, Krankheit Mutterschaft und Arbeitslosigkeit. Der Arbeitnehmerbeitrag entspricht einem Prozentsatz des Brutto-Arbeitentgelts, der zum Zeitpunkt der Entgeltzahlung oder spätestens zwei Monate danach vom Arbeitgeber einbehalten wird. Der Arbeitgeberbeitrag entspricht ebenfalls einem Prozentsatz Ihres Brutto-Arbeitsentgelts, geht zu Lasten Ihres Arbeitgebers und wird nicht von Ihrem Brutto-Arbeitsentgelt abgezogen. Die (Arbeitnehmer- und Arbeitgeber-)Beiträge werden vom Arbeitgeber innerhalb der gesetzlichen Fristen an IKA-ETAM abgeführt. Beiträge für Sachleistungen bei Krankheit werden von allen Sozialversicherungskassen an die EOPYY geleistet.

Rechtsbehelfe

Sind Sie mit einem Bescheid der für Sie zuständigen Stelle von IKA-ETAM nicht einverstanden, können Sie binnen 30 Tagen nach seiner Zustellung Widerspruch bei dem örtlichen Verwaltungsausschuss (TDE.) Bei Rentenbescheiden beträgt die Widerspruchsfrist drei Monate. Gegen die Entscheidung des örtlichen Verwaltungsausschusses kann binnen 60 Tagen nach Zustellung des Bescheids bei dem zuständigen Verwaltungsgericht geklagt werden.

Organisation der sozialen Sicherheit

Die meisten Einrichtungen der sozialen Sicherheit stehen unter der Kontrolle und Aufsicht des Ministeriums für Arbeit, Sozialversicherung und Sozialhilfe. Die öffentliche Hand greift ein, um die Interessen der Allgemeinheit gegen möglichen Missbrauch zu schützen und die richtige Anwendung der Gesetze und Bestimmungen durch die Sozialversicherungsträger (Versicherungskassen) genau zu überwachen. Alle oben genannten Institutionen der sozialen Sicherheit werden von Verwaltungsräten, in welchen die Vertreter der Versicherten, der Rentner, der Arbeitgeber und des Staates teilnehmen, verwaltet.

Die Versicherungseinrichtung mit der größten Bedeutung ist die Sozialversicherungsanstalt (*IKA-ETAM, Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων-Ενιαίο Ταμείο*)

Ασφαλισής Μισθωτών), dem die Mehrheit der Arbeitnehmer und andere Gruppen gleichgestellter Erwerbstätiger angehören.

Die Landwirte gehören dem Versicherungssystem für Beschäftigte in der Landwirtschaft an (OGA, *Landwirtschaftlicher Versicherungsverband, Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλισεων*).

Die Kasse für Selbstständige ist die Anstalt für soziale Sicherheit für Selbstständige (ΟΑΕΕ, *Οργανισμός Ασφαλισής Ελευθέρων Επαγγελματιών*), der Handwerker, Gewerbetreibende, Hotelbesitzer, selbstständige Kraftfahrer und Reisevermittler angehören. Die Versicherungskasse für selbstständige Berufstätige (ΕΤΑΑ, *Ενιαίο Ταμείο Ανεξαρτήτα Απασχολουμένων*) deckt Berufstätige im medizinischen Bereich, Anwälte und Ingenieure.

Im Bereich der Massenmedien Tätige (z. B. Personen, die mit der Auflage der Druckpresse beschäftigt sind, Fotoreporter, Herausgeber, Journalisten und andere Personen aus dem Bereich der Massenmedien) sind durch die Versicherungskasse für Massenmedien (ΕΤΑΡ-ΜΜΕ, *Ενιαίο Ταμείο Ασφαλισής Προσωπικού Μέσων Μαζικής Ενημερωσης*) versichert.

Seeleute gehören der Versicherungsanstalt für Seeleute (ΝΑΤ, *Ναυτικό Απομαχικό Ταμείο*) an.

Beamte sind beim Hauptrechnungsamt (GLK, *Γενικό Λογιστήριο του Κράτους*) versichert, welches dem Finanzministerium unterstellt ist. Ab dem 1. Januar 2011 werden Personen, die dem öffentlichen Sektor beitreten, bei der ΙΚΑ-ΕΤΑΜ versichert.

Für bestimmte Sektoren und Branchen gibt es Zusatzversicherungen (Hilfsrenten und Pauschalleistungen), die entweder in der Kasse der Hauptversicherung integriert sind oder als eigenständige Versicherungskasse auftreten. Sie werden schrittweise in die Vereinte Zusatzversicherungsanstalt (ΕΤΕΑ, *ΕΝΙΑΙΟ ΤΑΜΕΙΟ ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ*), die seit dem 1. Juli 2012 tätig ist, eingegliedert.

Darüber hinaus gibt es in der 2. Säule ein System für Zusatzrenten, welches neun Berufsversicherungskassen der freiwilligen Zusatzversicherung beinhaltet und vier Berufsversicherungskassen der obligatorischen Zusatzversicherung.

Jede Versicherungseinrichtung unterliegt anderen Gesetzen. In einigen Fällen unterscheiden sich die Leistungen, die Bewilligungsvoraussetzungen für diese Leistungen und die erforderlichen Formalitäten von Einrichtung zu Einrichtung. Nach den Reformgesetzen 2084/1992, 3655/2008, 3863/2010, 4093/2012 and 3918/2011, welche die Bestimmungen mit der Vereinheitlichung der Bedingungen für Alle eingeführt haben, sind diese Unterschiede erheblich zurückgegangen. Diese Gesetze können als Resultat eines langen sozialen Dialoges über das soziale Sicherungssystem des Landes zwischen Regierungsbeamten, der politischen Gemeinschaft und Sozialpartner angesehen werden. Das allgemeine Ziel der oben genannten Gesetze ist es, eine Reform einzuleiten, welche mit Ausrichtung auf Erhaltung der öffentlichen, universellen, verpflichtenden und umverteilenden Natur der Sozialsicherheit und des Sozialschutzes die soziale Fairness und langzeitige Nachhaltigkeit gewährleisten können.

Zur Sicherstellung der zukünftigen Finanzierung (ab 2019) der Rentenzweige des Sozialsicherungsapparates und in diesem Zusammenhang der generationsübergreifenden Solidarität wurde die Versicherungskasse der generationsübergreifenden Solidarität (Ασφαλιστικό Κεφάλαιο Αλληλεγγύης Γενεών - ΑΚΑΓΕ) gegründet, in welche seit dem 1. Januar 2009 eingezahlt wird.

Für Leistungen bei Arbeitslosigkeit sowie für Familienleistungen ist die Arbeitsverwaltung (OAED) zuständig, jedoch ziehen das IKA-ETAM, OAEE und ETAP-MME die Beiträge gegen die Risiken der Arbeitslosigkeit ihrer versicherten Personen für die OAED ein.

Die EOPYY (Nationale Organisation zur Bereitstellung von Gesundheitsdienstleistungen) bietet Sachleistungen im Krankheitsfall und ist seit dem 1. Januar 2012 unter der Leitung des Gesundheitsministeriums tätig. Für Geldleistungen bei Krankheit sind die versicherten Personen durch den Hauptversicherungsträger gedeckt.

Finanzierung

Das System der sozialen Sicherheit beruht auf dem Grundsatz der Dreiparteienfinanzierung (Arbeitnehmer, Arbeitgeber, Staat), wobei die Institutionen der Sozialversicherung jährliche Staatszuschüsse erhalten. Mit der hellenischen Verfassung von 1975, die 2001 geändert wurde, hat man das Prinzip des „Sozialstaats“ durch Bestimmungen eingeführt, die die soziale Sicherung in umfassender Weise garantieren. Besonders Artikel 22 § 5 über die Sozialversicherung sieht die Verpflichtung des Staates vor, die soziale Sicherheit aller Arbeiter (Arbeitnehmer und Selbstständigen) zu gewährleisten. Das System der sozialen Sicherheit wird durch autonome Sozialversicherungsträger geleitet und deckt die arbeitende Bevölkerung des gesamten Landes ab. Drei Säulen werden unterschieden:

- das System der Grund- und Zusatz-/ Hilfspflichtversicherung:
 - im Angebot von Versicherungskassen,
 - normalerweise basierend auf dem Umlageverfahren
- freiwillige berufliche Vorsorgesysteme:
 - ein von Versicherungskassen bereitgestelltes Finanzierungssystem
- fakultative private Versicherungsmaßnahmen:
 - ein von verschiedenen privaten Versicherungsanbietern finanziertes System.

Kapitel II: Sachleistungen bei Krankheit

Anspruch auf Sachleistungen bei Krankheit

Folgende Personenkreise haben Anspruch auf Sachleistungen der Krankenversicherung über EOPYY:

- bei IKA-ETAM versicherte Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, Beamte, Landwirte, Selbstständige, Seeleute und Angestellte in öffentlichen Versorgungsunternehmen;
- Rentner der oben genannten Kategorien, d. h. alle Personen, die eine Invaliditäts-, Alters- oder Hinterbliebenenrente beziehen,
- Rentner der Sonderkassen, wenn sie während ihres Erwerbslebens dem Zweig „Krankheit“ von IKA-ETAM angeschlossen waren,
- Personen, für die Versicherte bzw. Rentner unterhaltspflichtig sind, sofern sie nicht selbst (unmittelbar) Anspruch auf Leistungen der Sozialversicherung haben,
- Arbeitslose, die Leistungen bei Arbeitslosigkeit beziehen, sowie bestimmte Gruppen von Arbeitslosen, die besonderen Vorschriften unterliegen.

Als Unterhaltsberechtigte gelten:

- nicht erwerbstätige Ehegatten,
- Kinder, unabhängig von ihrer rechtlichen Abstammung
 - bis zum Alter von 18 Jahren,
 - oder bei Arbeitslosigkeit bis zum Alter von 24 Jahren,
 - oder bei Schul- oder Berufsausbildung zwei Jahre über den Abschluss dieser Ausbildung hinaus, sofern sie arbeitslos sind, jedoch höchstens bis zum Alter von 26 Jahren,
- Eltern (unter bestimmten Voraussetzungen),
- Enkel und Geschwister, sofern sie Vollwaisen sind,
- geschiedene Ehegatten (unter bestimmten Voraussetzungen).

Für den Bezug von Sachleistungen müssen ferner bestimmte Voraussetzungen erfüllt sein. Sie müssen mindestens 50 Arbeitstage geleistet haben, entweder während des dem Tag der Krankmeldung vorausgegangenen Kalenderjahres oder während der letzten 15 Monate, wobei allerdings die Arbeitstage der letzten drei Monate dieser 15 Monate nicht angerechnet werden. Ein „Arbeitstag“ entspricht einem Versicherungstag. Bezahlte Urlaubstage gelten als Arbeitstage. Für die Feststellung des Anspruchs auf Sachleistungen bei Krankheit werden die Zeiten, in denen Kranken- und Arbeitslosengeld bezogen wurden, angerechnet. Versicherungszeiten, die Sie in einem anderen EU-Mitgliedstaat zurückgelegt haben, können gegebenenfalls zu den griechischen Versicherungszeiten hinzugerechnet werden, obgleich eine solche Berücksichtigung im innerstaatlichen Recht nicht vorgesehen ist.

In diesem Fall wenden Sie sich bitte bezüglich der erforderlichen Formalitäten an die IKA-ETAM-Geschäftsstelle Ihres Wohnortes.

Abgedeckte Leistungen

Die Krankenversicherung umfasst folgende Sachleistungen:

- ärztliche Betreuung,
- Laboruntersuchungen / medizinisch-technische Untersuchungen,
- Zahnbehandlung,
- Arzneimittel,
- Krankenhausbehandlung,
- Heil- und Hilfsmittel (therapeutische Verfahren, orthopädische Hilfsmittel, Brillengläser, Hörhilfen, Körperersatzstücke usw.),
- Badekuren und Kuraufenthalte,
- Beihilfe für Luftkuren.

Sofern Sie die Anspruchsvoraussetzungen gemäß den Rechtsvorschriften erfüllen, werden Ihnen die Sachleistungen für die gesamte Dauer Ihres Leistungsanspruchs gewährt. Die Anspruchsdauer wird in ihrer Krankenakte vermerkt. Wenn eine Erkrankung über einen längeren Zeitraum als der vermerkte andauert, erhalten Sie weiterhin Leistungen bis zu ihrer Genesung (Weiterführung der Behandlung). Die versicherte Person hat Anrecht auf Unterbringung in einem öffentlichen Krankenhaus des Nationalen Gesundheitssystems (ESY) (*ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ- ΕΣΥ*) oder in einer privaten Vertragsklinik. Weitere Auskünfte über die Art der gewährten Sachleistungen und die Höhe Ihrer etwaigen Zuzahlung zu den Behandlungskosten können Sie bei der EOPYY Ihres Wohnorts einholen.

Bezug von Sachleistungen bei Krankheit

Sachleistungen können in öffentlichen Krankenhäusern und privaten Vertragskliniken in Anspruch genommen werden. Die Versicherten wählen ihren Hausarzt aufgrund einer von der EOPYY zur Verfügung gestellten Liste; Hausarztbesuche sind gebührenfrei. Die Versicherten können die Fachärzte in den von der EOPYY Gesundheitsbehörden aufsuchen; hierzu ist ein Eintrag in eine Warteliste erforderlich. Diese Besuche sind ebenfalls kostenlos. Ein Zugang zu den bei der EOPYY unter Vertrag stehenden privaten Fachärzten ist ebenfalls möglich. In diesen Fällen werden die Kosten von der versicherten Person getragen. Im Allgemeinen leisten die Versicherten eine Selbstbeteiligung von 25% für vom Arzt verordnete Arzneimittel, 15% für paraklinische Untersuchungen und €5 wenn die Untersuchungen in einem öffentlichen Krankenhaus durchgeführt werden. Krankenhausaufenthalte in einem öffentlichen Krankenhaus sind kostenlos. Bei Notfällen ist der Transport zu einem öffentlichen Krankenhaus ebenfalls gebührenfrei.

Das persönliche Gesundheitsbuch ist der Versicherungsausweis der Stammversicherten für die Gewährung von Sach- und Geldleistungen der Krankenversicherung. Für die Familienangehörigen der versicherten Person wird ein Familiengesundheitsbuch ausgestellt. Für die Ausstellung des persönlichen Gesundheitsbuches müssen im vorangegangenen Kalenderjahr oder in den letzten 15 Monaten mindestens 50 Versicherungstage zurückgelegt worden sein. Erfolgt die Berechnung auf der Grundlage der letzten 15 Monate, werden die letzten drei Monate nicht berücksichtigt. Das persönliche Gesundheitsbuch wird für Stammversicherte ausgestellt, d. h. für Arbeitnehmer oder Alters- oder Invaliditätsrentner sowie für

Stammversicherte anderer Versicherungsträger, die für die Sachleistungen bei EOPYY krankenversichert sind (zum Beispiel OAEE-Altersrentenbezieher).

Stammversicherte erhalten ein Familiengesundheitsbuch für ihre Familienangehörigen, sofern diese nicht selbst erwerbstätig sind (und keinen eigenen Anspruch haben). Darüber hinaus erhalten das Familiengesundheitsbuch auch Witwe und die Kinder (beim Tod des Stammversicherten) sowie Altersrentenbezieher anderer Kassen, die bei EOPYY krankenversichert sind. Im September jeden Jahres gibt IKA-ETAM für die Versicherten, die die Voraussetzungen für die Erneuerung des Gesundheitsbuches erfüllen, ein „Versichertenaufkleber“ aus; im Oktober erhalten sie ihn zugestellt, damit sie ihn in ihr Gesundheitsbuch einkleben können. Im Dezember wiederholt sich dieser Vorgang, damit auch diejenigen Personen, die die Voraussetzungen von September bis Dezember erfüllt haben, Versicherungsschutz genießen. Um Ihr Gesundheitsbuch validieren zu lassen sollten Sie ihre Organisation der sozialen Sicherheit (IKA-ETAM) unter Leitung der EOPYY aufsuchen.

Kapitel III: Geldleistungen bei Krankheit

Anspruch auf Geldleistungen bei Krankheit

Anspruch auf Krankengeld haben nur beschäftigte Stammversicherte, sofern sie infolge einer körperlichen oder geistigen Krankheit als arbeitsunfähig eingestuft werden und länger als drei Tage der Arbeit fernbleiben. Je länger die Versicherungsdauer, desto länger auch die Leistungsbezugsdauer. Die Mindestversicherungszeit beträgt jeweils:

- 120 Tage im vorangegangenen Kalenderjahr (100 für Arbeitnehmer im Baugewerbe) oder in den ersten 12 Monaten der letzten 15 Monate vor Krankheitsbeginn (Leistungsanspruch für 182 Tage für ein oder mehrere Krankheitsfälle innerhalb eines Jahres)
- 300 beitragspflichtige Tage in den letzten beiden Jahren oder in 27 der letzten 30 Monate vor Krankheitsbeginn (Leistungsanspruch für 360 Tage für die gleiche Krankheit innerhalb eines Jahres)
- 1.500 Versicherungstage, von denen 600 in den letzten fünf Jahren vor Beginn der auf die gleiche Krankheit zurückzuführenden Arbeitsunfähigkeit liegen (Leistungsanspruch für 720 Tage)
- 4.500 Versicherungstage vor Bekanntgabe der Krankheit

Abhängig vom Alter und Versicherungszeitraum des Patienten kann eine Leistung für 720 Tage gezahlt werden, falls die Bedingung der 1.500 oder 4.500 Tage nicht erfüllt wird.

Für die Feststellung des Geldleistungsanspruchs bei Krankheit werden allerdings Tage, an denen Arbeitslosengeld bezogen wurden, nicht als Versicherungstage angerechnet. Bis zu 25 Tage, an denen Krankengeld bezogen wurde, werden jedoch angerechnet. Versicherungszeiten, die Sie in einem anderen EU-Mitgliedstaat zurückgelegt haben, können gegebenenfalls zu den griechischen Versicherungszeiten hinzugerechnet werden, obgleich eine solche Berücksichtigung im innerstaatlichen Recht nicht vorgesehen ist. In diesem Fall wenden Sie sich bitte bezüglich der erforderlichen Formalitäten an die IKA-ETAM-Geschäftsstelle Ihres Wohnortes.

Abgedeckte Leistungen

Höhe der Leistungen

Zur Bemessung des Krankengeldes wird die versicherte Person auf der Grundlage ihres durchschnittlichen Entgelts der letzten 30 Arbeitstage des der Krankmeldung vorangegangenen Kalenderjahres einer der bestehenden Versichertengruppen zugeordnet.

Der Grundbetrag des Krankengeldes entspricht 50% des täglichen Bezugsentgelts Ihrer Versichertengruppe und erhöht sich für jeden unterhaltsberechtigten Familienangehörigen um 10%. Das Krankengeld und die Steigerungsbeträge zusammen dürfen jedoch weder 70 % des täglichen Bezugsentgelts Ihrer Versichertengruppe noch das tägliche Bezugsentgelt der 8. Versichertengruppe übersteigen. Bei stationärer Behandlung wird das Krankengeld um zwei Drittel gekürzt,

sofern Sie keine unterhaltsberechtigten Familienangehörigen haben. In den ersten 15 Tagen liegt die Höchstgrenze des Krankengelds einschließlich Zulagen für Unterhaltsberechtigte (maximal vier Personen) bei € 15,99 pro Tag. Nach 15 Tagen liegt die Höchstgrenze der Leistungen einschließlich Zulagen für Unterhaltsberechtigte (bis vier Personen) bei € 29,39 pro Tag.

Dauer der Zahlungen

Das Krankengeld wird ab dem vierten Tag nach Meldung der Krankheit bzw. deren Feststellung durch die zuständige Stelle von IKA-ETAM gezahlt. Wird im Verlauf desselben Kalenderjahres die versicherte Person erneut wegen derselben oder einer anderen Krankheit als arbeitsunfähig eingestuft, so wird das Krankengeld ab dem ersten Tag gezahlt. Freiwillig Versicherte und Selbstständige (z.B. Bauarbeiter) erhalten ab dem 11. Tag nach Krankheitsmeldung Krankengeld. Es wird für alle Kalendertage, nicht nur für Arbeitstage gezahlt, und zwar bis zu

- 182 Tagen im selben Kalenderjahr für dieselbe oder eine andere Krankheit,
- 360 Tagen für dieselbe Krankheit, sofern Sie Versicherungszeiten von mindestens 300 Tagen in den letzten zwei Jahren oder letzten 30 Monaten nachweisen können, wobei im letzteren Fall die letzten drei Monate nicht berücksichtigt werden,
- 720 Tagen, sofern Sie entweder Versicherungszeiten von 1.500 Versicherungstage nachweisen können, davon 600 während der letzten fünf Jahre erworben wurden, oder von 4.500 Tagen Versicherungstage bis zur Krankheitsmeldung oder 300 bis 4.200 Versicherungstage je nach Lebensalter der versicherten Person.

Bezug von Geldleistungen bei Krankheit

Für den Bezug von Krankengeld müssen Sie folgende Unterlagen vorlegen:

- Ihren individuellen Sozialversicherungsauszug,
- Ihr persönliches Gesundheitsbuch und das Familiengesundheitsbuch,
- eine Erklärung des Arbeitgebers über die Dauer der Arbeitsunterbrechung,
- eine vom behandelnden IKA-ETAM-Arzt ausgestellte Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung.

Kapitel IV: Leistungen bei Mutterschaft und Vaterschaft

Anspruch auf Leistungen bei Mutterschaft oder Vaterschaft

Um Mutterschaftsgeld zu erhalten, müssen Sie in den letzten zwei Jahren vor der Entbindung mindestens 200 Tage dem Sachleistungszweig der Krankenversicherung angeschlossen gewesen sein. Außerdem müssen Sie Ihre Berufstätigkeit tatsächlich unterbrochen haben.

Bezahlte Urlaubstage gelten als Arbeitstage. Tage, an denen Arbeitslosengeld bezogen wurde, werden hingegen nicht als Versicherungstage angerechnet. Für die Feststellung des Geldleistungsanspruchs bei Krankheit werden allerdings Tage, an denen Arbeitslosengeld bezogen wurde, nicht als Versicherungstage angerechnet. Bis zu 25 Tage, an denen Krankengeld bezogen wurde, werden jedoch angerechnet. Versicherungszeiten, die Sie in einem anderen EU-Mitgliedstaat zurückgelegt haben, können erforderlichenfalls zu den griechischen Versicherungszeiten hinzugerechnet werden, obgleich eine solche Berücksichtigung im innerstaatlichen Recht nicht vorgesehen ist. In diesem Fall wenden Sie sich bitte bezüglich der erforderlichen Formalitäten an die IKA-ETAM-Geschäftsstelle Ihres Wohnortes.

Abgedeckte Leistungen

Folgende Mutterschaftsleistungen werden bei der Geburt eines Kindes gewährt:

- Geburtsbeihilfe für Entbindungskosten von der EOPYY bei Entbindung außerhalb einer Krankenhauseinrichtung;
- Mutterschaftsgeld (vor und nach der Entbindung) (Geldleistungen) von IKA-ETAM;
- besondere Mutterschaftsschutzbeihilfe von der OAED;
- Mutterschaftsurlaub und besonderer Mutterschaftsurlaub;
- Urlaub zur Kinderbetreuung.

Geburtsbeihilfe für Entbindungskosten

Es wird ein Pauschalbetrag von €°900 für 1 Kind, €°1.200 für Zwillinge und €°1.600 für Drillinge gewährt, wenn die Entbindung außerhalb einer Krankenhauseinrichtung erfolgt.

Mutterschaftsurlaub und Mutterschaftsgeld

Das Mutterschaftsgeld wird für 56 Tage vor dem voraussichtlichen Geburtstermin sowie für 63 Tage nach der Entbindung gezahlt (d.h. 119 Tage an Mutterschaftsurlaub), sofern Sie in diesem Zeitraum nicht arbeiten. Die Höhe des Mutterschaftsgeldes beträgt 50% des geschätzten Tagesgehalts der Versicherungsklasse, der Sie angehören, basierend auf dem Durchschnittslohn der letzten 30 Tage des Vorjahres, plus Kindergeld von 10% des oben genannten Betrags mit einem Höchstsatz von 40% für jedes Kind. Der Mindestbetrag den Sie erhalten beträgt zwei Drittel Ihres Gehalts.

Besonderer Mutterschaftsurlaub und besondere Mutterschaftsschutzbeihilfe

Der besondere Mutterschaftsurlaub schließt sich dem normalen Mutterschaftsurlaub (119 Tage, davon 56 Tage vor dem voraussichtlichen Entbindungstermin und 63 Tage nach der Entbindung) oder dem Zeitraum, in dem die Arbeitnehmerin verkürzt arbeitet, an und kann bis zu sechs Monate betragen. Während dieses Urlaubs erhält die Arbeitnehmerin gemäß OAED einen monatlichen Betrag (d.h. die besondere Mutterschaftsschutzbeihilfe) in Höhe des Mindestlohns sowie anteilig Urlaubsgeld.

Urlaub zur Kinderbetreuung

Ein Elternteil hat Anspruch auf reduzierte Arbeitsstunden von einer Stunde pro Tag für 30 Monate nach der Geburt oder Adoption oder von 2 Stunden für die ersten 12 Monaten und von einer Stunde für die restlichen 6 Monaten. Wenn die reduzierten Arbeitsstunden als Ganzes genommen werden (ungefähr 5 Monate Urlaub), gehen diese dem besonderen Mutterschaftsurlaub voraus. Wenn ein Elternteil entscheidet die reduzierten Arbeitsstunden über einen wie oben angegebenen Zeitraum von 18 oder 30 Monaten zu nehmen, schließt sich dieser dem besonderen Mutterschaftsurlaub an.

Bezug von Leistungen bei Mutterschaft oder Vaterschaft

Antragsvordrucke sind in der örtlichen Geschäftsstelle von IKA-ETAM erhältlich. Für den Bezug des Mutterschaftsgeldes müssen Sie Ihr Gesundheitsbuch oder Ihr Familiengesundheitsbuch und die Geburtsurkunde des Kindes vorlegen.

Für den Bezug von Mutterschaftsgeld sind folgende Unterlagen vorzulegen:

- Ihren individuellen Sozialversicherungsauszug,
- Ihr persönliches Gesundheitsbuch,
- das Familiengesundheitsbuch zur Berechnung der Zulage wegen familiärer Belastung (Zahl der Familienmitglieder),
- eine Bescheinigung eines IKA-ETAM-Gynäkologen über den voraussichtlichen Zeitpunkt der Entbindung,
- eine Bestätigung des Arbeitgebers über die Einstellung der Tätigkeit
- die Geburtsurkunde des Kindes (für den Bezug des nach der Entbindung gezahlten Teils des Mutterschaftsgeldes).

Bei Vollendung von 10 Arbeitstagen während des ersten Arbeitsjahres zahlt der Arbeitgeber das Gehalt für 15 Tage während des Mutterschaftsurlaubs. Bei Vollendung des ersten Arbeitsjahres erfolgen eventuelle Lohnfortzahlungen durch den Arbeitgeber für einen Monat während des Mutterschaftsurlaubs. Der Arbeitgeber kann Beträge, die von der Mutter von deren Versicherungsanstalt für den gleichen Zeitraum bezogen wurden, abziehen.

Die Zahlung der besonderen Mutterschaftsschutzbeihilfe erfolgt durch die Arbeitsverwaltung (OAED). Während dieses Zeitraums werden Beiträge für die Altersrente, Krankheit und Zusatzversicherung von der OAED angerechnet.

Kapitel V: Leistungen bei Invalidität

Anspruch auf Leistungen bei Invalidität

Leistungen

Das Ministerium für Gesundheit hat 10 Unterstützungsprogramme errichtet, die folgende Invaliditätskategorien abdecken:

- Blindheit;
- Taubheit;
- Schwere geistige Behinderung;
- Thalassämie;
- Hämophilie – AIDS;
- Schwere Behinderung;
- Zerebralparese;
- Paraplegie – Quadriplegie – Amputation;
- Personen, die an der Hansen-Krankheit leiden;
- Transportbeihilfe.

Die Gewährung dieser Beihilfen erfolgt durch das Sozialhilfesystem und sind dazu bestimmt Personen mit Invalidität zu unterstützen. Es handelt sich dabei um beitragsunabhängige Leistungen, die von den Gemeinden finanziert und unabhängig vom Einkommen gewährt werden. Die Bedingungen sind je nach Programm unterschiedlich für jeden Leistungsempfänger und umfassen meistens Kriterien zum Sozialstatus und der Gewährung von anderen Invalidenleistungen.

Invaliditätsrenten

Invaliditätsrente wegen gewöhnlicher Krankheit

Um Anspruch auf eine Invaliditätsrente zu haben, muss der Versicherte

- durch das Zentrum zur Bestätigung der Erwerbsunfähigkeit (KEPA) als zu mindestens 50% invalide eingestuft worden sein,
- die erforderlichen Versicherungszeiten bei IKA-ETAM nachweisen können.

In anderen EU-Mitgliedstaaten zurückgelegte Versicherungszeiten werden den griechischen Versicherungszeiten hinzugerechnet. Sie sollten in Ihrem Rentenanspruch auf diese Zeiten hinweisen.

Für den Bezug einer Invaliditätsrente müssen Sie die vorstehend genannten allgemeinen Anspruchsvoraussetzungen erfüllen und zusätzlich im Rahmen von IKA-ETAM folgende Versicherungszeiten nachweisen:

- 4.500 Versicherungstage;
- oder 1.500 Versicherungstage, davon mindestens 600 in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Invalidität liegen müssen,

- oder 300 Versicherungstage, wenn Sie unter 21 Jahre alt sind (die Zahl der Versicherungstagen steigt schrittweise auf 4.200 Tage: ab dem 21. Lebensjahr sind jedes Jahr 120 Tage zusätzlich erforderlich – die erwähnten 300 Tage müssen in den 5 Jahren zurückgelegt worden sein, die dem Jahr des Eintritts der Invalidität vorangegangen sind).

Invaliditätsrente aufgrund eines Arbeitsunfalls

Für den Bezug einer Rente muss unabhängig vom Zeitpunkt Ihres Eintritts in die Sozialversicherung der festgestellte Grad Ihrer Invalidität den Anspruch auf eine Rente begründen (mindestens 50%) und Sie müssen mindestens einen Arbeitstag als IKA-ETAM-Versicherter zurückgelegt haben.

Invaliditätsrente aufgrund eines sonstigen Unfalls (außerhalb der Arbeit)

Um Anspruch auf eine Invaliditätsrente zu haben, müssen Sie die vorstehend aufgeführten allgemeinen Anspruchsvoraussetzungen erfüllen und als IKA-ETAM-Versicherter mindestens die Hälfte der für die Gewährung einer Invaliditätsrente wegen gewöhnlicher Krankheit erforderlichen Arbeitstage nachweisen können, wobei der Zeitpunkt Ihres Eintritts in die Sozialversicherung berücksichtigt wird.

Invaliditätsrente wegen Berufskrankheit

Für den Bezug der Invaliditätsrente müssen Sie unabhängig vom Zeitpunkt Ihres Eintritts in die Sozialversicherung die vorstehend genannten allgemeinen Anspruchsvoraussetzungen erfüllen, bei IKA-ETAM versichert sein und die Wartezeit zurückgelegt haben, die in deren Regelung „Krankheit“ für Ihre Berufskrankheit vorgesehen sind.

Abgedeckte Leistungen

Leistungen

Vom Ministerium für Gesundheit werden folgende Leistungen bei Invalidität bereitgestellt und alle zwei Monate gewährt:

- Blindheit: € 362 oder € 697 (variiert entsprechend der Subkategorien);
- Taubheit: € 362;
- Schwere geistige Behinderung: € 527;
- Thalassämie: € 362;
- Hämophilie – AIDS: € 697;
- Schwere Behinderung: € 313;
- Zerebralparese: € 697;
- Paraplegie – Quadriplegie – Amputation (versicherte und nicht-versicherte Personen)): € 771;
- Personen, die an der Hansen-Krankheit leiden: € 362 oder € 697 (variiert entsprechend der Subkategorien);
- Transportbeihilfe: € 165;

Invaliditätsrente

Völlig Blinde und an bestimmten Krankheiten leidende Versicherte, die 4.050 Versicherungstage vorweisen können, erhalten ungeachtet ihres Alters eine Rente, die einem Versicherungszeitraum von 10.500 Arbeitstagen entspricht.

Bei der Berechnung der Rentenhöhe werden der Grad der Invalidität, deren Ursache und die anrechenbaren Arbeitsentgelte für den Zeitraum von fünf Jahren vor Einreichen des Rentenanspruchs berücksichtigt. Die versicherte Person hat Anspruch auf:

- eine Rente in voller Höhe, wenn der Grad ihrer Invalidität 80% oder mehr beträgt;
- 75% der vollen Rente, wenn der Grad ihrer Invalidität zwischen 67% und 79,9% liegt. Hat sie jedoch 6.000 Arbeitstage geleistet oder ist die Invalidität auf eine psychische Erkrankung zurückzuführen, hat sie Anspruch auf die volle Rente;
- 50% der vollen Rente, wenn der Grad ihrer Invalidität zwischen 50% und 66,9% liegt. Hat sie jedoch 6.000 Arbeitstage geleistet oder ist die Invalidität auf eine psychische Erkrankung zurückzuführen, hat sie Anspruch auf 75% der vollen Rente.

Unter bestimmten Voraussetzungen werden Invaliditätsrenten zu Leistungen auf Dauer, das heißt, dass die Rentenbezieher nicht zur erneuten Untersuchung durch das Zentrum zur Bestätigung der Erwerbsunfähigkeit (KEPA) verpflichtet sind. Ausführlichere Informationen erhalten Sie bei Ihrer örtlichen IKA-ETAM-Geschäftsstelle.

Eine Kumulierung dieser Leistung mit anderen Renten oder deklariertem Einkommen ist möglich bis zu einer Gesamtsumme aller Renten von € 3.680 im Monat.

Bei voller Erwerbsunfähigkeit wird die Rente für die Pflege durch einen Dritten erhöht. Dieser Zuschlag auf die Rente kann jedoch € 660,80 pro Monat nicht überschreiten.

Bezug von Leistungen bei Invalidität

Leistungen

Für mehr Informationen über die Programme sowie die benötigten Dokumente können Sie den für sie zuständigen Sozialdienst der Gemeinde kontaktieren, der für die Umsetzung der oben genannten Unterstützungsprogramme zuständig ist.

Invaliditätsrente

Für den Bezug einer Invaliditätsrente sind der örtlichen Geschäftsstelle von IKA-ETAM die folgenden Unterlagen vorzulegen:

- der Antrag selbst, auf einem bei IKA-ETAM erhältlichen Antragsvordrucks,
- sämtliche Versicherungsunterlagen (individuelle Sozialversicherungsauszüge, Versicherungs- und Beitragsausweis, Versicherungsbücher usw.),
- Erklärung des Arbeitgebers über die Beschäftigungszeit, die Unterbrechung oder die Fortsetzung der Beschäftigung,
- Fotokopie des Personalausweises,
- Fotokopie der Einkommensbescheinigung des Finanzamtes,

- Unterlagen zum Nachweis Ihres Familienstandes (gegebenenfalls Heiratsurkunde und Geburtsurkunden der Kinder),
- gegebenenfalls Unterlagen zum Nachweis darüber, dass Ihre Kinder studieren oder arbeitsunfähig sind.
- sämtliche medizinische Unterlagen, die Ihren Antrag auf Invaliditätsrente stützen können.

Kapitel VI: Renten und Leistungen im Alter

Anspruch auf Altersrente

Für den Bezug einer Altersrente müssen Sie das hierfür festgesetzte Alter erreicht und eine bestimmte Anzahl von Arbeitstagen geleistet haben. Die wichtigsten Anspruchsvoraussetzungen für den Bezug einer Altersrente sind folgende:

- Vollrente: mindestens 4.500 Versicherungstage im Alter von 65 Jahren für Männer (Altersgrenze von 60 Jahren für Frauen, gültig bis zum 31. Dezember 2010, erhöht sich jedes Jahr um ein Jahr bis 2015 ein Alter von 65 Jahren erreicht wird).
- Gekürzte Rente: mindestens 4.500 Versicherungstage im Alter von 60 Jahren für Männer, wenn die Person 100 Versicherungstage pro Jahr in den letzten fünf Jahren vor dem Rentenbezug angesammelt hat (Altersgrenze von 55 Jahren für Frauen, gültig bis zum 31. Dezember 2010, erhöht sich jedes Jahr um ein Jahr bis 2015 ein Alter von 60 Jahren erreicht wird).
- Rente bei schwerer und gesundheitsschädlicher Arbeit: Alter von 60 Jahren für Männer, mindestens 4.500 Versicherungstage, davon 3.600 Tage schwere und gesundheitsschädliche Arbeit und 1.000 Tage in den letzten 13 Jahren vor dem Ruhestand oder Beantragung der Rentenauszahlung (Altersgrenze von 55 Jahren für Frauen, gültig bis zum 31. Dezember 2010, erhöht sich jedes Jahr um ein Jahr bis 2015 ein Alter von 60 Jahren erreicht wird).
- Vollrente mit vollständigem Versicherungszeitraum: 10.500 Versicherungstage im Alter von 58 Jahren für Männer und Frauen bis zum 31. Dezember 2010. Die oben genannte Altersgrenze erhöht sich in 2012 auf 59 Jahre und ab 2013 auf 60. Die 10.500 Versicherungstage werden jedes Jahr um 300 Versicherungstage erhöht bis in 2015 12.000 Versicherungstage erreicht werden.
- Renten mit 10.500 Versicherungstagen davon 7.500 Tage schwere und gesundheitsschädliche Arbeit: Alter von 55 Jahren für Männer und Frauen für Vollrente und Alter von 53 Jahren für gekürzte Rente. Die oben genannten Altersgrenzen erhöhen sich bis 2017 auf 60 bzw. 58 Jahre, mit einer jährlichen Erhöhung von 9 Monaten ab 2011.
- Renten mit 10.000 Versicherungstagen:
 - Männer: Vollrente ab Alter von 62 Jahren oder gekürzte Rente mit 60 Jahren (die Person sollte 100 Versicherungstage pro Jahr in den letzten fünf Jahren vor dem Rentenbezug angesammelt haben). Die oben genannte Altersgrenze von 62 Jahren wird in 2011 auf 63 Jahre erhöht und ab 2012 jährlich um 6 Monate erhöht bis ein Alter von 65 Jahren erreicht wird.
 - Frauen: Vollrente ab Alter von 57 Jahren oder gekürzte Rente mit 55 Jahren (die Person sollte 100 Versicherungstage pro Jahr in den letzten fünf Jahren vor dem Rentenbezug angesammelt haben). Erhöhung der Altersgrenze und Mindestversicherungszeit: ab dem 1. Januar 2011 werden die 10.000 Versicherungstage jährlich um 400 Tage bis auf 12.000 Versicherungstage erhöht. Die Altersgrenze von 57 Jahren wird in 2011 auf 58 Jahre erhöht und ab 2012 jährlich um 6 Monate erhöht bis ein Alter von 60 Jahren erreicht wird. Die Altersgrenze von 55 Jahren wird in 2011 auf 56 Jahre erhöht und ab 2012 jährlich um 6 Monate erhöht bis ein Alter von 58 Jahren erreicht wird.
- Renten für Mütter und Väter von minderjährigen Kindern: für Frauen und Männer 5.500 Versicherungstage und Alter von 55 Jahren für Vollrente oder Alter von 50 Jahren für gekürzte Rente. Die oben genannten Altersgrenzen werden ab dem 1.

Januar 2011 auf 57 bzw. 52 Jahre erhöht, im Jahr 2012 auf 60 und 55 und im Jahr 2013 auf 65 und 60.

Für die Begründung des Anspruchs auf Altersrente können bis zu 200 Tage, an denen Krankengeld bezogen wurde, und bis zu 200 Tage, an denen Arbeitslosengeld bezogen wurde, berücksichtigt werden, sofern diese Leistungen in die letzten zehn Jahre vor Antragstellung bezogen wurden. Es gibt andere gleichgestellte Zeiträume, die unter bestimmten Umständen für den Anspruch auf Altersrenten berücksichtigt werden, wie z.B. Studienzeiten, Lücken zwischen Versicherungen, Wehrdienst, Streikzeiträume, Ausbildungen, Kindererziehung, Zeitraum des Bezugs von Krankengeld, Zeiträume während der Schwangerschaft und nach der Entbindung, unbezahlter Bildungsurlaub, Inhaftierung, oder der Zeitraum zwischen Erhalt des Abschlusses bis zum Erhalt der Lizenz zur Ausführung des Berufs. Diesbezüglich wenden Sie sich bitte an die IKA-ETAM Geschäftsstelle. In anderen EU-Mitgliedstaaten zurückgelegte Versicherungszeiten werden den griechischen Versicherungszeiten hinzugerechnet. Bei der Renten Antragstellung müssen Sie diese Versicherungszeiten anführen und sämtliche vorhandenen Versicherungsunterlagen beifügen.

Außer den hier dargestellten Voraussetzungen für den Bezug einer vollen oder gekürzten Altersrente bestehen noch andere Szenarien. Weitere Informationen erhalten Sie auf der Webseite von IKA-ETAM oder in der IKA-ETAM-Geschäftsstelle Ihres Wohnortes, oder als Selbstständiger auf der Webseite von OAAE oder ETAA.

Abgedeckte Leistungen

Die Höhe der Alters- oder Invaliditätsrente, die von IKA-ETAM bei Erfüllung der vorstehend angeführten Anspruchsvoraussetzungen und bei Bestehen der Sozialversicherung vor dem 31. Dezember 1992 gewährt wird, richtet sich nach der Versicherungszeit, dem für die Rente anrechenbaren Entgelt und den fünf in Bezug auf das Entgelt besten Jahren, die in den letzten zehn Jahren vor Antragstellung verzeichnet wurden und auf deren Grundlage Sie einer bestimmten Versichertengruppe zugeordnet werden. Die Höhe dieses für die Rente anrechenbaren Einkommens wird nach Maßgabe der bereits gewährten Steigerungsbeträge angepasst. Der aktuelle Mindestbetrag der Rente ist € 486,84 im Monat, maximal werden € 2.373,57 im Monat gezahlt (ohne Familienleistungen).

Wenn Sie nicht vor dem 1. Januar 1993 sozialversichert waren, entspricht die Höhe der Alters- oder Invaliditätsrente, die von IKA-ETAM bei Erfüllung der vorstehend genannten Voraussetzungen gewährt wird, für jedes Versicherungsjahr 2% der Einkommen der fünf Jahre, die dem Jahr der Antragstellung vorausgegangen sind. Diese Einkommen werden nach Maßgabe der bereits gewährten Rentensteigerungsbeträge in einem Ausmaß von höchstens 70% angepasst. Der aktuelle Mindestbetrag der Rente ist € 495,74 im Monat, maximal werden € 2.773,40 im Monat gezahlt (ohne Familienleistungen).

Für Personen, die am 31. Dezember 1992 bereits versichert waren, erhöht sich die Rente:

- für die Ehegatten, sofern sie keiner Beschäftigung nachgehen und keine Rente beziehen,
- für (bis zu drei) Kinder,
 - sofern sie unverheiratet sind, nicht erwerbstätig sind, keine Rente beziehen, das 18. Lebensjahr oder (wenn sie an einer in- oder

ausländischen Hochschule studieren) das 24. Lebensjahr noch nicht vollendet haben,

- oder wenn sie arbeitsunfähig und dadurch nicht imstande sind, ihren Lebensunterhalt selbst zu bestreiten, und diese Arbeitsunfähigkeit aufgrund von Invalidität vor Vollendung des 18. Lebensjahres aufgetreten ist, und für die der Ehegatte, sofern er Rentenbezieher ist, keinen Rentenzuschuss erhält.

Für Personen, die nicht vor dem 1. Januar 1993 sozialversichert waren, besteht der Anspruch auf Rentenzuschüsse nur für (bis zu drei) unverheiratete minderjährige Kinder, die nicht erwerbstätig oder nicht in der Lage sind, ihren Lebensunterhalt durch eigene Erwerbstätigkeit zu bestreiten und keine Rente beziehen. Die Erhöhung kann bis zum 24. Lebensjahr weiterbestehen, wenn die Kinder im In- oder Ausland eine anerkannte postsekundäre oder Hochschulausbildung absolvieren. Wenn auch der Ehegatte Rentenbezieher ist, wird der Zuschuss dem Elternteil gewährt, den beide hierzu bestimmt haben.

Bezug von Altersrenten

Für den Bezug einer Altersrente sind der örtlichen Geschäftsstelle von IKA-ETAM die folgenden Unterlagen vorzulegen:

- der Antrag selbst, auf dem der unter Verwendung eines bei IKA-ETAM erhältlichen Antragsvordrucks,
- sämtliche Versicherungsunterlagen (individuelle Sozialversicherungsauszüge, Versicherungs- und Beitragsausweis, Versicherungsbücher usw.),
- Erklärung des Arbeitgebers über die Beschäftigungszeit, die Unterbrechung oder die Fortsetzung der Beschäftigung,
- Fotokopie des Personalausweises,
- Fotokopie der Einkommensbescheinigung des Finanzamtes,
- Unterlagen zum Nachweis Ihres Familienstandes (gegebenenfalls Heiratsurkunde und Geburtsurkunden der Kinder),
- gegebenenfalls Unterlagen zum Nachweis darüber, dass Ihre Kinder studieren oder arbeitsunfähig sind.

Kapitel VII: Hinterbliebenenleistungen

Anspruch auf Hinterbliebenenleistungen

Beim Tod einer versicherten Person oder eines Rentenbeziehers haben die Familienangehörigen Anspruch auf Hinterbliebenenrente, sofern die verstorbene Person

- die Voraussetzungen für den Bezug einer Altersrente erfüllt hat oder
- die Voraussetzungen für den Bezug einer Invaliditätsrente erfüllt hat oder
- 1.500 Versicherungstage zurückgelegt hat, davon mindestens 300 in den fünf dem Todesjahr vorangegangenen Jahren.

Ist der Tod der versicherten Person auf einen Arbeitsunfall zurückzuführen, haben die Familienangehörigen unabhängig von der Versicherungsdauer einen Rentenanspruch; ist der Tod der versicherten Person die Folge eines sonstigen Unfalls außerhalb der beruflichen Tätigkeit, ist die Hälfte der oben angeführten Versicherungstage erforderlich.

Beim Tod eines Alters- oder Invaliditätsrentenbeziehers beziehen die Familienangehörigen dessen Rente weiter, ohne dass die Versicherungsdauer des Verstorbenen erneut überprüft wird. Leistungsberechtigt sind:

- überlebende Ehegatten,
- die Kinder, unabhängig von ihrer gesetzlichen Abstammung, sofern sie unverheiratet sind, keine Rente beziehen und das 18. Lebensjahr oder, wenn sie eine staatlich anerkannte Berufs-, postsekundäre oder Hochschulausbildung im In- oder Ausland absolvieren, das 24. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sofern sie nicht erwerbstätig sind oder von einem Grundrententräger oder vom Staat eine Rente aufgrund eigener Erwerbstätigkeit erhalten, wenn sie Vollwaisen sind oder wenn ihr Lebensunterhalt von dem verstorbenen, vom anderen Elternteil verlassenen Elternteil bestritten wurde. Kinder, die arbeitsunfähig und dadurch nicht imstande sind, ihren Lebensunterhalts selbst zu bestreiten, haben, wenn ihre Arbeitsunfähigkeit aufgrund von Invalidität vor Vollendung des 18. Lebensjahres aufgetreten ist, ohne Altersgrenze für die Dauer ihrer Invalidität Anspruch auf Hinterbliebenenrente;
- die Enkelkinder und Verwandte in aufsteigender Linie, die zum Zeitpunkt des Todes der versicherten Person Waisen waren, sofern ihr Lebensunterhalt von der verstorbenen Person bestritten wurde (nur bei Versicherungsbeginn vor dem 1. Januar 1993);
- die (natürlichen oder Adoptiv-)Eltern, sofern ihr Lebensunterhalt vorwiegend von der verstorbenen Person bestritten wurde (nur bei Versicherungsbeginn vor dem 1. Januar 1993).

Tritt der Tod eines versicherten Ehegatten innerhalb der ersten sechs Monate der Ehe ein, haben die Verwitweten keinen Rentenanspruch. Es besteht jedoch ein Rentenanspruch, wenn der Tod der versicherten Person auf einen Unfall zurückzuführen ist, wenn in der Ehe ein Kind geboren oder nach der Heirat für ehelich erklärt wurde oder wenn die Witwe schwanger ist. Ist der verstorbene Ehegatte

Altersrentenbezieher und tritt sein Tod innerhalb der ersten 24 Monate der Ehe ein, hat der überlebende Ehegatte keinen Rentenanspruch.

Hinterbliebenenrenten beim Tod von ab dem 1. Januar 1993 versicherten Personen

Beim Tod einer versicherten Person haben die Familienangehörigen Anspruch auf Hinterbliebenenrente zu denselben Bedingungen, wie sie auch für den Bezug einer Invaliditätsrente gelten.

Abgedeckte Leistungen

Höhe der Leistungen

Die Rente, auf die der überlebende Ehegatte Anspruch hat, beträgt 70% der Altersrente, auf die die verstorbene (und vor dem 31. Dezember 1992) versicherte Person Anspruch gehabt hätte bzw. die sie als Rentner bezogen hatte. Die Mindestrente beträgt € 438,16 im Monat, maximal werden € 1.661,50 gezahlt (ohne Familienleistungen). Der volle Prozentsatz wird für drei Jahre gewährt. Danach wird dem überlebenden Ehegatten, der erwerbstätig oder Rentenempfänger ist, der gewährte Betrag um 50% gekürzt, bis er das 65. Lebensjahr vollendet. Ab diesem Zeitpunkt werden ihm 70% der Hinterbliebenenrente gewährt. Waren die Verwitweten jedoch zum Zeitpunkt des Todes des Ehegatten zu mindestens 67% invalide, kann die volle Rente ohne Einschränkungen für die Dauer der Invalidität weiterbezogen werden. Bei Wiederverheiratung erlischt der Rentenanspruch.

Die Waisenrente beträgt 20% der Altersrente, auf die der Verstorbene Anspruch gehabt hätte. Vollwaisen erhalten eine Rente in Höhe von 60% der Altersrente. Die Hinterbliebenenrenten zusammen dürfen nicht höher sein als die Rente, die der Verstorbene bezogen hätte. Bei Vollwaisen darf die Leistung höchstens 60% dieser Rente ausmachen. Überschreitet die Summe der Renten diesen Satz, wird die Rente der einzelnen Leistungsberechtigten anteilig gekürzt.

Die Rente, auf die der überlebende Ehegatte Anspruch hat, beträgt 50% der Alters- oder Invaliditätsgrundrente, auf die der verstorbene (und nach dem 1. Januar 1993 versicherte) Versicherte Anspruch gehabt hätte bzw. die er als Rentner mit einem Invaliditätsgrad von 80% zum Todeszeitpunkt bezogen hatte. Die Mindestrente beträgt € 396,58 im Monat, maximal werden € 1.386,70 gezahlt (ohne Familienleistungen). Nach Ablauf von drei Jahren vom Todeszeitpunkt an gerechnet wird der dem überlebenden Ehegatten, der erwerbstätig ist oder Rente bezieht, gewährte Betrag um 50% gekürzt, bis er das 65. Lebensjahr vollendet. Ab diesem Zeitpunkt werden ihm 70% der Hinterbliebenenrente gewährt. Waren die Verwitweten jedoch zum Zeitpunkt des Todes des Ehegatten zu mindestens 67% invalide, kann die volle Rente ohne Einschränkungen für die Dauer dieser Invalidität weiterbezogen werden.

Die Waisenrente beträgt 25% der Altersrente, die der Verstorbene bezogen hatte bzw. hätte. Vollwaisen erhalten eine Rente in Höhe von 50%, sofern das Kind nicht Anspruch auf Renten des Vaters und der Mutter hat. Die von den Leistungsberechtigten bezogenen Hinterbliebenenrenten dürfen zusammen nicht niedriger sein als 80% der Mindestaltersrente und nicht höher als 100% der Rente der verstorbenen Person. Schließlich steht auch dem geschiedenen Ehegatten eines Rentenbeziehers eine Hinterbliebenenrente zu. Weitere Informationen erhalten Sie auf der Webseite von IKA-ETAM oder in der IKA-ETAM-Geschäftsstelle Ihres Wohnortes.

Zuschuss zu den Bestattungskosten

Beim Tod einer versicherten Person, die während des dem Jahr des Todes vorangegangenen Kalenderjahres oder während der letzten 15 Monate, wobei die letzten drei Monate allerdings nicht berücksichtigt werden, mindestens 100 Arbeitstage geleistet hat, sowie beim Tod einer Person, die eine Alters-, Invaliditäts- oder Hinterbliebenenrente bezogen hat, besteht Anspruch auf eine pauschale Leistung, die dem 8-fachen täglichen Bezugsentgelt der obersten Versichertengruppe entspricht. Beim Tod eines unterhaltsberechtigten Familienangehörigen wird diese Leistung nicht gezahlt. Grundsätzlich wird sie der verwitweten Person oder der Person gewährt, die die Bestattungskosten getragen hat. Für den Bezug dieser Leistung sind folgende Unterlagen vorzulegen:

- das persönliche Gesundheitsbuch des Verstorbenen,
- die Sterbeurkunde,
- das Versicherungsbuch (bei erwerbstätigen Verstorbenen) oder eine Bescheinigung über die Unterbrechung der Rente (bei Rentenbeziehern),
- Originalrechnungen des Bestattungsunternehmens.

Bezug von Hinterbliebenenleistungen

Bei der Antragstellung auf Hinterbliebenenrente sind der örtlichen Geschäftsstelle von IKA-ETAM die gleichen Unterlagen wie für den Bezug der [Altersrente](#) vorzulegen. Außerdem sind eine Sterbeurkunde und eine Bescheinigung über den Familienstand (ausgestellt von der Stadt- oder Gemeindeverwaltung oder vom Gericht erster Instanz) vorzulegen, aus der hervorgeht, dass die Ehe der verstorbenen Person bis zu Tag seines Todes bestanden hat.

Wenn Sie in einem anderen EU-Mitgliedstaat wohnen, können Sie den Antrag bei dem Sozialversicherungsträger Ihres Wohnlandes einreichen. Schließlich werden die von der verstorbenen versicherten Person in einem anderen EU-Mitgliedstaat zurückgelegten Versicherungszeiten ihren griechischen Versicherungszeiten hinzugerechnet. Geben Sie diese Versicherungszeiten in Ihrem Rentenanspruch an und fügen Sie alle vorhandenen Versicherungsunterlagen bei.

Kapitel VIII: Leistungen bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten

Anspruch auf Leistungen bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten

Wenn Sie Arbeitnehmer oder Arbeitnehmerin sind, haben Sie Anspruch auf Leistungen von IKA-ETAM bei

- Unfällen, die Sie bei Ihrer Arbeit oder in Verbindung damit erlitten haben (Arbeitsunfälle),
- Unfällen, die Sie auf dem Weg zu oder von der Arbeit erlitten haben (Wegeunfälle),
- Unfällen, die nicht mit der Arbeit in Zusammenhang stehen,
- Krankheiten, die auf negative Folgeerscheinungen Ihrer Tätigkeit zurückzuführen sind, sofern sie im amtlichen Verzeichnis der Berufskrankheiten aufgeführt sind (wie von den IKA-ETAM-Vorschriften für den Zweig „Krankheit“ vorgesehen).

Unfälle und Berufskrankheiten bilden keinen eigenen Versicherungszweig. Bei Krankheit oder vorübergehender Arbeitsunfähigkeit ist die Krankenversicherung zuständig, bei Invalidität und Tod die Rentenversicherung.

Abgedeckte Leistungen

Arbeitsunfälle

Sie haben Anspruch auf Geld- und Sachleistungen, und zwar unabhängig von den zurückgelegten Versicherungszeiten. Eine bestimmte Anzahl von Arbeitstagen ist somit zur Begründung eines Leistungsanspruchs nicht erforderlich. Sie müssen allerdings versichert sein.

Verletztengeld wird ab dem Tag der Unfallmeldung gewährt, seine Höhe berechnet sich auf dieselbe Weise wie bei Krankengeld für eine gewöhnliche Krankheit. Es gibt keine Wartezeit von drei Tagen, wie dies bei Krankheit der Fall ist, die Arbeitsunfähigkeit muss jedoch länger als drei Tage andauern.

Ereignet sich der Unfall an Ihrem ersten Arbeitstag, wird die Höhe des Verletztengeldes anhand des täglichen Bezugsentgelts der Versichertengruppe errechnet, der Sie auf der Grundlage Ihres am Unfalltag bezogenen Entgelts zugeordnet werden. Führt ein Arbeitsunfall zu dauernder Erwerbsunfähigkeit oder Tod, wird Ihnen eine Invaliditätsrente bzw. den unterhaltsberechtigten Familienangehörigen Hinterbliebenenrente gewährt.

Sonstige Unfälle

Sie haben Anspruch auf Sach- und Geldleistungen der Krankenversicherung, sofern Sie die Hälfte der Arbeitstage nachweisen können, die üblicherweise für den Bezug dieser Leistungen erforderlich ist (d. h. 25 oder 50 Tage).

Berufskrankheiten

Erwerbstätige Stammversicherte sowie Altersrentenbezieher erhalten Krankengeld bei Berufskrankheit, wenn sie als Angehörige eines der Berufe, die von den Vorschriften von IKA-ETAM für den Zweig „Krankheit“ erfasst werden, unter einer nach einer bestimmten Zeit auftretenden chronischen Krankheit leiden. Der ärztliche Dienst der örtlichen Geschäftsstelle von IKA-ETAM stellt im Einzelfall fest, ob es sich um eine Berufskrankheit handelt oder nicht.

Sterbegeld

Stirbt eine Person, die während dem seinem Tod vorangegangenen Kalenderjahr oder während der letzten 15 Monate, wobei die letzten drei Monate allerdings nicht berücksichtigt werden, mindestens 100 Arbeitstage geleistet hat, oder eine Person, die Alters-, Invaliditäts- oder Hinterbliebenenrente bezogen hat, besteht Anspruch auf eine pauschale Leistung, die dem 8-fachen täglichen Bezugsentgelt der höchsten Versichertengruppe entspricht. Beim Tod eines unterhaltsberechtigten Familienangehörigen wird diese Leistung nicht gezahlt. Grundsätzlich wird sie der Witwe oder der Person gewährt, die die Bestattungskosten getragen hat.

Bezug von Leistungen bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten

Ein Unfall gilt als fristgerecht gemeldet, wenn Sie oder eine in Ihrem Namen handelnde Person den Unfall unverzüglich, jedoch spätestens am fünften auf den Unfall folgenden Werktag Ihrem Arbeitgeber sowie der örtlichen Geschäftsstelle von IKA-ETAM anzeigen. Diese Frist kann nur in besonderen Fällen verlängert werden. Hat der Unfall vollständige Invalidität zur Folge, wird die Frist auf ein Jahr ausgedehnt, führt er zum Tod, auf zwei Jahre.

Für den Bezug von Sterbegeld sind folgende Unterlagen vorzulegen:

- das persönliche Gesundheitsbuch des Verstorbenen,
- die Sterbeurkunde,
- das Versicherungsbuch (bei erwerbstätigen Verstorbenen) oder eine Bescheinigung über die Unterbrechung der Rente (bei Rentenbezieher),
- Originalrechnungen des Bestattungsunternehmens.

Kapitel IX: Familienleistungen

Anspruch auf Familienleistungen

Familienleistungen der OAED

Sind Sie auf Grund eines privatrechtlichen Arbeitsvertrags bei einem Arbeitgeber beschäftigt, so sind Sie bei IKA-ETAM versichert und entrichten Beiträge an den DLOEM (Ausgleichsfonds für Familienzulagen der Beschäftigten); Sie haben somit unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch auf Familienleistungen (Kindergeld) der Arbeitsverwaltung (OAED).

Für den Bezug dieser Leistungen müssen Sie während des Kalenderjahres, das der Kindergeldgewährung vorangegangen ist, mindestens 50 Arbeitstage nachweisen können, zwei Monate regelmäßig Arbeitslosengeld bezogen haben oder zwei Monate durchgehend arbeitsunfähig gewesen sein.

Die Kinder, für die Kindergeld gewährt wird, müssen folgende Voraussetzungen erfüllen:

- Sie sind höchstens 18 bzw. bei Schul- oder Hochschulausbildung höchstens 22 Jahre alt oder sind arbeitsunfähig (in diesem Fall werden die Leistungen für die Dauer der Arbeitsunfähigkeit gewährt);
- sie sind unverheiratet;
- sie wohnen in Griechenland oder einem anderen EU-Mitgliedstaat.

Beschäftigte, die auf Grund eines Tarifvertrages, eines Gesetzes, einer Betriebsvereinbarung oder anderer Bestimmungen von ihrem Arbeitgeber Kindergeld erhalten, dessen Höhe die DLOEM-Leistung übersteigt, haben keinen Anspruch auf Leistungen aus dem DLOEM (Ausgleichsfonds für Familienzulagen der Beschäftigten).

Außer den Eltern können folgende Personen anspruchsberechtigt sein:

- Enkel, Geschwister, Neffen und Nichten, sofern sie gegenüber dem Leistungsberechtigten unterhaltsberechtigter und Waisen sind und der gegebenenfalls vorhandene überlebende Elternteil nicht erwerbstätig ist;
- Großväter oder Großmütter, Onkel oder Tanten, sofern sie gegenüber Waisen unterhaltspflichtig sind;
- Verwandte in aufsteigender Linie oder Dritte, sofern ihnen das Sorgerecht gerichtlich zugesprochen wurde.

Familienbeihilfe im Rahmen des sozialen Wohlfahrtsstaates

Ebenfalls unter dem sozialen Wohlfahrtsstaat kann von der OGA gewährte Familienbeihilfe unter bestimmten Bedingungen an folgende Personengruppen gezahlt werden:

- Mutter mit drittem Kind (gezahlt als monatliche Leistung oder Pauschalbetrag);
- Familien mit mindestens vier Kindern;
- Familien mit mindestens drei Kindern;

- Familien mit schutzlosen Kindern.

Abgedeckte Leistungen

Familienleistungen der OAED

Die Höhe der Leistung richtet sich nach der Anzahl der Kinder und wird monatlich festgesetzt. Es gibt folgende Leistungsstufen:

- ein Kind: € 8,22;
- zwei Kinder: € 24,65;
- drei Kinder: € 55,47;
- vier Kinder: € 67,38.

Für jedes folgende Kind werden zusätzlich € 11,30 gezahlt. Ferner steht eine monatliche Leistung von € 2,93 für das nach dem 1. Januar 1982 drittgeborene Kind zur Verfügung.

- für Vollwaisen,
- für behinderte Kinder,
- für nicht anerkannte außereheliche Kinder,
- wenn der Ehegatte des Leistungsempfängers Militärdienst leistet,
- wenn der Leistungsempfänger Witwe oder Witwer ist,
- wenn der Ehegatte des Leistungsempfängers invalide ist.

Der Anspruch auf Kindergeld gilt jeweils für das Kalenderjahr, in dem er geltend gemacht wurde, und für einen Monat nach Ablauf des betreffenden Jahres. Der Kindergeldbezug endet nach einem zusätzlichen Zeitraum von drei Monaten nach Ablauf der für die Antragstellung festgesetzten Frist.

Familienbeihilfe im Rahmen des sozialen Wohlfahrtsstaates

Die folgenden Familienbeihilfen werden im Rahmen des sozialen Wohlfahrtsstaates gewährt:

- eine monatliche Leistung von € 44,02 wird an Mütter gezahlt für die Unterstützung von Kindern ohne Vater;
- Mutterschaftsgeld von € 440,20 wird an alle erwerbstätigen Mütter gezahlt, die keinen Anspruch auf solche Leistungen durch ihren Versicherungs-Fonds haben oder die nicht versichert sind;
- eine monatliche Kinder-Unterstützungsleistung von € 44,00, die von der OGA gewährt wird und einer Bedürftigkeitsprüfung unterliegt;
- eine besondere Familienbeihilfe für Familien mit mindestens drei Kindern von jährlich € 500,00, die einer Bedürftigkeitsprüfung unterliegt.

Bezug von Familienleistungen

Für den Bezug von Kindergeld müssen Sie entweder persönlich, durch einen Vertreter oder auf dem Postweg bei der zuständigen örtlichen Geschäftsstelle der Arbeitsverwaltung (OAED) Ihres Wohnorts oder bei einem Bürgerberatungszentrum

(Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών - ΚΕΠ) einen Antrag stellen, dem die entsprechenden Nachweise beizufügen sind.

Für weitere Auskünfte über Familienleistungen steht Ihnen die örtliche Geschäftsstelle der Arbeitsverwaltung (OAED) zur Verfügung, Sie können aber auch die [OAED-Website](#) besuchen.

Für mehr Informationen über Familienbeihilfe im Rahmen des sozialen Wohlfahrtsstaates besuchen Sie <http://www.yyka.gov.gr>.

Kapitel X: Leistungen bei Arbeitslosigkeit

Anspruch auf Leistungen bei Arbeitslosigkeit

Alle bei einem Sozialversicherungsträger krankenversicherte Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sind automatisch im Rahmen der Arbeitslosenversicherung geschützt. Sie sind jedoch nur in den folgenden Fällen zum Bezug von Arbeitslosengeld berechtigt:

- Sie sind ohne eigenes Verschulden entlassen worden;
- Sie sind arbeitsfähig und arbeitswillig;
- Sie sind mindestens 16 Jahre alt;
- Sie haben sich persönlich beim Arbeitsamt angemeldet;
- Sie stehen für die Aufnahme einer Beschäftigung zur Verfügung;
- Sie können für mindestens 125 Tage in den letzten 14 Monaten, die der Beendigung Ihres Beschäftigungsverhältnisses vorangegangen sind, eine bestehende Arbeitslosenversicherung nachweisen.

Wenn Sie zum ersten Mal Arbeitslosengeld erhalten, müssen Sie darüber hinaus in den letzten zwei Jahren vor Beginn der Arbeitslosigkeit mindestens 80 Arbeitstage pro Jahr zurückgelegt haben. Erforderlichenfalls werden Beschäftigungszeiten, die Sie in einem anderen EU-Mitgliedstaat zurückgelegt haben, berücksichtigt.

Abgedeckte Leistungen

Höhe der Leistung

Das Arbeitslosengeld besteht aus einem Grundbetrag und Steigerungsbeträgen für jedes unterhaltsberechtigten Familienmitglied. Die Grundleistung beträgt € 360 und erhöht sich für jeden unterhaltsberechtigten Familienangehörigen um 10%.

Bezugszeitraum

Die Dauer der Arbeitslosengeldzahlung richtet sich nach der Zahl der Arbeitstage, die Sie innerhalb der vorangegangenen 14 Monate geleistet haben. Bei mindestens 125 Arbeitstagen beträgt der Bezugszeitraum fünf Monate, bei mindestens 150 Arbeitstagen sechs Monate, bei mindestens 180 Arbeitstagen acht Monate, bei mindestens 220 Arbeitstagen zehn Monate und bei mindestens 250 Arbeitstagen 12 Monate.

Das Arbeitslosengeld wird Ihnen für 25 Tage im Monat gewährt. Wenn der Bezugszeitraum abgelaufen ist und Sie weiterhin Arbeitslosengeld beziehen wollen, müssen Sie erneut die vorgeschriebenen Arbeitstage geleistet haben. Die Zahlung des Arbeitslosengeldes wird eingestellt, wenn Sie erneut eine Beschäftigung ausüben oder vorübergehend als arbeitsunfähig eingestuft werden. Der Anspruch auf Arbeitslosengeld erlischt mit dem Tod der arbeitslosen Person, bei Rentenbezug (unter bestimmten Umständen), bei ständiger Arbeitsunfähigkeit oder falls sich die arbeitslose Person nicht dem Arbeitsamt zur Verfügung hält.

Krankheit während des Arbeitslosengeldbezugs

Zur Erfüllung der Voraussetzungen für die Gewährung von Sachleistungen bei Krankheit werden die Tage, an denen Sie Arbeitslosengeld beziehen, von dem Träger, bei dem Sie krankenversichert sind, den Arbeitstagen gleichgestellt. Werden Sie während des Arbeitslosengeldbezugs infolge von Krankheit arbeitsunfähig, können Sie weitere fünf Tage Arbeitslosengeld beziehen, ohne jedoch gleichzeitig Anspruch auf Krankengeld zu haben. Sind Sie weiterhin krank, wird die Zahlung des Arbeitslosengeldes eingestellt und Sie erhalten Krankengeld, sofern Sie gegenüber Ihrem Krankenversicherungsträger anspruchsberechtigt sind.

Bezug von Leistungen bei Arbeitslosigkeit

Die Durchführung der Arbeitslosenversicherung fällt in den Zuständigkeitsbereich der Arbeitsverwaltung (OAED), die arbeitslosen Personen Arbeitslosen- und Krankengeld zahlt.

Für den Bezug des Arbeitslosengeldes müssen Sie sich persönlich bei dem Arbeitsamt Ihres Wohnortes gemeldet und binnen 60 Tagen nach Beendigung Ihrer Erwerbstätigkeit einen Antrag gestellt haben. Arbeitslosengeld wird nur dann gewährt, wenn die Vermittlungsstelle, die Ihren Antrag prüft, Ihnen keine geeignete Arbeit vermitteln kann. Dem Antrag sind folgende Unterlagen beizufügen:

- individueller Sozialversicherungsauszug,
- Kündigung des Arbeitsvertrags,
- Erklärung, dass Sie keiner Beschäftigung nachgehen und dass Sie die Aufnahme einer neuen Tätigkeit dem Arbeitsamt melden werden,
- Gesundheitsbuch Ihrer unterhaltsberechtigten Familienangehörigen.

Kapitel XI: Mindestsicherung

Anspruch auf Leistungen zur Mindestsicherung

Außer einem besonderen Wohngeld (*Στεγαστική Συνδρομή*) ist in Griechenland kein allgemeines oder besonderes System zur Mindestsicherung vorgesehen.

Abgedeckte Leistungen

Das Wohngeld ist eine beitragsunabhängige Leistung in Form einer Mietzulage, die an nicht versicherte und finanziell schwache Personen über 65 Jahren, die allein oder als Paar zusammenleben und kein eigenes Haus besitzen, gezahlt wird. Das Wohngeld beläuft sich auf € 362. Das Programm wird von den Regionen umgesetzt.

Des Weiteren besteht ein Pilotprogramm für garantiertes Mindesteinkommen, das zunächst in zwei unterschiedlichen Regionen des Landes mit verschiedenen sozioökonomischen Merkmalen eingeführt wird. Die Einführung wird am 1. Januar 2014 beginnen und die bereits vorhandenen politischen Maßnahmen zur Armutsbekämpfung und sozialer Ausgrenzung ergänzen.

Der genaue Aufbau und die Einzelheiten des Programms werden anhand einer gemeinsamen ministeriellen Entscheidung, die von dem Finanzministerium und dem Ministerium für Arbeit, Soziale Sicherheit und Sozialhilfe unterzeichnet wird, festgelegt.

Bezug von Leistungen zur Mindestsicherung

Das Programm wird von den [Regionen](#) umgesetzt.

Kapitel XII: Leistungen bei Pflegebedürftigkeit

Anspruch auf Leistungen bei Pflegebedürftigkeit

In Griechenland gibt es kein eigenständiges Sicherungssystem in Bezug auf Pflege. Für die Pflege älterer Menschen gibt es verschiedene Programme. So ist zum Beispiel „Hilfe daheim“ (*Βοήθεια Στο Σπίτι*) Teil der grundlegenden sozialen Pflegedienstleistungen zur Bereitstellung von Krankenpflege, sozialen Pflegediensten und häuslicher Hilfe für ältere Menschen, die dauerhaft oder zu bestimmten Tageszeiten allein leben und nicht ausreichend für sich selbst sorgen können, und auch für behinderte Personen, die sich in Situationen der Isolation, Ausgrenzung oder in familiären Schwierigkeiten befinden. Das Programm „Hilfe daheim für Rentner“ ist ein neues Programm, das in 2012 eingeführt wurde um die erforderlichen Rahmenbedingungen für eine eigenständige Lebensführung von älteren und behinderten Rentenempfängern in ihrem Zuhause und in ihrer gewohnten und sozialen Umgebung zu schaffen.

Abgedeckte Leistungen

Mit dem Programm „Hilfe daheim“ soll älteren Menschen in ihrem Zuhause Unterstützung und Pflege angeboten werden, um ihre Lebensqualität zu erhöhen. Das Programm „Hilfe daheim für Rentner“ umfasst Alters-, Invaliditäts- und Hinterbliebenenrentner, die häusliche Pflege benötigen, psychosoziale Unterstützung, Pflege, Physiotherapie, Ergotherapie und Haushaltshilfe. Darüber hinaus hilft dieses Programm den Rentnern bei der Teilnahme an kulturellen, Freizeit-, sozialen und religiösen Aktivitäten.

In städtischen und vorstädtischen Gebieten werden ältere Personen, die aufgrund von körperlichen Schwierigkeiten, Demenz usw. nicht für sich selbst sorgen können und deren Familienmitglieder aufgrund einer Erwerbstätigkeit oder von ernsthaften sozialen oder wirtschaftlichen Problemen oder Gesundheitsproblemen nicht in der Lage sind sie zu pflegen, in Tagespflege-Zentren für Ältere (*Κέντρα Ημερησίας Φροντίδας Ηλικιωμένων – Κ.Η.Φ.Η.*) tagsüber betreut.

Die Offenen Schutz-Zentren für Ältere (*Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων - Κ.Α.Π.Η.*) sind offene Programme, die ältere Menschen über 60 Jahren ohne sozial-wirtschaftliche Bedingungen mit einbeziehen, um alle Mitglieder der Gesellschaft zu integrieren und zu sozialisieren. Sie bieten alle Formen von organisierter Erholung, Gesundheitsfürsorge, Physiotherapie, Ergotherapie, Sozialarbeit, Krankenhauspflege und alle möglichen Arten von materiellen und psychologischen Unterstützungsdienstleistungen für ältere Personen.

In Altenpflegeheimen (*Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων*) können außerdem ältere Menschen stationäre Pflege in Anspruch nehmen.

Bezug von Leistungen bei Pflegebedürftigkeit

Das Programm „Hilfe daheim“ wird von dem nationalen strategischen Rahmenplan (Aktion „Vereinbarkeit von Familien- und Berufsleben“) kofinanziert und wird von den lokalen Behörden, juristischen Personen des öffentlichen Rechts und den natürlichen

oder juristische Personen des öffentlichen Rechts oder des Privatrechts, die auf dem Gebiet der Sozialpflege tätig sind, implementiert. Das Programm „Hilfe daheim für Rentner“ untersteht dem Ministerium für Arbeit, Soziale Sicherheit und Sozialhilfe. Teilnahme an dem Programm unterliegt bestimmten Anspruchsvoraussetzungen und es ist nicht zugänglich für Rentner die in geschlossenen Einrichtungen jeder Rechtsform oder in Pflegeeinrichtungen des Nationalen Gesundheitssystems (ESY) (*Εθνικό Σύστημα Υγείας- ΕΣΥ*) leben.

Die Tagespflege-Zentren für Ältere werden von Unternehmen der Gemeinden, Gemeinschaftsunternehmen der Gemeinden, Gemeindeverbänden der Gemeindeverwaltungen sowie von nicht-profitorientierten Organisationen gegründet und geleitet. Sie arbeiten zusammen mit den lokalen Organisationen, die soziale Dienstleistungen anbieten, wie z. B. der Gesundheitsbehörde, und mit der Wohlfahrts-Direktion der Präfektur, die soziale Dienstleistungen anbietet.

Stationäre Pflegeeinrichtungen arbeiten entweder auf profitorientierter oder nicht-profitorientierter Basis. Im ersten Fall sind dies Wohlfahrtsverbände, die orthodoxe Kirche oder örtliche Behörden. Im zweiten Fall sind es Einzelpersonen. Das Ministerium für Gesundheit hat, im Rahmen seiner Sozialpolitik, mit den privaten Alterspflegeheime einen Vertrag zur Bereitstellung von einigen Betten abgeschlossen, um bedürftige ältere Personen zu pflegen, die aufgrund eines Mangels an Betten nicht in staatlichen Einrichtungen untergebracht werden können. Die Kosten für diese Betten werden vom Staatshaushalt gedeckt.

Anhang: Nützliche Kontaktdaten und Internetadressen

Die IKA-ETAM, der bedeutendste Versicherungsträger in Griechenland, ist für alle Zweige der sozialen Sicherheit zuständig, mit Ausnahme der Arbeitslosenversicherung und der Familienleistungen, die in den Zuständigkeitsbereich der Arbeitsverwaltung (OAED) fallen. Wenn Sie in Griechenland wohnen und nicht über Ihre Rechte und Pflichten auf dem Gebiet der sozialen Sicherheit Bescheid wissen, wenden Sie sich bitte an die IKA-ETAM-Geschäftsstelle Ihres Wohnorts.

Einige Personengruppen sind nicht bei IKA-ETAM versichert. Die meisten dieser Personen gehören der OAEE (die Selbstständigen, insbesondere im Handel, Ladeninhaber, Handwerker, selbstständige Kraftfahrer, Hotelbesitzer und Reisevermittler), der ETAA (Ingenieure, Ärzte, Juristen) oder der OGA (Landwirte) an. Es gibt ferner viele Sondersysteme für Personen, die in bestimmten Wirtschaftszweigen tätig sind. Sollten Sie bei einem dieser Systeme versichert sein, kann Ihnen IKA-ETAM weitere Auskünfte erteilen.

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

Ministerium für Arbeit, soziale Sicherheit und Sozialhilfe
Generalsekretariat Soziale Sicherheit
Direktion Internationale Beziehungen
Stadiou Straße 29
10110 Athen
Tel.: +30 210 336 8000
<http://www.ggka.gr>

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

Sozialversicherungsanstalt (IKA-ETAM)
Direktion Internationale Beziehungen
Chalkokondili 17
10241 Athen
Tel.: +30 520 055 5184
<http://www.ika.gr>

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

Ενιαίος Οργανισμός Παροχών Υπηρεσιών Υγείας (Εοπυ)
Διευθυνση Διεθνών Ασφαλιστικών Σχέσεων

Λεωφορος Κηφισιας 39
15123 Μαρουσι, Αθηνα

Ministerium für Arbeit, soziale Sicherheit und Sozialhilfe
Direktion Internationale Beziehungen
Sektion E.U.
Pireos Straße 40
10182 Athen C.P.
Tel.: +30 210 529 5101
<http://www.ypakp.gr>

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

Versicherungsinstitut für die Landwirtschaft (OGA)
Dienst für öffentliche und Internationale Beziehungen
Sektion EU
Patisision Straße 30
10170 Athen C.P.
Tel.: +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

Institut der sozialen Sicherheit für Selbstständige (ΟΑΕΕ)
Direktion für Renten
Sektion international Beziehungen
Αγίου Κωνσταντίνου Straße 5
104 31 Athen
Tel: +30 210 5274372-74
<http://www.oaee.gr>

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

Versicherungsanstalt für selbstständige Berufstätige (ΕΤΑΑ)
<http://www.etaa.gr>
Sektion für Ingenieure – ΤΣΜΕΔΕ
Κολοκοτρωνι Straße 4 10561 Athen, tel: +30 210 3740000, <http://www.tsmede.gr>
Sektion für Ärzte – ΤΣΑΥ
Αχαρνων Straße 27, 10439 Athen, tel: +30 210 8816911-17, <http://www.tsay.gr>
Sektion für Anwälte – ΤΑΝ

Socratous Straße 53, 10431 Athen, 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

Arbeitsverwaltung (OAED)
Direktion Versicherung
Sektion Bilaterale Beziehungen und Anwendung des Gemeinschaftsrechts
Ethnikis Antistassis Straße 8
17342 Ano Kalamaki C.P.
Tel.: +30 210 998 9000
<http://www.oaed.gr>

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

Versicherungsanstalt für Seeleute (NAT)
Ethnikis Antistaseos Straße 1
185 31 Piraeus
<http://www.nat.gr>

Nationale Organisation zur Bereitstellung von Gesundheitsdienstleistungen (EOPYY)
Direktorat für internationale Versicherungsangelegenheiten (EOPYY)
Kifissias Avenue 39
151 23 Maroussi Athen
<http://www.eopyy.gov.gr>

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

Vereinte Zusatzversicherungsanstalt
Peiraios-Athinon Avenue, 9-11
Athen