



Twoje uprawnienia do zabezpieczenia społecznego

w Grecji

Informacje zawarte w niniejszym przewodniku zostały opracowane i zaktualizowane w ścisłej współpracy z krajowymi korespondentami systemu wzajemnego informowania o ochronie socjalnej (MISSOC). Więcej informacji na temat sieci MISSOC można znaleźć na następującej stronie internetowej:

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

Niniejszy przewodnik zawiera ogólny opis rozwiązań w zakresie zabezpieczenia społecznego stosowanych w odpowiednich państwach. Dodatkowe informacje można uzyskać z innych publikacji MISSOC. Wszystkie te pozycje są dostępne na stronie, do której odsyła powyższy link. Można skontaktować się również z właściwymi organami i instytucjami, które zostały wymienione w załączniku do niniejszego przewodnika.

Ani Komisja Europejska, ani żadna osoba działająca w imieniu Komisji nie może być pociągana do odpowiedzialności za wykorzystanie informacji zawartych w niniejszej publikacji.

Spis treści

Rozdział I: Wprowadzenie, organizacja i finansowanie	4
Wprowadzenie	4
Organizacja ochrony socjalnej	5
Finansowanie	7
Rozdział II: Opieka zdrowotna	8
Kiedy osoba jest uprawniona do opieki zdrowotnej?	8
Co obejmuje ubezpieczenie?	8
W jaki sposób można skorzystać z opieki zdrowotnej?	9
Rozdział III: Świadczenia pieniężne z tytułu choroby	11
Kiedy osoba ma prawo do świadczeń pieniężnych z tytułu choroby?	11
Co obejmuje ubezpieczenie?	11
W jaki sposób można skorzystać ze świadczeń pieniężnych z tytułu choroby?	12
Rozdział IV: Świadczenia z tytułu macierzyństwa i ojcostwa	13
Kiedy osoba jest uprawniona do świadczeń z tytułu macierzyństwa lub ojcostwa? ..	13
Co obejmuje ubezpieczenie?	13
W jaki sposób można skorzystać ze świadczeń z tytułu macierzyństwa i ojcostwa? ..	14
Rozdział V: Świadczenia z tytułu inwalidztwa	15
Co obejmuje ubezpieczenie?	16
W jaki sposób można skorzystać ze świadczeń z tytułu inwalidztwa?	17
Rozdział VI: Emerytury i świadczenia z tytułu podeszłego wieku	18
Kiedy osoba ma prawo do świadczeń z tytułu podeszłego wieku?	18
Co obejmuje ubezpieczenie?	19
W jaki sposób można skorzystać ze świadczeń z tytułu podeszłego wieku?	20
Rozdział VII: Renty rodzinne	21
Kiedy osoba ma prawo do renty rodzinnej?	21
Co obejmuje ubezpieczenie?	22
W jaki sposób można skorzystać z renty rodzinnej?	23
Rozdział VIII: Świadczenia z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych	24
Kiedy osoba jest uprawniona do świadczeń z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych?	24
Co obejmuje ubezpieczenie?	24
W jaki sposób można skorzystać ze świadczeń z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych?	25
Rozdział IX: Świadczenia rodzinne	26
Kiedy osoba ma prawo do świadczeń rodzinnych?	26
Co obejmuje ubezpieczenie?	27
W jaki sposób można skorzystać ze świadczeń rodzinnych?	27
Rozdział X: Bezrobocie	29
Kiedy osoba ma prawo do świadczeń z tytułu bezrobocia?	29
Co obejmuje ubezpieczenie?	29
W jaki sposób można skorzystać ze świadczeń z tytułu bezrobocia?	30
Rozdział XI: Świadczenia minimalne z pomocy społecznej	31
Kiedy osoba jest uprawniona do świadczeń minimalnych z pomocy społecznej?	31
Co obejmuje ubezpieczenie?	31
W jaki sposób można skorzystać ze świadczeń minimalnych z pomocy społecznej? ..	31
Rozdział XII: Opieka długoterminowa	32
Kiedy osoba uprawniona ma prawo do opieki długoterminowej?	32
Co obejmuje ubezpieczenie?	32
W jaki sposób można skorzystać z opieki długoterminowej?	32
Załącznik: Dane kontaktowe instytucji i adresy przydatnych stron internetowych	34

Rozdział I: Wprowadzenie, organizacja i finansowanie

Wprowadzenie

Osoby pracujące w Grecji są uprawnione do takich samych świadczeń zabezpieczenia społecznego i na takich samych warunkach, co pracownicy greccy. Członkowie rodzin, którzy przebywają w Grecji, również mogą ubiegać się o świadczenia na tych samych warunkach, co członkowie rodziny pracownika greckiego.

Nie wszystkie instytucje ubezpieczeniowe podlegają tym samym przepisom. Dlatego świadczenia z tytułu zabezpieczenia społecznego, warunki nabywania praw i wymagane dokumenty są różne w przypadku każdej instytucji. Główną instytucją zabezpieczenia społecznego dla pracowników najemnych w Grecji jest zakład ubezpieczeń społecznych – powszechny fundusz ubezpieczeniowy dla pracowników najemnych, znany jako **IKA-ETAM**, do którego należy większość mieszkańców kraju. Niniejszy przewodnik dotyczy głównie ochrony socjalnej zapewnianej przez IKA-ETAM.

IKA-ETAM ubezpiecza pracowników sektora prywatnego oraz publicznego, pracujących na podstawie umowy o pracę regulowanej prawem prywatnym, pod warunkiem, że nie należą do innego powszechnego systemu ubezpieczeń. IKA-ETAM zapewnia świadczenia pieniężne, [świadczenia z tytułu choroby](#) i [macierzyństwa](#) oraz [emerytury i renty](#). Świadczeniami z tytułu bezrobocia i świadczeniami rodzinnymi zarządza urząd ds. zatrudnienia (OAED): IKA-ETAM pobiera składki dla OAED, a następnie jej je przekazuje.

Jeśli zawód wykonywany przez pracownika podlega innej instytucji ubezpieczeniowej, należy się do niej zwrócić. Dane kontaktowe głównych instytucji ubezpieczeniowych i emerytalno-rentowych znajdują się w części z przydatnymi adresami i witrynami internetowymi. W razie wątpliwości należy zwrócić się do lokalnego oddziału IKA-ETAM, aby uzyskać informacje o właściwym systemie ubezpieczeniowym.

Rejestracja w IKA-ETAM

Po rozpoczęciu pracy na stanowisku podlegającym systemowi IKA-ETAM, należy zarejestrować się we właściwym oddziale lub filii IKA-ETAM właściwym ze względu na miejsce zamieszkania (następnie należy zgłaszać wszelkie zmiany swoich danych osobowych). Następnie należy przedstawić swojemu pracodawcy kopię zaświadczenia o rejestracji. Zaświadczenie o rejestracji stanowi dowód posiadania statusu ubezpieczonego, a pracownikowi przydzielony zostaje numer ubezpieczonego w rejestrze IKA-ETAM.

Dane ubezpieczeniowe pracownika są przekazywane w analitycznych deklaracjach okresowych (A.P.D), które pracodawca ma obowiązek wypełnić i we wskazanym terminie wysłać IKA-ETAM. Wyciąg z indywidualnego rachunku zabezpieczenia społecznego odzwierciedla przebieg ubezpieczenia pracownika (dni pracy i inne dane ubezpieczeniowe) w formie elektronicznej. Po przetworzeniu APD indywidualne rachunki zabezpieczenia społecznego są aktualizowane; pracodawca otrzymuje co sześć miesięcy nową wersję, którą zobowiązany jest przekazać pracownikowi. Po zakończeniu procesu aktualizacji adresów osób ubezpieczonych w elektronicznych archiwach IKA-ETAM, wyciąg zostanie wysłany bezpośrednio na adres zamieszkania

osoby zainteresowanej. Osoby prowadzące działalność na własny rachunek muszą samodzielnie zarejestrować się w odpowiednim stowarzyszeniu lub związku zawodowym (np. ateńska izba adwokacka, izba techniczna itp.), oraz w stosownych przypadkach w urzędzie skarbowym (*Δημόσια Οικονομική Υπηρεσία, Δ.Ο.Υ.*), a następnie musi się zarejestrować w odpowiedniej instytucji zabezpieczenia społecznego.

Składki na ubezpieczenie społeczne

Przepisy dotyczące ryzyk ubezpieczeniowych i odpowiednich świadczeń dla osób należących do IKA-ETAM różnią się w zależności od tego, kiedy osoba przystąpiła do systemu. System przyjęty w 1992 r. nadal obowiązuje i wprowadza dwie kategorie pracowników: tych, którzy przystąpili do systemu zabezpieczenia społecznego do dnia 31 grudnia 1992 r. i tych, którzy przystąpili po dniu 1 stycznia 1993 r.

Dla tych dwóch kategorii pracowników przewidziano różne warunki ubezpieczenia i przyznawania świadczeń. Zmienna pozostaje również wysokość świadczeń. Od 2011 roku wszystkich (pracowników najemnych i osoby prowadzące działalność na własny rachunek) obowiązują zharmonizowane warunki nabywania uprawnień emerytalnych.

Składki na ubezpieczenie społeczne z tytułu podeszłego wieku, inwalidztwa, śmierci, wypadków w miejscu pracy i chorób zawodowych, choroby, macierzyństwa oraz bezrobocia odprowadza zarówno pracownik, jak i pracodawca. Kwota składki odprowadzanej przez pracownika stanowi procent jego wynagrodzenia brutto, który potrąca pracodawca w momencie wypłaty wynagrodzenia lub najpóźniej dwa miesiące po jego wypłacie. Kwotę składki odprowadzanej przez pracodawcę, która również stanowi procent wynagrodzenia brutto, pokrywa pracodawca, ale kwota ta nie wchodzi w skład wynagrodzenia brutto. Obie składki wpływają do IKA-ETAM pracodawca w ustalonym przepisami terminie. Składki na rzeczowe świadczenia chorobowe są odprowadzane z wszystkich funduszy ubezpieczeni społecznych do EOPYY.

Odwołania

Jeżeli pracownik nie zgadza się z decyzją podjętą przez wydział IKA-ETAM, któremu podlega, może złożyć zażalenie w lokalnej komisji administracyjnej (TDE) w miejscowym oddziale IKA-ETAM, w ciągu 30 dni od daty powiadomienia o decyzji. W przypadku decyzji dotyczących emerytury lub renty termin odwołania się wynosi 3 miesiące od daty powiadomienia o decyzji. Jeśli pracownik nie zgadza się z decyzją komisji TDE, może wnieść odwołanie do właściwego sądu administracyjnego, w ciągu 60 dni począwszy od daty powiadomienia o decyzji.

Organizacja ochrony socjalnej

Większość instytucji zabezpieczenia społecznego podlega kontroli i nadzorowi ministerstwa pracy, zabezpieczenia społecznego i opieki społecznej. Organy publiczne zapobiegają ewentualnym nadużyciom w ramach dbałości o interes publiczny oraz nadzorują właściwe stosowanie przepisów prawa przez organizacje zabezpieczenia społecznego (fundusze ubezpieczeniowe). Wszystkie wyżej wymienione instytucje zabezpieczenia społecznego są zarządzane przez rady administracyjne, do których należą przedstawiciele osób ubezpieczonych, emerytów i rencistów, pracodawców oraz państwa.

Główną instytucją ubezpieczeniową jest zakład ubezpieczeń społecznych (*IKA-ETAM, Ιδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων-Ενιαίο Ταμείο Ασφάλισης Μισθωτών*), do którego

należy znaczna większość pracowników najemnych i pracowników należących do innych kategorii.

Rolnicy należą do systemu ubezpieczeń dla pracowników rolnictwa (*Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων, OGA*).

Osoby prowadzące działalność na własny rachunek, tacy jak rzemieślnicy, biznesmeni, właściciele hoteli, kierowcy i pracownicy biur podróży, należą do organizacji zabezpieczenia społecznego dla osób prowadzących działalność na własny rachunek (*Οργανισμός Ασφάλισης Ελευθέρων Επαγγελματιών, ΟΑΕΕ*). Fundusz ubezpieczeń dla niezależnych pracowników (*Ενιαίο Ταμείο Ανεξαρτήτα Απασχολουμένων, ΕΤΑΑ*) obejmuje pracowników służby zdrowia, prawników i inżynierów.

Osoby zatrudnione w środkach masowego przekazu (np. osoby zajmujące się kolportażem prasy, dziennikarze i inne osoby zatrudnione w środkach masowego przekazu) są ubezpieczone w funduszu ubezpieczeń dla pracowników środków masowego przekazu (*Ενιαίο Ταμείο Ασφάλισης Προσωπικού Μέσων Μαζικής Ενημερώσεως, ΕΤΑΡ-ΜΜΕ*).

Marynarze są ubezpieczeni w funduszu ubezpieczeniowym marynarzy (*ΝΑΤ, Ναυτικό Απομαχικό Ταμείο*).

Urzednicy służby cywilnej są ubezpieczeni w najwyższym urzędzie kontroli (*ΓΛΚ, Γενικό Λογιστήριο του Κράτους*), który należy do struktur ministerstwa finansów. Od stycznia 2011 r. osoby przyjmowane do sektora publicznego są ubezpieczane w *ΙΚΑ-ΕΤΑΜ*.

Istnieją również sektory i gałęzie oferujące ubezpieczenie dodatkowe (dodatkowa emerytura i zasiłek ryczałtowy), które działają w ramach funduszy ubezpieczeniowych zapewniających ubezpieczenie podstawowe lub jako niezależne fundusze.

Ponadto funkcjonuje fakultatywny uzupełniający system emerytalny (II filar), tworzony przez dziewięć zawodowych funduszy ubezpieczeniowych.

Każda instytucja ubezpieczeniowa podlega innym przepisom. W niektórych przypadkach świadczenia, warunki ich przyznawania i związane z tym formalności różnią się w poszczególnych instytucjach. Różnice te uległy znacznie zmalały po wprowadzeniu reformujących ustaw nr 2084/1992, 3655/2008, 3863/2010 i 3918/2011, w których wprowadzono przepisy harmonizujące warunki dla wszystkich. Ustawy te można postrzegać jako wynik długiego dialogu społecznego między urzędnikami administracji państwowej, światem polityki i partnerami społecznymi dotyczącego krajowego systemu zabezpieczenia społecznego. Ogólnym celem wyżej wymienionych ustaw jest przeprowadzenie reformy, która, koncentrując się na publicznym, uniwersalnym, obowiązkowym i redystrybucyjnym charakterze zabezpieczenia i opieki społecznej, zapewni sprawiedliwość społeczną systemu i jego trwałość w perspektywie długoterminowej.

W celu zapewnienia przyszłego finansowania działów emerytalno-rentowym organów zabezpieczenia społecznego oraz w kontekście międzypokoleniowej solidarności utworzono pokoleniowy solidarnościowy fundusz ubezpieczeń (*Ασφαλιστικό Κεφάλαιο Αλληλεγγύης Γενεών, ΑΚΑΓΕ*), do którego wpłacane są środki od dnia 1 stycznia 2009 r.

Urząd ds. zatrudnienia (OAED) jest specjalną instytucją zarządzającą świadczeniami z tytułu bezrobocia i świadczeniami rodzinnymi. Niemniej składki na OAED z tytułu ryzyka utraty pracy przez ubezpieczonych pobierają IKA-ETAM, OAEE oraz ETAP-MME.

EOPYY (krajowa organizacja ds. zapewniania świadczeń zdrowotnych) jest organizacją zapewniającą rzeczowe świadczenia chorobowe. Działa od 1 stycznia 2012 r. w ramach struktur ministerstwa zdrowia oraz ministerstwa pracy, zabezpieczenia społecznego i opieki społecznej. Pieniężne świadczenia chorobowe są ubezpieczonym wypłacane przez ich podstawowe fundusze ubezpieczeniowe.

Finansowanie

System zabezpieczenia społecznego opiera się na zasadzie trójstronnego finansowania (pracownik, pracodawca i państwo), którego uzupełnieniem są roczne dotacje państwowe dla instytucji zabezpieczenia społecznego. Konstytucja Grecji z 1975 r., zmieniona w 2001 r., wprowadziła zasadę „państwa socjalnego” na mocy przepisów gwarantujących wysoki stopień ochrony socjalnej. W szczególności artykuł 22 § 5 dotyczący zabezpieczenia społecznego wprowadza obowiązek zapewnienia przez państwo zabezpieczenia społecznego pracowników (najemnych i prowadzących działalność na własny rachunek). Systemem zabezpieczenia społecznego zarządzają autonomiczne organizacje zabezpieczenia społecznego i obejmuje on osoby aktywne zawodowo z całego kraju. System jest podzielony na trzy filary:

- system obowiązkowego podstawowego i uzupełniającego/dodatkowego ubezpieczenia:
 - zapewniany przez fundusze ubezpieczeń;
 - zasadniczo oparty na finansowaniu z bieżących dochodów (system repartycyjny);
- fakultatywne uzupełniające systemy zawodowe:
 - system kapitałowy zapewniany przez fundusze ubezpieczeń;
- fakultatywne prywatne polisy ubezpieczeniowe:
 - system kapitałowy zapewniany przez liczne prywatne firmy ubezpieczeniowe.

Rozdział II: Opieka zdrowotna

Kiedy osoba jest uprawniona do opieki zdrowotnej?

EOPYY przyznaje świadczenia rzeczowe następującym kategoriom osób:

- pracownikom należącym do IKA-ETAM, urzędnikom służby cywilnej i urzędnikom miejskim, rolnikom, osobom prowadzącym działalność na własny rachunek, marynarzom i pracownikom spółek pożytku publicznego;
- osobom uprawnionym do emerytury lub renty powyższych kategorii, tj. wszystkim osobom, które otrzymują rentę inwalidką, emeryturę lub rentę rodzinną;
- emerytom należącym do funduszy specjalnych, którzy w trakcie pracy zawodowej odprowadzali do IKA-ETAM składki na ubezpieczenie zdrowotne;
- osobom będącym na utrzymaniu ubezpieczonych i emerytów lub rencistów, którym nie przysługuje bezpośrednio prawo do świadczeń zabezpieczenia społecznego;
- bezrobotnym, którzy pobierają świadczenia z tytułu bezrobocia, jak również specjalnym kategoriom bezrobotnych podlegającym osobnym przepisom.

Za osoby będące na utrzymaniu uważa się:

- współmałżonka ubezpieczonego, jeśli nie jest aktywny zawodowo;
- zstępnych, bez względu na pokrewieństwo prawne:
 - do 18. roku życia; lub
 - jeśli są bezrobotni – do 24 .roku życia; lub
 - jeśli kontynuują naukę – przez 2 lata po jej ukończeniu, ale nie dłużej niż do ukończenia 26. roku życia;
- rodziców (pod pewnymi warunkami);
- sieroty zupełne, wnuki oraz rodzeństwo;
- rozwiedzionego współmałżonka (pod pewnymi warunkami).

Ponadto istnieją pewne warunki, które należy spełnić, aby uzyskać prawo do świadczeń rzeczowych. Ubezpieczony musi przepracować co najmniej 50 dni w roku kalendarzowym poprzedzającym datę wystąpienia choroby lub w ciągu 15 ostatnich miesięcy, ale wówczas nie uwzględnia się dni przepracowanych w ciągu 3 ostatnich miesięcy wspomnianego okresu. Każdy dzień pracy stanowi jeden dzień ubezpieczenia. Dni rocznego urlopu płatnego traktuje się jako dni pracy. Okresy pobierania zasiłku chorobowego lub zasiłku dla bezrobotnych są uwzględniane przy ustalaniu prawa do świadczeń rzeczowych z tytułu ubezpieczenia chorobowego. Okresy ubezpieczenia w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej mogą zostać zaliczone jako okresy ubezpieczenia w Grecji, nawet jeśli nie przewidują tego przepisy krajowe. Aby otrzymać więcej informacji dotyczących wymaganych formalności, należy zwrócić się do lokalnego oddziału IKA-ETAM.

Co obejmuje ubezpieczenie?

Przyznaje się następujące świadczenia rzeczowe z tytułu ubezpieczenia chorobowego:

- opiekę medyczną;
- badania laboratoryjne/parakliniczne;

- opiekę dentystyczną;
- opiekę farmaceutyczną;
- opiekę szpitalną;
- opiekę dodatkową (środki terapeutyczne, artykuły ortopedyczne, szkła korekcyjne, aparaty słuchowe, protezy itp.);
- leczenie i kuracje sanatoryjne;
- zasiłek z tytułu aeroterapii.

Świadczenia rzeczowe są przyznawane osobie uprawnionej, jeżeli w ciągu całego okresu posiadania prawa do świadczeń spełnia warunki przewidziane w przepisach. Okres przysługiwania prawa zapisany jest w książeczce zdrowia. Jeśli dana choroba przekroczy okres zapisany w książeczce zdrowia, osoba będzie nadal mogła korzystać z opieki medycznej, aż do wyzdrowienia (ciąg dalszy leczenia). Udział beneficjenta w kosztach opieki zdrowotnej określono w odpowiednich przepisach EOPYY, ale w żadnym wypadku nie może on przekroczyć 25% kosztów (np. koszty leków lub protez). Osoba ubezpieczona ma prawo do hospitalizacji w szpitalu publicznym, zarejestrowanej klinice wyznaczonej przez instytucję ubezpieczeniową. Hospitalizacja w szpitalu lub klinice, które nie podpisały umowy z EOPYY, nie jest dopuszczalna. Aby uzyskać dodatkowe informacje na temat różnych świadczeń rzeczowych oraz udziału pacjenta w kosztach, należy skontaktować się z oddziałem EOPYY.

W jaki sposób można skorzystać z opieki zdrowotnej?

Opiekę zdrowotną świadczą szpitale publiczne i zarejestrowane prywatne kliniki. Na obszarach miejskich osoby ubezpieczone wybierają lekarza rodzinnego z listy. Na obszarach wiejskich nie ma wolnego wyboru. Ubezpieczeni udają się do kontraktowego lekarza w miejscowym ośrodku zdrowia. Pacjenci mogą skonsultować się ze specjalistą w regionalnym ośrodku EOPYY po wcześniejszym zarejestrowaniu się i wpisaniu na listę oczekujących. W nagłych przypadkach mogą również skorzystać z usług prywatnego specjalisty. W takiej sytuacji koszty pokrywa osoba ubezpieczona w EOPYY.

Usługi świadczone w ramach systemu opieki zdrowotnej są bezpłatne. Prywatni specjaliści wymagają od ubezpieczonego uiszczenia zaliczki na poczet opłat. Pacjenci mogą otrzymać zwrot kosztów z zakładów ubezpieczeń społecznych z wyjątkiem EOPYY, według stawki ryczałtowej ustalonej przez rząd (opłata państwowa).

Indywidualna książeczka zdrowia stanowi dokument pozwalający na identyfikację bezpośredniego ubezpieczonego mającego prawo do świadczeń rzeczowych i pieniężnych z tytułu ubezpieczenia chorobowego. Rodzinna książeczka zdrowia wydawana jest dla członków rodziny. Aby otrzymać indywidualną książeczkę zdrowia, wymagane jest zgromadzenie co najmniej 50 dni ubezpieczenia w poprzednim roku kalendarzowym lub w ciągu ostatnich 15 miesięcy; w tym drugim przypadku nie uwzględnia się ostatnich trzech miesięcy tego okresu. Indywidualną książeczkę zdrowia otrzymują osoby bezpośrednio ubezpieczone, tj. pracownicy, emeryci i renciści, jak również osoby zarejestrowane w innych instytucjach ubezpieczeniowych objętych systemem EOPYY w zakresie świadczeń rzeczowych z tytułu choroby (np. osoby otrzymujące świadczenia emerytalne lub inwalidzkie z OAE).

Rodzinną książeczkę zdrowia otrzymuje osoba bezpośrednio ubezpieczona dla członków swojej rodziny, pod warunkiem że nie pracują oni (i w związku z tym nie są bezpośrednio objęte ubezpieczeniem). Książeczkę wydaje się również wdowie i

dzieciom zmarłej osoby ubezpieczonej, jak również emerytom należącym do innych kas objętych systemem EOPYY w zakresie ubezpieczenia chorobowego. Co roku we wrześniu dla każdego ubezpieczonego, który kwalifikuje się do przedłużenia ubezpieczenia, EOPYY wydaje specjalny znaczek ubezpieczonego. Znaczki są wysyłane w październiku i powinny zostać wklejone do książeczki zdrowia. Tę samą procedurę powtarza się w grudniu, aby osoby ubezpieczone, które spełniły warunki w okresie od września do grudnia, również zostały objęte systemem. W celu nadania ważności indywidualnej książeczce zdrowia należy udać się do organizacji ubezpieczenia społecznego (IKA-ETAM) działającej w ramach EOPYY.

Rozdział III: Świadczenia pieniężne z tytułu choroby

Kiedy osoba ma prawo do świadczeń pieniężnych z tytułu choroby?

Świadczenia pieniężne z tytułu choroby są wypłacane wyłącznie ubezpieczonym pracownikom najemnym, którzy wskutek choroby fizycznej lub psychicznej są niezdolni do pracy, a ich nieobecność w pracy trwa dłużej niż 3 dni. Okres oczekiwania zwiększa się wraz z wydłużaniem się historii ubezpieczenia, ale osoba musi być ubezpieczona przez co najmniej:

- 120 dni w poprzednim roku kalendarzowym (100 dni dla osób zatrudnionych w budownictwie) lub 12 pierwszych miesięcy w ciągu ostatnich 15 miesięcy poprzedzających wystąpienie choroby (okres pobierania świadczenia: 182 dni w przypadku jednej lub więcej chorób w ciągu jednego roku);
- 300 dni podlegających obowiązkowi składowemu w ciągu dwóch lat lub 27 miesięcy w ciągu 30 miesięcy poprzedzających wystąpienie choroby (okres pobierania świadczenia: 360 dni w przypadku tej samej choroby w ciągu roku);
- 1 500 dni ubezpieczenia, w tym 600 w ciągu ostatnich pięciu lat poprzedzających powstanie niezdolności do pracy z powodu tej samej choroby (okres pobierania świadczenia: 720 dni); 4 500 dni ubezpieczenia przed zgłoszeniem choroby.

W zależności od wieku pacjenta i historii ubezpieczenia świadczenie może być wypłacane przez 720 dni, nawet jeżeli warunek 1 500 lub 4 500 dni ubezpieczenia nie został spełniony.

Dni płatnego urlopu rocznego traktuje się jako dni pracy. Z kolei, przy ustalaniu prawa do świadczeń pieniężnych z tytułu ubezpieczenia chorobowego, dni pobierania zasiłku dla bezrobotnych nie traktuje się jako dni ubezpieczenia, podczas gdy uwzględnia się do 25 dni pobierania zasiłku chorobowego. Okresy ubezpieczenia w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej mogą zostać zaliczone jako okresy ubezpieczenia w Grecji, nawet jeśli nie przewidują tego przepisy krajowe. Aby otrzymać więcej informacji dotyczących wymaganych formalności, należy zwrócić się do lokalnego oddziału IKA-ETAM.

Co obejmuje ubezpieczenie?

Wysokość świadczeń

Aby obliczyć zasiłek chorobowy, zalicza się ubezpieczonego do jednej z przewidzianych kategorii ubezpieczonych, na podstawie średniego wynagrodzenia z ostatnich 30 dni przepracowanych w ciągu poprzedzającego roku kalendarzowego.

Stawka bazowa wynosi 50% wynagrodzenia referencyjnego przyjętego dla danej kategorii i zwiększa się o 10% na każdego członka rodziny pozostającego na utrzymaniu beneficjenta. Całkowita kwota nie może jednak przekroczyć 70% stawki referencyjnej lub stawki referencyjnej dla ubezpieczonych należących do kategorii 8. W przypadku osób hospitalizowanych, które nie mają żadnych osób na utrzymaniu, świadczenie jest zmniejszane o dwie trzecie. W ciągu pierwszych 15 dni pobierania świadczenia maksymalna kwota świadczenia z tytułu choroby wraz z dodatkiem dla osób na utrzymaniu (maksymalnie cztery) wynosi 15,99 EUR dziennie. Po 15 dniach świadczenie wraz z dodatkiem dla osób na utrzymaniu (maksymalnie cztery) wynosi maksymalnie 29,39 EUR dziennie.

Okres wypłacania zasiłków

Zasiłek chorobowy wypłaca się od 4. dnia od zgłoszenia choroby lub od jej stwierdzenia przez właściwy organ IKA-ETAM. Jeśli ubezpieczony zostanie ponownie uznany za niezdolnego do pracy w ciągu tego samego roku kalendarzowego, z powodu tej samej lub innej choroby, zasiłek wypłaca się od pierwszego dnia. Jeżeli ubezpieczony dobrowolnie odprowadza składki lub prowadzi działalność na własny rachunek (np. pracownicy budowlani), świadczenie jest wypłacane począwszy od 11 dnia po wystąpieniu choroby. Zasiłek chorobowy wypłaca się za każdy dzień tygodnia, aż do:

- 182 dni w tym samym roku kalendarzowym, w przypadku tej samej lub innej choroby;
- 360 dni w przypadku tej samej choroby, pod warunkiem że beneficjent był ubezpieczony przez co najmniej 300 dni w ciągu ostatnich dwóch lat lub ostatnich 30 miesięcy, przy czym w tym drugim przypadku nie uwzględnia się trzech ostatnich miesięcy;
- 720 dni, pod warunkiem że beneficjent był ubezpieczony przez co najmniej 1 500 dni, z czego 600 w ciągu ostatnich 5 lat, 4 500 dni przed wystąpieniem choroby lub od 300 do 4 200 dni w zależności od wieku beneficjenta.

W jaki sposób można skorzystać ze świadczeń pieniężnych z tytułu choroby?

Aby móc otrzymywać zasiłek chorobowy, należy przedstawić następujące dokumenty:

- wyciąg z indywidualnego rachunku zabezpieczenia społecznego;
- książeczkę zdrowia (indywidualną i rodzinną);
- oświadczenie pracodawcy o długości nieobecności w pracy; oraz
- zaświadczenie od lekarza prowadzącego z IKA-ETAM o niezdolności do pracy.

Rozdział IV: Świadczenia z tytułu macierzyństwa i ojcostwa

Kiedy osoba jest uprawniona do świadczeń z tytułu macierzyństwa lub ojcostwa?

Aby skorzystać z zasiłku macierzyńskiego, konieczne jest zgromadzenie co najmniej 200 dni ubezpieczenia w ciągu dwóch lat poprzedzających poród oraz przerwanie działalności zawodową.

„Dzień pracy” oznacza jeden dzień ubezpieczenia. Dni płatnego urlopu rocznego traktuje się jako dni pracy. Przy ustalaniu prawa do świadczeń pieniężnych z tytułu choroby nie uwzględnia się dni pobierania świadczenia z tytułu bezrobocia, chociaż można uwzględnić maksymalnie 25 dni pobierania świadczenia z tytułu choroby. Okresy ubezpieczenia w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej mogą zostać zaliczone jako okresy ubezpieczenia w Grecji, nawet jeśli nie przewidują tego przepisy krajowe. Aby otrzymać więcej informacji dotyczących wymaganych formalności, należy zwrócić się do lokalnego oddziału IKA-ETAM.

Co obejmuje ubezpieczenie?

Świadczenia z tytułu macierzyństwa przyznawane po urodzeniu dziecka, to:

- świadczenie z EOPYY z tytułu urodzenia dziecka na pokrycie kosztów opieki położniczej w szpitalach (klinikach), które nie podpisały umowy (świadczenie rzeczowe);
- zasiłek macierzyński (w okresie ciąży i po urodzeniu dziecka) (świadczenie pieniężne) z IKE-ETAM;
- specjalny zasiłek wyrównawczy z EOPYY wyłącznie na hospitalizację w prywatnych klinikach, które nie są zarejestrowane w EOPYY;
- specjalny urlop macierzyński.

Świadczenie z tytułu urodzenia dziecka

W razie opieki szpitalnej w szpitalach (klinikach), które nie podpisały umowy z EOPYY uprawnione osoby (kobiety będące ubezpieczonymi pracownicami, pobierające emeryturę lub rentę oraz małżonki ubezpieczonych pracowników i emerytów/rencistów) otrzymują dodatek z tytułu urodzenia dziecka na pokrycie kosztów opieki położniczej. Jest to świadczenie wypłacane jednorazowo w wysokości 900 EUR. Warunkiem uzyskania świadczenia jest zgromadzenie 50 dni ubezpieczenia w poprzednim roku kalendarzowym lub w ciągu ostatnich piętnastu miesięcy, przy czym w tym drugim przypadku nie uwzględnia się ostatnich trzech miesięcy.

Zasiłek macierzyński

Zasiłek wypłaca się pod warunkiem, że osoba nie pracowała przez 56 dni poprzedzających planowany termin porodu i 63 dni po urodzeniu dziecka. Wysokość zasiłku macierzyńskiego (za okres ciąży i porodu) jest równa wysokości wynagrodzenia.

Specjalny zasiłek macierzyński

Pracownice najemne w ciąży, po porodzie oraz karmiące, które są narażone w pracy na czynniki szkodliwe dla ich zdrowia lub zdrowia ich dziecka, są uprawnione do specjalnego zasiłku wyrównawczego, jeżeli przeniesienie ich przez pracodawcę na inne stanowisko pracy jest technicznie i obiektywnie niemożliwe. Aby otrzymać ten zasiłek, osoba ubezpieczona musi być objęta ubezpieczeniem przez 200 dni pracy w ciągu 2 lat poprzedzających datę przerwania działalności zawodowej. Wysokość specjalnego zasiłku wyrównawczego jest równa wysokości świadczenia z tytułu choroby, przy czym nie obowiązuje górny pułap (stawka referencyjna dla kategorii ubezpieczenia nr 8). Zasiłek jest wypłacany przez pracodawcę i instytucję zabezpieczenia społecznego.

Specjalny urlop macierzyński

Urlop ten następuje po normalnym urlopie macierzyńskim lub po okresie, w którym beneficjent pracuje w obniżonym wymiarze czasu pracy, i może trwać maksymalnie 6 miesięcy. W trakcie urlopu OAED wypłaca pracownicy kwotę miesięczną równą minimalnemu wynagrodzeniu, jak również część świadczeń urlopowych.

W jaki sposób można skorzystać ze świadczeń z tytułu macierzyństwa i ojcostwa?

Formularze są dostępne w lokalnym oddziale IKA-ETAM. Aby otrzymać świadczenie z tytułu urodzenia dziecka, należy przedstawić własną lub rodzinną książeczkę zdrowia oraz akt urodzenia dziecka.

Do otrzymania zasiłku macierzyńskiego wymagane są następujące dokumenty:

- wyciąg z indywidualnego rachunku zabezpieczenia społecznego;
- indywidualna książeczka zdrowia;
- rodzinna książeczka zdrowia (w celu obliczenia dodatków na członków rodziny pozostających na utrzymaniu);
- zaświadczenie od ginekologa/położnika IKA-ETAM o przewidywanym terminie porodu;
- zaświadczenie od pracodawcy potwierdzające, że beneficjent przerwał pracę;
- akt urodzenia dziecka (aby otrzymać zasiłek poporodowy).

W pierwszym roku pracy pracodawca w dalszym ciągu wypłaca pracownicy wynagrodzenia przez 15 dni urlopu macierzyńskiego, pod warunkiem że kobieta pracowała przez co najmniej dziesięć dni. W przypadku okresu pracy dłuższego niż rok pracodawca może kontynuować wypłacanie wynagrodzenia na rzecz pracownicy przebywającej na urlopie macierzyńskim przez miesiąc. Pracodawca może odliczyć wszelkie kwoty, jakie kobieta otrzymuje ze swojego funduszu ubezpieczeniowego za ten okres.

Specjalny zasiłek wyrównawczy jest wypłacany beneficjentom przez Urząd ds. Zatrudnienia (OAED). W tym okresie składki na ubezpieczenie emerytalne, chorobowe i dodatkowe są kredytowane przez OAED.

Rozdział V: Świadczenia z tytułu inwalidztwa

Świadczenia

Ministerstwo zdrowia utworzyło 10 programów pomocy finansowej obejmujących poniższe kategorie inwalidztwa:

- ślepotą;
- głuchotą;
- niepełnosprawność intelektualna w stopniu głębokim;
- talasemia;
- hemofilia – AIDS;
- niepełnosprawność w stopniu znacznym;
- porażenie mózgowe;
- paraplegia – tetraplegia – amputacja;
- osoby cierpiące na trąd;
- dodatek transportowy.

Świadczenia w powyższych kategoriach są przyznawane za pomocą mechanizmów pomocy społecznej i mają na celu wsparcie inwalidów. Są to świadczenia bezskładkowe, finansowane z zasobów władz lokalnych i są przyznawane niezależnie od jakichkolwiek kryteriów dotyczących dochodów. Wymogi dla beneficjentów są zróżnicowane w poszczególnych programach i obejmują głównie kryteria dotyczące statusu zabezpieczenia społecznego i pobierania jakichkolwiek innych świadczeń z tytułu inwalidztwa.

Renta inwalidzka

Renta z tytułu inwalidztwa wynikłego ze zwykłej choroby

Aby móc otrzymać rentę inwalidzką, należy:

- posiadać orzeczenie o inwalidztwie w stopniu co najmniej 50%, wydane przez ośrodki stwierdzania niezdolności do pracy (KEPA);
- być objęta ubezpieczeniem przez wymagany okres.

Okresy ubezpieczenia w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej są zaliczane jako okresy ubezpieczenia w Grecji i muszą być wykazywane w każdym wniosku o przyznanie renty.

Osoby są uprawnione do renty inwalidzkiej, jeśli spełniają wymienione powyżej warunki ogólne, a w ramach IKA-ETAM przynajmniej wykazują się:

- 4 500 dni lub
- 1 500 dni, w tym co najmniej 600 dni w ciągu ostatnich pięciu lat poprzedzających rok wystąpienia inwalidztwa; lub
- 300 dni, jeżeli osoba nie ukończyła 21 roku życia (po ukończeniu 21 roku życia liczba dni ubezpieczenia zwiększa się stopniowo o 120 dni rocznie aż do 4 200 dni; 300 dni ubezpieczenia należy zgromadzić w ciągu 5 lat poprzedzających rok wystąpienia inwalidztwa).

Renta z tytułu inwalidztwa wynikłego z wypadku przy pracy

Aby być uprawnionym do renty inwalidzkiej, niezależnie od daty przystąpienia do systemu zabezpieczenia społecznego, ubezpieczony musi mieć orzeczenie trwałej niepełnosprawności w stopniu co najmniej 50% oraz musi przepracować co najmniej jeden dzień po zarejestrowaniu się w IKA-ETAM.

Renta z tytułu inwalidztwa niewynikłego z wypadku przy pracy

Aby być uprawnionym do renty inwalidzkiej, należy spełnić powyższe warunki ogólne oraz przepracować, jako ubezpieczeni w IKA-ETAM, połowę liczby dni wymaganych do przyznania renty inwalidzkiej z tytułu zwykłej choroby (w zależności od roku przystąpienia do systemu zabezpieczenia społecznego).

Renta z tytułu inwalidztwa wynikłego z choroby zawodowej

Aby być uprawnionym do renty inwalidzkiej, niezależnie od daty przystąpienia do systemu zabezpieczenia społecznego, należy spełnić powyższe warunki ogólne oraz posiadać już minimalny okres ubezpieczenia wymagany przez przepisy dotyczące ubezpieczenia zdrowotnego w celu zakwalifikowania choroby zawodowej.

Co obejmuje ubezpieczenie?

Świadczenia

Ministerstwo zdrowia wypłaca następujące świadczenia z tytułu inwalidztwa przyznawane co dwa miesiące:

- ślepota: 362 EUR lub 697 EUR (w zależności od podkategorii);
- głuchota: 362 EUR;
- niepełnosprawność intelektualna w stopniu głębokim: 527 EUR;
- talasemia: 362 EUR;
- hemofilia – AIDS: 697 EUR;
- niepełnosprawność w stopniu znacznym: 313 EUR;
- porażenie mózgowie: 697 EUR;
- paraplegia – tetraplegia – amputacja (osoby ubezpieczone i nieubezpieczone): 771 EUR;
- osoby cierpiące na trąd: 362 EUR lub 697 EUR (w zależności od podkategorii);
- dodatek transportowy: 165 EUR.

Renta inwalidzka

Osoby całkowicie niewidome i osoby ubezpieczone cierpiące na niektóre choroby, które odprowadzały składki na ubezpieczenie przez 4 050 dni, otrzymują rentę odpowiadającą 10 500 dni pracy niezależnie od ich wieku.

Wysokość renty inwalidzkiej zależy od stopnia inwalidztwa, przyczyny inwalidztwa, jak również kwoty wynagrodzenia uzyskiwanego w ciągu pięciu lat przed złożeniem wniosku o przyznanie renty. Ubezpieczony jest uprawniony do:

- pełnej renty, jeżeli stopień inwalidztwa jest wyższy niż 80%,
- 75% pełnej renty, jeżeli stopień inwalidztwa wynosi od 67% do 79,9%, chyba że osoba była ubezpieczona przez 6 000 dni lub inwalidztwo wynika z choroby psychicznej, wówczas bowiem przysługuje pełna renta;
- 50% pełnej renty, jeżeli stopień inwalidztwa wynosi od 50% do 66,9%, chyba że osoba była ubezpieczona przez 6 000 dni lub inwalidztwo wynika z choroby psychicznej, wówczas bowiem przysługuje 75% pełnej renty.

W niektórych okolicznościach renty inwalidzkie stają się rentami stałymi, tzn. renciści nie muszą ponownie stawać przed ośrodkami stwierdzania niezdolności do pracy (KEPA). Aby uzyskać więcej informacji, należy skontaktować się z lokalnym oddziałem IKA-ETAM.

Łączenie tego świadczenia z innymi rentami lub zadeklarowanym dochodem jest możliwe, pod warunkiem, że łączna kwota wszystkich świadczeń nie przekracza 3 680 EUR miesięcznie.

W przypadku całkowitego inwalidztwa wypłacany jest dodatek do renty na opiekę sprawowaną przez osobę trzecią. Dodatek nie może przekroczyć 660,80 EUR miesięcznie.

W jaki sposób można skorzystać ze świadczeń z tytułu inwalidztwa?

Świadczenia

Aby uzyskać więcej informacji na temat każdego z programów, jak również wymaganych dokumentów, można się skontaktować z odpowiednimi lokalnym urzędem opieki społecznej, który odpowiada za wdrażanie powyższych programów pomocy społecznej.

Renta inwalidzka

Aby uzyskać rentę z tytułu inwalidztwa, należy dostarczyć lokalnemu oddziałowi IKA-ETAM następujące dokumenty:

- wniosek, którego formularz jest dostępny w IKA-ETAM;
- kompletną dokumentację ubezpieczeniową osoby ubezpieczonej (wyciągi z indywidualnego rachunku zabezpieczenia społecznego, kartę ubezpieczonego i płatnika składek, legitymacje ubezpieczeniowe itp.);
- zaświadczenie od pracodawcy o okresie zatrudnienia (długości zatrudnienia oraz momentach przerwania i ponownego podjęcia pracy);
- kserokopię dowodu osobistego;
- kserokopię zaświadczenia o dochodach z urzędu skarbowego;
- dokumenty potwierdzające sytuację rodzinną (akt małżeństwa, akty urodzenia dzieci);
- dokumenty potwierdzające, że dzieci uczą się lub są niezdolne do pracy;
- wszelkie dane medyczne na poparcie wniosku o przyznanie renty inwalidzkiej.

Rozdział VI: Emerytury i świadczenia z tytułu podeszłego wieku

Kiedy osoba ma prawo do świadczeń z tytułu podeszłego wieku?

Aby nabyć prawo do emerytury, należy osiągnąć określony wiek i przepracować określoną liczbę dni. Główne warunki uzyskania emerytury są następujące:

- Pełna emerytura: co najmniej 4 500 dni ubezpieczenia w wieku 65 lat w przypadku mężczyzn (granica wieku dla kobiet do 31 grudnia 2010 r. wynosi 60 lat i co roku jest przesuwana o jeden rok, aż do osiągnięcia 65 lat w 2015 r.);
- Obniżona emerytura: co najmniej 4 500 dni ubezpieczenia w wieku 60 lat w przypadku mężczyzn, jeśli dana osoba gromadziła po 100 dni ubezpieczenia w każdym z pięciu lat poprzedzających wniosek emerytalny (granica wieku dla kobiet do 31 grudnia 2010 r. wynosi 55 lat i co roku jest przesuwana o jeden rok, aż do osiągnięcia 60 lat w 2015 r.);
- Emerytura za pracę ciężką i szkodliwą dla zdrowia: w wieku 60 lat w przypadku mężczyzn, przy co najmniej 4 500 dni ubezpieczenia, w tym 3 600 w warunkach uciążliwych i szkodliwych dla zdrowia, oraz 1 000 w okresie 13 lat poprzedzających emeryturę lub wniosek o wypłacanie emerytury (granica wieku dla kobiet do 31 grudnia 2010 r. wynosi 55 lat i co roku jest przesuwana o jeden rok, aż do osiągnięcia 60 lat w 2015 r.);
- Pełna emerytura z pełną historią ubezpieczenia: 10 500 dni ubezpieczenia w wieku 58 lat w przypadku mężczyzn i kobiet do 31 grudnia 2010 r. Powyższa granica wieku rośnie do 59 lat w 2012 roku i od 2013 roku do 60 lat. Liczba 10 500 dni ubezpieczenia co roku rośnie o 300 dni ubezpieczenia, aż do 12 000 w 2015 r.
- Emerytura przy 10 500 dni ubezpieczenia, z czego 7 500 w warunkach uciążliwych i szkodliwych dla zdrowia: w wieku 55 lat w przypadku mężczyzn i kobiet (pełna emerytura) lub 53 lat (obniżona emerytura). Powyższe granice wieku rosną, odpowiednio, do 60 i 58 lat w 2017 r.; od 2011 r. są co roku podwyższane o 9 miesięcy.
- Emerytura przy 10 000 dni ubezpieczenia:
 - mężczyźni: pełna emerytura w wieku 62 lat lub obniżona emerytura w wieku 60 lat (dana osoba powinna mieć 100 dni ubezpieczenia w każdym z pięciu lat poprzedzających wniosek emerytalny). Powyższa granica 62 lat rośnie do 63 lat w 2011 r. i od 2012 r. rośnie co roku o 6 miesięcy, aż do osiągnięcia 65 lat;
 - kobiety: pełna emerytura w wieku 57 lat lub obniżona emerytura w wieku 55 lat (dana osoba powinna mieć 100 dni ubezpieczenia w każdym z pięciu lat poprzedzających wniosek emerytalny). Podwyższenie wieku i okresu kwalifikującego: od 1 stycznia 2011 r. 10 000 dni ubezpieczenia rośnie co roku o 400 dni aż do osiągnięcia 12 000 dni. Wiek 57 lat rośnie do 58 lat w 2011 r. i od 2012 r. rośnie co roku o 6 miesięcy, aż do osiągnięcia 60 lat. Wiek 55 lat rośnie do 56 lat w 2011 r. i od 2012 r. rośnie co roku o 6 miesięcy, aż do osiągnięcia 58 lat;
- Emerytura dla matek i ojców z małoletnimi dziećmi: zarówno dla mężczyzn, jak i kobiet wymagane jest 5 500 dni ubezpieczenia i ukończenie 55. roku życia, żeby uzyskać pełną emeryturę, lub ukończenie 50. roku życia, żeby uzyskać obniżoną emeryturę. Powyższe granice wieku rosną, odpowiednio, do 57 i 52 lat od 1 stycznia 2011 r., do 60 i 55 lat w 2012 r. i do 65 i 60 lat od 2013 r.

Przyznając prawo do emerytury, można uwzględnić maksymalnie 200 dni pobierania zasiłku chorobowego i 200 dni pobierania zasiłku dla bezrobotnych, pod warunkiem, że świadczenia te były pobierane w ciągu ostatnich dziesięciu lat poprzedzających złożenie wniosku o ustalenie wysokości emerytury. Istnieją inne, podobne okresy, które pod określonymi warunkami można uwzględnić, przyznając prawo do emerytury, np. lata studiów, przerwy między okresami ubezpieczenia, służbę wojskową, okresy strajku, okresy przyuczania do zawodu, dzieci, okresy pobierania zasiłku chorobowego, okresy ciąży i połogu, bezpłatny urlop uczelniany, okresy pozbawienia wolności lub okres od momentu uzyskania dyplomu do uzyskania zezwolenia na wykonywanie zawodu. Odpowiednich informacji udzielają miejscowe biura IKA-ETAM. Okresy ubezpieczenia w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej dolicza się do okresów ubezpieczenia w Grecji. Okresy te należy zamieścić we wniosku o ustalenie wysokości emerytury, dołączając do niego całą posiadaną dokumentację ubezpieczeniową.

Oprócz przedstawionych powyżej warunków, na podstawie których przyznaje się emeryturę pełną lub w niepełnym wymiarze, istnieją osobne przypadki. Więcej informacji znaleźć można na stronie internetowej IKA-ETAM lub kontaktując się z lokalnym oddziałem IKA-ETAM lub, w przypadku osób prowadzących działalność na własny rachunek, wchodząc na stronę internetową OAEE lub ETAA.

Co obejmuje ubezpieczenie?

Wysokość emerytury oraz renty inwalidzkiej, którą przyznaje IKA-ETAM po spełnieniu przez ubezpieczonego wyżej wymienionych warunków oraz pod warunkiem, że zarejestrował się on przed dniem 31 grudnia 1992 r., zależy od długości okresu ubezpieczenia, wysokości wynagrodzenia uprawniającego do emerytury lub renty oraz wynagrodzenia z pięciu najlepszych lat w ciągu dziesięciu lat poprzedzających rok złożenia wniosku o ustalenie wysokości emerytury lub renty, w oparciu o które określa się kategorię ubezpieczonego. Wysokość wspomnianego wyżej wynagrodzenia uprawniającego do emerytury lub renty przelicza się, uwzględniając już przyznane dodatki. Obecna minimalna kwota świadczenia emerytalno-rentowego wynosi 484,84 EUR miesięcznie, a maksymalna 2 373,57 EUR miesięcznie, z wyłączeniem świadczeń rodzinnych.

Jeśli przystąpienie do systemu nastąpiło po dniu 1 stycznia 1993 r., wysokość emerytury lub renty inwalidzkiej przyznanej przez IKA-ETAM po spełnieniu powyższych warunków, odpowiada za każdy rok ubezpieczenia dwóm procentom wynagrodzenia z pięciu lat poprzedzających rok złożenia wniosku. Kwoty te są waloryzowane poprzez uwzględnienie przyznanych już dodatków do świadczenia, w wysokości maksymalnie 70%. Obecna minimalna kwota świadczenia emerytalno-rentowego wynosi 495,74 EUR miesięcznie, a maksymalna 2 773,40 EUR miesięcznie, z wyłączeniem świadczeń rodzinnych.

Dla osób ubezpieczonych przed dniem 31 grudnia 1992 r., wysokość emerytury lub renty zwiększa się:

- na współmałżonka, który nie pracuje i nie otrzymuje emerytury ani renty;
- na dzieci (do 3), pod warunkiem, że:
 - są stanu wolnego, nie pracują, nie pobierają renty i mają mniej niż 18 lat (lub 24 lata, jeśli kontynuują naukę w szkole pomaturalnej w Grecji lub za granicą); lub

- nie są w stanie wykonywać pracy zapewniającej im utrzymanie ze względu na inwalidztwo, które wystąpiło przez ukończeniem 18. roku życia i na które współmałżonek nie pobiera dodatku do emerytury lub renty.

Dla osób ubezpieczonych po dniu 1 stycznia 1993 r., wysokość emerytury lub renty zwiększa się jedynie na małoletnie dzieci stanu wolnego (do 3), niepracujące lub niezdolne do wykonywania pracy zapewniającej im utrzymanie oraz bez prawa do renty. Ten dodatek jest wypłacany aż do 24. roku życia, jeśli dzieci kontynuują naukę w posiadającej akredytację szkole pomaturalnej lub wyższej w Grecji lub za granicą. Jeśli współmałżonek również pobiera emeryturę lub rentę, dodatek do niej przyznaje się jednemu z dwojga rodziców, pozostawiając im wybór.

W jaki sposób można skorzystać ze świadczeń z tytułu podeszłego wieku?

Aby uzyskać emeryturę, są należy przedłożyć w lokalnym oddziale IKA-ETAM następujące dokumenty:

- wniosek, którego formularz jest dostępny w IKA-ETAM;
- kompletną dokumentację ubezpieczeniową (wyciągi z indywidualnego rachunku zabezpieczenia społecznego, kartę ubezpieczonego i płatnika składek, legitymacje ubezpieczeniowe itp.);
- zaświadczenie od pracodawcy o okresie zatrudnienia (długości zatrudnienia oraz momentach przerwania i ponownego podjęcia pracy);
- kserokopię dowodu tożsamości;
- kserokopię zaświadczenia o dochodach z urzędu skarbowego;
- dokumenty potwierdzające stan rodzinny (akty małżeństwa i urodzenia dzieci);
- dokumenty potwierdzające, że dzieci uczą się lub są niezdolne do pracy.

Rozdział VII: Renty rodzinne

Kiedy osoba ma prawo do renty rodzinnej?

W przypadku zgonu ubezpieczonego lub uprawnionego do emerytury lub renty, członkowie jego rodziny mają prawo do renty rodzinnej, pod warunkiem, że zmarły:

- był uprawniony do pobierania emerytury; lub
- był uprawniony do pobierania renty inwalidzkiej; lub
- był objęty ubezpieczeniem przez 1 500 dni, z czego przynajmniej 300 w ciągu pięciu lat poprzedzających rok śmierci;

Jeśli śmierć ubezpieczonego nastąpiła w następstwie wypadku przy pracy, członkowie jego rodziny mają prawo do renty, niezależnie od okresu ubezpieczenia; jeśli śmierć była skutkiem wypadku niezwiązanego z pracą zawodową, konieczne jest posiadanie połowy wyżej wymienionej liczby dni ubezpieczenia.

W wyniku zgonu osoby pobierającej emeryturę lub rentę inwalidzką, świadczenie to przechodzi na członków rodziny, bez ponownego obliczania okresu ubezpieczenia zmarłego. Beneficjenci świadczenia to:

- współmałżonek pozostały przy życiu;
- zstępni, bez względu na pokrewieństwo prawne, jeśli: są stanu wolnego; nie pobierają renty ani emerytury; nie ukończyli 18. roku życia lub 24. roku życia, kiedy kontynuują naukę w posiadającej państwową akredytację szkole zawodowej, pomaturalnej lub wyższej w Grecji lub za granicą; nie pracują ani nie pobierają zasiłku z instytucji głównego systemu zabezpieczenia społecznego lub sektora publicznego z tytułu prowadzonej działalności zawodowej; są sierotami całkowitymi lub pozostawali na utrzymaniu zmarłego rodzica, porzuconego przez drugiego z rodziców. Dzieci, które nie są w stanie wykonywać pracy zapewniającej im utrzymanie i u których niepełnosprawność wystąpiła przed 18. rokiem życia, mają prawo do renty rodzinnej, niezależnie od wieku, przez cały okres trwania ich niepełnosprawności;
- wnuki i wstępni, będący sierotami w momencie śmierci ubezpieczonego, pozostający na utrzymaniu zmarłego (tylko w przypadku osób ubezpieczonych przed 1 stycznia 1993 r.);
- rodzice (biologiczni lub adopcyjni), którzy pozostawali w głównej mierze na utrzymaniu zmarłego (tylko w przypadku osób ubezpieczonych przed 1 stycznia 1993 r.).

Jeśli śmierć osoby ubezpieczonej ma miejsce podczas pierwszych sześciu miesięcy trwania małżeństwa, współmałżonek pozostały przy życiu nie ma prawa do żadnej renty, chyba że przyczyną śmierci ubezpieczonego był wypadek, małżonkowie mają dziecko ślubne lub uznane po zawarciu małżeństwa lub małżonka jest w ciąży. Jeśli zgon współmałżonka pobierającego emeryturę następuje w ciągu pierwszych 24 miesięcy małżeństwa, współmałżonek pozostały przy życiu nie ma prawa do żadnej renty.

Renty rodzinne dla ubezpieczonych po dniu 1 stycznia 1993 r.

W przypadku śmierci ubezpieczonego, członkowie jego rodziny nabywają prawo do renty rodzinnej na tych samych warunkach, jakie wymagane są do przyznania renty inwalidzkiej.

Co obejmuje ubezpieczenie?

Wysokość renty rodzinnej

W przypadku osób, które przystąpiły do ubezpieczenia przed dniem 31 grudnia 1992 r. renta, do której ma prawo pozostały przy życiu współmałżonek wynosi 70% emerytury, którą zmarły ubezpieczony pobierał lub do której miałby prawo. Minimalne świadczenie wynosi 438,16 EUR miesięcznie, zaś maksymalne 1 661,50 EUR miesięcznie, z wyłączeniem świadczeń rodzinnych. Rentę w tej wysokości przyznaje się na okres trzech lat. Po upływie tego okresu wysokość renty przyznanej pozostałemu przy życiu pracującemu lub pobierającemu emeryturę współmałżonkowi ulega zmniejszeniu o 50% aż do osiągnięcia przez niego wieku 65 lat, od którego to momentu może pobierać 70% renty rodzinnej. Jednakże jeśli pozostały przy życiu współmałżonek był w momencie śmierci ubezpieczonego inwalidą z orzeczeniem co najmniej 67% inwalidztwa, pobiera on pełną rentę, bez żadnych ograniczeń, tak długo jak jego niepełnosprawność się utrzymuje. Prawo do renty wygasa w momencie, gdy pozostały przy życiu współmałżonek ponownie wstępuje w związek małżeński.

Renta sieroca wynosi 20% emerytury, do której zmarły ubezpieczony miałby prawo. Sieroty całkowite pobierają 60% tej emerytury. Łączna kwota rent rodzinnych wypłacanych beneficjentom nie może być wyższa od tej, którą otrzymywałby zmarły ubezpieczony. W przypadku sierot całkowitych kwota ta nie może przekroczyć 60% tego świadczenia. Jeśli łączna wysokość pobieranych rent przekracza ten pułap, każda z nich podlega proporcjonalnej obniżce.

W przypadku osób, które przystąpiły do ubezpieczenia po dniu 1 stycznia 1993 r. wysokość renty, o którą może się ubiegać pozostały przy życiu współmałżonek wynosi 50% kwoty emerytury podstawowej lub renty inwalidzkiej, którą ubezpieczony otrzymywał lub otrzymywałby w dniu śmierci w przypadku orzeczenia stopnia inwalidztwa w wysokości 80%. Minimalne świadczenie wynosi 396,58 EUR miesięcznie, zaś maksymalne 1 386,70 EUR miesięcznie, z wyłączeniem świadczeń rodzinnych. Po upływie trzech lat od momentu śmierci wysokość renty przyznanej pozostałemu przy życiu pracującemu lub pobierającemu emeryturę współmałżonkowi ulega zmniejszeniu o 50% aż do osiągnięcia przez niego wieku 65 lat, od którego to momentu otrzymuje on 70% renty rodzinnej. Jeśli pozostały przy życiu współmałżonek był w momencie śmierci ubezpieczonego inwalidą z orzeczeniem co najmniej 67% inwalidztwem, pobiera on pełną rentę, bez żadnych ograniczeń, do czasu trwania niepełnosprawności.

Osierocone dzieci mają prawo do 25% emerytury, którą zmarły otrzymywał lub mógłby otrzymywać. Kwota ta wynosi 50%, jeśli dziecko straciło oboje rodziców, chyba że ma ono prawo do renty po każdym z rodziców. Łączna kwota renty rodzinnej pobieranej przez beneficjentów nie może być niższa niż 80% minimalnej emerytury ani wyższa niż 100% emerytury zmarłego. Prawo do renty rodzinnej przysługuje również małżonkowi emeryta lub rencisty po rozwodzie. Więcej informacji można znaleźć na stronie internetowej IKA-ETAM lub kontaktując się z lokalnym oddziałem IKA-ETAM.

Zasiłek pogrzebowy

Śmierć ubezpieczonego, który zgromadził 100 dni ubezpieczenia w ciągu roku poprzedzającego rok śmierci lub ostatnich 15 miesięcy życia (przy czym 3 ostatnich miesięcy nie uwzględnia się), lub pobierającego emeryturę, rentę inwalidzką lub zasiłek pogrzebowy, daje prawo do zasiłku w formie ryczałtu w wysokości ośmiokrotności wynagrodzenia bazowego dla najwyższej kategorii ubezpieczenia. Zasiłku tego nie przyznaje się w wypadku zgonu członka rodziny będącego na utrzymaniu. Zazwyczaj wypłaca się go wdowie/wdowcowi lub osobie, która poniosła koszty pogrzebu. Do wypłaty zasiłku wymagane są następujące dokumenty:

- książeczka zdrowia zmarłego;
- akt zgonu;
- legitymacja ubezpieczeniowa (jeśli zmarły pracował) lub potwierdzenie zaprzestania pobierania emerytury lub renty (w przypadku emeryta lub rencisty);
- oryginały faktur z zakładu pogrzebowego.

W jaki sposób można skorzystać z renty rodzinnej?

Dokumenty, które należy przedłożyć w lokalnym oddziale IKA-ETAM, aby uzyskać rentę rodzinną, są takie same, jak w przypadku [emerytury](#); należy ponadto dostarczyć akt zgonu oraz zaświadczenie o stanie cywilnym zmarłego (wydawane przez urząd gminy miejskiej lub wiejskiej lub sąd pierwszej instancji) potwierdzające istnienie więzów małżeńskich aż do dnia śmierci.

Jeśli osoba mieszka w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej, może złożyć wniosek w instytucji zabezpieczenia społecznego miejsca zamieszkania. Okresy ubezpieczenia w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej dolicza się do okresów ubezpieczenia w Grecji. We wniosku o przyznanie renty osoba jest zobowiązana wykazać te okresy, załączając całą posiadaną dokumentację ubezpieczeniową.

Rozdział VIII: Świadczenia z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych

Kiedy osoba jest uprawniona do świadczeń z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych?

Pracownik podlega systemowi IKA-ETAM, jeżeli został poszkodowany w:

- w wypadku, który miał miejsce w czasie pracy lub w związku z nią (wypadek przy pracy);
- w wypadku, który zdarzył się w drodze pomiędzy miejscem pracy a miejscem zamieszkania;
- w wypadku niezwiązanym z pracą; lub
- wskutek choroby będącej następstwem szkodliwości pracy, pod warunkiem, że figuruje ona w oficjalnym wykazie chorób zawodowych (przewidzianych w przepisach IKA-ETAM dotyczących chorób).

Wypadki i choroby zawodowe nie podlegają oddzielnemu działowi ubezpieczenia. Choroba lub tymczasowa niezdolność do pracy podlegają regulacjom systemu ubezpieczenia zdrowotnego, natomiast inwalidztwo i śmierć przepisom dotyczącym ubezpieczenia emerytalno-rentowego.

Co obejmuje ubezpieczenie?

Wypadki przy pracy

Pracownik jest uprawniony do świadczeń pieniężnych i rzeczowych, niezależnie od okresu ubezpieczenia. Inaczej mówiąc, do nabycia prawa do świadczeń nie jest wymagana określona liczba dni pracy. Konieczne jest jednak posiadanie statusu ubezpieczonego.

Zasiłek z tytułu wypadku przy pracy wypłaca się od pierwszego dnia po zgłoszeniu wypadku, a jego wysokość wylicza się w taki sam sposób, jak wysokość zasiłku chorobowego z tytułu zwykłej choroby. Nie istnieje, jak w przypadku choroby, trzydniowy okres karencji, ale niezdolność do pracy musi trwać dłużej niż 3 dni.

Jeśli wypadek ma miejsce w dniu objęcia stanowiska, wysokość zasiłku oblicza się w oparciu o dzienną płacę bazową dla kategorii ubezpieczonych, do której zalicza się pracownik z tytułu wynagrodzenia za dzień, w którym zdarzył się wypadek. W przypadku trwałego inwalidztwa lub śmierci wskutek wypadku przy pracy poszkodowany otrzymuje rentę inwalidzką lub osoby będące na utrzymaniu poszkodowanego otrzymują rentę rodzinną.

Wypadki niezwiązane z pracą

Pracownik jest uprawniony do świadczeń rzeczowych i pieniężnych z tytułu ubezpieczenia chorobowego, pod warunkiem przepracowania połowy liczby dni standardowo wymaganych do przyznania tych świadczeń (tzn. 25 lub 50 dni).

Choroby zawodowe

Emeryci i pracujące osoby ubezpieczone są uprawnione do rekompensaty z tytułu choroby zawodowej, jeśli cierpią na przewlekłą chorobę, która ujawniła się po pewnym czasie, a ich zawód figuruje w wykazie będących częścią przepisów w zakresie zdrowia IKA-ETAM. Orzecznicy z lokalnego oddziału IKA-ETAM są upoważnieni do zbadania, czy chodzi o chorobę zawodową.

Świadczenia z tytułu śmierci

Śmierć ubezpieczonego, który zgromadził 100 dni ubezpieczenia w ciągu roku poprzedzającego rok śmierci lub ostatnich 15 miesięcy życia (przy czym 3 ostatnich miesięcy nie uwzględnia się), lub pobierającego emeryturę, rentę inwalidzką lub zasiłek pogrzebowy, daje prawo do zasiłku w formie ryczałtu w wysokości ośmiokrotności wynagrodzenia bazowego dla najwyższej kategorii ubezpieczenia. Zasiłku tego nie przyznaje się w wypadku zgonu członka rodziny będącego na utrzymaniu. Zazwyczaj wypłaca się go wdowie lub osobie, która poniosła koszty pogrzebu.

W jaki sposób można skorzystać ze świadczeń z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych?

Osoba poszkodowana lub osoba działająca w jej imieniu musi niezwłocznie, najpóźniej w ciągu pięciu dni roboczych, zgłosić wypadek pracodawcy oraz w lokalnym oddziale IKA-ETAM. Okres ten może ulec wydłużeniu jedynie w szczególnych przypadkach. Jeśli wypadek spowodował całkowite inwalidztwo, okres wydłuża się do 1 roku, a w przypadku zgonu do 2 lat.

Do wypłaty świadczenia z tytułu śmierci wymagane są następujące dokumenty:

- książeczka zdrowia zmarłego;
- akt zgonu;
- legitymacja ubezpieczeniowa zmarłego (jeśli pracował) lub potwierdzenie zaprzestania pobierania emerytury lub renty (w przypadku emeryta lub rencisty);
- oryginały faktur z zakładu pogrzebowego.

Rozdział IX: Świadczenia rodzinne

Kiedy osoba ma prawo do świadczeń rodzinnych?

Świadczenia rodzinne wypłacane przez OAED

Osoba zatrudniona na podstawie umowy o pracę regulowanej prawem prywatnym, ubezpieczona w ramach systemu IKA-ETAM oraz opłacająca składki w DLOEM, jest pod pewnymi warunkami uprawniona do świadczeń rodzinnych wypłacanych przez urząd ds. zatrudnienia (OAED).

Aby być uprawnionym do tych świadczeń, należy obowiązkowo przepracować co najmniej 50 dni w trakcie roku kalendarzowego poprzedzającego rok, w którym świadczenia zostały przyznane, regularnie otrzymywać świadczenia z tytułu utraty pracy przez dwa miesiące lub wykazać trwałą niezdolność do pracy ponownie przez dwa miesiące.

Dzieci, na które wypłacany jest zasiłek rodzinny muszą:

- być w wieku poniżej 18 lat bądź poniżej 22 lat, jeżeli pobierają naukę w trybie dziennym lub są niezdolne do pracy (w takim przypadku świadczenie wypłaca się przez cały okres występowania niezdolności);
- być stanu wolnego;
- zamieszkiwać w Grecji lub innym państwie członkowskim UE.

Pracownicy, którym na podstawie układu zbiorowego pracy, ustawy, regulaminu pracy lub innych przepisów, pracodawca wypłaca wyższe świadczenia rodzinne niż te przyznawane w ramach DLOEM, nie są uprawnieni do świadczeń udzielanych przez tę instytucję.

Poza rodzicami, zasiłki rodzinne mogą być wypłacane następującym osobom:

- wnukom, rodzeństwu, siostrzeńcom/siostrzenicom, bratankom/bratanicom, pod warunkiem, że pozostają na utrzymaniu beneficjenta, są sierotami lub półsierotami, a rodzic pozostały przy życiu nie pracuje;
- dziadkom, wujowi lub ciotce, pod warunkiem, że opiekują się osieroconym dzieckiem pozostającym na ich utrzymaniu;
- wstępnym lub osobom trzecim, pod warunkiem, że przyznano im prawną opiekę nad dzieckiem.

Zasiłki rodzinne w ramach systemu opieki społecznej

W ramach systemu opieki społecznej zasiłki rodzinne, przyznawane przez OGA, mogą być wypłacane pod określonymi warunkami:

- matce trzeciego dziecka (zasiłek wypłacany miesięcznie lub ryczałtowo);
- rodzinie z co najmniej czwórką dzieci;
- rodzinie z co najmniej trójką dzieci;
- rodzinie z dziećmi niechronionymi.

Co obejmuje ubezpieczenie?

Świadczenia rodzinne wypłacane przez OAED

Kwota wypłacana beneficjentowi jest proporcjonalna do liczby dzieci i ustalana co miesiąc. Bieżące stawki są następujące:

- 1 dziecko: 8,22 EUR;
- 2 dzieci: 24,65 EUR;
- 3 dzieci: 55,47 EUR;
- 4 dzieci: 67,38 EUR.

Za każde kolejne dziecko wypłaca się dodatkowo 11,30 EUR. Dostępne jest dodatkowe miesięczne świadczenie w wysokości 2,93 EUR za trzecie żyjące dziecko urodzone po 1 stycznia 1982 r. Świadczenie jest zwiększane o 3,67 EUR miesięcznie za każde dziecko w przypadku:

- sierot zupełnych;
- dzieci niepełnosprawnych;
- dzieci urodzonych poza związkiem małżeńskim, które nie zostały uznane;
- gdy współmałżonek beneficjanta służy w siłach zbrojnych;
- gdy beneficjant jest wdową lub wdowcem; lub
- gdy współmałżonek beneficjanta jest niepełnosprawny.

Prawo do świadczeń rodzinnych obowiązuje w ciągu roku kalendarzowego, w trakcie którego zostało nabyte i dodatkowo przez pierwszy miesiąc roku następnego. Świadczenie to przestaje być wypłacane po zakończeniu dodatkowego okresu 3 upływającego od ustalonego terminu składania wniosków.

Zasiłki rodzinne w ramach systemu opieki społecznej

Wysokość zasiłków rodzinnych w ramach systemu opieki społecznej:

- miesięczne świadczenie dla matki trzeciego dziecka: 177,00 EUR;
- kwota ryczałtowa dla matki trzeciego dziecka: 2 000 EUR;
- miesięczne świadczenie dla rodziny z co najmniej czwórką dzieci: 44 EUR na każde dziecko;
- miesięczne świadczenie dla rodziny z co najmniej trójką dzieci: 44 EUR na każde dziecko;
- miesięczne świadczenie na każde dziecko niechronione poniżej 16 lat: 44,02 EUR.

W jaki sposób można skorzystać ze świadczeń rodzinnych?

Aby otrzymywać świadczenia rodzinne, należy złożyć wniosek, osobiście, za pośrednictwem osoby trzeciej lub drogą pocztową, w lokalnym oddziale OAED właściwym dla miejsca zamieszkania danej osoby lub w centrum doradztwa dla obywateli (*Κέντρα Εξυπηρέτησης Πολιτών - KEP*), załączając wszelkie niezbędne dokumenty uzupełniające.

Aby uzyskać więcej informacji na temat świadczeń rodzinnych, należy skorzystać ze strony internetowej lub skontaktować się z lokalnym oddziałem OECD.

Aby uzyskać więcej informacji na temat świadczeń rodzinnych w ramach systemu opieki społecznej, należy skorzystać ze strony internetowej <http://www.yyka.gov.gr>.

Rozdział X: Bezrobocie

Kiedy osoba ma prawo do świadczeń z tytułu bezrobocia?

Wszyscy pracownicy należący do systemu ubezpieczenia zdrowotnego w jakiegokolwiek instytucji zabezpieczenia społecznego, są automatycznie objęci ubezpieczeniem od utraty pracy. Ubezpieczony ma jednak prawo do świadczenia z tytułu bezrobocia jedynie w przypadku, gdy:

- nie został zwolniony dyscyplinarnie;
- jest zdolny do pracy i gotowy do jej podjęcia;
- ukończył co najmniej 16. rok życia;
- osobiście zarejestrował się w urzędzie pracy;
- jest dyspozycyjny do podjęcia pracy;
- może wykazać minimalny okres ubezpieczenia od utraty pracy wynoszący 125 dni w ciągu 14 miesięcy poprzedzających bezrobocie;

Jeżeli dana osoba ubiega się o świadczenie z tytułu bezrobocia, musi wykazać dodatkowo 80 dni ubezpieczenia w ciągu jednego roku z dwóch lat poprzedzających bezrobocie. Jeżeli jest to konieczne, mogą zostać uwzględnione również okresy ubezpieczenia uzyskane w innym państwie członkowskim.

Co obejmuje ubezpieczenie?

Wysokość świadczeń

Na świadczenia z tytułu utraty pracy składają się: kwota podstawowa oraz dodatki na każdego członka rodziny, pozostającego na utrzymaniu osoby uprawnionej. Zasiłek bazy wynosi 360 EUR i podlega zwiększeniu o 10% na każdego członka rodziny pozostającego na utrzymaniu ubezpieczonego.

Okres wypłacania świadczenia

Okres pobierania świadczenia z tytułu bezrobocia zależy od liczby dni ubezpieczenia zgromadzonych w ciągu ostatnich 14 miesięcy. Okres minimalny wynosi 125 dni i uprawnia do 5 miesięcy świadczeń; 150 dni odpowiada sześciu miesiącom świadczeń, 180 dni – ośmiu miesiącom, 220 dni – dziesięciu miesiącom, a 250 dni – 12 miesiącom.

Świadczenia z tytułu utraty pracy będą wypłacane przez 25 dni miesięcznie. Po upływie okresu uprawnienia należy ponownie zgromadzić wymaganą liczbę przepracowanych dni. Świadczenie z tytułu bezrobocia przestaje być wypłacane, z chwilą gdy dana osoba podejmie nowe zatrudnienie lub zostaje uznana na tymczasowo niezdolną do pracy. Prawo do świadczenia z tytułu bezrobocia wygasa w przypadku, w którym bezrobotny umiera, otrzymuje emeryturę lub rentę (pod określonymi warunkami), w sposób trwały utraci zdolność do pracy lub nie jest dyspozycyjny do podjęcia pracy.

Choroba w okresie pobierania świadczeń z tytułu utraty pracy

Do celów świadczeń z tytułu choroby, dni za które wypłacane są pracownikowi świadczenia z tytułu utraty pracy, uznane zostaną przez instytucję ubezpieczenia chorobowego jako dni pracy. Jeśli w trakcie pobierania świadczeń z tytułu utraty pracy, osoba stanie się niezdolna do pracy z powodu choroby, świadczenia z tytułu utraty pracy będą wypłacane jeszcze przez 5 dni, ale w tym czasie pracownik nie będzie miał prawa do świadczeń pieniężnych z tytułu ubezpieczenia chorobowego. Jeśli choroba się przedłuży, wypłata świadczeń z tytułu utraty pracy zostanie przerwana, a w zamian wypłacane będą świadczenia z tytułu choroby, o ile osoba jest do nich uprawniona.

W jaki sposób można skorzystać ze świadczeń z tytułu bezrobocia?

Ubezpieczeniem od utraty pracy zarządza urząd ds. zatrudnienia (OAED), który wypłaca bezrobotnym świadczenie z tytułu bezrobocia i świadczenie z tytułu choroby.

Aby skorzystać ze świadczeń z tytułu utraty pracy, należy osobiście zarejestrować się w urzędzie pracy w miejscowym oddziale OAED i złożyć wniosek o przyznanie świadczeń w ciągu 60 dni od przerwania działalności zawodowej. Świadczenia z tytułu utraty pracy przyznaje się jedynie, jeśli urząd pracy, który rozpatruje wniosek, nie może znaleźć osobie odpowiedniej pracy. Wraz z wnioskiem należy złożyć następujące dokumenty na jego poparcie:

- wyciąg z indywidualnego rachunku zabezpieczenia społecznego;
- zawiadomienie o ustaniu stosunku pracy;
- oświadczenie, w którym dana osoba stwierdza, że nie wykonuje innej pracy oraz zobowiązuje się do zgłoszenia OAED każdej nowej działalności zawodowej;
- książeczkę zdrowia każdego członka rodziny, który pozostaje na utrzymaniu.

Rozdział XI: Świadczenia minimalne z pomocy społecznej

Kiedy osoba jest uprawniona do świadczeń minimalnych z pomocy społecznej?

Oprócz specjalnego zasiłku mieszkaniowego (*Στεγαστική Συνδρομή*) w Grecji nie funkcjonuje żaden ogólny czy specjalny system obejmujący gwarantowane świadczenia minimalne.

Co obejmuje ubezpieczenie?

Zasiłek mieszkaniowy jest nieskładkowym świadczeniem wypłacanym w postaci czynszu za wynajem osobom starszym powyżej 65. roku życia, nieobjętym ubezpieczeniem i znajdującym się w trudnej sytuacji materialnej, które żyją samotnie lub z partnerem i nie posiadają mieszkania na własność. Wysokość zasiłku mieszkaniowego wynosi 362 EUR. Program jest realizowany przez poszczególne regiony.

W jaki sposób można skorzystać ze świadczeń minimalnych z pomocy społecznej?

Za wdrażanie programu odpowiadają poszczególne regiony.

Rozdział XII: Opieka długoterminowa

Kiedy osoba uprawniona ma prawo do opieki długoterminowej?

W Grecji nie funkcjonuje odrębny system obejmujący opiekę długoterminową. Istnieją różne programy dotyczące opieki nad osobami starszymi. Program „Pomoc i miejsce zamieszkania” (*Βοήθεια Στο Σπιτι*) stanowi część podstawowych świadczeń opieki społecznej, obejmującą opiekę pielęgniarstwa, usługi opieki społecznej i pomoc domową dla osób starszych, które żyją samotnie lub pozostają bez opieki o określonej porze dnia i nie mogą zadbać o siebie w wystarczający sposób, a także osobom niepełnosprawnym doświadczających izolacji, wyłączenia lub problemów rodzinnych. Od jesieni 2012 r. program „Pomoc i miejsce zamieszkania” zostanie zastąpiony programem „Pomoc i miejsce zamieszkania dla emerytów i rencistów”, który będzie funkcjonował w ramach IKA-ETAM.

Co obejmuje ubezpieczenie?

Celem programu „Pomoc i miejsce zamieszkania” jest zapewnienie wsparcia i opieki osobom starszym w ich domach oraz podwyższenie jakości ich życia. W ciągu dnia ośrodki opieki dziennej dla osób starszych (*Κέντρα Ημερησιας Φροντιδας Ηλικιωμενων – Κ.Η.Φ.Η.*), dostępne na obszarach miejskich i podmiejskich, przyjmują osoby starsze, które nie są w stanie o siebie zadbać (z powodu dolegliwości fizycznych, demencji itp.) oraz których rodziny nie mogą zapewnić im opieki z powodu pracy bądź poważnych problemów społecznych, finansowych lub zdrowotnych.

Otwarte ośrodki opieki nad osobami starszymi (*Κέντρα Ανοικτης Προστασιας Ηλικιωμενων – Κ.Α.Π.Η.*) są prowadzone w ramach otwartych programów przeznaczonych dla osób starszych powyżej 60. roku życia, niezależnie od ich sytuacji społecznej i materialnej, oraz mających na celu integrację i utrzymywanie aktywności społecznej wszystkich członków tej grupy. Ośrodki te zapewniają wszelkie formy zorganizowanej rekreacji, opiekę medyczną, fizjoterapię, terapię zajęciową, prace społeczne opiekę szpitalną, oraz wszelkie rodzaje wsparcia materialnego i psychologicznego dla osób starszych.

Dostępne są również ośrodki opieki dla osób starszych (*Μοναδες Φροντιδας Ηλικιωμενων*) zapewniające opiekę w całości w domu opieki.

W jaki sposób można skorzystać z opieki długoterminowej?

Wdrażanie programu „Pomoc i miejsce zamieszkania” należy do obowiązków samorządów gmin miejskich na terenie całego kraju, zwłaszcza w odległych terenach górskich i na wyspach. Ośrodki opieki dziennej dla osób starszych są ustanawiane i prowadzone przez przedsiębiorstwa gmin miejskich, wspólne przedsiębiorstwa gmin miejskich, samorządowe stowarzyszenia gospodarcze gmin miejskich oraz przez prywatne podmioty nienastawione na zysk. Współpracują one z organizacjami świadczącymi usługi socjalne, tj. ośrodki opieki zdrowotnej i dyrekcje ds. zabezpieczenia społecznego w prefekturach w kraju świadczącym usługi socjalne.

Instytucje świadczące opiekę dla osób starszych w miejscu ich zamieszkania mogą świadczyć ją odpłatnie lub nieodpłatnie. W pierwszym przypadku instytucjami

zarządzają stowarzyszenia charytatywne, kościół prawosławny lub władze lokalne. W drugim przypadku opieka świadczona jest przez osoby prywatne. W ramach prowadzonej polityki społecznej ministerstwo zdrowia zawarło umowy z prywatnymi ośrodkami opieki dla osób starszych w sprawie udostępnienia pewnej liczby łóżek w celu zapewnienia opieki ubogim osobom starszym, które nie mogą zostać przyjęte do instytucji publicznych z powodu braku lub niewystarczającej liczby łóżek. Koszt tych łóżek jest pokrywany z budżetu państwa.

Załącznik: Dane kontaktowe instytucji i adresy przydatnych stron internetowych

Główną grecką instytucją ubezpieczeniową jest IKA-ETAM. W zakres jej odpowiedzialności wchodzi wszystkie sektory zabezpieczenia społecznego, za wyjątkiem ubezpieczenia od utraty pracy oraz świadczeń rodzinnych, które pozostają w gestii OAED. Jeżeli osoba mieszka w Grecji i nie ma pewności co do swoich praw i obowiązków w kwestii zabezpieczenia społecznego, może w takim przypadku zwrócić się do miejscowego oddziału IKA-ETAM.

Pewne kategorie osób nie są objęte ubezpieczeniem IKA-ETAM. Większość z tych osób jest ubezpieczona w OAEE (osoby prowadzące działalność na własny rachunek, w szczególności przedsiębiorcy, właściciele sklepów, rzemieślnicy, kierowcy, właściciele hoteli i pracownicy biur podróży), ETAA (inżynierowie, lekarze i prawnicy) lub OGA (rolnicy). Funkcjonuje również kilka systemów dla określonych grup pracowników. Jeśli osoba jest ubezpieczona w jednym z tych systemów, w celu otrzymania dodatkowych informacji należy skontaktować się IKA-ETAM.

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

Zakład ubezpieczeń społecznych (IKA-ETAM)
Dyrekcja ds. stosunków międzynarodowych
Chalkokondili 17
10241 Ateny
Tel.: +30 520 055 5184
<http://www.ika.gr>

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

Ministerstwo pracy, zabezpieczenia społecznego i opieki społecznej
Sekretariat generalny ds. zabezpieczenia społecznego
Dyrekcja ds. stosunków międzynarodowych
Stadiou Street 29
10110 Ateny
Tel.: +30 210 336 8000
<http://www.ggka.gr>

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

Ministerstwo pracy, zabezpieczenia społecznego i opieki społecznej
Dyrekcja ds. stosunków międzynarodowych
Wydział ds. UE
Pireos Street 40
10182 Athens 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

Organizacja ubezpieczeń dla rolników (OGA)
Służba ds. publicznych i stosunków międzynarodowych
Wydział ds. UE
Patision Street 30
10170 Athens 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

Organizacja zabezpieczenia społecznego dla osób prowadzących działalność na własny rachunek (ΟΑΕΕ)
Dyrekcja ds. emerytur
Sekcja ds. stosunków międzynarodowych
Αγίου Κωνσταντίνου street 5
104 31 Athens
Tel: +30 210 5274372-74
<http://www.oaee.gr>

Ενιαίο Ταμείο Ανεξάρτητα Απασχολουμένων (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

Fundusz ubezpieczeń dla niezależnych pracowników (ΕΤΑΑ)
<http://www.etaa.gr>
Sekcja ds. inżynierów – TSMEDE
Kolokotroni street 4 10561 Athens, tel: +30 210 3740000, <http://www.tsmede.gr>
Sekcja ds. pracowników służby zdrowia – TSAY
Aharnon street 27, 10439 Athens, tel: +30 210 8816911-17, <http://www.tsay.gr>
Sekcja ds. prawników – TAN
Socratous street 53, 10431 Athens, 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

Urząd ds. zatrudnienia (OAED)
Dyrekcja ds. ubezpieczeń
Sekcja ds. stosunków dwustronnych i wdrażania dyrektyw UE
Ethnikis Antistassis Street 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

Fundusz ubezpieczeniowy marynarzy (NAT)
Ethnikis Antistaseos street 1
185 31 Piraeus
<http://www.nat.gr>