



Vos droits en matière de sécurité sociale

en Allemagne

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

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

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

Table des matières

Chapitre I: Généralités, organisation et financement	4
Introduction	4
Organisation de la protection sociale	5
Financement	7
Chapitre II: Soins de santé	9
Ouverture des droits	9
Couverture de l'assurance.....	9
Modalités d'accès	12
Chapitre III : Prestations de maladie en espèces	13
Ouverture des droits	13
Couverture de l'assurance.....	13
Modalités d'accès	13
Chapitre IV: Prestations de maternité et de paternité.....	15
Ouverture des droits	15
Couverture de l'assurance.....	15
Modalités d'accès	15
Chapitre V: Prestations d'invalidité	16
Ouverture des droits	16
Couverture de l'assurance.....	17
Modalités d'accès	17
Chapitre VI: Pensions et prestations de vieillesse	18
Ouverture des droits	18
Couverture de l'assurance.....	19
Modalités d'accès	20
Chapitre VII: Prestations en faveur des survivants	21
Ouverture des droits	21
Couverture de l'assurance.....	21
Modalités d'accès	22
Chapitre VIII: Prestations pour accidents du travail et maladies professionnelles	23
Ouverture des droits	23
Couverture de l'assurance.....	23
Modalités d'accès	25
Chapitre IX: Prestations familiales	26
Ouverture des droits	26
Couverture de l'assurance.....	27
Modalités d'accès	27
Chapitre X: Chômage	29
Ouverture des droits	29
Couverture de l'assurance.....	30
Modalités d'accès	31
Chapitre XI : Garantie de ressources.....	32
Ouverture des droits	32
Couverture de l'assurance.....	32
Modalités d'accès	33
Chapitre XII : Soins de longue durée	34
Ouverture des droits	34
Couverture de l'assurance.....	35
Modalités d'accès	36
Annexe: Adresses des institutions et sites internet utiles	37

Chapitre I: Généralités, organisation et financement

Introduction

La sécurité sociale en Allemagne comporte légalement cinq branches: l'assurance maladie, l'assurance dépendance, l'assurance pension, l'assurance accidents et l'assurance chômage. Ce chapitre expliquera pour chacune de ces branches qui sont les assureurs et les assurés, ainsi que les procédures de déclaration et de cotisation.

L'assurance sociale pour l'agriculture, la sylviculture et l'horticulture (*Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau*), l'assurance des artisans et les assurances sociales des artistes et des journalistes-chroniqueurs ne figurent pas dans ce guide. Vous obtiendrez toute information nécessaire à ce sujet en vous adressant aux organismes d'assurance compétents.

Ils ont créé des organes de liaison pour les relations avec d'autres États membres de l'Union européenne dans le secteur de la sécurité sociale. En cas de problème ou de question concernant la sécurité sociale en Allemagne ou dans un ou plusieurs autres États membres, vous pouvez vous adresser à l'[organe de liaison compétent](#).

Le régime légal d'assurance pension en Allemagne comprend le régime légal de l'assurance vieillesse, le régime de retraite des fonctionnaires (*Beamtenversorgung*), les régimes de retraite professionnelle et la protection vieillesse des agriculteurs. Tous les salariés sont assurés en vertu d'un de ces régimes publics d'assurance vieillesse obligatoire, en plus de certaines catégories de travailleurs indépendants (agriculteurs, membres des professions libérales qui ont le droit de former des associations et des groupes spécifiques de travailleurs indépendants dans le régime légal de l'assurance vieillesse). En général, les travailleurs indépendants ne sont pas soumis à l'assurance vieillesse obligatoire. Toutefois, sur demande, ils peuvent s'affilier sur une base obligatoire ou volontaire au régime légal de l'assurance vieillesse. Les salariés exerçant un emploi mineur qui ont commencé à travailler après le 31 décembre 2012 sont soumis à l'assurance vieillesse obligatoire, de la même manière que tous les autres salariés. Cependant, ils peuvent choisir d'être exemptés de l'affiliation obligatoire. Les personnes qui exercent un emploi mineur dont le revenu mensuel ne dépasse pas € 450 ainsi que les personnes embauchées pour une brève période qui travaillent moins de 50 jours sur une année civile sont exemptées de l'assurance obligatoire.

L'assurance chômage peut en principe être élargie sur base volontaire, en en faisant la demande à l'Agence fédérale pour l'emploi. Il faut pour cela que l'intéressé, au cours des 24 mois précédant le début d'une activité indépendante, ait déjà, pendant 12 mois, été soumis à l'obligation d'assurance ou perçu des allocations de chômage. Pour tout renseignement ou conseil, vous pouvez vous adresser à votre agence locale pour l'emploi.

Outre les branches précitées de la sécurité sociale, il existe aussi l'aide sociale publique, les prestations minimales en faveur des demandeurs d'emploi, pour les personnes âgées ou inaptes au travail ainsi que diverses prestations familiales et allocations de logement.

Procédure d'enregistrement

Dès que vous entamez une activité salariée, votre employeur se charge des démarches nécessaires pour vous affilier à la sécurité sociale. Vous serez tout d'abord

affilié à la caisse d'assurance maladie (*Krankenkasse*), qui en informera les organismes d'assurance dépendance, d'assurance pension et d'assurance chômage. Vous recevrez un numéro d'assuré social (*Versicherungsnummer*) sous lequel l'organisme chargé de l'assurance pension enregistrera vos périodes d'assurance et la rémunération soumise à cotisation.

Lors du premier emploi, vous recevez de l'organisme d'assurance pension une attestation d'assurances sociales (*SV-Ausweis*). Cette attestation contient le nom de famille, le nom à la naissance, le prénom et le numéro d'assuré social. Pour certaines professions (par exemple, dans la construction), les papiers d'identité (passeport, carte d'identité) doivent être présentés pendant les heures de travail. Votre employeur vous en informera.

Toute personne à qui est attribué un nouveau numéro d'assurance reçoit aussitôt une notification lui indiquant quel organisme d'assurance pension est compétent dans son cas. Les indépendants doivent s'inscrire eux-mêmes auprès de leur caisse de maladie compétente.

Organisation de la protection sociale

Assurance pension légale

L'assurance pension légale (*Gesetzliche Rentenversicherung*) est organisée par l'Institution fédérale de l'assurance pension allemande (*Deutsche Rentenversicherung Bund*), les institutions régionales de l'assurance pension allemande (*Regionalträger der Deutschen Rentenversicherung*) et l'assurance pension allemande des mines, des chemins de fer et de la marine (*Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See*).

Assurance maladie légale

L'assurance maladie légale (*Gesetzliche Krankenversicherung*) est dans les mains des 134 caisses d'assurance, dont certaines opèrent régionalement (par exemple les caisses d'assurance maladie, *Ortskrankenkassen*) et d'autres au niveau national (par exemple les caisses de substitution, *Ersatzkassen*). Ces caisses sont ouvertes à tous, sans considération de fonction ou d'emploi au sein de l'entreprise (à l'exception de la caisse d'assurance maladie pour les agriculteurs). Quelques rares professions mises à part (par exemple les fonctionnaires, les juges et les militaires), tous les travailleurs sont assujettis à une assurance obligatoire, sauf si leur salaire dépasse le plafond annuel durant une année. Pour les mineurs, des règles spéciales sont d'application. Les caisses d'assurance maladie gèrent la collecte des cotisations d'assurance sociale de tous les secteurs.

Assurance dépendance légale

Chaque caisse d'assurance maladie a établi une caisse d'assurance dépendance qui est responsable de façon indépendante de l'octroi des prestations aux bénéficiaires en soins de longue durée. Tous les affiliés à une caisse d'assurance maladie sont couverts contre le risque de dépendance au sein de la même caisse. Les personnes bénéficiant d'une couverture d'assurance maladie privée doivent en conséquence signer un contrat privé d'assurance dépendance. (En outre, il est possible de souscrire une assurance dépendance volontaire auprès des assureurs privés).

Assurance accidents légale

Les organismes compétents de l'assurance accidents légale (*Gesetzliche Unfallversicherung*) sont les institutions d'assurance accidents du secteur industriel et agricole (*Berufsgenossenschaften*) et les institutions d'assurance accidents du secteur public.

Assurance chômage légale

L'assurance chômage légale (*Gesetzliche Arbeitslosenversicherung*) est obligatoire et est mise en œuvre par l'agence fédérale pour l'emploi (*Bundesagentur für Arbeit, BA*). La BA est constituée du siège principal, des directions régionales et des agences locales. L'assurance chômage légale s'applique de plein droit et couvre tous les salariés (travailleurs manuels, cols blancs, stagiaires et jeunes handicapés).

Prestations de compensation sociale

La compensation sociale (*Soziale Entschädigung*) est un système distinct, financé par l'impôt dont les prestations vont au-delà de ce qui est prévu par les systèmes de sécurité sociale en Allemagne. La compensation sociale vise à favoriser l'élimination des conséquences sur la santé (et souvent sur le plan financier) d'une blessure pour lesquelles la société porte une responsabilité particulière ou bien à les améliorer et à les compenser financièrement. Sous certaines conditions, les survivants peuvent également faire une demande de prestations. Les prestations de compensation sociale sont basées sur la Loi fédérale sur l'assistance aux victimes de guerre (*Bundesversorgungsgesetz*), qui a été initialement adoptée au profit des victimes de la Seconde Guerre mondiale et de leurs survivants. Aujourd'hui, la loi s'applique également à d'autres groupes de personnes comme les victimes de violences, les personnes blessées lors du service militaire ou civil, les personnes ayant subi des dommages causés par la vaccination ou les victimes d'injustices commises sous le régime de la RDA (République démocratique allemande), ainsi que leurs survivants.

Les prestations de compensation sociale dépendent de l'étendue et du degré de gravité des conséquences des dommages, ainsi que des besoins réels de la personne concernée. Les prestations sont composées de diverses prestations individuelles (tant en espèces qu'en nature). En général, les prestations peuvent être divisées en deux catégories, à savoir les prestations de soins (*Versorgungsleistungen*) et les prestations de protection sociale (*fürsorgerische Leistungen*). Les prestations de soins couvrent notamment les traitements médicaux ainsi que les prestations de retraite. Les prestations de retraite sont conçues pour compenser les frais supplémentaires résultant du dommage et ont principalement un caractère humanitaire. Une pension de base, un complément pour handicap grave ou un complément pour soins de longue durée peuvent, entre autres, être versés.

Les prestations de protection sociale complètent la compensation à travers les prestations de soins. Les principales prestations de protection sociale sont l'aide octroyée dans des circonstances particulières, l'aide pour les soins de longue durée ainsi que l'aide à la subsistance. Si le besoin de l'individu ne découle pas uniquement du dommage, les prestations de protection sociale dépendent des revenus et des actifs du bénéficiaire (sous conditions de ressources).

Les prestations sont fournies à la condition que le droit au traitement médical et aux prestations de retraite en vertu de la législation relative à la compensation sociale ait été reconnu par une institution de soins. La demande des prestations de protection sociale peut être faite auprès des bureaux de protection sociale centraux ou locaux.

Les prestations de compensation sociale ne seront plus développées davantage dans ce guide.

Autogestion

Les divers secteurs de l'assurance sociale sont régis par les organismes d'assurance selon le principe d'autogestion. À cette fin, les organismes d'assurance mettent en place des structures autonomes (réunions des représentants ou des conseils d'administration) qui consistent en un même nombre de représentants des employeurs et des assurés. Dans le domaine de l'assurance chômage, les représentants du secteur public sont intégrés en tant que tierce partie. Les membres des structures autonomes sont élus tous les six ans par rotation par les employeurs et les personnes assurées.

Supervision

Les organismes autonomes de sécurité sociale remplissent leurs tâches sous leur propre responsabilité, conformément à la loi et à la législation applicable généralement. Ils sont soumis à la supervision de l'Etat, qui est effectuée par l'autorité de supervision. Les organismes d'assurance fédéraux dont la compétence s'étend à plus de trois *Länder* sont en général soumis à la supervision de l'Office national des assurances (*Bundesversicherungsamt*). Les autres organismes d'assurance (au niveau des *Länder*) sont supervisés par le *Land* où ils sont situés. Votre organe d'assurance vous informe de l'organe de supervision qui est compétent pour vous. Alors que l'Assurance Pension - Institution fédérale prend en charge des tâches centrales et transversales, la supervision est généralement effectuée par le Ministère du Travail et des Affaires sociales et par l'Office national des assurances.

Financement

Le système de sécurité sociale est financé par des cotisations d'assurance nationale versés par les salariés et les employeurs, et par la fiscalité générale.

En tant que salarié, vous êtes tenu de payer des cotisations à l'assurance maladie, à l'assurance dépendance, à l'assurance chômage et à l'assurance pension. Le montant de votre cotisation pour une couverture d'assurance obligatoire représente un pourcentage déterminé de votre rémunération. 53% de la cotisation est à votre charge et environ 47% à la charge de votre employeur. Toutefois, les indépendants paient la totalité de la cotisation d'assurance maladie, de l'assurance dépendance et de l'assurance pension. Les cotisations à l'assurance accidents sont à la charge exclusive de l'employeur. L'employeur d'une personne exerçant un emploi mineur doit verser des cotisations forfaitaires à l'assurance maladie et, ensemble avec le salarié, des cotisations à l'assurance pension obligatoire.

Votre employeur est responsable du calcul et du paiement des cotisations. Il garde son pourcentage de cotisations et paie les cotisations d'assurance sociales globales aux caisses d'assurance maladie légales (en tant qu'organismes de collecte) de votre choix.

Les cotisations totales du régime d'assurance maladie représentent actuellement 15,5% de vos revenus à concurrence d'un plafond déterminé chaque année (plafond pour le calcul des cotisations: € 47.250 en base annuelle). 7.3% de la cotisation est à

la charge de l'employeur. Si les besoins financiers des caisses d'assurance maladie ne sont pas couverts par les cotisations basées sur les revenus, les caisses d'assurance sont autorisées à percevoir une cotisation supplémentaire qui n'est pas liée au revenu. Si la cotisation supplémentaire moyenne à l'assurance maladie légale est supérieure à 2% de votre salaire soumis à cotisations, vous avez droit à une compensation sociale (*Sozialausgleich*).

La cotisation de l'assurance dépendance (*Pflegeversicherung*) est de 2,05%. Les assurés nés depuis 1940 et sans enfants paient une cotisation supplémentaire de 0,25% dès lors qu'ils atteignent l'âge de 23 ans.

En 2013, le plafond annuel de l'assurance maladie légale obligatoire et de l'assurance dépendance est fixé à € 52.200.

Pour l'assurance pension générale, la cotisation totale est de 18,90% des revenus jusqu'à concurrence du plafond de cotisation (€ 69.600 par an dans les vieux *Länder* et de € 58.800 par an dans les nouveaux *Länder*). La moitié de la cotisation est en général à la charge de l'employeur.

Le taux de cotisation à l'assurance chômage est de 3,0% des revenus, jusqu'à concurrence du plafond applicable à l'assurance chômage. La moitié de la cotisation est à la charge de l'employeur, et l'autre moitié est à la charge du salarié.

Aucune cotisation n'est due pour le bénéfice des allocations familiales (qui sont financées par des fonds publics).

Chapitre II: Soins de santé

Ouverture des droits

La population dans son ensemble est soumise à l'obligation générale d'assurance contre le risque de maladie. En principe cette obligation peut être remplie à travers l'assurance maladie légale ou privée.

Dans le cadre de l'assurance maladie légale (*gesetzliche Krankenversicherung, GKV*), tous les assurés ont droit aux prestations en nature en cas de maladie, qu'ils soient couverts par une assurance obligatoire, volontaire ou familiale.

Les groupes suivants sont obligatoirement assurés en vertu de l'assurance maladie légale:

- les personnes salariées et celles en formation professionnelle, y compris les stagiaires;
- les pensionnés ayant une période d'assurance suffisante;
- les chômeurs percevant des allocations chômage;
- les handicapés en emploi protégé;
- Les personnes en réadaptation professionnelle et celles effectuant une formation pour s'occuper de jeunes dans des établissements spéciaux de formation (*Jugendhilfe*);
- les étudiants des établissements d'enseignement supérieur publics ou agréés par l'Etat;
- les agriculteurs et les soutiens de famille;
- les artistes et les écrivains;
- les personnes ne pouvant prétendre par ailleurs à des soins de santé (sous certaines conditions).

Les conjoints, les partenaires civils et les enfants des membres de l'assurance maladie légale sont, sous certaines conditions, également couverts par l'assurance dite familiale, sans qu'ils aient à verser des cotisations.

En général, il est possible pour les personnes qui se retirent de l'assurance obligatoire ou familiale de continuer à être affiliées à l'assurance maladie légale en tant que membres volontaires.

Couverture de l'assurance

Examens préventifs

Dans le cadre des mesures de dépistage des maladies, vous et votre famille avez droit aux examens médicaux préventifs suivants:

- tests de dépistage des maladies infantiles jusqu'à l'âge de six ans puis à partir de l'âge de dix ans;
- examen annuel de dépistage du cancer chez la femme à partir de 20 ans et chez l'homme à partir de 45 ans;

- tous les deux ans, pour les assurés à partir de l'âge de 35 ans, un examen médical de dépistage portant plus particulièrement sur les affections cardiovasculaires et rénales ou le diabète.

Soins de santé

Aussi longtemps que vous êtes assuré, vous et les membres de votre famille avez le droit d'être soignés par des médecins généralistes, des médecins spécialistes et des dentistes.

Médicaments, traitements paramédicaux et prothèses

Les médicaments sont délivrés sur prescription d'un médecin conventionné et peuvent être obtenus dans toutes les pharmacies. En règle générale, chaque médicament acheté en pharmacie donne lieu au paiement d'un supplément représentant 10% du prix de vente, avec un minimum de € 5 et un maximum de € 10, Ce supplément ne saurait toutefois excéder le prix du médicament. Les médicaments contre les rhumes et les affections grippales y compris les médicaments pour leur traitement tels que les traitements paramédicaux contre la congestion nasale, les analgésiques, les traitements paramédicaux contre la toux et les produits expectorants, les produits thérapeutiques pour la bouche et la gorge, à l'exclusion des infections fongiques, des laxatifs et des produits pharmaceutiques contre le mal des transports sont à votre charge.

Les produits pharmaceutiques ayant pour objectif principal d'améliorer la qualité de vie sont également exclus de la couverture d'assurance. Sont particulièrement exemptés les produits pharmaceutiques pour le traitement des dysfonctions érectiles, pour la stimulation et l'augmentation de la puissance sexuelle, l'arrêt du tabac, la perte de poids ou la diminution de l'appétit, pour la régulation du poids corporel ou l'amélioration de la croissance des cheveux. Il existe cependant une exception au fait que des médicaments en vente libre ne sont pas remboursés par la caisse d'assurance. À titre d'exemple, les médicaments destinés aux enfants de 12 ans et moins atteints de troubles du développement, ainsi que les médicaments qui, aux termes des lignes directrices du comité fédéral conjoint (*Gemeinsamer Bundesausschuss*), constituent le traitement standard de maladies graves, sont (partiellement) remboursés.

Les assurés ont également droit à suivre des thérapies (physiothérapie, logopédie, ergothérapie, podologie). Les personnes sont tenues de s'acquitter d'un supplément de 10% des coûts, plus € 10 par ordonnance.

La caisse de maladie prend également en charge le coût des prothèses auditives réputées médicalement nécessaires et d'autres appareils et prothèses, dont le montant est égal au prix convenu et, le cas échéant, jusqu'à concurrence d'un montant fixe. Les adultes assurés n'ont qu'un droit limité aux prothèses visuelles. L'approbation préalable de la caisse de maladie est nécessaire pour la fourniture des prothèses et appareils si la caisse n'y a pas renoncé, avec un minimum de € 5 et un maximum de € 10, Ce supplément ne saurait toutefois excéder le prix de l'appareil. Le supplément pour les produits destinés à la consommation est limité à € 10 pour la fourniture mensuelle de l'ensemble de ces produits.

Soins dentaires

Les traitements dentaires (conservateurs ou chirurgicaux) réputés médicalement nécessaires sont entièrement remboursés par les caisses de maladie.

En ce qui concerne les frais de traitement orthodontique (prévention et correction de la mâchoire et des défauts d'alignement des dents), la contribution de l'assuré est de 20%. Le montant de 20% est remboursé à l'assuré par la caisse de maladie à l'issue du traitement. Les personnes de moins de 18 ans (et, dans certains cas, les personnes âgées) nécessitant un traitement orthodontique sont entièrement remboursées.

Les assurés reçoivent des prestations fixes liées au diagnostic pour les dentiers et les couronnes, devant correspondre à 50% des coûts des soins réglementaires (*Regelversorgung*) tels que fixés par la Commission nationale commune (*Gemeinsame Bundesausschuss*). La prestation fixe augmente avec la prévention régulière avérée. En plus de la prestation fixe, les assurés dont le revenu est inférieur à un certain seuil ont droit au même montant ainsi qu'à la prestation réglementaire réputée médicalement nécessaire, et cela gratuitement. De plus, la soi-disant disposition souple sur les cas difficiles (*gleitende Härtefallregelung*) garantit que les assurés n'ont pas à payer un montant excessif.

Soins à domicile et aide ménagère

Si vous ne pouvez pas recevoir d'une personne vivant dans votre ménage les soins et l'assistance nécessaires en cas de maladie, la caisse de maladie paiera, en plus des soins médicaux, les soins infirmiers à dispenser à domicile par un personnel compétent. Ce droit n'existe cependant que si un traitement en milieu hospitalier est requis mais non réalisable, ou si ledit traitement peut être évité ou écourté par les soins à domicile. En principe, les soins à domicile sont limités à quatre semaines par cas de maladie.

En principe le droit à l'aide à domicile est limité à quatre semaines par épisode de maladie lorsque, suite à cette maladie, vous êtes dans l'impossibilité d'effectuer les tâches ménagères. Cette prestation ne vous est toutefois octroyée que si votre ménage compte un enfant de moins de 12 ans ou un enfant handicapé dont personne d'autre chez vous ne peut s'occuper.

Les caisses d'assurance maladie doivent prévoir dans leurs statuts que les soins à domicile sont également fournis dans d'autres cas (par exemple, lorsque le ménage ne comprend pas un enfant âgé de moins de 12 ans), si l'assuré ne peut pas s'occuper des tâches ménagères pour cause de maladie.

Soins hospitaliers

Vous avez droit à tous les soins hospitaliers requis. La nécessité de l'hospitalisation doit être attestée par un médecin. Sauf en cas d'urgence, la prise en charge des frais doit faire l'objet d'une demande préalable auprès de la caisse de maladie. Jusqu'à concurrence de 28 jours par année civile, vous devrez vous acquitter d'un forfait journalier de € 10 par journée passée à l'hôpital.

Frais de déplacement

Les frais de déplacement nécessaires pour recevoir des soins médicaux peuvent, sous certaines conditions, être totalement ou partiellement pris en charge par la caisse de maladie. Les assurés paient eux-mêmes 10% des frais de déplacement, avec un minimum de € 5 et un maximum de € 10 par déplacement.

Les frais de déplacement pour les traitements en ambulatoire ne sont habituellement pas couverts.

Modalités d'accès

Avant tout traitement médical, vous devez présenter votre carte d'assuré maladie (*Krankenversichertenkarte*) au médecin. En cas d'urgence, le médecin vous traitera sans demander la carte, mais, dans ce cas, vous devrez présenter la carte d'assuré maladie dans les 10 prochains jours.

Le traitement est effectué par des médecins ou dentistes ayant signé une convention avec les caisses d'assurance maladie – ce qui est le cas pour plus de 90% de tous les praticiens établis – entre lesquels vous pouvez choisir au début du traitement ou au début de chaque trimestre civil. Vous avez le libre choix du médecin parmi ces praticiens.

Une liste de ces médecins est affichée dans les locaux de votre caisse de maladie.

Si votre médecin considère qu'il est nécessaire de vous adresser à spécialiste, une polyclinique ou un établissement similaire, il va vous établir une lettre à cet effet (*Überweisungsschein*).

Chapitre III : Prestations de maladie en espèces

Ouverture des droits

En Allemagne, si vous êtes salarié et vous devenez inapte au travail pour cause de maladie, votre employeur continuera à vous payer le salaire indépendamment de votre durée de travail hebdomadaire ou mensuelle. Le droit au maintien du salaire (*Entgeltfortzahlung*) existe seulement si votre relation de travail a duré quatre semaines sans interruption.

Couverture de l'assurance

En règle générale, si vous êtes atteint d'incapacité de travail par suite de maladie et sans que votre responsabilité soit engagée, votre employeur continuera à vous payer votre salaire pendant les six premières semaines d'incapacité.

Les personnes malades dont le salaire n'est pas ou plus payé par l'employeur ont droit à des indemnités journalières de maladie (*Krankengeld*) versées par la caisse de maladie. Leur montant est de 70% de vos revenus de référence (*Regelentgelt*), sans toutefois dépasser 90% de ceux-ci.

Les indemnités journalières de maladie sont payées jusqu'à la fin de la période d'incapacité de travail couverte par un certificat médical. Elles ne peuvent toutefois être versées pour une même maladie que pendant un maximum de 78 semaines au cours d'une période de trois ans. Au terme de cette période de trois ans, le paiement d'indemnités pour une nouvelle période de trois ans peut être envisagé sous certaines conditions.

Le bénéfice d'autres prestations, comme une pension d'invalidité ou des prestations d'origine étrangère, entraîne la suppression ou la réduction des indemnités journalières de maladie.

Modalités d'accès

Si vous êtes inapte au travail, vous devez le signaler sans délai à votre employeur ainsi que la durée probable de l'incapacité.

Si votre incapacité de travail dure plus de trois jours calendaires, vous devez fournir à votre employeur un certificat médical de votre médecin, au plus tard le quatrième jour de maladie. Le droit à l'indemnité de maladie existe en principe à partir du jour suivant celui pendant lequel le médecin détermine l'incapacité de travail. Le certificat médical stipule la durée prévue de l'incapacité de travail. Vous devez le soumettre à votre employeur.

Vous êtes tenu de vous soumettre ponctuellement aux examens médicaux auxquels vous êtes convoqué. Toute absence non justifiée par un motif important peut entraîner l'annulation de vos indemnités journalières de maladie.

Si vous percevez d'autres prestations (une pension, par exemple) ou si votre maladie est due à un accident du travail ou à une maladie professionnelle, vous devez en avertir votre caisse de maladie. Pendant la durée de votre incapacité de travail, il importe de ne quitter l'Allemagne qu'avec l'accord de votre caisse de maladie, pour ne pas subir de préjudice financier.

Votre droit aux prestations en espèces en cas de maladie de votre enfant

Si vous êtes couvert par l'assurance maladie légale et votre enfant (de moins de 12 ans) est malade et a besoin de soins (situation attestée par un médecin), vous avez droit aux indemnités de maladie pour une durée maximale de 10 journées de travail par enfant (et au total une durée de 25 journées de travail maximum) pour chaque année civile, pourvu qu'il n'y ait aucune autre personne dans votre ménage qui pourrait prendre soin de l'enfant.

Chapitre IV: Prestations de maternité et de paternité

Ouverture des droits

Toutes les femmes qui bénéficient de [prestations d'assurance maladie en nature](#) ont également droit à des prestations en nature durant leur grossesse et après l'accouchement.

Les femmes qui sont affiliées à l'assurance maladie légale reçoivent une indemnité de maternité de € 13 par jour calendaire pendant le congé de maternité et pour le jour de l'accouchement, si elles ont droit aux indemnités de maladie en cas d'incapacité de travail ou si aucune rémunération n'est payée pendant le congé de maternité. Les salariées qui ne sont pas elles-mêmes affiliées à l'assurance maladie légale (par exemple les femmes couvertes par une assurance privée ou les femmes assurées en vertu de l'assurance maladie légale sur la base d'un droit dérivé (assurance familiale) ("*familierversichert*")) reçoivent au total des indemnités de maternité de maximum € 210, payées par l'Etat fédéral.

Couverture de l'assurance

Les prestations de maternité en nature comprennent:

- les soins médicaux et l'assistance d'une sage-femme pendant la grossesse et après l'accouchement;
- l'assistance d'une sage-femme au moment de l'accouchement, au besoin celle d'un médecin;
- les médicaments, les bandages et autres appareils médicaux et traitements paramédicaux;
- la couverture des frais en cas d'accouchement à l'hôpital;
- le droit à des soins infirmiers à domicile;
- le droit à certaines formes d'aide.

Les indemnités de maternité sont payées six semaines avant l'accouchement et huit semaines après (12 semaines en cas de naissance prématurée ou de naissance multiple). En cas de naissance prématurée, le congé de maternité après accouchement est prolongé du nombre de jours qui n'ont pu être pris avant. Leur montant est fonction de votre rémunération, sans toutefois pouvoir dépasser € 13 par jour civil. La différence éventuelle entre le montant de ces indemnités et votre rémunération est payée par votre employeur.

Modalités d'accès

Si vous êtes enceinte, vous devez obtenir une carte de maternité (*Mutterschaftspass*) indiquant les examens médicaux à passer.

Chapitre V: Prestations d'invalidité

Ouverture des droits

Toutes les personnes assurées légalement pour la pension sont ipso facto assurées contre l'invalidité.

Pension d'invalidité générale (*Erwerbsminderung*)

Cette pension est accordée si un assuré, suite à une réduction de sa capacité de travail pour raisons de santé, n'est plus en mesure d'exercer une activité aux conditions habituelles du marché du travail pendant au moins six heures (pension pour incapacité partielle) ou au moins trois heures (pension pour incapacité totale) par jour.

Pour obtenir cette pension, vous devez apporter la preuve que vous avez acquitté au moins 60 mois de cotisations d'assurance (période d'ouverture de droits). De plus, vous devez prouver que vous avez cotisé à titre obligatoire pendant trois des cinq années qui précèdent le début de l'incapacité. Cette période de cinq ans peut être allongée, par exemple, des temps d'incapacité de travail, de chômage, de formation scolaire et d'éducation des enfants. Lorsqu'un assuré est atteint d'une incapacité moins de six ans après l'achèvement d'une formation, les conditions d'ouverture de droits sont assouplies.

Pension d'invalidité partielle (*teilweise Erwerbsminderung*)

Au titre de la protection de la confiance, les assurés peuvent aussi prétendre à une pension en cas d'invalidité partielle s'ils remplissent les conditions prévues par le droit des assurances, s'ils sont nés avant le 2 janvier 1961 et si une réduction de leur capacité de gain pour raisons de santé les empêche de travailler au moins pendant six heures par jour dans leur profession actuelle ou dans une autre profession qui soit acceptable pour eux.

Limite de cumul de revenus

L'exercice d'une activité professionnelle vous donnant un revenu supplémentaire peut vous faire perdre votre pension. Il importe donc de consulter l'institution de pension compétente avant de vous engager dans une telle activité.

Règles spéciales applicables aux mineurs

Votre aptitude au travail est considérée comme réduite, dans les mines, si, pour cause de maladie ou d'invalidité, vous n'êtes plus en mesure d'y exercer votre activité antérieure ou une activité similaire, à moins que vous n'ayez été embauché dans un emploi équivalent en dehors du secteur minier. Les revenus additionnels tirés d'une activité économiquement non équivalente à l'emploi antérieur sont sans effet sur votre pension.

À partir de l'âge de 50 ans, les mineurs peuvent recevoir une pension s'ils n'exercent plus un emploi équivalent, sur le plan économique, à celui qu'ils exerçaient antérieurement dans la mine. À cet effet, ils doivent toutefois avoir accompli une période d'ouverture de droits de 25 ans.

Prestations de participation

En vertu de la législation sur les pensions, les prestations de réadaptation médicale et de participation au marché du travail (prestations de participation) prévalent sur l'octroi des pensions (selon le principe "réadaptation avant la pension"). Dans le cas où la capacité de travail de la personne assurée peut être maintenue ou rétablie par les prestations de participation, l'assurance pension accorde en premier ces prestations plutôt qu'une pension.

En outre, l'assurance pension fournit aux personnes assurées les prestations nécessaires pour assurer le succès des prestations de participation. Il s'agit notamment des prestations pour l'intégration dans la vie active, les prestations visant à garantir la capacité de travail, les prestations de prévention et les traitements en milieu hospitalier pour les enfants des assurés et des pensionnés, s'il s'avère que par ces moyens leur état de santé particulièrement détérioré ou mauvais peut être amélioré ou rétabli.

Afin d'assurer la subsistance de l'assuré et de sa famille, l'assurance pension verse une indemnité transitoire (*Übergangsgeld*) pendant la période de versement des prestations de participation. L'indemnité transitoire est calculée sur la base des revenus gagnés précédemment. En outre, les frais de déplacement liés à la participation sont couverts, de même que les coûts nécessaires pour l'exploitation agricole, l'aide ménagère et la garde d'enfants.

Couverture de l'assurance

Le montant de la pension dépend du montant des cotisations de sécurité sociale payées durant toute votre «vie d'assurée». Outre les périodes de cotisation, d'autres périodes exemptes de cotisation ou assorties d'une cotisation réduite peuvent influencer la pension à la hausse.

Modalités d'accès

En principe, les pensions ne sont accordées que sur demande. Celle-ci doit être introduite auprès de l'institution compétente en matière d'assurances sociales.

Chapitre VI: Pensions et prestations de vieillesse

Ouverture des droits

Toutes les personnes assurées légalement pour la pension sont ipso facto couvertes par l'assurance vieillesse.

La pension de vieillesse est octroyée en contrepartie du travail fourni durant la vie active. Pour en bénéficier, il faut avoir atteint un certain âge et accompli une période minimale d'assurance (la période générale d'ouverture de droits est de cinq ans de cotisation ou de période de substitution).

Sont pris en compte tous les mois civils au cours desquels vous avez payé des cotisations ou élevé un enfant de moins de trois ans, pour constituer des périodes d'ouverture de droits de cinq, 15 et 25 ans. Pour la période de 35 ans, les durées prises en compte sont toutes celles qui ouvrent un droit à pension. C'est le cas, par exemple, des périodes de formation et des périodes d'éducation d'un enfant de moins de dix ans.

Si, lorsque vous atteignez l'âge légal de la pension, vous souhaitez réduire votre activité professionnelle sans vous arrêter complètement, vous pouvez opter pour une retraite partielle, à savoir bénéficier de votre pension de vieillesse à titre partiel (1/3, 1/2, 2/3 ou l'intégralité). Vous pouvez également renoncer à demander votre pension. Si, à l'âge légal de la retraite, vous n'avez pas demandé à bénéficier d'une pension de vieillesse ou n'avez demandé qu'une pension partielle, la pension à taux plein qui vous sera servie ultérieurement sera majorée d'un montant égal à 0,5% par mois (6% par an) du montant de la fraction dont vous n'avez pas demandé à bénéficier.

Pension de vieillesse normale (*Regelaltersrente*)

L'âge normal de départ à la retraite est progressivement porté à 67 ans de 2012 à 2029, en commençant par les personnes nées en 1947. L'augmentation est égale, initialement, à un mois par cohorte de naissance (augmentation de l'âge de la retraite de 65 à 66 ans). Pour les personnes nées après le 1^{er} janvier 1959, l'augmentation correspond à deux mois par cohorte de naissance (augmentation de l'âge de la retraite de 66 à 67 ans). Pour les personnes nées après le 31 décembre 1963, l'âge légal de 67 ans sera d'application. Il sera toujours possible pour les assurés de partir à 65 ans sans réduction du montant de la pension s'ils ont accompli 45 années de cotisation obligatoire, qu'il s'agisse de travail, de périodes de soins ou de périodes d'éducation d'enfants de dix ans ou moins.

Il n'y a pas de limite au montant qu'il vous est possible de recevoir en plus de votre pension normale.

Pension anticipée

L'âge de la pension anticipée sera ajusté au nouveau régime légal de retraite. Toutefois, il n'y a pas d'ajustement pour les catégories de pension qui sont en cours de suppression, à savoir la pension de retraite en raison de chômage ou après un travail à temps partiel pour les personnes âgées (*Altersteilzeitarbeit*); pour celles-ci, l'âge légal demeure 65 ans.

Une pension anticipée (à taux réduit) peut être demandée à l'âge de 63 ans après une période d'assurance de 35 ans.

La pension de vieillesse pour handicap grave peut être demandée par les personnes ayant atteint l'âge de la retraite pertinent qui sont reconnues comme gravement handicapées au moment du versement de la pension et qui accompli une période d'ouverture de droits de 35 ans. L'âge minimum pour percevoir une pension de vieillesse pour handicap grave à taux plein (c'est-à-dire sans réduction) est progressivement augmenté de 63 à 65 ans, en commençant par les personnes nées après le 1er janvier 1952, alors que l'âge limite pour demander une pension de vieillesse pour handicap grave à taux réduit est progressivement augmenté de 60 à 62 ans.

Conformément au principe de la confiance légitime, les personnes assurées nées avant le 1er janvier 1952 bénéficient toujours du droit à une pension de vieillesse réduite dès l'âge de 63 ans s'ils remplissent les conditions suivantes:

- avoir accompli une période d'ouverture de droits de 15 ans;
- avoir versé des cotisations obligatoires au titre d'une activité assurée pendant huit des dix années précédant le début de la pension;
- être sans emploi au début de la pension;
- avoir été chômeurs à partir de 58,5 ans pendant 52 semaines au total, ou avoir travaillé à temps partiel pour des raisons d'âge (*Altersteilzeitarbeit*) pendant au moins 24 mois avant le début de la pension.

À titre de compensation pour une plus longue durée de versement de la pension, son montant est réduit de 0,3% pour chaque mois de pension prise avant l'âge légal (dans le cas de la pension de vieillesse des personnes gravement handicapées, avant l'âge de 65 ans).

Des dispositions spéciales sont applicables aux mineurs. Ceux-ci peuvent bénéficier d'une pension de vieillesse à l'âge de 60 ans et après une période d'ouverture de droits de 25 ans.

Pension de vieillesse pour les femmes

Les femmes nées avant le 1^{er} janvier 1952 sont admises à la pension de vieillesse moyennant réduction dès l'âge de 60 ans si elles ont cotisé à titre obligatoire pendant plus de dix ans après leur quarantième anniversaire. La période d'ouverture de droits est de 15 ans.

Couverture de l'assurance

Le montant de la pension dépend principalement du montant des cotisations de sécurité sociale payées durant toute votre «vie d'assurée». Outre les périodes de cotisation, d'autres périodes exemptes de cotisation ou assorties d'une cotisation réduite peuvent influencer la pension à la hausse.

Modalités d'accès

En principe, les pensions ne sont accordées que sur demande. Celle-ci doit être introduite auprès de l'institution compétente en matière d'assurances sociales.

Chapitre VII: Prestations en faveur des survivants

Ouverture des droits

Toutes les personnes assurées légalement pour la pension sont ipso facto couvertes par l'assurance survie.

Une pension de veuvage est attribuée au conjoint survivant, au partenaire survivant dans un pacte enregistré et, sous certaines conditions, au conjoint divorcé.

Le droit à **pension de veuvage** est soumis à une période d'ouverture de droits de cinq ans de cotisation ou de périodes de substitution. La période d'ouverture de droits peut être réputée accomplie si l'assuré est décédé par suite d'un accident du travail ou juste après la fin de ses études/sa formation. En outre, pour que le conjoint survivant ait droit à une pension, le mariage doit en principe avoir duré au moins un an.

Une **pension d'orphelin** est en principe versée, au décès de l'assuré, à tout enfant jusqu'à l'âge de 18 ans. La limite d'âge est portée à 27 ans si l'orphelin suit une formation scolaire ou professionnelle, s'il accomplit volontairement une année de travail social ou écologique ou le Service volontaire fédéral (*Bundesfreiwilligendienst*) ou si elle ou il est atteint d'un handicap l'empêchant de subvenir à ses propres besoins. Si la formation scolaire ou professionnelle est interrompue par l'accomplissement du service militaire, le droit à la pension d'orphelin est prolongé d'une durée de 6 mois au-delà de l'âge de 27 ans. Une pension partielle d'orphelin est versée pour le décès d'un seul parent; pour la perte de ses deux parents, l'orphelin touche une pension complète.

Couverture de l'assurance

Pension de veuvage (*Witwen- und Witwerrenten*)

La pension de veuvage représente 25% de la pension d'incapacité totale (*Rente wegen voller Erwerbsminderung*) du défunt (on parle de pension de veuvage minorée). Le paiement de cette prestation est limité à deux ans. La pension est augmentée si le bénéficiaire a la garde d'un enfant, s'il a atteint l'âge de 45 ans (depuis 2012 cette limite d'âge augmente progressivement jusqu'à 47 ans en 2029), ou si sa capacité de gain est de réduite de 55% (on parle de pension de veuvage majorée). Les veuves ou veufs qui ont élevé des enfants bénéficient en outre d'un supplément. En cas de divorce, les droits acquis en commun pour la pension de vieillesse et d'invalidité sont répartis entre les ex-époux.

Mise en commun de la pension

Au lieu de se faire payer les prestations de conjoint et de veuf selon la procédure habituelle, les conjoints peuvent, par une déclaration conjointe, demander que les droits à pension acquis durant la vie commune soient mis en commun. Une condition doit être remplie à cet effet: les deux conjoints doivent avoir chacun au moins 25 années de périodes ouvrant un droit à pension. Le mariage doit être contracté après le 31 décembre 2001 et/ou les deux partenaires devaient, à cette date, avoir moins de

40 ans. Si les conditions précitées sont remplies, les partenaires dans le cadre d'un pacte déclaré peuvent, eux aussi, demander de mettre leurs pensions en commun.

Pension d'orphelin (*Waisenrente*)

La pension d'orphelin pour la perte d'un seul parent se monte à 10% de la pension du défunt plus un supplément pour l'orphelin. Les orphelins des deux parents ont une pension égale à 20% des pensions des défunts plus un supplément pour l'orphelin. La pension d'orphelin est réduite au maximum de 10,8% si l'assuré est mort avant l'âge de 63 ans.

Prise en compte des revenus

Pour déterminer les pensions en cas de décès, il est tenu compte dans une certaine mesure des revenus professionnels ou de substitution du bénéficiaire et, le cas échéant, de ses revenus patrimoniaux. Le montant mensuel d'exonération est lié à l'indice actuel des pensions. Pour les orphelins, il s'élève à 17,5 fois l'indice actuel des pensions, tandis que pour les survivants et les bénéficiaires d'une pension d'éducation il s'élève à 26,4 fois cette valeur. Si les revenus propres du bénéficiaire sont supérieurs au montant d'exonération, 40% du revenu net restant sont imputés aux pensions de survivant.

Modalités d'accès

En principe, les pensions ne sont accordées que sur demande. Celle-ci doit être introduite auprès de l'institution compétente en matière d'assurances sociales.

Chapitre VIII: Prestations pour accidents du travail et maladies professionnelles

Ouverture des droits

L'assurance accidents est obligatoire notamment pour les travailleurs et les personnes en formation. D'autres groupes de personnes sont par ailleurs obligatoirement assurés, à savoir: les enfants en garderie ou sous la garde de personnels qualifiés; les élèves de l'enseignement général; les personnes en réadaptation et les étudiants en milieu universitaire. En principe, les indépendants ne sont pas soumis à l'assurance obligatoire, sauf lorsque l'organisme d'assurance accident compétent, par une disposition dans ses statuts, les couvre explicitement. De toute manière, les travailleurs indépendants peuvent choisir de souscrire une assurance sur une base volontaire.

Les prestations de l'assurance accidents ne sont versées que si un cas d'assurance est survenu. Les cas d'assurance sont les accidents du travail et les maladies professionnelles.

Les accidents du travail sont non seulement les accidents proprement dits survenus dans l'exercice de l'activité assurée, mais aussi les accidents survenus sur le chemin du travail. Ces derniers sont les accidents dont l'assuré est victime alors qu'il se rend au lieu d'exercice de l'activité assurée ou qu'il en revient. Les maladies professionnelles sont les maladies dont l'assuré est victime du fait ou pendant l'exercice de l'activité assurée; elles sont définies dans l'ordonnance relative aux maladies professionnelles (il existe une liste de 73 maladies reconnues). Il y a également possibilité d'établir le caractère professionnel de maladies non inscrites sur la liste (système mixte).

Il faut qu'il existe un lien de causalité entre l'activité assurée et l'accident/la maladie ainsi qu'entre l'accident/la maladie et l'atteinte à la santé.

Couverture de l'assurance

En compensation de l'atteinte à la santé provoquée par un cas d'assurance, vous pouvez prétendre aux prestations suivantes:

Traitement médical

Le traitement médical comprend les premiers secours, les soins médicaux, les médicaments, les traitements paramédicaux et moyens auxiliaires, les soins à domicile ainsi que les prestations de rééducation médicale.

Prestations pour la participation à la vie active

Les prestations pour la participation à la vie active comprennent notamment les prestations visant à conserver ou acquérir un emploi, la recherche d'un emploi, les stages, la préparation à un emploi, la formation et le perfectionnement ainsi que la reconversion professionnelle.

Prestations pour la participation à la vie sociale

Ces prestations visent à réintégrer les personnes dans la vie de la collectivité, et en particulier de les aider à :

- acquérir des connaissances et des compétences pratiques;
- comprendre leur environnement;
- acquérir, entretenir et équiper un logement adapté aux personnes handicapées;
- vivre en autonomie dans un centre d'hébergement;
- participer à la vie culturelle et sociale.

Prestations complémentaires

Les prestations complémentaires concernent notamment la pratique en groupe d'un sport de rééducation sur prescription d'un médecin et sous surveillance médicale, les frais de déplacement requis pour pratiquer ce sport, l'aide aux déplacements, l'aide à domicile ainsi que les frais de garde des enfants.

Prestations de dépendance

Si vous devenez dépendant à la suite d'un cas d'assurance, vous avez droit à des prestations pour soins ou indemnités journalières de soins (même si vous touchez déjà une pension).

Indemnités en cas d'accident et indemnités transitoires

L'indemnité d'accident vous est octroyée pendant la durée de l'incapacité de travail. Elle se monte à 80% de votre salaire brut avant le début de l'incapacité de travail, dans la limite de votre salaire net. Elle est octroyée au terme de la période durant laquelle vous continuez de percevoir votre salaire, et elle est versée en principe pendant au maximum 78 semaines. Le versement de l'indemnité d'accident ne prend pas fin avant que le traitement hospitalier soit terminé. Cette prestation prend fin lorsqu'une pension pour accident du travail ou maladie professionnelle vous est octroyée.

Une prestation transitoire est accordée durant la période où vous bénéficiez des prestations pour la participation à la vie active; son montant est légèrement inférieur à celui de l'indemnité d'accident.

Pension

Si, par suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, votre capacité de gain est réduite d'au moins 20% pendant plus de 26 semaines suivant l'accident, vous allez bénéficier d'une pension. Son montant dépend du niveau de réduction de votre capacité de gain ainsi que de vos revenus professionnels annuels (revenus des 12 derniers mois civils avant que se produise le cas d'assurance).

Pension de survivant (*Hinterbliebenenrenten*)

Si le décès de votre conjoint est dû à un accident du travail ou à une maladie professionnelle, vous bénéficiez d'une pension de survie. Son montant est égal à 40% du revenu annuel perçu du défunt, si vous avez plus de 47 ans ou êtes dans l'incapacité de travail ou encore si vous élevez un enfant ayant droit à une pension d'orphelin. Si vous êtes plus jeune et que vous n'élevez pas d'enfant, vous recevrez une pension annuelle équivalant à 30% du revenu annuel perçu du défunt pendant

deux ans. Toutefois, la pension est maintenue au-delà de la durée de deux ans, soit si la date du décès était antérieure au 1er janvier 2002, soit si les conjoints, dont l'un au moins doit être né avant le 2 janvier 1962, se sont mariés avant le 1er janvier 2002.

Les enfants de moins de 18 ans reçoivent une pension d'orphelin (*Waisenrente*). Un orphelin de père ou de mère reçoit 20% du revenu annuel perçu de la personne assurée, tandis qu'un orphelin de père et de mère en reçoit 30%. Si l'enfant est toujours en formation, la pension lui est servie jusqu'à l'âge de 27 ans.

Si le bénéficiaire de la pension a des revenus propres, ceux-ci peuvent, le cas échéant, être déduits de la pension.

Montant forfaitaire

Dans certains cas, un montant forfaitaire (*Abfindung*) peut être versé en lieu et place de la pension.

Indemnité funéraire

En cas de décès dû à un accident du travail ou à une maladie professionnelle, une allocation décès (*Sterbegeld*) est versée à la personne qui se charge des funérailles. Le montant de cette allocation correspond à 1/7 du salaire de référence (Vieux Länder: € 4.620 – nouveaux Länder: € 3.900; valeurs en 2013).

Modalités d'accès

C'est l'organisme d'assurance accident compétent qui détermine officiellement si une blessure remplit les conditions d'un cas d'assurance et si elle ouvre des droits à prestations. Il est inutile que vous introduisiez vous-même une demande. Votre employeur est tenu de déclarer chaque accident à l'organisme d'assurance accident.

Si vous avez subi un accident, vous devrez généralement consulter un spécialiste (médecin de transition ou *Durchgangsarzt*) agréé par l'organisme d'assurance accidents. C'est le médecin de transition qui décide du traitement médical à suivre, en coopération avec votre organisme d'assurance accidents.

Chapitre IX: Prestations familiales

Ouverture des droits

Sous réserve que les conditions mentionnées ci-dessous soient remplies, toute personne résidant en Allemagne a droit aux allocations familiales (*Kindergeld*) et à l'allocation parentale (*Elterngeld*) pour ses propres enfants, les enfants adoptés ou les enfants du conjoint (les beaux-enfants).

Pour le droit aux allocations familiales, les petits enfants et les enfants placés qui vivent dans le même ménage peuvent être également pris en compte.

Allocations familiales

Les allocations familiales sont accordées pour tous les enfants jusqu'à l'âge de 18 ans. Ensuite l'enfant a toujours droit aux allocations s'il :

- n'a pas encore atteint l'âge de 21 ans, s'il n'a pas conclu une relation de travail et s'il est déclaré comme demandeur d'emploi auprès d'un bureau de placement en Allemagne ou dans un autre État membre de l'UE, en Islande, au Liechtenstein, en Norvège ou en Suisse;
- n'a pas encore dépassé l'âge de 25 ans et s'il se trouve en formation scolaire ou professionnelle ou en transition entre deux cycles de formation de quatre mois maximum ou s'il participe à un service volontaire au sens du § 32 paragraphe 4 phrase 1 n°2 lettre d de la Loi sur l'impôt sur le revenu (*Einkommensteuergesetz*) ou qui n'est pas en mesure de commencer ou de poursuivre une formation professionnelle en raison de l'absence de places de formation disponibles
- n'est pas en mesure de subvenir à ses besoins en raison d'un handicap physique, mental ou psychique survenu avant qu'il n'ait atteint l'âge de 25 ans.

Les enfants majeurs peuvent être pris en compte seulement à l'issue d'une première formation professionnelle s'ils sont sans emploi. Un emploi salarié dont la durée de travail hebdomadaire habituelle peut aller jusqu'à 20 heures par semaine, une formation professionnelle ou un emploi mineur sont autorisés.

Vous ne pouvez prétendre à des allocations familiales pour un enfant au titre duquel vous-même, votre conjoint ou un tiers, ayant un lien de parenté avec l'enfant, recevez/reçoit déjà une prestation similaire.

Allocation parentale (*Elterngeld*)

L'allocation parentale est payée à la mère et/ ou au père à condition que les parents vivent avec l'enfant dans le même ménage et l'élèvent eux-même. Le parent qui reçoit cette allocation est autorisé à exercer une activité professionnelle à temps partiel pour autant que celle-ci ne dépasse pas 30 heures par semaine. Elle peut être payée jusqu'à ce que l'enfant ait atteint l'âge de 14 mois.

Les conjoints ou partenaires s'occupant de l'enfant après la naissance (même si l'enfant n'est pas le leur) peuvent bénéficier de l'allocation parentale dans les mêmes conditions. Il en va de même des proches jusqu'au 3ème degré, si les parents en difficultés (maladie, handicap ou décès) ne peuvent s'occuper eux-mêmes de l'enfant.

Pour les enfants adoptés ou placés dans le foyer en vue d'adoption, l'allocation parentale peut être versée jusqu'à concurrence de 14 mois. Cette période de 14 mois commence dès l'entrée de l'enfant dans le foyer. Les droits s'éteignent lorsque l'enfant a atteint l'âge de huit ans.

Couverture de l'assurance

Allocations familiales

Les allocations familiales sont payées à un montant égal à € 184 pour les deux premiers enfants, € 190 pour le troisième et € 215 pour le quatrième et les suivants.

Allocation parentale

Les parents peuvent bénéficier d'une allocation parentale pendant au moins deux mois (période minimale de référence) et au plus 12 mois. En principe, les deux parents sont conjointement habilités à un total de 12 versements habituels, octroyés à chaque mois de l'enfant. Ils ont droit à un versement supplémentaire de deux mois si tous deux utilisent l'allocation parentale et que leurs revenus sont réduits d'au moins deux mois (mois partagés).

Les parents isolés peuvent recevoir une allocation parentale en tant que revenu de remplacement pendant maximum 14 mois.

L'allocation parentale (*Elterngeld*) se substitue à, en principe, 67% du revenu net ajusté. Pour les personnes ayant un revenu net de € 1.200 avant la naissance le taux de remplacement du revenu est progressivement réduit à 65%. Pour les personnes à faible revenu le taux de remplacement du revenu est porté à 100%. Dans l'absolu, l'allocation parentale s'élève à au moins € 300 (quel que soit le niveau de revenu) et au plus € 1.800 par mois. Les familles de plusieurs enfants en bas âge perçoivent un bonus familial se montant à 10% de l'allocation parentale à laquelle elles ont droit, soit au minimum € 75 par mois.

Modalités d'accès

Les allocations familiales ne sont accordées que sur demande écrite. Le formulaire de demande peut être obtenu à l'Agence pour l'emploi (caisse d'allocations familiales). Vous trouverez de plus amples informations à l'adresse <http://www.familienkasse.de>.

L'Agence pour l'emploi (caisse d'allocations familiales) verse les allocations sur le compte bancaire désigné et pour le mois en cours.

Vous êtes tenu de signaler de votre propre initiative et sans délai à l'Agence pour l'emploi tout changement dans les renseignements fournis au moment de la demande, susceptible d'avoir une incidence sur votre droit aux allocations familiales (par exemple achèvement de la formation professionnelle de l'enfant).

La caisse d'allocations familiales compétente pour le paiement des allocations familiales varie en fonction du lieu de résidence. Votre caisse d'allocations familiales vous fournira toutes les informations nécessaires. Vous trouverez de plus amples informations à l'adresse <http://www.familien-wegweiser-regional.de/Kindergeld.113.0.html>.

L'allocation parentale est octroyée uniquement sur demande écrite. Les bureaux d'allocation parentale sont compétents pour l'examen de votre demande et le versement de la prestation. Selon les *Länder*, cette tâche est effectuée par les différents bureaux. Le bureau d'allocation parentale compétent dans votre cas, ainsi que les formulaires de demande sont disponibles à <http://www.familien-wegweiser-regional.de/Elterngeld.73.0.html>.

Chapitre X: Chômage

Ouverture des droits

Allocations de chômage ordinaires

En principe, lorsque vous êtes salarié ou apprenti et que vous perdez votre emploi, vous avez droit à des allocations de chômage, à condition:

- d'avoir signalé votre chômage au bureau de l'emploi et d'avoir introduit une demande d'allocations;
- de n'exercer aucune activité ou seulement une activité de moins de quinze heures par semaine;
- d'être à la disposition du bureau de placement (*Arbeitsvermittlung*) (c'est-à-dire être apte au travail et prêt à accepter tout emploi convenable qui vous sera proposé) et de chercher vous-même activement à sortir du chômage;
- d'avoir accompli la période d'ouverture de droits nécessaire pour avoir droit aux allocations de chômage, c'est-à-dire d'avoir exercé une activité professionnelle soumise à cotisation pendant au moins 12 mois au cours des deux dernières années. Sous certaines conditions, et jusqu'au 31 décembre 2014 six mois d'activité professionnelle sont suffisants pour remplir la condition de la période d'ouverture de droits.

En tant que chômeur, vous êtes tenu d'exploiter chaque opportunité de trouver un emploi. Vous devez satisfaire à toutes les exigences inscrites dans la convention de réintégration que vous avez signée avec votre agence pour l'emploi.

Les allocations ne sont pas octroyées pendant un délai maximal de 12 semaines (*Sperrzeit*) si, sans une excellente raison:

- vous avez vous-même mis fin à votre emploi;
- vous refusez un travail qui vous est proposé par le bureau de l'emploi;
- vous refusez de participer à une quelconque mesure raisonnable susceptible de déboucher sur un emploi.
- vous ignorez une demande de déclaration auprès du bureau de l'emploi ou vous omettez de vous enregistrer rapidement comme demandeur d'emploi.

Prestations minimales en faveur des demandeurs d'emploi (allocations de chômage II / allocations sociales)

Après les allocations de chômage, ou en complément de celles-ci, vous avez droit à des allocations de chômage de type II si vous êtes:

- apte au travail;
- sans ressources;
- âgé de 15 à 65 ans (ou avoir atteint la limite d'âge différenciée selon le § 7a du livre II du Code social, *Sozialgesetzbuch SGB II*);
- résident habituel de la République fédérale d'Allemagne.

Les bénéficiaires inaptes au travail qui vivent avec un bénéficiaire indigent apte au travail dans le cadre d'une «communauté de besoin» (*Bedarfsgemeinschaft*)

bénéficient, pour subvenir à leurs besoins, d'allocations sociales s'ils ne font pas partie de la catégorie de personnes visée par le livre XII du Code social (*Sozialgesetzbuch, SGB XII*).

Couverture de l'assurance

Allocations de chômage ordinaires

Les allocations varient en fonction de votre salaire, de la catégorie fiscale mentionnée sur votre carte de contribuable et du nombre d'enfants que vous avez.

Pour le calcul de l'allocation, le salaire journalier moyen au cours de la dernière année est pris en compte jusqu'à un plafond d'allocation de € 5.800 par mois dans les vieux Länder et de € 4.900 par mois dans les nouveaux Länder.

Les bénéficiaires avec enfants reçoivent 67% de leur revenu net, tandis que ceux sans enfants n'en reçoivent que 60%.

La durée de versement des allocations dépend de votre période de cotisation et de votre âge, avec un maximum de 24 mois. Elle va de six mois, pour les personnes pouvant justifier de 12 mois de cotisations obligatoires, jusqu'au maximum de 24 mois pour les personnes plus âgées pouvant justifier de 48 mois de cotisations obligatoires. La durée des prestations varie de trois à cinq mois dans des circonstances spéciales, après l'achèvement d'une période d'ouverture de droits de 6 à 10 mois d'activité professionnelle; cette disposition est en vigueur jusqu'au 31 décembre 2014.

Prestations minimales en faveur des demandeurs d'emploi (allocations de chômage II / allocations sociales)

La prestation minimale en faveur des demandeurs d'emploi est une aide accordée en fonction des besoins et sous condition de ressources, et dont le montant est déterminé avec l'aide sociale pour garantir un niveau socioculturel de subsistance. Le niveau de subsistance requis est accordé en fonction de "besoins normaux" (*Regelbedarfe*) fixés au plan fédéral qui sont les mêmes dans toute l'Allemagne. Les frais réels de logement et de chauffage sont couverts à 100% s'ils sont raisonnables. Les besoins normaux autorisés sont octroyés sous forme d'un montant forfaitaire couvrant les frais de nourriture, d'hygiène personnelle, d'équipements ménagers ainsi que les besoins personnels du quotidien. En outre, les "besoins accrus" (*Mehrbedarfe*) (par exemple en cas de grossesse ou pour les parents isolés, etc) ainsi que des prestations spéciales peuvent être accordées. Les ressources minimum garantissant un niveau matériel et socioculturel de subsistance pour les enfants, les adolescents et les jeunes adultes assurent le soi-disant «programme d'éducation et de participation». Grâce à ce programme, les besoins en termes de voyages scolaires, fournitures scolaires personnalisés, transports scolaires, déjeuners, activités sportives, culturelles et de loisirs et, sous certaines conditions, l'aide à l'apprentissage/aux études sont pris en compte.

La durée de versement de cette prestation minimale est en principe illimitée: elle dure aussi longtemps que sont satisfaites les conditions d'éligibilité mais, en règle générale, elle est octroyée pour une période de six mois au terme de laquelle il convient de justifier de nouveau ses droits.

Autres prestations

Pendant que vous êtes au chômage, le régime d'assurance chômage paie en votre nom :

- les cotisations d'assurance maladie; pour le recours aux prestations, voir les conditions exposées à la partie sur les [soins de santé](#);
- les cotisations d'assurance dépendance légale.

Tant que vous bénéficiez de prestations de chômage, vous êtes aussi assuré contre certains accidents.

En Allemagne, la législation ne prévoit pas de prestations de préretraite. Dans le cadre du droit des conventions collectives, de nombreux secteurs d'activité disposent toutefois de dispositions en matière de préretraite.

Modalités d'accès

Allocations de chômage ordinaires

Pour en bénéficier, vous devez vous inscrire en tant que chômeur au bureau de l'emploi et introduire votre demande d'allocations;

Vous êtes tenu de signaler spontanément au bureau de l'emploi toute modification de votre situation personnelle susceptible d'avoir une incidence sur vos droits aux prestations (par exemple, octroi d'une pension, accès à un emploi).

Prestations minimales en faveur des demandeurs d'emploi (allocations de chômage II / allocations sociales)

Dès lors que vous avez demandé à bénéficier de cette prestation, vous devez vous présenter sur demande auprès de l'institution compétente pour les prestations minimales (le soi-disant Jobcenter). Tout refus de répondre à une telle demande sans motif valable peut entraîner des sanctions sous forme de réduction des prestations.

La prestation minimale en faveur des demandeurs d'emploi suppose une évaluation spécifique. C'est le Jobcenter qui statue sur les demandes. L'incapacité de travail est également déterminée par le Jobcenter. En outre, en cas de recours vous devez obtenir un avis d'expert de la part du Jobcenter. Le Jobcenter dispose de services extérieurs pour lutter contre la fraude aux prestations.

Chapitre XI : Garantie de ressources

Ouverture des droits

Allocation d'assistance

Toute personne incapable de subvenir à ses besoins par ses propres ressources, qu'elles soient financières (revenus et biens patrimoniaux) ou physiques (capacité de travail), ou à l'aide de tiers, peut prétendre à une aide sociale sous réserve qu'elle réside en Allemagne.

La législation sur l'aide sociale concerne plusieurs domaines, chacun présidant aux prestations octroyées dans des situations spécifiques. Les prestations évoquées ici font partie intégrante du régime (financé par l'impôt) des ressources minimales accordées sous conditions de ressources pour assurer un niveau de vie décent aux personnes dans le besoin incapables de travailler et qui ne gagnent pas suffisamment pour subvenir aux besoins ou qui ne reçoivent pas le soutien nécessaire de tierces personnes. En particulier, les personnes de moins de 65 ans qui ne peuvent subvenir à leurs besoins et qui sont temporairement dans l'incapacité de travailler perçoivent des prestations relevant de l'aide à la subsistance (*Hilfe zum Lebensunterhalt*). Les personnes âgées de 65 ans révolus ou celles âgées de plus de 18 ans souffrant d'une incapacité de travail totale permanente pour des raisons médicales, peuvent prétendre à un complément de pension (sous conditions de besoins) vieillesse/réduction de la capacité de gain (*Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung*). Les chômeurs aptes au travail mais sans ressources peuvent demander la prestation minimale en faveur des demandeurs d'emploi ([allocations de chômage II/ allocations sociales](#)).

Tout personne membre d'un foyer éligible peut introduire une demande d'aide sociale de son plein droit. Le montant total augmente avec la taille de la famille. Les revenus et biens patrimoniaux du demandeur et du conjoint ou partenaire vivant sous le même toit sont pris en compte pour le calcul des prestations.

Allocation pour cécité et allocation de soins

Selon la législation respective des *Länder*, les personnes souffrant de cécité partielle ou totale peuvent, sous certaines conditions, bénéficier d'allocations pour cécité et d'allocations de soins dépendant du Land (*Landesblindengeld* et *Landespflegegeld*). Dans certains *Länder*, les personnes atteintes de surdité et celles souffrant de certains handicaps majeurs peuvent également prétendre à des allocations de soins. Le droit à ces prestations est nécessairement lié à la résidence ou au séjour habituel dans le Land concerné.

Couverture de l'assurance

Allocation d'assistance

Les montants standard (*Regels tze*) sont fixés par les *Länder*. Les montants standard varient en fonction de l'âge et de la position du bénéficiaire au sein du foyer. Depuis le 1er janvier 2013 les "besoins normaux" (*Regelbedarfe*) sont dans toute l'Allemagne comme suit:

- les besoins normaux pour le chef de famille ainsi que pour une personne vivant seule: € 382;
- les besoins normaux pour les conjoints ou les partenaires qui vivent ensemble: € 345;
- pour une personne adulte, qui ne vit pas en ménage ou qui ne partage pas la même habitation avec une autre personne en tant que conjoint, partenaire ou dans le cadre d'un partenariat quasi matrimonial: € 306,
- pour les membres du ménage âgés de moins de 6 ans: € 306,
- pour les membres du ménage âgés de 6 à 14 ans: € 255,
- pour les membres du ménage âgés de plus de 14 ans: € 289.

Les montants standard (*Regelsätze*) peuvent faire l'objet des compléments suivants:

- compléments pour besoins spécifiques de certains groupes (par exemple enfants, familles monoparentales, femmes enceintes, personnes aux besoins nutritionnels accrus en raison de certaines maladies, etc.);
- prestations ponctuelles non incluses en tant que forfait dans le montant standard, comme par exemple pour le premier «trousseau» (notamment en cas de grossesse et de naissance), ou pour équipements initiaux pour le foyer (notamment appareils ménagers);
- programme d'éducation et de participation (*Bildungs- und Teilhabepaket*) pour les enfants et les jeunes, couvrant notamment les besoins en termes de voyages scolaires, fournitures scolaires personnalisés, transports scolaires, déjeuners, activités sportives, culturelles et de loisirs et, sous certaines conditions, l'aide à l'apprentissage/aux études.

Modalités d'accès

Allocation d'assistance

C'est l'organisme responsable de l'aide sociale qui statue sur les demandes. L'incapacité permanente totale de travail d'une personne comme condition d'octroi d'un complément de pension (sous conditions de besoins) vieillesse et en cas de réduction de la capacité de gain (*Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung*) est déterminée par l'organisme d'assurance pension de l'État. L'organisme responsable de l'assurance sociale dispose de services extérieurs qui examinent les conditions de vie et de travail des demandeurs au cas par cas.

Chapitre XII : Soins de longue durée

Ouverture des droits

En Allemagne, les prestations de soins de longue durée en cas de besoin de soins (dépendance) sont assurées dans le cadre du régime légal de l'assurance dépendance.

L'assurance dépendance sociale (livre XI du Code social, *Sozialgesetzbuch SGB XI*) est une branche indépendante de la sécurité sociale, qui couvre le risque de dépendance de façon similaire à celle de l'assurance contre la maladie, les accidents, le chômage ainsi que l'assurance-vieillesse. La longue liste des prestations de soins de longue durée contribue à atténuer le fardeau physique, mental et financier pour les personnes ayant besoin de soins et pour les membres de leur famille et qui résulte du besoin de soins de longue durée, et les aide à vivre en dignité et selon leurs désirs malgré leur besoin de soins.

Toute personne couverte par l'assurance maladie légale ou privée est automatiquement et obligatoirement couverte par l'assurance dépendance obligatoire ou privée. Pour avoir droit aux prestations en vertu du régime légal de l'assurance dépendance, une période d'ouverture de droits (stage) de deux ans est requise. Selon les conditions du régime légal de l'assurance dépendance, une personne a besoin de soins si, pour des raisons physiques ou émotionnelles, ou suite à une maladie mentale ou à un handicap, elle est censée nécessiter une assistance dépendance d'au moins six mois pour faire face à ses activités quotidiennes. Le besoin d'aide à prendre en compte s'étend aux domaines de l'hygiène personnelle, de l'alimentation, de la mobilité ainsi que des soins généraux et de l'aide ménagère. Plutôt que sur l'âge ou le revenu, le montant des prestations de soins de longue durée est basé sur l'ampleur des besoins de soins telle que déterminée par le service médical de l'assurance maladie. Cela signifie que, en principe, seules les personnes qui font partie au moins de la catégorie I reçoivent des prestations de soins de longue durée. Pour certaines prestations (les soi-disant "offres à bas seuil") un niveau inférieur de besoins de soins est suffisant pour avoir droit à ces prestations.

Les personnes ayant des besoins de soins mineurs (de moins de 90 minutes par jour) ou les personnes avec une couverture d'assurance partielle ("*Teilkaskoversicherung*") pour lesquelles les prestations plafonnées ne sont pas suffisantes pour couvrir les coûts réels, peuvent, dans certains cas, recevoir des prestations de soins en vertu du régime de l'aide sociale.

Les prestations d'aide sociale (la soi-disant "aide pour soins") ne sont accordées qu'en cas de dépendance financière de la personne concernée, à savoir que la personne nécessitant des soins ne peut ni en assurer les frais totaux ni les faire porter par un tiers.

De plus, le régime légal de l'assurance dépendance prévoit pour les membres de la famille assurant les soins et pour d'autres aidants informels le paiement des cotisations à l'assurance pension, fournit la couverture pour l'assurance accident, le paiement des cotisations à l'assurance chômage pendant les périodes de soins ainsi que d'autres prestations d'appui, par exemple, des cours de formation gratuits, des possibilités de remplacement et des soins de substitution etc.

Couverture de l'assurance

Prestations en nature

En plus du droit aux conseils en matière de soins pour tout le monde, les prestations en nature comprennent principalement:

- la mise à disposition de soins à domicile et d'aides domestiques par des centres ambulatoires ou des soignants individuels;
- un paiement forfaitaire pour les frais de soins en milieu hospitalier (y compris pour les soins temporaires (*Kurzzeitpflege*)).

Pour la catégorie III, le montant des prestations en nature est de € 1.550 et pour les cas dits difficiles € 1.918.

Le montant de ces prestations dépend du degré de dépendance et est fixé par la loi.

De plus, il y a des prestations d'accompagnement pour compléter les soins à domicile telles que le remplacement (*Verhinderungspflege*), les soins temporaires (*Kurzzeitpflege*) ainsi que les soins de jour et de nuit (*Tages-und Nachtpflege*).

Les prestations de soins à domicile peuvent également être complétées par des aides et des appareils visant à faciliter l'apport des soins ou les activités ménagères ou par des mesures visant à l'amélioration des conditions de vie.

Des prestations additionnelles de soins sont à la disposition des personnes ayant d'importants besoins de soins (par exemple les personnes séniles ou affectées d'une maladie ou d'un handicap mentaux).

La durée de ces prestations est illimitée: elles sont servies aussi longtemps que sont satisfaites les conditions d'éligibilité

Prestations en espèces

Si une personne nécessitant des soins veut assurer elle-même ses soins, elle peut prétendre à une allocation de soins pour faire face adéquatement aux nécessités de base et aux tâches ménagères. Le montant de cette allocation dépend du degré de dépendance. Pour la catégorie III, elle est de € 700.

Des prestations à la fois en espèces et en nature peuvent être combinées: si la personne nécessitant des soins ne demande que partiellement les prestations en nature, elle peut prétendre également au versement proportionnel d'une allocation de soins. En plus du droit aux soins de jour, la personne conserve le droit de recevoir 50% de la prestation de soins en nature ou de l'allocation de soins.

Il y a un libre choix entre les prestations en nature et en espèces.

La durée de ces prestations est illimitée: elles sont servies aussi longtemps que sont satisfaites les conditions d'éligibilité

Modalités d'accès

Le service médical de l'assurance maladie, qui se compose en principe de médecins et d'équipes de soins spécialisées, évalue la situation pour mesurer le besoin en soins de longue durée.

Dans la procédure d'évaluation, quatre indicateurs sont pris en considération : l'hygiène personnelle, la nourriture, la mobilité et l'entretien du ménage.

Annexe: Adresses des institutions et sites internet utiles

De plus amples informations sur les conditions d'ouverture des droits et les prestations individuelles de sécurité sociale en Allemagne sont disponibles auprès des organismes publics gérant le système de protection sociale.

Les demandes de renseignements concernant l'incidence des périodes d'assurance accomplies dans plusieurs États membres sur les pensions et autres prestations doivent être adressées à:

Assurance maladie et dépendance légale

GKV Spitzenverband, Abteilung
Deutsche Verbindungsstelle
Krankenversicherung – Ausland (DVKA)
(Organe allemand de liaison de l'assurance maladie légale à l'étranger)
Pennefeldsweg 12 c
53177 Bonn
Tél. +49 228 95300
<http://www.dvka.de>

Assurance accidents

Deutsche Verbindungsstelle Unfallversicherung – Ausland
(Fédération centrale des associations d'assurance civile des employeurs industriels)
Alte Heerstraße 111
53757 Sankt Augustin
Tél. +49 2241 231 1142
<http://www.dguv.de>

Assurance chômage et allocations familiales

Bundesagentur für Arbeit
(Agence fédérale pour l'emploi)
Regensburger Straße 104
90478 Nürnberg
Tél. +49 911 179 0
<http://www.europaserviceba.de>
<http://www.arbeitsagentur.de>

Organes de liaison de l'assurance pension légale

(Assurance pension allemande)
Deutsche Rentenversicherung
<http://www.deutsche-rentenversicherung.de>

(Grèce, Liechtenstein, Suisse, Chypre
Assurance pension allemande Bade-Württemberg)
Greece, Liechtenstein, Switzerland, Cyprus
Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg
76122 Karlsruhe
Tél. +49 721 825 0
et
70429 Stuttgart
Tel. +49 711 848 0
<http://www.deutsche-rentenversicherung-bw.de>

(Pologne
Assurance pension allemande Berlin-Brandenburg)
Poland
Deutsche Rentenversicherung Berlin-Brandenburg
Knobelsdorffstraße 92
14059 Berlin
Tél. +49 30 3002 0
<http://www.deutsche-rentenversicherung-berlin-brandenburg.de>

(Hongrie
Assurance pension allemande d'Allemagne centrale)
Hungary
Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland
Kranichfelder Straße 3
99097 Erfurt
Tél. +49 361 482 0

(Bulgarie
Assurance pension allemande d'Allemagne centrale)
Bulgaria
Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland
Paracelsusstraße 21
06114 Halle
Tél. +49 345 213 0
<http://www.deutsche-rentenversicherung-mitteldeutschland.de>

(Slovénie, Slovaquie, République tchèque
Assurance pension allemande du sud de la Bavière)
Slovenia, Slovakia, Czech Republic
Deutsche Rentenversicherung Bayern Süd
84024 Landshut
Tél. +49 871 81 0

(Autriche
Assurance pension allemande du sud de la Bavière)
Austria
Deutsche Rentenversicherung Bayern Süd
81729 München
Tél. +49 89 6781 0
<http://www.deutsche-rentenversicherung-bayernsued.de>

(Danemark, Finlande, Norvège, Suède
Assurance pension allemande pour le Nord)
Denmark, Finland, Norway, Sweden
Deutsche Rentenversicherung Nord
Ziegelstraße 150
23556 Lübeck
Tél. +49 451 485 0

(Estonie, Lettonie, Lituanie
Assurance pension allemande pour le Nord)
Estonia, Latvia, Lithuania
Deutsche Rentenversicherung Nord
Platanenstraße 43
17033 Neubrandenburg
Tél. +49 395 370 0

(Irlande, Royaume-Uni
Assurance pension allemande pour le Nord)
Ireland, United Kingdom
Deutsche Rentenversicherung Nord
Friedrich-Ebert-Damm 245
22159 Hamburg
Tél. +49 40 5300 0
<http://www.deutsche-rentenversicherung-nord.de>

(Belgique, Espagne
Assurance pension allemande Rhénanie)
Belgium, Spain
Deutsche Rentenversicherung Rheinland
40194 Düsseldorf
Tél. +49 211 937 0
<http://www.deutsche-rentenversicherung-rheinland.de>

(France, Luxembourg
Assurance pension allemande Rhénanie-Palatinat)
France, Luxembourg
Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz
Eichendorffstraße 4-6
67346 Speyer
Tél. +49 6232 17 0
<http://www.deutsche-rentenversicherung-rlp.de>

(Italie, Malte
Assurance pension allemande Souabe)
Italy, Malta
Deutsche Rentenversicherung Schwaben
Dieselstraße 9
86154 Augsburg
Tél. +49 821 500 0
<http://www.deutsche-rentenversicherung-schwaben.de>

(Portugal
Assurance pension allemande Bavière nord)
Portugal
Deutsche Rentenversicherung Nordbayern
Friedenstraße 12/14
97072 Würzburg
Tél. +49 931 802 0
<http://www.deutsche-rentenversicherung-nordbayern.de>

(Islande, Pays-Bas
Assurance pension allemande Westphalie)
Iceland, Netherlands
Deutsche Rentenversicherung Westfalen
Gartenstraße 194
48125 Münster
Tél. +49 251 238 0
<http://www.deutsche-rentenversicherung-westfalen.de>

Organe de liaison pour tous les pays lorsque des cotisations ont été payées à l'assureur

(Assurance pension fédérale)
Deutsche Rentenversicherung Bund
10704 Berlin
Tél. +49 30 865 1
<http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de>

Organe de liaison pour les mineurs, les cheminots et les marins

Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See
(Régime d'assurance pension allemand pour les mineurs, les cheminots et les marins)
Pieperstraße 14-28
44789 Bochum
Tél. +49 234 304 0
<http://www.deutsche-rentenversicherung-knappschaft-bahn-see.de>

Organe de liaison pour les pensions de vieillesse des agriculteurs

Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau
(Assurance sociale pour l'agriculture, la sylviculture et l'horticulture)
Weissensteinstraße 70-72
34131 Kassel
Tél. +49 561 9359 0
<http://svlfg.de>

Informations sur la compensation sociale

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS)
(Ministère fédéral du Travail et des Affaires sociales)
Wilhelmstraße 49
10117 Berlin
Tél. +49 30 18 527 0

<http://www.bmas.de/DE/Themen/Soziale-Sicherung/Soziale-Entschaedigung/inhalt.html>