



Comisión
Europea

La Seguridad Social

en Grecia

La información que figura en la presente guía se ha redactado y actualizado en estrecha colaboración con los corresponsales nacionales del Sistema de Información Mutua sobre Protección Social (MISSOC). Para más información sobre la red MISSOC, véase: <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=es&catId=815>.

La presente guía ofrece una descripción general de las disposiciones en materia de Seguridad Social de cada país. Puede obtenerse más información en otras publicaciones de MISSOC, disponibles en el enlace anterior. Asimismo, es posible dirigirse a las autoridades y las instituciones competentes que figuran en la lista del anexo I de esta guía.

Ni la Comisión Europea ni ninguna persona que actúe en su nombre serán responsables del uso que pudiera hacerse de la información contenida en la presente publicación.

ÍNDICE

Capítulo I. Introducción, organización y financiación	5
Introducción.....	5
Organización de la protección social	6
Financiación	8
Capítulo II. Asistencia sanitaria	9
Nacimiento del derecho a la asistencia sanitaria.....	9
Alcance de la cobertura	9
¿Cómo se accede a la asistencia sanitaria?.....	10
Capítulo III. Prestaciones de enfermedad en metálico	12
Nacimiento del derecho a las prestaciones de enfermedad en metálico	12
Alcance de la cobertura	12
¿Cómo se accede a las prestaciones de enfermedad en metálico?	13
Capítulo IV. Prestaciones de maternidad y paternidad	14
Nacimiento del derecho a las prestaciones de maternidad y paternidad	14
Alcance de la cobertura	14
¿Cómo se accede a las prestaciones de maternidad y paternidad?.....	15
Capítulo V. Prestaciones de invalidez.....	16
Nacimiento del derecho a las prestaciones de invalidez.....	16
Alcance de la cobertura	17
¿Cómo se accede a las prestaciones de invalidez?.....	18
Capítulo VI. Pensiones y prestaciones de vejez	20
Nacimiento del derecho a las prestaciones de vejez.....	20
Alcance de la cobertura	21
¿Cómo se accede a las prestaciones de vejez?.....	22
Capítulo VII. Prestaciones de supervivientes	23
Nacimiento del derecho a las prestaciones de supervivientes.....	23
Alcance de la cobertura	24
¿Cómo se accede a las prestaciones de supervivientes?	25
Capítulo VIII. Prestaciones de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales ..	26
Nacimiento del derecho a las prestaciones de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.....	26
Alcance de la cobertura	26
¿Cómo se accede a las prestaciones de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales?	27
Capítulo IX. Prestaciones familiares	28
Nacimiento del derecho a las prestaciones familiares.....	28
Subsidios familiares en el marco del estado de bienestar	28
Alcance de la cobertura	29
¿Cómo se accede a las prestaciones familiares?.....	29
Capítulo X. Desempleo	31
Nacimiento del derecho a las prestaciones de desempleo	31
Alcance de la cobertura	31
¿Cómo se accede a las prestaciones de desempleo?	32
Capítulo XI. Recursos mínimos	33
Nacimiento del derecho a prestaciones relativas a los recursos mínimos	33
Alcance de la cobertura	33
¿Cómo se accede a las prestaciones de recursos mínimos?	33
Capítulo XII. Dependencia	34
Nacimiento del derecho a las prestaciones de dependencia	34
Alcance de la cobertura	34

¿Cómo se accede a las prestaciones de dependencia?.....	34
Anexo. Direcciones de instituciones y sitios web útiles.....	36

Capítulo I. Introducción, organización y financiación

Introducción

Cualquiera que trabaje en Grecia tiene derecho a las prestaciones de la Seguridad Social en las mismas condiciones que un trabajador (nacional) griego. Si se tienen familiares que residan en Grecia, éstos tendrán derecho igualmente a las prestaciones en las mismas condiciones que los familiares de los trabajadores griegos.

No todas las instituciones de seguro se rigen por las mismas leyes. Por ello, las prestaciones de seguridad social, las condiciones de adquisición de derechos y la documentación acreditativa necesaria pueden variar de un organismo a otro. No obstante, el Instituto de Seguros Sociales - Caja General del Seguro de los Trabajadores por Cuenta Ajena, conocido por las siglas **IKA-ETAM**, es la mayor organización de la seguridad social de los trabajadores por cuenta ajena en Grecia y a ella están afiliados la mayoría de los trabajadores. Esta guía se centra principalmente en la protección social que ofrece.

El IKA-ETAM cubre tanto a los trabajadores del sector privado como del público que se beneficien de un contrato de trabajo de derecho privado, siempre que no estén afiliados a otro régimen general de seguros. *El IKA-ETAM cubre las [prestaciones de enfermedad en metálico](#), las [prestaciones de maternidad](#), y las [pensiones](#). Las [prestaciones familiares](#) y las [prestaciones de desempleo](#) son administradas por la Oficina Nacional de Empleo (OAED): el IKA-ETAM es el que recauda las cotizaciones para la OAED.*

Si usted trabaja en una actividad cubierta por otra institución de seguros, le rogamos se dirija al organismo correspondiente. Las señas de las sedes principales de estos organismos figuran en el apartado de direcciones de instituciones y sitios web útiles. De lo contrario, puede dirigirse a la delegación local del IKA-ETAM de su lugar de residencia y solicitar información sobre el régimen de seguros aplicable a su caso.

Modalidades de afiliación al IKA-ETAM

Cuando trabaje por primera vez en un empleo que entre dentro del régimen del IKA-ETAM deberá darse de alta en la oficina correspondiente o en las dependencias del IKA-ETAM de su lugar de residencia. Posteriormente deberá comunicar personalmente cualquier cambio que afecte a sus datos personales. Una vez dado de alta deberá presentar a la empresa una copia del certificado de inscripción. Este certificado da fe de su condición de asegurado, por la que se le otorga un número de asegurado en el registro del IKA-ETAM.

Sus datos de seguro constan en las declaraciones periódicas analíticas (APD) que la empresa cumplimenta y envía al IKA-ETAM en los intervalos estipulados. En el extracto de su cuenta personal de seguridad social figura su historial de asegurado (días trabajados y otros datos sobre el seguro) en formato electrónico. Tras informatizar las APD, el extracto de la cuenta personal de la seguridad social se

actualiza y a partir de entonces, cada semestre le será enviada la versión más reciente a la empresa, que debe remitírsela al trabajador. Cuando finalice la puesta al día de las direcciones de los asegurados en los archivos electrónicos del IKA-ETAM, el extracto le será enviado directamente al interesado a su lugar de residencia. Si trabaja por cuenta propia, deberá dirigirse usted mismo a la Asociación o Cámara profesional correspondiente (a saber, el Colegio de Abogados de Atenas, la Cámara Técnica, etc.) y, en su caso, a la autoridad tributaria (*Δημόσια Οικονομική Υπηρεσία, Δ.Ο.Υ.*), y posteriormente acudir al organismo de seguridad social correspondiente para proceder a su afiliación.

Cotizaciones al IKA-ETAM

Las normativas sobre riesgos asegurados y las correspondientes prestaciones, en el caso de las personas cubiertas por el IKA-ETAM se rigen por escalas que prevén distintas disposiciones en función de cuándo se haya producido la afiliación. Esta diversificación, aprobada en 1992 y en vigor desde entonces, impone una distinción entre dos categorías de trabajadores: Los que han estado asegurados por la seguridad social hasta el 31 de diciembre de 1992 y los que se han afiliado después del 1 de enero de 1993. Se prevén distintas condiciones de cobertura de riesgos y de concesión de las prestaciones para ambas categorías de trabajadores. La cuantía de las prestaciones también varía. Desde 2011, existen condiciones armonizadas para determinar el derecho a pensión de todos (trabajadores por cuenta ajena y trabajadores por cuenta propia).

Deben cotizar a la Seguridad Social tanto el trabajador como el empresario (cotización salarial y cotización patronal) para la cobertura de riesgos de vejez, invalidez, fallecimiento, accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, enfermedad, maternidad y desempleo. El importe de la cotización salarial es un porcentaje de los ingresos brutos del trabajador que retiene el empresario en el momento de pagar la nómina o como máximo 2 meses después del pago de la misma. El importe de la cotización patronal es también un porcentaje de los ingresos brutos del trabajador, va a cargo del empresario y se suma a los ingresos brutos. Las cotizaciones (salariales y patronales) son abonadas por la empresa al IKA-ETAM en los plazos previstos por la legislación. Las Cajas de Seguros Sociales pagan las cotizaciones para prestaciones de enfermedad en especie al EOPYY.

Vías de recurso

En caso de desacuerdo con alguna decisión adoptada por el IKA-ETAM del que dependa puede presentar una reclamación ante el Comité de Administración Local (TDE) de su oficina del IKA-ETAM en un plazo de 30 días tras la notificación de la decisión. Cuando se trata de cuestiones relacionadas con las pensiones, el plazo es de tres meses tras la notificación de la decisión. Si no está de acuerdo con la decisión de la TDE puede presentar un recurso ante el Tribunal Administrativo competente en un plazo de 60 días contabilizados a partir de la fecha de la notificación.

Organización de la protección social

La mayoría de las instituciones de la Seguridad Social están sometidas a la autoridad y supervisión del Ministerio de Trabajo, Seguridad Social y Bienestar Social. Las autoridades públicas intervienen contra posibles fraudes para velar por el interés general y por la correcta aplicación de la legislación y las disposiciones por parte de las organizaciones de la seguridad social (cajas de seguros). Todas las instituciones de la seguridad social anteriormente mencionadas las administran comités de

administración en los que participan los representantes de los asegurados, los pensionistas y el Estado.

La principal institución de la seguridad social es el Instituto de Seguros Sociales (*IKA-ETAM, Ιδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων-Ενιαίο Ταμείο Ασφάλισης Μισθωτών*), al que están afiliados la gran mayoría de los trabajadores por cuenta ajena y otras categorías de empleados.

Los agricultores son miembros del régimen del seguro para empleados agrícolas (*OGA, Caja de Seguro de los Agricultores, Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων*).

La caja para los trabajadores autónomos es el Organismo de Seguro de los Trabajadores por Cuenta Propia (*OAEΕ, Οργανισμός Ασφάλισης Ελευθέρων Επαγγελματιών*) para los artesanos, los hombres de negocios, los propietarios de hoteles, los conductores y las agencias de viajes. La Caja de Seguros para Profesionales Independientes (*ΕΤΑΑ, Ενιαίο Ταμείο Ανεξαρτήτα Απασχολουμένων*) cubre a los profesionales médicos, los abogados y los ingenieros.

Los empleados de los medios de comunicación (es decir, la personas que se encargan de la difusión de la prensa, los reporteros gráficos, los redactores, los periodistas y otros trabajadores de los medios de masas) están asegurados con la Caja de Seguros para los Medios de Comunicación de Masas (*ΕΤΑΠ-ΜΜΕ, Ενιαίο Ταμείο Ασφάλισης Προσωπικού Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης*).

Los trabajadores del mar están asegurados con la Mutua de Pensiones de los Trabajadores del Mar (*NAT, Ναυτικό Απομαχικό Ταμείο*).

Los agentes de la función pública están asegurados con la Contabilidad General del Estado (*GLK, Γενικό Λογιστήριο του Κράτους*), que depende del Ministerio de Finanzas. Desde el mes de enero de 2011, las personas que empiezan a trabajar en el sector público están asegurados con el IKA-ETAM.

También existen algunos sectores y ramas del Seguro Auxiliar (pensión complementaria y subsidio a tanto alzado) que operan en el marco de las cajas de seguros que proporcionan el seguro principal o como cajas independientes.

Además, existe un régimen de pensiones complementarias del segundo pilar, de carácter voluntario, que abarca nueve cajas de seguros profesionales.

Cada institución de seguros está sujeta a una legislación diferente. En algunos casos, las prestaciones, las condiciones para conceder dichas prestaciones y las formalidades correspondientes difieren de una institución a otra. Dichas diferencias se han reducido significativamente después de la Leyes de Reforma 2084/1992, 3863/2010 y 3918/2011, que han establecido disposiciones con objeto de armonizar las condiciones para todos. Estas leyes pueden considerarse como el resultado de un largo diálogo social entre los funcionarios, el mundo político y los interlocutores sociales, con respecto al sistema de protección social del país. El objetivo global de las leyes anteriormente mencionadas es introducir una reforma que, al centrarse en preservar el carácter público, universal, obligatorio y redistributivo de la seguridad y la protección social, garantice la justicia social del sistema y su sostenibilidad a largo plazo.

A fin de garantizar la financiación futura (a partir de 2019) de las ramas de pensiones de los organismos de la seguridad social y en el contexto de la solidaridad entre

generaciones, se ha establecido la Caja de Seguros de Solidaridad Generacional (*Ασφαλιστικό Κεφάλαιο Αλληλεγγύης Γενεών - AKAGE*), a la que se destinan recursos desde el 1 de enero de 2009.

La OAED (Oficina Nacional de Empleo) es una institución especial que se encarga del riesgo de desempleo; también es responsable de las prestaciones familiares. Sin embargo, el IKA-ETAM, el OAEE y el ATAP-MME son los que recaudan las cotizaciones para la OAED para cubrir el riesgo de desempleo de sus asegurados.

Por último, el EOPYY (Organismo Nacional de Prestación de Servicios Sanitarios) es la institución que concede las prestaciones de enfermedad en especie desde el 1 de enero de 2012 bajo la supervisión del Ministerio de Sanidad y el Ministerio de Trabajo, Seguridad Social y Bienestar Social. Las Cajas de Seguros Principales se hacen cargo de las prestaciones de enfermedad en metálico de sus asegurados.

Financiación

El sistema de seguridad social se basa en el principio de financiación tripartita (trabajador por cuenta ajena, empresario y el Estado), con subvenciones anuales del Estado a las instituciones de la Seguridad Social. La Constitución griega de 1975, revisada en 2001, establece el principio del «Estado social» mediante disposiciones que garantizan un alto grado de protección social. En particular, el artículo 22, apartado 5, relativo a la Seguridad Social, establece la obligación del Estado de proporcionar seguridad social a los trabajadores (por cuenta ajena y propia). El régimen de seguridad social funciona a través de organizaciones autónomas de la seguridad social y cubre a la población activa de todo el país. Se divide en tres pilares:

- un sistema de seguro principal y complementario / auxiliar obligatorio:
 - disponible a través de cajas de seguros;
 - basados habitualmente en la financiación de los ingresos actuales (régimen de reparto);
- sistemas profesionales-complementarios opcionales:
 - un régimen financiado disponible a través de cajas de seguros;
- políticas de seguros privados opcionales:
 - un régimen financiado disponible a través de numerosas compañías aseguradoras privadas.

Capítulo II. Asistencia sanitaria

Nacimiento del derecho a la asistencia sanitaria

El EOPYY concede prestaciones en especie a las siguientes categorías de personas:

- los trabajadores afiliados al IKA-ETAM, agentes de la función pública y municipal, agricultores, trabajadores por cuenta propia, trabajadores del mar y empleados de empresas de servicios públicos;
- los pensionistas de las categorías anteriores, es decir, todas las personas que cobran una pensión de invalidez, de vejez o de supervivencia;
- los titulares de pensiones de alguna mutua especial que mientras trabajaban estaban afiliados al seguro de «enfermedad» del IKA-ETAM;
- las personas que viven a cargo de los asegurados y los titulares de pensiones, siempre que no se beneficien del mismo derecho (directo) a las prestaciones de seguridad social;
- los desempleados que perciben subsidio de desempleo, así como las categorías especiales de desempleados en virtud de normativas específicas.

Se consideran personas a cargo:

- el cónyuge, siempre que no trabaje,
- los descendientes, sea cual sea su filiación legal
 - hasta los 18 años de edad;
 - o bien, si están en situación de desempleo, hasta la edad de 24 años;
 - o bien, si siguen cursando estudios, durante 2 años tras la finalización de éstos, siempre que estén en situación de desempleo, aunque en ningún caso más allá de los 26 años;
- los padres (en determinadas circunstancias),
- los huérfanos de padre y madre, nietos y hermanos y hermanas;
- el cónyuge divorciado (en determinadas circunstancias).

Además, hay determinadas condiciones que deben cumplirse para tener derecho a las prestaciones en especie. El interesado debe haber completado como mínimo 50 días de trabajo durante el año civil anterior al día en que se le ha declarado enfermo o bien en los 15 meses previos; en este caso, no se cuentan los días de trabajo completados en los 3 últimos meses del periodo de 15 meses. Un «día de trabajo» corresponde a una jornada laboral en la que el interesado ha estado asegurado. Los días de vacaciones anuales retribuidas cuentan como días de trabajo. A efectos de determinar el derecho a obtener las prestaciones sanitarias del seguro de enfermedad, también cuentan como días de trabajo aquellos en que el interesado ha estado cobrando un subsidio de enfermedad o de desempleo. Los periodos de seguro que haya completado en otro Estado miembro de la UE pueden sumarse, si fuese necesario, a los periodos de seguro completados en Grecia, aunque la legislación nacional no contempla dicha acumulación. En este caso, debe acudir a la delegación local correspondiente del IKA-ETAM y recabar información acerca de las formalidades necesarias.

Alcance de la cobertura

Las prestaciones sanitarias del seguro de enfermedad a que se tiene derecho son las siguientes:

- asistencia sanitaria;
- pruebas de laboratorio/exploraciones clínicas,
- tratamiento odontológico;
- asistencia farmacéutica;
- asistencia hospitalaria;
- asistencia adicional (medios terapéuticos, productos ortopédicos, gafas, ayudas auditivas, prótesis, etc.);
- tratamientos y curas en balnearios;
- prestación para aeroterapia.

Estas prestaciones están garantizadas mientras cumpla las condiciones que exige la legislación y durante todo el tiempo que siga teniendo derecho a ellas. En la tarjeta sanitaria se indica hasta cuándo duran los derechos. Si alguna enfermedad en particular persistiera una vez rebasado el periodo en que el interesado tiene derecho a las prestaciones, éste continuará recibiendo tratamiento hasta que se haya repuesto de ella (tratamiento continuo). En la normativa del EOPYY se establece la contribución del enfermo a los costes del tratamiento, que en ningún caso excederá del 25% del coste total (por ejemplo si se trata de medicamentos o prótesis). El asegurado tiene derecho a hospitalización en un hospital público o en una clínica registrada designada por el instituto de seguros. No se permite la hospitalización en un hospital/clínica no contratado. Para obtener más información acerca de las prestaciones sanitarias en especie ofrecidas o del posible porcentaje de participación en el tratamiento diríjase a la [delegación local del IKA-ETAM](#) de su lugar de residencia.

¿Cómo se accede a la asistencia sanitaria?

La asistencia sanitaria puede obtenerse a través de los hospitales públicos y las clínicas privadas registradas. En las zonas urbanas, los asegurados eligen al médico de familia con arreglo a una lista. En las zonas rurales, no hay libre elección; los asegurados van al médico del instituto local de seguros. Pueden visitar a los especialistas en la institución regional del EOPYY pidiendo cita, con arreglo a una lista de espera. En caso de urgencias, también pueden tener acceso a un especialista privado. En este caso, los gastos corren por cuenta del asegurado con el EOPYY.

El sistema de asistencia sanitaria no exige el pago de tarifas en el momento de prestación del servicio. Los especialistas privados exigen un anticipo de las tarifas que ha de abonar el asegurado. El resto de los institutos de la seguridad social, aparte del EOPYY, proporciona un reembolso conforme a una tarifa fijada por el gobierno (tarifa del Estado).

La tarjeta sanitaria personal es el documento que permite identificarse al asegurado directo con el fin de recibir las prestaciones en especie y en metálico del seguro de enfermedad. La tarjeta sanitaria familiar va dirigida los miembros de la familia del asegurado. Para poder obtener la tarjeta personal el interesado debe haber estado asegurado durante al menos 50 días a lo largo del año civil previo o durante los 15 últimos meses. Si se toman para el cálculo los 15 últimos meses, los 3 últimos no computarán. La tarjeta sanitaria personal se otorga a los asegurados directos, es decir, a los propios trabajadores o a los titulares de una pensión de jubilación o invalidez, así como a los asegurados directos de otros organismos de seguro cubiertos por el EOPYY en materia de prestaciones asistenciales del seguro médico (por ejemplo, los asegurados del OAEE).

La tarjeta sanitaria familiar se facilita al asegurado directo a favor de sus familiares, siempre que éstos no trabajen (es decir, no se beneficien de un derecho directo).

También se concede al cónyuge superviviente y a los hijos (en caso de fallecimiento del asegurado directo) y a los titulares de otras mutuas cubiertas por el EOPYY en concepto de seguro de enfermedad. En el mes de septiembre el IKA-ETAM extiende una «etiqueta de asegurado» a los asegurados que satisfagan las condiciones necesarias para la renovación de la tarjeta sanitaria; la etiqueta se les envía en octubre para que la adhieran a la tarjeta. Lo mismo sucede en el mes de diciembre para que los asegurados que han pasado a cumplir los requisitos entre septiembre y diciembre estén igualmente cubiertos. Para validar su tarjeta sanitaria familiar debe visitar su organización de seguridad social (IKA-ETAM) que opera bajo la supervisión del EOPYY.

Capítulo III. Prestaciones de enfermedad en metálico

Nacimiento del derecho a las prestaciones de enfermedad en metálico

Sólo tienen derecho a las prestaciones de enfermedad en metálico los asegurados directos que desempeñen una actividad profesional y a causa de una enfermedad física o mental son declarados incapacitados para el trabajo y se ausentan de éste durante al menos tres días. El periodo de prestaciones al que se tiene derecho aumenta con el tiempo de cotización, pero es necesario haber estado asegurado durante al menos:

- 120 días durante el año civil anterior (100 para los empleados de la construcción) o los 12 primeros meses de los 15 meses previos a la enfermedad (duración de la prestación: 182 días para una o más enfermedades en el plazo de un año);
- 300 días sujetos a cotizaciones durante los dos años, o 27 de los 30 meses, previos a la enfermedad (duración de la prestación: 360 días para la misma enfermedad, en el plazo de un año);
- 1 500 días de afiliación, 600 de ellos durante los 5 últimos años previos a la incapacidad para el trabajo a causa de la misma enfermedad (duración de la prestación: 720 días);
- 4 500 días de afiliación antes de la notificación de la enfermedad.

En función de la edad del paciente y de las condiciones de cotización exigidas, puede abonarse una prestación de 720 días en caso de que no se cumpla el requisito de los 1 500 o los 4 500 días.

Un «día de trabajo» corresponde a una jornada durante la cual se ha trabajado o estado asegurado. Los días de vacaciones anuales retribuidas cuentan como días de trabajo. Por el contrario, para determinar el derecho al subsidio de enfermedad, los días durante los cuales se ha percibido el subsidio de desempleo no se computan como días asegurados, además, sólo computarán un máximo de 25 días durante los cuales se haya recibido la prestación de enfermedad. Los periodos de seguro que haya completado en otro Estado miembro de la UE pueden sumarse, si fuese necesario, a los periodos de seguro completados en Grecia, aunque la legislación nacional no contempla dicha acumulación. En tal caso deberá acudir a la delegación local correspondiente del IKA-ETAM y recabar información acerca de las formalidades necesarias.

Alcance de la cobertura

Cuantía de las prestaciones

Para el cálculo de la prestación por enfermedad se asigna al interesado una de las categorías de asegurados previstas sobre la base de la remuneración percibida durante los treinta últimos días de trabajo realizados en el año civil inmediatamente anterior.

La cuantía del subsidio de enfermedad asciende normalmente al 50 % de la remuneración de referencia diaria de la categoría correspondiente, Esta se incrementa en un 10 % por cada persona a cargo en su familia, pero el importe total no puede superar el 70 % de la tarifa de referencia, o la tarifa de referencia para los asegurados

en la octava categoría. Para quienes reciben atención hospitalaria, la prestación se reduce en dos tercios si no tienen personas a cargo. Durante los primeros 15 días, el límite máximo total para la prestación de enfermedad más el suplemento para personas a cargo (máximo cuatro) es de 15,99 euros al día. Después de 15 días, el límite máximo total para las prestaciones más los suplementos para personas a cargo (máximo cuatro) es de 29,39 euros al día.

Duración de los subsidios

El subsidio de enfermedad se paga a partir del cuarto día siguiente a aquel en el que se ha declarado la incapacidad laboral que se padece o tras su constatación por parte del organismo sanitario competente del IKA-ETAM. Si el asegurado vuelve a ser declarado incapacitado para el trabajo en el transcurso del mismo año civil como consecuencia de la misma o de otra enfermedad, la prestación se abonará desde el primer día. Si se trata de una persona asegurada voluntariamente o de un trabajador por cuenta propia (es decir, trabajadores de la construcción), el subsidio se pagará a partir del undécimo día tras la declaración de la enfermedad. La prestación se paga cada día, sea o no laborable, hasta los siguientes máximos:

- 182 días en un mismo año civil si es la misma u otra enfermedad;
- 360 días si la enfermedad es la misma, siempre que el interesado haya cotizado al seguro durante al menos 300 días a lo largo de los 2 años o de los últimos 30 meses anteriores, si bien en este caso no se contabilizarán los últimos 3 meses;
- 720 días si se ha cotizado durante 1.500 días y, de estos, 600 en el transcurso de los últimos 5 años, durante 4 500 días hasta que sea declarada la enfermedad o incluso durante entre 300 y 4 200 días en función de la edad del interesado.

¿Cómo se accede a las prestaciones de enfermedad en metálico?

Para poder percibir el subsidio de enfermedad deben presentarse los siguientes documentos:

- extracto de la cuenta personal de la seguridad social;
- tarjeta sanitaria (personal y familiar);
- una declaración del empresario acerca de la probable duración de la incapacidad laboral;
- una notificación de incapacidad laboral extendida por el médico habitual del IKA-ETAM.

Capítulo IV. Prestaciones de maternidad y paternidad

Nacimiento del derecho a las prestaciones de maternidad y paternidad

Para poder cobrar el subsidio de maternidad debe haberse completado un periodo de afiliación al seguro de como mínimo 200 días durante los 2 últimos años anteriores al parto, y haber dejado de trabajar efectivamente.

Los días de vacaciones anuales pagadas cuentan como días de trabajo; Los periodos durante los cuales la interesada haya percibido la prestación de desempleo no se computan como días asegurados, aunque se computarán un máximo de 25 días durante los cuales se haya recibido la prestación de enfermedad. Los periodos de seguro que haya completado en otro Estado miembro de la UE pueden sumarse, si fuese necesario, a los periodos de seguro completados en Grecia, aunque la legislación nacional no contempla dicha acumulación. Póngase en contacto con su oficina local del IKA-ETAM si desea solicitar información sobre las formalidades necesarias en esta situación.

Alcance de la cobertura

Las prestaciones de maternidad que se conceden al nacer un hijo son las siguientes:

- prestación de parto para tratamiento obstétrico en hospitales/clínicas no registrados (prestación en especie) del EOPYY;
- prestación por maternidad (durante el embarazo y después del parto) (prestación en metálico) del IKA-ETAM;
- subsidio especial de maternidad del EOPYY solo para hospitalización en clínicas privadas no registradas con el EOPYY;
- licencia especial por maternidad.

Prestación de parto

Las aseguradas directas, las pensionistas y las cónyuges de asegurados directos tienen derecho a percibir una ayuda para los gastos de obstetricia en caso de recibir tratamiento hospitalario en un hospital/clínica no registrado con el EOPYY. Se trata de una suma a tanto alzado equivalente a 900 EUR y que requiere haber realizado al menos 50 días de trabajo a lo largo de año civil previo o bien durante los 15 últimos meses, en cuyo caso no se contabilizarán los 3 últimos.

Subsidio de maternidad

Este subsidio se paga a condición de que la interesada no trabaje durante los 56 días antes de la fecha prevista para el parto y durante los 63 días siguientes al nacimiento del hijo. La cuantía de la prestación de maternidad (embarazo y parto) es idéntica a la de la remuneración de la interesada.

Subsidio especial de maternidad

Las mujeres trabajadoras por cuenta ajena embarazadas, parturientas o lactantes que a causa de determinadas condiciones se exponen en su lugar de trabajo a riesgos para

la salud, tanto de la madre como del hijo, perciben un «subsido especial de maternidad» cuando la asignación de otro puesto de trabajo es técnica y objetivamente imposible. Para tener derecho al subsidio especial de maternidad, la asegurada deberá haber cotizado a su régimen de la seguridad social 200 días de trabajo a lo largo de los dos años previos a la fecha en la que haya interrumpido la actividad laboral. El importe de este subsidio especial equivale al de la prestación de enfermedad, aunque sin las restricciones que marcan los límites (salario de referencia diario de la octava categoría de asegurados), y lo abonan el empresario y la institución de la seguridad social.

Licencia especial por maternidad

Esta licencia sigue a la licencia por maternidad normal o el periodo durante el cual el empleado trabaja a jornada reducida y puede durar hasta 6 meses. Durante la licencia, la Oficina Nacional de Empleo (OAED) proporciona al empleado un importe mensual equivalente al salario mínimo, así como una proporción de los suplementos por vacaciones.

¿Cómo se accede a las prestaciones de maternidad y paternidad?

En la oficina local del IKA-ETAM puede retirar los formularios. Para poder percibir esta prima, será necesario presentar la tarjeta sanitaria personal o familiar junto con el certificado de nacimiento del hijo.

Para poder cobrar el subsidio de maternidad se exigen los siguientes documentos:

- extracto de la cuenta personal de la seguridad social;
- tarjeta sanitaria personal;
- tarjeta sanitaria familiar para el cálculo del subsidio por familia a cargo (número de miembros de la familia);
- certificado de un tocólogo - ginecólogo del IKA-ETAM sobre la fecha de nacimiento prevista;
- declaración del empresario que certifique la interrupción del trabajo;
- certificado de nacimiento del hijo (tras el parto, para poder recibir la prestación correspondiente al parto).

Durante el primer año de trabajo, el empresario sigue pagando el salario de la mujer durante 15 días durante su licencia por maternidad, siempre que ella haya completado al menos 10 días de trabajo. Si la mujer ha completado el primer año de trabajo, el empresario puede seguir pagándole el salario durante un mes, durante su licencia por maternidad. El empresario puede sustraer cualquier importe que la mujer reciba de su caja de seguros durante el mismo periodo.

A los beneficiarios del subsidio especial de maternidad les paga la Oficina Nacional de Empleo (OAED). Durante este periodo, la OAED contabiliza las cotizaciones para las pensiones de vejez y seguros de enfermedad y auxiliares.

Capítulo V. Prestaciones de invalidez

Nacimiento del derecho a las prestaciones de invalidez

Prestaciones

El Ministerio de Sanidad ha establecido 10 programas de ayuda financiera que cubren las siguientes categorías de invalidez:

- invidencia;
- sordera;
- discapacidad mental grave;
- talasemia;
- hemofilia – SIDA;
- discapacidad grave;
- parálisis cerebral;
- paraplejia – tetraplejia – amputación;
- personas afectadas de la enfermedad de Hansen;
- asignación para el transporte.

Estas prestaciones se conceden a través de los mecanismos de asistencia social y tienen por objetivo proporcionar ayuda a las personas con discapacidades. Constituyen ayudas no contributivas, financiadas con recursos municipales y concedidas con independencia de todo criterio relacionado con los ingresos. Los requisitos exigidos a los beneficiarios varían en función de cada programa e incluyen principalmente criterios relativos al régimen jurídico social y la concesión de otras prestaciones de invalidez.

Pensión de invalidez

Pensión de invalidez a consecuencia de una enfermedad ordinaria

Para tener derecho a una pensión de invalidez, el asegurado deberá:

- haber sido declarado inválido por los Centros de Certificación de Invalidez (KEPA) con un grado de incapacidad de al menos el 50 %;
- haber estado afiliado al IKA-ETAM el tiempo requerido.

Los periodos de seguro que haya completado en otro Estado miembro de la UE cuentan como periodos completados en Grecia y deben notificarse en cualquier solicitud de pensión.

Para poder beneficiarse de una pensión de invalidez, el interesado que esté afiliado a la Seguridad Social tendrá que cumplir las condiciones generales arriba descritas y haber cotizado al régimen del IKA-ETAM al menos:

- 4 500 días de cotización, o
- 1 500 días de cotización, de los cuales un mínimo de 600 deberán corresponder a los 5 años previos a la manifestación de la incapacidad, o
- 300 días de cotización, si el interesado tiene menos de 21 años (esta cifra va aumentando progresivamente hasta los 4 200 días al añadir 120 días por año

después de los 21 años; los 300 días deben haberse realizado a lo largo de los 5 años previos a aquel en que se ha manifestado la invalidez).

Pensión de invalidez a consecuencia de un accidente laboral

Para tener derecho a una pensión de invalidez, con independencia de la fecha de afiliación a la seguridad social, el interesado deberá haber sido declarado inválido con un grado de invalidez que dé derecho a la pensión (es decir, de al menos el 50 %) y haber completado al menos un día de trabajo como asegurado al IKA-ETAM.

Pensión de invalidez no debida a un accidente laboral

Para tener derecho a una pensión de invalidez, el interesado deberá satisfacer las condiciones generales que anteriormente indicadas y haber realizado como asegurado al IKA-ETAM al menos la mitad de los días de trabajo necesarios para la concesión de una pensión de invalidez consecuencia de una enfermedad ordinaria; en este caso sí se tiene en cuenta el año de afiliación a la seguridad social.

Pensión de invalidez a consecuencia de una enfermedad profesional

Para tener derecho a pensión de invalidez, con independencia de la fecha de afiliación a la seguridad social, el interesado deberá cumplir las condiciones generales indicadas anteriormente, así como haber cotizado al IKA-ETAM el periodo mínimo exigido por el reglamento de «Enfermedad» de este organismo para la enfermedad profesional en cuestión.

Alcance de la cobertura

Prestaciones

Las prestaciones sociales que otorga el Ministerio de Sanidad por invalidez son las siguientes (tipo de asignación/importe concedido cada dos meses):

- invidencia: 362 EUR o 697 EUR (varía en función de la subcategoría);
- sordera: 362 EUR;
- discapacidad mental grave: 527 EUR;
- talasemia: 362 EUR;
- hemofilia – SIDA: 697 EUR;
- discapacidad grave: 313 EUR;
- parálisis cerebral: 697 EUR;
- paraplejia – tetraplejia – amputación (asegurados y no asegurados): 771 EUR;
- personas afectadas de la enfermedad de Hansen: 362 EUR o 697 EUR (varía en función de la subcategoría);
- asignación para el transporte: 165 EUR.

Pensión de invalidez

Las personas totalmente ciegas y los asegurados que padecen determinadas enfermedades, si han completado 4 050 días de cotización, reciben una pensión correspondiente a 10 500 días laborables con independencia de su edad.

En el cálculo de la cuantía de la pensión de invalidez se tienen en cuenta el grado de incapacidad, el origen de ésta y las remuneraciones que dan derecho a pensión durante los cinco años previos a la presentación de la solicitud. El asegurado tiene derecho a:

- una pensión íntegra si tiene un grado de invalidez superior al 80 %;
- un 75 % de la pensión íntegra cuando el grado de invalidez se sitúa entre el 67 % y el 79,9 %, a menos que haya completado 6 000 días de trabajo o que la invalidez sea consecuencia de una enfermedad mental, en cuyo caso tendría derecho a la pensión íntegra;
- el 50 % de la pensión íntegra cuando el grado de invalidez se sitúa entre el 50 % y el 66,9 %, a menos que haya completado 6 000 días de trabajo o que la invalidez sea consecuencia de una enfermedad mental, en cuyo caso tendría derecho al 75 % de la pensión íntegra.

En determinadas circunstancias, las pensiones de invalidez pasan a ser permanentes; es decir, los pensionistas dejan de estar obligados a someterse a nuevos exámenes por parte de los Centros de Certificación de Invalidez (KEPA); para más información diríjase a la oficina local del IKA-ETAM.

La acumulación de esta prestación con otras pensiones o ingresos declarados es posible hasta una cuantía total, para todas las pensiones, de 3 680 EUR al mes.

En caso de invalidez total, se paga una pensión complementaria por la atención prestada por una tercera parte. La pensión complementaria no puede superar los 660,80 euros al mes.

¿Cómo se accede a las prestaciones de invalidez?

Prestaciones

Para obtener información más pormenorizada sobre cada programa y sobre los documentos necesarios, el interesado puede dirigirse al correspondiente servicio social del municipio, que se encarga de aplicar los programas de ayuda financiera anteriormente mencionados.

Pensión de invalidez

Los documentos acreditativos que deben presentarse ante la oficina local del IKA-ETAM para poder percibir la pensión de invalidez son los siguientes:

- formulario de solicitud que facilita el propio IKA-ETAM;
- documentación completa de asegurado (extractos de la cuenta personal de la seguridad social, tarjeta de asegurado y de cotización, tarjetas sanitarias, etc.);
- declaración del empresario en la que figure el periodo de empleo, de interrupción del trabajo o bien la continuación de la actividad profesional;
- fotocopia del documento de identidad;
- fotocopia de la declaración de ingresos expedida por las autoridades fiscales;
- documentación que acredite la situación familiar (certificado de matrimonio y de nacimiento de los hijos),
- documentación que acredite la realización de estudios por parte de los hijos o bien su situación de incapacidad para trabajar;

- toda la información médica que sirva para sustentar la solicitud de la pensión de invalidez.

Capítulo VI. Pensiones y prestaciones de vejez

Nacimiento del derecho a las prestaciones de vejez

Para tener derecho a una pensión de vejez, el solicitante debe haber alcanzado una edad determinada y haber trabajado un número determinado de días. Las principales condiciones que permiten beneficiarse de una pensión de jubilación son las siguientes:

- Pensión íntegra: haber completado al menos 4 500 días de trabajo a la edad de 65 años para hombres (el límite de edad de 60 años establecido para mujeres, válido hasta el 31 de diciembre de 2010, se incrementa un año cada año hasta alcanzar la edad de 65 años en 2015).
- Pensión reducida: haber completado al menos 4 500 días de trabajo a la edad de 60 años para hombres, cuando el asegurado haya acumulado 100 días de trabajo al año en los cinco años anteriores a la solicitud de la pensión (el límite de edad de 55 años para mujeres, válido hasta el 31 de diciembre de 2010, se incrementa un año cada año hasta alcanzar la edad de 60 años en 2015).
- Pensión tras el desempeño de una ocupación penosa o insalubre: a la edad de 60 años para hombres, haber completado al menos 4 500 días de trabajo, de los cuales 3 600 correspondan a la actividad penosa o insalubre y 1 000 a los últimos 13 años previos a la edad de inicio de la jubilación o de solicitud de liquidación de la pensión (el límite de edad de 55 años para mujeres, válido hasta el 31 de diciembre de 2010, se incrementa un año cada año hasta alcanzar la edad de 60 años en 2015).
- Pensión íntegra con historial de afiliación completo: haber completado un mínimo de 10 500 días de trabajo a la edad de 58 para hombres y mujeres hasta el 31 de diciembre de 2010. El límite de edad anterior se incrementa hasta los 59 años en 2012 y hasta los 60 a partir de 2013. Los 10 500 días de trabajo se incrementan en 300 días de trabajo cada año hasta alcanzar los 12 000 en 2015.
- Pensión con 10 500 días de trabajo, de los cuales 7 500 correspondan a la actividad penosa o insalubre: a la edad de 55 años para hombres y mujeres en caso de pensión íntegra y de 53 años en caso de pensión reducida. Los límites de edad anteriores se incrementan hasta los 60 años y los 58 años respectivamente hasta 2017, incrementándose 9 meses cada año a partir de 2011.
- Pensión con 10 000 días de trabajo:
 - hombres: pensión íntegra a la edad de 62 años o pensión reducida a la edad de 60 años (el asegurado debe haber completado 100 días de trabajo al año cada uno de los cinco años anteriores a la solicitud de la pensión). El límite anterior de 62 años se incrementa hasta los 63 años en 2011 y a partir de 2012 se incrementa 6 meses cada año hasta alcanzar la edad de 65 años.
 - mujeres: pensión íntegra a la edad de 57 años o pensión reducida a la edad de 55 años (la asegurada debe haber completado 100 días de trabajo al año cada uno de los cinco años anteriores a la solicitud de la pensión). Incremento del límite de edad y el período requerido: a partir del 1 de enero de 2011, los 10 000 días de trabajo aumentan a 12 000 a razón de 400 días al año. El límite de edad de 57 años se incrementa a 58 en 2011 y a partir de 2011 se incrementa 6 meses cada año hasta alcanzar la edad de 60. El límite de edad de 55 se incrementa a 56 en 2011 y a partir de 2012 se incrementa 6 meses cada año hasta alcanzar la edad de 58.

- Pensión para madres y padres de menores: para hombres y mujeres, haber completado un mínimo de 5 500 días de trabajo y tener 55 años para percibir la pensión íntegra o 50 para percibir la pensión reducida. Los límites de edad anteriores se incrementan hasta 57 y 52 años respectivamente a partir del 1 de enero de 2011, hasta 60 y 55 en 2012, y hasta 65 y 60 años a partir de 2013.

Para adquirir el derecho a percibir la pensión de vejez pueden contabilizarse hasta 200 días de subsidio de enfermedad y 200 días de subsidio de desempleo, siempre que estas prestaciones se hayan percibido durante los 10 años previos a la solicitud de liquidación de la pensión. Existen otros períodos asimilados que, en circunstancias específicas, podrán tenerse en cuenta para la adquisición del derecho a percibir pensión de vejez, como los años de estudios, intervalos entre seguros, servicio militar, períodos de huelga, períodos de aprendizaje, hijos, períodos durante los que se percibió la prestación de enfermedad, períodos de embarazo y maternidad, permisos para cursar estudios sin percibir salario, períodos de prisión, o el período transcurrido desde la licenciatura y el momento en que se recibió la licencia para ejercer la profesión. Se ofrece información sobre estos períodos en las oficinas locales del IKA-ETAM. Los períodos de afiliación al seguro de otros Estados miembros de la Unión Europea computan junto a los realizados en Grecia. Es necesario indicar estos períodos en la solicitud de liquidación de la pensión y adjuntar toda la documentación sobre el historial de asegurado de que disponga.

Además de las condiciones que dan derecho a percibir la pensión de vejez íntegra o reducida arriba mencionadas, existen otros posibles escenarios. Para obtener más información, visite el sitio web del IKA-ETAM o póngase en contacto con su oficina local del IKA-ETAM o, si es trabajador por cuenta propia, consulte el sitio web del Organismo de Seguro de los Trabajadores por Cuenta Propia (OAEE) o de la Caja de Seguros para Profesionales Independientes (ETAA).

Alcance de la cobertura

La cuantía de la pensión de vejez o invalidez que otorga el IKA-ETAM a las personas que cumplen las condiciones mencionadas arriba y que se hayan afiliado a la seguridad social antes del 31 de diciembre de 1992 depende de la duración del período de seguro, de las remuneraciones que dan derecho a la pensión y de los cinco años con remuneraciones más altas de entre los diez años previos a aquel en que se solicita la liquidación de la pensión y que sirven para clasificar al interesado en una u otra categoría de asegurado. La cuantía de las remuneraciones que dan derecho a la pensión se ajusta en función de los complementos a la pensión ya concedidos. El importe mínimo actual de la pensión es de 486,84 euros al mes, con un máximo de 2.373,57 euros al mes, excluidas las prestaciones familiares.

Si la afiliación tuvo lugar después del 1 de enero de 1993, la cuantía de la pensión de vejez o invalidez que otorga el IKA-ETAM, siempre que se cumplan las condiciones previstas, corresponde, por año de aseguramiento, al 2 % de las remuneraciones de los 5 años previos a aquel en que se solicita la liquidación de la pensión; las remuneraciones se ajustan en función de los complementos a la pensión ya concedidos, hasta un límite de como máximo el 70 %. El importe mínimo actual de la pensión es de 495,74 euros al mes, con un máximo de 2.773,40 euros al mes, excluidas las prestaciones familiares.

En cuanto a las personas aseguradas antes del 31 de diciembre de 1992, la cuantía de la pensión se incrementará si tienen:

- cónyuge, siempre que éste no trabaje ni perciba una pensión;
- hijos (hasta un máximo de 3), a condición de que:
 - estén solteros, no trabajen ni perciban ninguna pensión y tengan menos de 18 años, o de 24 si cursan estudios superiores en el país o en el extranjero;
 - estén afectados por una incapacidad que les impida realizar un trabajo que asegure su subsistencia, siempre que la invalidez se manifieste antes de los 18 años y que el otro cónyuge, si es titular de una pensión, no perciba ningún complemento a tal efecto.

Por lo que respecta a los asegurados después del 1 de enero de 1993, la cuantía de la pensión que perciben sólo se complementa si tienen hijos menores solteros (hasta tres), que no trabajen o no estén capacitados para desempeñar un trabajo que asegure su subsistencia y que no tengan derecho a pensión. Este complemento se concede hasta que los hijos cumplen los 24 años en caso de que realicen estudios postsecundarios o superiores reglados en Grecia o en el extranjero. Si el cónyuge percibe también una pensión, el aumento se concede únicamente a uno de los padres, según hayan acordado.

¿Cómo se accede a las prestaciones de vejez?

Los documentos acreditativos que deben presentarse ante la oficina local del IKA-ETAM para poder percibir la pensión de vejez son los siguientes:

- formulario de solicitud que facilita el propio IKA-ETAM;
- documentación completa de asegurado (extractos de la cuenta personal de la seguridad social, tarjeta de asegurado y de cotización, tarjetas sanitarias, etc.);
- declaración del empresario en la que figure el periodo de empleo, de interrupción del trabajo o bien la continuación de la actividad profesional;
- fotocopia del documento de identidad;
- fotocopia de la declaración de ingresos expedida por las autoridades fiscales;
- documentación que acredite la situación familiar (certificado de matrimonio y de nacimiento de los hijos);
- documentación que acredite la realización de estudios por parte de los hijos o bien su situación de incapacidad para trabajar.

Capítulo VII. Prestaciones de supervivientes

Nacimiento del derecho a las prestaciones de supervivientes

Si un asegurado o el titular de la pensión fallece, sus familiares tienen derecho a una pensión de supervivencia, siempre y cuando el difunto:

- reuniese las condiciones necesarias para tener derecho a la pensión de vejez; o
- reuniese las condiciones necesarias para tener derecho a la pensión de invalidez; o
- hubiese completado 1 500 días de cotización, de los cuales al menos 300 correspondan a los 5 años anteriores al fallecimiento.

Si la defunción del asegurado es consecuencia de un accidente laboral, los familiares tienen derecho a una pensión independientemente del periodo de seguro; si el accidente mortal no se debe al trabajo, para que puedan cobrar la pensión el difunto deberá haber completado la mitad de los días de cotización indicados más arriba.

Cuando fallece una persona que cobraba una pensión de vejez o de invalidez, ésta se transfiere a los familiares sin que el periodo de seguro vuelva a revisarse. Los beneficiarios son los siguientes:

- el cónyuge superviviente;
- los descendientes, sea cual sea su filiación legal, que sean solteros, no cobren pensión, no tengan más de 18 o menos de 24 años si cursan estudios de formación profesional, postsecundarios o superiores reconocidos por el Estado en Grecia o en el extranjero, no trabajen ni se beneficien de una pensión otorgada por un organismo del régimen principal de seguridad social o del sector público como consecuencia de sus propias actividades profesionales, sean huérfanos de padre y madre o estuvieran a cargo del progenitor fallecido cuando éste fue abandonado por el otro progenitor. Los hijos afectados por una invalidez que les impida realizar un trabajo que asegure su subsistencia, siempre que la invalidez se manifieste antes de los 18 años de edad, tienen derecho a una pensión de superviviente sea cual sea su edad y durante el tiempo que dure la invalidez;
- los nietos y ascendentes, huérfanos en el momento del fallecimiento, que estuvieran a cargo del difunto (solo para los asegurados antes del 1 de enero de 1993);
- los padres (naturales o adoptivos) que estuvieran principalmente a cargo del difunto (solo para los asegurados antes del 1 de enero de 1993).

Si el fallecimiento del cónyuge se produce durante los 6 primeros meses de matrimonio, el cónyuge superviviente no tendrá derecho a ninguna pensión a menos que la muerte se debiera a un accidente, que el cónyuge tuviera un hijo nacido o legitimado tras el matrimonio o en caso de embarazo de la cónyuge. Si el fallecimiento del cónyuge pensionista se produce durante los 24 primeros meses de matrimonio, el cónyuge superviviente no tendrá derecho a ninguna pensión.

Pensiones de supervivientes para los afiliados después del 1 de enero de 1993

Si el asegurado fallece, sus familiares tienen derecho a una pensión de supervivencia en las mismas condiciones que las que se exigen para conceder una pensión de invalidez.

Alcance de la cobertura

Cuantía de la pensión de supervivencia

Para los asegurados antes del 31 de diciembre de 1992, la pensión a que tiene derecho el cónyuge superviviente representa el 70 % de la pensión de vejez a la que habría tenido derecho el difunto o que, si era jubilado, ya percibía. La prestación mínima es de 438,16 EUR al mes y el importe máximo es de 1.661,50 EUR al mes, excluidas las prestaciones familiares. Este porcentaje se concede en su totalidad durante un periodo de tres años. Tras este periodo la cantidad abonada al cónyuge superviviente que trabaje o esté jubilado disminuye en un 50 % hasta la edad de 65 años; a partir de entonces podrá volver a percibir el 70 % de la pensión de superviviente. Sin embargo, si el cónyuge superviviente era inválido, con un grado de discapacidad superior al 67 % en el momento de la defunción, percibirá la pensión en su totalidad y sin ninguna restricción mientras dure la invalidez. El derecho a la pensión se extingue cuando el cónyuge superviviente vuelve a contraer matrimonio.

La pensión de orfandad corresponde al 20 % de la pensión de vejez a la que habría tenido derecho el asegurado fallecido. Los huérfanos de padre y madre perciben el 60 % de la pensión de vejez. La cuantía total de las pensiones de superviviente otorgadas a los beneficiarios no puede superar la que el asegurado fallecido hubiese cobrado. En cuanto a los huérfanos de padre y madre, la cuantía no puede superar el 60 % de la pensión correspondiente. Si el total de las pensiones supera este porcentaje, cada pensión será reducida proporcionalmente.

Para los asegurados después del 1 de enero de 1993, el importe de la pensión a la que tiene derecho el cónyuge superviviente es del 50 % de la pensión básica de vejez o de invalidez que hubiera percibido (o percibía) el asegurado con un grado de invalidez del 80 % el día de la defunción. La prestación mínima es de 396,58 EUR al mes y el importe máximo es de 1 386,70 EUR al mes, excluidas las prestaciones familiares. Transcurrido un periodo de tres años tras la fecha de fallecimiento, la cuantía de la pensión abonada al cónyuge superviviente en activo o pensionista pasa a ser del 50 % hasta que cumpla los 65 años; a partir de entonces percibirá el 70 % de la pensión de supervivencia. Sin embargo, si el cónyuge superviviente era inválido, con un grado de discapacidad superior al 67 % en el momento de la defunción, percibirá la pensión en su totalidad y sin ninguna restricción mientras dure la invalidez.

Los menores huérfanos tienen derecho al 25 % de la pensión de vejez que el difunto percibía o habría percibido. Este porcentaje asciende al 50 % en caso de defunción de ambos progenitores, salvo si el menor tiene derecho a una pensión paterna o materna. La cuantía total de la pensión de supervivencia percibida por los beneficiarios no puede ser inferior al 80 % de la pensión de vejez mínima ni superior al 100 % de la pensión del difunto. Por último, el derecho a la pensión de supervivencia también está reconocido en el caso de ex cónyuges divorciados del titular de la pensión; Para obtener más información, visite el sitio web del [IKA-ETAM](#) o póngase en contacto con su oficina local del [IKA-ETAM](#).

Prestación por gastos de sepelio

El fallecimiento de un asegurado que haya trabajado 100 días durante el año previo a la defunción o bien a lo largo de los 15 meses anteriores a esta (los últimos 3 meses no se contabilizan) o de un titular de una pensión de jubilación, invalidez o fallecimiento da derecho a recibir una ayuda a tanto alzado igual a ocho veces el salario diario de referencia de la categoría más elevada de asegurados. Esta

prestación no se otorga en caso de fallecimiento de un miembro de la familia a cargo. En principio se otorga al cónyuge viudo o a la persona que ha corrido a cargo de los gastos funerarios. Para poder recibir esta ayuda son necesarios los siguientes documentos acreditativos:

- tarjeta sanitaria del difunto;
- el certificado de defunción y
- tarjeta de seguro (si el difunto trabajaba) o certificado de interrupción de la pensión (si era pensionista);
- facturas originales de los servicios fúnebres.

¿Cómo se accede a las prestaciones de supervivientes?

La documentación acreditativa que debe presentarse ante la oficina local del IKA-ETAM para percibir una pensión de supervivencia es la misma que en el caso de la [pensión de vejez](#). Deberá aportarse, además, el certificado de defunción y el certificado de estado civil del difunto (emitido por la autoridad local o municipal o el Tribunal de Primera Instancia) para atestiguar la existencia de lazos matrimoniales hasta el día del fallecimiento.

Si el interesado vive en otro Estado miembro de la Unión Europea puede presentar la solicitud en el organismo de seguridad social de su lugar de residencia. Los periodos de afiliación al seguro completados en otros Estados miembros de la Unión Europea computan junto a los completados por el asegurado fallecido en Grecia. En la solicitud de concesión de la pensión deben indicarse estos periodos y aportarse toda la documentación sobre el historial de asegurado de que se disponga.

Capítulo VIII. Prestaciones de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales

Nacimiento del derecho a las prestaciones de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales

El régimen de seguros del IKA-ETAM cubre al trabajador por cuenta ajena en el caso de padecer alguna de las siguientes circunstancias:

- accidentes sufridos durante el trabajo o debidos a la actividad laboral (accidente de trabajo);
- accidentes sufridos en los desplazamientos al y del puesto de trabajo;
- accidentes no considerados de trabajo; o
- enfermedades provocadas por los efectos perjudiciales de la actividad laboral y que estén incluidas en la lista oficial de enfermedades profesionales (tal y como prevé la normativa sobre «Enfermedad» del IKA-ETAM).

Los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales no corresponden a un régimen de seguros específico. La enfermedad o la incapacidad laboral transitoria se rigen por el régimen del seguro de enfermedad, mientras que la invalidez y el fallecimiento lo hacen por el régimen del seguro de pensiones.

Alcance de la cobertura

Accidentes laborales

El interesado tendrá derecho tanto a un subsidio como a asistencia sanitaria, sea cual sea el periodo de seguro que haya completado. Por tanto, no existe periodo de carencia, Pero es necesario estar asegurado.

El subsidio por accidente laboral se abona desde el primer día de la declaración del accidente, y su cuantía se calcula del mismo modo que las prestaciones de enfermedad por enfermedades ordinarias. No existe carencia de 3 días como en caso de enfermedad, pero la incapacidad laboral deberá durar más de 3 días.

Si el accidente tiene lugar en el primer día de actividad, la cuantía del subsidio se calcula a partir del salario diario de referencia correspondiente a la categoría de asegurados a la que pertenezca el interesado que hubiera percibido el día del accidente. En caso de invalidez permanente o de fallecimiento como consecuencia de un accidente de trabajo se paga una pensión de invalidez al interesado o bien una pensión de superviviente a los miembros de la familia a cargo.

Accidentes no debidos al trabajo

El interesado tiene derecho a percibir las prestaciones asistenciales y en metálico del seguro de enfermedad siempre que haya realizado la mitad de los días de trabajo que, por lo general, se requieren para poder percibirlos (es decir, 25 o 50 días).

Enfermedades profesionales

Los asegurados directos en activo y los jubilados se benefician de un subsidio de enfermedad profesional cuando se ven afectados por una enfermedad crónica que se manifiesta transcurrido determinado lapso de tiempo, en función de las profesiones previstas por la normativa sobre «Enfermedad» del IKA-ETAM. Los servicios médicos de la oficina local del IKA-ETAM son los que tienen competencia para verificar el carácter profesional de una enfermedad.

Auxilios por defunción

El fallecimiento de un asegurado que haya realizado 100 días de trabajo durante el año previo a la defunción o bien a lo largo de los 15 meses anteriores a esta (los últimos 3 meses no se contabilizan) o de un titular de una pensión de jubilación, invalidez o fallecimiento da derecho a recibir una ayuda a tanto alzado igual a ocho veces el salario diario de referencia de la categoría más elevada de asegurados. Esta prestación no se otorga en caso de fallecimiento de un miembro de la familia a cargo. En principio se otorga al cónyuge viudo o a la persona que ha corrido a cargo de los gastos funerarios.

¿Cómo se accede a las prestaciones de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales?

Se considera que un accidente ha sido notificado cuando el interesado, u otra persona que actúe en su nombre, comunica de inmediato el accidente, dentro de los plazos previstos, tanto al empresario como a la oficina local del IKA-ETAM. En cualquier caso, el accidente deberá ser declarado dentro de un plazo de 5 días laborables. Este plazo sólo podrá ampliarse en casos concretos. Cuando el accidente provoca una invalidez total, el plazo se amplía hasta 1 año; en caso de defunción, aumenta hasta los 2 años.

Para poder recibir el auxilio por defunción, son necesarios los siguientes documentos acreditativos:

- tarjeta sanitaria del difunto;
- el certificado de defunción y
- tarjeta de seguro del difunto (si trabajaba) o certificado de interrupción de la pensión (si era pensionista);
- facturas originales de los servicios fúnebres.

Capítulo IX. Prestaciones familiares

Nacimiento del derecho a las prestaciones familiares

Prestaciones familiares concedidas por la OAED

Todas las personas que han suscrito un contrato de trabajo de derecho privado con una empresa están asegurados por el IKA y cotizan al DLOEM, lo que les da derecho en determinadas circunstancias a percibir prestaciones familiares a cargo de la Oficina Nacional de Empleo (OAED).

Para recibir las prestaciones es imprescindible haber trabajado al menos durante 50 días a lo largo del año civil previo al de la concesión de los subsidios, haber percibido regularmente subsidios de desempleo durante 2 meses o haber padecido una incapacidad laboral de forma continuada durante también 2 meses.

Condiciones que deben cumplir los hijos objeto de las prestaciones familiares:

- tener como máximo 18 años, o 22 años si continúan con los estudios, o bien estar incapacitados para el trabajo (en tal caso las prestaciones se abonarán mientras la incapacidad persista);
- ser solteros;
- residir en Grecia o en un Estado miembro de la Unión Europea.

Los trabajadores por cuenta ajena que en virtud de un convenio colectivo, una ley, un reglamento de empresa u otras disposiciones perciban de la empresa prestaciones familiares de cuantía superior a las otorgadas por el DLOEM no tienen derecho a las prestaciones de este organismo.

Además de los padres, pueden ser beneficiarias de las prestaciones familiares las siguientes personas:

- los nietos, los hermanos o los sobrinos, a condición de que estén a cargo del beneficiario de la prestación, de que sean huérfanos de padre o de madre y de que el progenitor superviviente, si lo hay, no trabaje;
- el abuelo o la abuela o el tío o la tía cuando tengan a su cargo huérfanos;
- los ascendientes o terceras personas, siempre que se les haya concedido la tutela a través de una decisión judicial.

Subsidios familiares en el marco del estado de bienestar

Además, en el marco del estado de bienestar y si se cumplen determinadas condiciones, podrán abonarse subsidios familiares, concedidos por OGA, a:

- madres que tengan su tercer hijo (liquidado como prestación mensual o como un tanto alzado);
- familias con un mínimo de cuatro hijos;
- familias con un mínimo de tres hijos;
- familias con hijos desvalidos.

Alcance de la cobertura

Prestaciones familiares concedidas por la OAED

La cuantía abonada a los beneficiarios es proporcional al número de hijos que tengan y se establece mensualmente. Los niveles actuales de prestación son los siguientes:

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

Por cada hijo siguiente se añaden otros 11,30 EUR. Se concede una prestación mensual adicional de 2,93 EUR por el tercer hijo vivo nacido después del 1 de enero de 1982. La prestación se incrementa en 3,67 euros al mes por cada hijo en los casos siguientes:

- huérfanos de padre y madre,
- niños discapacitados
- niños nacidos fuera del matrimonio no reconocidos,
- cuando el cónyuge del beneficiario trabaje en las fuerzas armadas,
- cuando el beneficiario sea viudo o
- cuando el cónyuge del beneficiario sea discapacitado.

El derecho a las prestaciones familiares tiene que ejercerse a lo largo del año civil en el que se ha adquirido y hasta 1 mes después de que finalice ese año. La percepción de las prestaciones finaliza cuando transcurre un periodo adicional de tres meses posterior al plazo estipulado para la presentación de solicitudes.

Subsidios familiares en el marco del estado de bienestar

La cuantía de los subsidios familiares en el marco del estado de bienestar es:

- una prestación mensual de 177,00 EUR a las madres que tengan su tercer hijo;
- un tanto alzado de 2 000 EUR a las madres que tengan su tercer hijo;
- una prestación mensual de 44 EUR por hijo para familias que tengan un mínimo de cuatro hijos;
- una prestación mensual de 44 EUR para familias que tengan un mínimo de tres hijos;
- una prestación mensual de 44,02 EUR por cada hijo desvalido con una edad máxima de 16 años.

¿Cómo se accede a las prestaciones familiares?

Para poder percibir las prestaciones familiares es necesario presentar en persona, a través de un representante o por correo una solicitud en la delegación local de la OAED del lugar de residencia o en un centro de ayuda al ciudadano (Κέντρα Εξυπηρέτησης Πολιτών – ΚΕΠ);

Para obtener más información sobre las prestaciones familiares, diríjase a la delegación local de la Oficina Nacional de Empleo (OAED) o consulte [la página web](#) de dicho organismo.

Para obtener más información sobre las prestaciones familiares concedidas en el marco del estado de bienestar, visite <http://www.yyka.gov.gr>.

Capítulo X. Desempleo

Nacimiento del derecho a las prestaciones de desempleo

Todas las personas que trabajan por cuenta ajena y están cubiertas por un seguro de enfermedad en algún organismo de la seguridad social quedan automáticamente cubiertas por el régimen del seguro de desempleo. No obstante, solo tiene derecho a la prestación de desempleo en caso de:

- no haber sido despedido por una falta profesional;
- estar dispuesto y capacitado para trabajar;
- ser mayor de 16 años;
- haberse inscrito personalmente en la oficina de empleo;
- estar disponible para trabajar;
- poder aportar pruebas de haber estado asegurado contra el desempleo durante como mínimo 125 días a lo largo de los 14 meses previos a la interrupción del trabajo.

Si se solicita por primera vez un subsidio de desempleo, tendrán que haberse completado además 80 días cotizados por año en los últimos 2 años antes de quedar en situación de desempleo. Los periodos de seguro que haya completado en otro Estado miembro de la UE pueden acumularse si fuese necesario.

Alcance de la cobertura

Cuantía de la prestación

El subsidio de desempleo se compone de un importe básico más complementos por cada familiar a cargo. El subsidio básico asciende a 360 EUR. Aumenta en un 10 % por cada familiar que dependa del interesado.

Duración de la prestación

El periodo durante el cual se cobra la prestación de desempleo depende del número de días trabajados en los últimos 14 meses. El periodo mínimo es de 125 días, que da derecho a 5 meses de subsidio; 150 días a 6 meses; 180 días a 8 meses, 220 días a 10 meses y 250 días a 12 meses de subsidio.

El subsidio de desempleo se concede durante 25 días al mes. Para seguir cobrando el subsidio de desempleo una vez agotado el periodo correspondiente deberá hacerse constar nuevamente el número de días de trabajo exigido. El pago del subsidio de desempleo cesa en cuanto el interesado comienza un nuevo trabajo o cuando se le declara afectado por una incapacidad laboral temporal. El derecho a cobrar el subsidio de desempleo expira a la muerte de la persona desempleada, cuando se le concede una pensión (en virtud de determinadas condiciones), cuando se le declara una incapacidad laboral permanente o cuando no está disponible para trabajar.

En caso de enfermedad durante el cobro del subsidio de desempleo

A fin de cumplir con las condiciones requeridas para cobrar el subsidio de enfermedad, el organismo del seguro de enfermedad cuenta como días de trabajo aquellos durante los cuales el interesado ha estado cobrando el subsidio de desempleo. En caso de que durante el periodo de percepción del subsidio de desempleo quede incapacitado para trabajar debido a una enfermedad, el interesado seguirá recibiendo el subsidio de desempleo durante 5 días más, sin tener derecho simultáneamente al subsidio de enfermedad. Si la enfermedad se prolonga, se interrumpirá el pago del subsidio de desempleo y se concederá al interesado un subsidio de enfermedad, siempre que el organismo del seguro de enfermedad determine que tiene derecho a dicho subsidio.

¿Cómo se accede a las prestaciones de desempleo?

El seguro de desempleo lo gestiona la Oficina Nacional de Empleo (OAED), que proporciona prestaciones de desempleo y de enfermedad a los desempleados.

Para poder cobrar el subsidio de desempleo, el interesado debe haberse inscrito personalmente como demandante de trabajo en la oficina de empleo de su lugar de residencia y haber solicitado el subsidio de desempleo dentro de un plazo de 60 días después de haber dejado de trabajar. El subsidio de desempleo se concede únicamente cuando la oficina de empleo que tramita la solicitud no encuentra un trabajo adecuado para el interesado. Deben adjuntarse a la solicitud los siguientes documentos:

- extracto de la cuenta personal de la seguridad social,
- notificación de extinción del contrato de trabajo;
- declaración que certifique que no se está realizando ninguna clase de actividad laboral y que se informará a la oficina de empleo sobre cualquier trabajo que se encuentre;
- tarjeta sanitaria de los familiares a cargo del interesado.

Capítulo XI. Recursos mínimos

Nacimiento del derecho a prestaciones relativas a los recursos mínimos

Aparte de una asignación para vivienda específica (*Στεγαστική Συνδρομή*), Grecia no ofrece ningún régimen general ni específico que garantice unos recursos mínimos.

Alcance de la cobertura

La asignación para vivienda es una prestación no contributiva en forma de alquiler, abonada a las personas ancianas no aseguradas y con escasos recursos financieros, mayores de 65 años, que viven solas o en pareja y que no son propietarias de ninguna vivienda. La asignación para vivienda asciende a 362 EUR. Se encargan del programa las Regiones.

¿Cómo se accede a las prestaciones de recursos mínimos?

Se encargan del programa las Regiones.

Capítulo XII. Dependencia

Nacimiento del derecho a las prestaciones de dependencia

Grecia no ofrece un régimen de prestaciones de dependencia aparte. Existen diversos programas de atención de ancianos. El programa de «ayuda a domicilio» (Βοήθεια Στο Σπίτι) forma parte de los servicios primarios de atención social, que ofrecen cuidados de enfermería, servicios de atención social y asistencia doméstica a los ancianos que viven solos continuamente o a ciertas horas del día, y que no pueden cuidar de sí mismos como es debido, y también a los discapacitados que se enfrentan a situaciones de aislamiento, exclusión o crisis familiar. El programa de "ayuda a domicilio para pensionistas" sustituirá al programa anterior de "ayuda a domicilio" a partir de otoño de 2012 y estará regulado por el IKA-ETAM.

Alcance de la cobertura

El programa de «ayuda a domicilio» tiene por objeto apoyar y cuidar a los ancianos en sus hogares y mejorar su calidad de vida. Durante el día, en las zonas urbanas y suburbanas, los centros de día para ancianos (Κέντρα Ημερησίας Φροντιδας Ηλικιωμενων - Κ.Η.Φ.Η.) acogen a ancianos que no pueden cuidar de sí mismos (debido a dificultades físicas, demencia, etc.), y cuyos familiares no pueden hacerse cargo de ellos debido a su trabajo, a graves problemas sociales o económicos, o a problemas de salud.

Los centros abiertos de protección para los ancianos (Κέντρα Ανοικτης Προστασιας Ηλικιωμενων - Κ.Α.Π.Η.) son programas abiertos en los que participan los ancianos mayores de 60 años sin criterios socioeconómicos, a fin de integrar y socializar a todos los miembros de la comunidad. Proporcionan todo tipo de actividades recreativas organizadas, atención médica, tratamiento de fisioterapia, ergoterapia, trabajo social, atención hospitalaria y toda clase de servicios de apoyo material y psicológico a los ancianos.

También hay unidades de atención a las personas de avanzada edad (Μοναδες Φροντιδας Ηλικιωμενων), que ofrecen asistencia residencial para las personas mayores.

¿Cómo se accede a las prestaciones de dependencia?

El programa de «ayuda a domicilio» se ejecuta bajo la responsabilidad de las autoridades locales en municipios de todo el país, principalmente en zonas insulares y montañosas remotas. Los centros de día para personas de edad avanzada los establecen y dirigen empresas municipales, empresas municipales conjuntas, asociaciones empresariales municipales de autoridades locales, así como entidades privadas sin ánimo de lucro. Cooperan con organizaciones locales que prestan servicios sociales como, por ejemplo, las unidades sanitarias y las Direcciones de Bienestar de las Prefecturas del país que prestan servicios sociales.

Las instituciones de asistencia residencial a personas de edad avanzada pueden tener fines lucrativos o no lucrativos. En el primer caso, las dirigen asociaciones benéficas,

como la Iglesia ortodoxa o las autoridades locales. En el segundo, las establecen particulares. El Ministerio de Sanidad, en el marco de su política social, ha contratado con unidades de atención a personas de avanzada edad la puesta a disposición de algunas camas, a fin de cuidar a las personas mayores indigentes que no pueden recibir servicio de las instituciones del Estado por falta o escasez de camas. El coste de estas camas va a cargo del presupuesto nacional.

Anexo. Direcciones de instituciones y sitios web útiles

El principal organismo de seguros en Grecia es el IKA-ETAM. Sus competencias abarcan todos los campos de la seguridad social excepto el seguro de desempleo y los subsidios familiares, para los cuales es competente el OAED. Si vive en Grecia y tiene cualquier duda respecto a los derechos y obligaciones relacionados con la seguridad social, debe dirigirse a la delegación local del IKA-ETAM de su lugar de residencia.

Algunos grupos de personas no están cubiertos por el IKA-ETAM. La mayoría de ellos están cubiertos por el *OAE* (trabajadores autónomos, en especial si trabajan en el comercio, artesanos, conductores, propietarios de hoteles y agencias de viaje), la *ETAA* (ingenieros, médicos, abogados) o el *OGA* (trabajadores del campo). Existe también un pequeño número de organismos especiales para las personas que trabajan en sectores específicos de la economía. Si está cubierto por alguno de estos organismos, el IKA-ETAM le proporcionará más información.

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

Instituto de Seguros Sociales (*IKA-ETAM*)
Dirección de Relaciones Internacionales
Chalkokondili 17
10241 Atenas
Tfno.: +30 520 055 5184
www.ika.gr

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

Ministerio de Trabajo, Seguridad Social y Bienestar Social
Secretaría General de Seguridad Social
Dirección de Relaciones Internacionales
Stadiou Street 29
10110 Atenas
Tfno.: +30 210 336 8000
www.ggka.gr

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

Ministerio de Trabajo, Seguridad Social y Bienestar Social
Dirección de Relaciones Internacionales
Sección UE
Pireos Street 40
10182 Atenas C.P.
Tfno.: +30 210 529 5101
www.ypakp.gr

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

Caja de Seguro de los Agricultores (OGA)
Servicio de Relaciones Públicas e Internacionales
Sección UE
Patisision Street 30
10170 Atenas C.P.
Tfno.: +30 210 332 2100
www.oga.gr

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

Organismo de Seguro de los Trabajadores por Cuenta Propia (ΟΑΕΕ)
Dirección de Pensiones
Sección de relaciones Internacionales
Αγίου Konstantinou street 5
104 31 Atenas
Tfno.: +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

Caja de Seguros para Profesionales Independientes (ΕΤΑΑ)
<http://www.etaa.gr>
Sección de Ingenieros – TSMEDE
Kokolotroni street 4, 10561 Atenas, tfno.: +30 210 3740000, <http://www.tsmede.gr>
Sección de Médicos – TSAY
Aharnon street 27, 10439 Atenas, tfno.: +30 210 8816911-17, <http://www.tsay.gr>
Sección de Abogados – TAN
Socratous street 53, 10431 Atenas, tfno.: + 30 210 5296165-171, www.tnomik.gr

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

Oficina Nacional de Empleo (OAED)
Dirección del Seguro
Sección de Relaciones Bilaterales y Aplicación de Directivas de la UE
Ethnikis Antistassis Street 8
17342 Ano Kalamaki C.P.
Tfno.: +30 210 998 9000
www.oaed.gr

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

Mutua de Pensiones de los Trabajadores del Mar (NAT)
Ethnikis Antistaseos street 1
185 31 Piraeus
<http://www.nat.gr>