

Sus derechos de Seguridad Social cuando se desplaza en la Unión Europea



Empleo & asuntos sociales



Sus derechos
de Seguridad Social
cuando se desplaza
en la Unión Europea

Actualización de 2002

El contenido de esta publicación no refleja necesariamente la opinión o la posición de la Dirección General de Empleo y Asuntos Sociales de la Comisión Europea.

Texto original actualizado a 1 de enero de 2001.

Puede obtenerse información sobre la Unión Europea a través del servidor Europa en la siguiente dirección de Internet: <http://europa.eu.int>

Al final de la obra figura una ficha bibliográfica.

Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, 2003

ISBN 92-894-2093-6

© Comunidades Europeas, 2003

Reproducción autorizada, con indicación de la fuente bibliográfica

Printed in Belgium

IMPRESO EN PAPEL BLANQUEADO SIN CLORO

LOS SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL DE LOS ESTADOS MIEMBROS

Como ciudadano de un Estado miembro de la Unión Europea (UE), sus derechos en materia de Seguridad Social están protegidos por una serie de instrumentos jurídicos comunitarios, en particular el Reglamento (CEE) n° 1408/71, en caso de que decida ejercer una actividad profesional, fijar su residencia o pasar una temporada en otro Estado miembro. Sin embargo, esta normativa no sustituye a los sistemas de Seguridad Social de los Estados miembros, sino que se limita a coordinarlos.

La presente guía ofrece una breve descripción de la organización y el funcionamiento de estos sistemas en cada uno de los Estados miembros y pasa revista a las condiciones que dan derecho a los distintos tipos de prestaciones y a las formalidades requeridas al efecto.

Se incluye por último una sección con indicaciones sobre cómo obtener más información.

A raíz de la entrada en vigor del Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo (EEE), los ciudadanos de Islandia, Liechtenstein y Noruega que trabajen o permanezcan en la Unión Europea serán tratados como si fueran ciudadanos de un Estado miembro de la UE. Del mismo modo, los ciudadanos comunitarios que trabajen en uno de estos países tendrán derecho a las mismas prestaciones de Seguridad Social que los nacionales de los mismos.

Tenga en cuenta que la presente guía no incluye información sobre la normativa comunitaria en materia de Seguridad Social contenida en los Reglamentos (CEE) n°s 1408/71 y 574/72, relativos a la aplicación de los regímenes de Seguridad Social a los trabajadores por cuenta ajena, a los trabajadores por cuenta propia y a sus familias que se desplazan dentro de la Unión Europea. Puede encontrar esta información en la guía que publicó en 1999 la Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas bajo el título *Normativa comunitaria en materia de Seguridad Social. Sus derechos de Seguridad Social cuando se desplaza en la Unión Europea* (ISBN 92-894-0203-2).

Dicha publicación puede obtenerse en las instituciones nacionales de Seguridad Social o, en su caso, en la siguiente dirección:

Comisión Europea
Dirección General de Empleo y Asuntos Sociales
Protección Social e Integración Social
Libre circulación de trabajadores y coordinación de los sistemas de
Seguridad Social
B-1049 Bruxelles/Brussel

ÍNDICE

BÉLGICA	11
<i>Capítulo I. Trabajadores por cuenta ajena</i>	11
1. Introducción	11
2. Enfermedad y maternidad	12
3. Accidentes laborales y enfermedades profesionales	13
4. Invalidez	15
5. Pensiones de jubilación	16
6. Indemnizaciones por fallecimiento y pensiones de supervivencia	17
7. Desempleo	17
8. Prestaciones familiares	18
<i>Capítulo II. Trabajadores por cuenta propia</i>	20
1. Introducción	20
2. Enfermedad y maternidad	20
3. Seguro de invalidez	21
4. Seguro de pensiones (pensión de supervivencia y pensiones de vejez)	22
5. Pensión en favor del cónyuge divorciado	22
6. Prestaciones familiares	22
7. Seguro social en caso de quiebra	23
8. Otras informaciones	23
DINAMARCA	25
1. Introducción	25
2. Enfermedad y maternidad	25
3. Accidentes laborales y enfermedades profesionales	28
4. Pensiones de jubilación anticipada	30
5. Pensiones de jubilación	31
6. Indemnizaciones por fallecimiento	33
7. Seguro de desempleo	33
8. Subsidios familiares	34
9. Otras informaciones	35
ALEMANIA	37
1. Introducción	37
2. Organismos de la Seguridad Social	37
3. Enfermedad y maternidad	38
4. Prestaciones de dependencia	41
5. Accidentes laborales y enfermedades profesionales	41
6. Prestaciones por incapacidad permanente	43
7. Prestaciones de jubilación	44
8. Prestaciones de supervivencia	45
9. Desempleo	46
10. Prestaciones familiares	47
11. Otras informaciones	47

GRECIA	49
1. Introducción	49
2. Enfermedad y maternidad	50
3. Accidentes laborales y enfermedades profesionales	52
4. Invalidez	53
5. Pensiones de vejez	53
6. Pensiones de supervivencia y gastos de entierro	54
7. Desempleo	56
8. Subsidios familiares	57
9. Otras informaciones	58
ESPAÑA	59
1. Introducción	59
2. Enfermedad y maternidad	61
3. Accidentes de trabajo y enfermedades profesionales	63
4. Incapacidad permanente	64
5. Pensiones de jubilación y de vejez	65
6. Indemnizaciones por fallecimiento y pensiones de supervivencia	66
7. Desempleo	67
8. Prestaciones familiares	68
9. Asistencia social	68
10. Más información	68
FRANCIA	73
<i>Capítulo I. Trabajadores por cuenta ajena</i>	73
1. Introducción	73
2. Enfermedad y maternidad	74
3. Accidentes de trabajo y enfermedades profesionales	77
4. Invalidez	78
5. Prestaciones de vejez y de supervivencia	78
6. Indemnizaciones por defunción	80
7. Subsidios familiares	80
8. Desempleo	81
9. Jubilación complementaria	82
<i>Capítulo II. Trabajadores por cuenta propia (autónomos)</i>	83
1. Introducción	83
2. Enfermedad y maternidad	83
3. Pensiones de vejez, de invalidez y de supervivencia	84
4. Otras informaciones	85
IRLANDA	87
1. Introducción	87
2. Enfermedad y maternidad	89
3. Accidentes laborales y enfermedades profesionales	92
4. Invalidez	93
5. Pensiones de vejez	93

6.	Pensiones de viudedad y orfandad	95
7.	Desempleo	96
8.	Subsidios familiares	97
9.	Subsidios no contributivos	98
10.	Resolución de reclamaciones	99
11.	Otras informaciones	99

ITALIA 101

1.	Introducción	101
2.	Organismos de la Seguridad Social	102
3.	Enfermedad y maternidad	104
4.	Accidentes laborales y enfermedades profesionales	106
5.	Prestaciones por invalidez o discapacidad	108
6.	Pensiones de vejez	109
7.	Pensiones de supervivencia	109
8.	Subsidio de desempleo	111
9.	Prestaciones familiares	113
10.	Otras informaciones	113

LUXEMBURGO 115

1.	Introducción	115
2.	Enfermedad y maternidad	115
3.	Dependencia	118
4.	Accidentes de trabajo y enfermedades profesionales	119
5.	Invalidez	120
6.	Vejez	121
7.	Pensiones de supervivencia	121
8.	Desempleo	122
9.	Prestaciones familiares	123
10.	Más información	124

PAÍSES BAJOS 127

1.	Introducción	127
2.	Enfermedad y embarazo	128
3.	Accidentes laborales y enfermedades profesionales	131
4.	Invalidez	131
5.	Pensiones de vejez	132
6.	Prestaciones de supervivencia	133
7.	Regímenes de pensión complementaria	135
8.	Desempleo	135
9.	Subsidios familiares	136
10.	Otras informaciones	136

AUSTRIA 137

1.	Introducción	137
2.	Organismos de la Seguridad Social	137
3.	Enfermedad y maternidad	138
4.	Accidentes de trabajo y enfermedades profesionales	140
5.	Invalidez	142

6.	Pensiones de vejez	143
7.	Supervivientes	144
8.	Subsidio de dependencia (<i>Pflegegeld</i>)	144
9.	Desempleo	144
10.	Prestaciones familiares	145
11.	Otras informaciones	147

PORTUGAL 149

1.	Introducción	149
2.	Organización, inscripción y financiación	150
3.	Enfermedad y maternidad	151
4.	Accidentes laborales y enfermedades profesionales	153
5.	Invalidez	154
6.	Prestaciones de vejez	155
7.	Indemnizaciones por defunción y pensiones de supervivencia	156
8.	Desempleo	157
9.	Subsidios familiares	158
10.	Prestaciones no contributivas	159
11.	Otras informaciones	160

FINLANDIA 161

1.	Introducción	161
2.	Asistencia sanitaria y seguro médico	162
3.	Accidentes y enfermedades profesionales	164
4.	Rehabilitación	165
5.	Régimen obligatorio de pensiones	166
6.	Subsidios de desempleo	169
7.	Subsidios parentales	170
8.	Subsidios de supervivencia	171
9.	Direcciones de contacto	171

SUECIA 173

1.	Introducción	173
2.	Enfermedad y maternidad	174
3.	Accidentes de trabajo y enfermedades profesionales	177
4.	Prestaciones en caso de invalidez	178
5.	Pensiones de vejez	179
6.	Pensión de supervivencia	180
7.	Seguro de desempleo	182
8.	Prestaciones familiares	183
9.	Otras informaciones	185

REINO UNIDO 187

1.	Introducción	187
2.	Enfermedad y maternidad	188
3.	Accidentes laborales y enfermedades profesionales	191
4.	Invalidez	192
5.	Pensiones de vejez	193
6.	Prestaciones de viudedad y de orfandad	194

7.	Subsidio de desempleo	196
8.	Subsidio familiar	197
9.	Recursos	197
10.	Gibraltar	198
11.	Otras informaciones	198
ISLANDIA		199
1.	Introducción	199
2.	Seguro de enfermedad	199
3.	Prestaciones de maternidad o paternidad	201
4.	Seguro de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales	202
5.	Pensiones de invalidez	203
6.	Subsidios de invalidez	204
7.	Pensiones de jubilación	204
8.	Prestaciones de supervivencia y pensión a los hijos de progenitores con invalidez	205
9.	Seguro de desempleo	205
10.	Prestaciones familiares	206
11.	Régimen complementario de pensiones profesionales	206
12.	Otras informaciones	206
LIECHTENSTEIN		207
1.	Introducción	207
2.	Enfermedad y maternidad	207
3.	Accidentes de trabajo y enfermedades profesionales	208
4.	Incapacidad permanente	209
5.	Jubilación	210
6.	Supervivencia	211
7.	Desempleo	211
8.	Prestaciones familiares	212
9.	Prestaciones complementarias por jubilación, supervivencia e incapacidad permanente ..	212
10.	Prestaciones de dependencia	212
11.	Subsidio de maternidad	212
12.	Ayudas a los invidentes	212
13.	Otras informaciones	213
NORUEGA		215
1.	Introducción	215
2.	Enfermedad, maternidad y adopción	216
3.	Accidentes de trabajo y enfermedades profesionales	218
4.	Pensiones de jubilación	219
5.	Prestaciones y pensiones por invalidez	220
6.	Auxilios por defunción	220
7.	Prestaciones por supervivencia	220
8.	Desempleo	222
9.	Prestaciones familiares	222
10.	Prestaciones en metálico para familias con hijos pequeños	223
11.	Otras informaciones	223

BÉLGICA

En términos generales, el sistema de la Seguridad Social en Bélgica consta de dos regímenes: uno para los trabajadores por cuenta ajena y otro para los trabajadores por cuenta propia (autónomos). Dado que existen diferencias importantes entre ambos, trataremos cada uno por separado. En el capítulo I trataremos de la Seguridad Social para los trabajadores por cuenta ajena. Si es usted un trabajador autónomo, debe remitirse al capítulo II.

Capítulo I

TRABAJADORES POR CUENTA AJENA

1. Introducción

El régimen de la Seguridad Social en Bélgica para los trabajadores por cuenta ajena abarca las siguientes ramas:

- seguro de enfermedad y maternidad (sección 2);
- seguro de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales (sección 3);
- seguro de invalidez (sección 4);
- seguro de vejez (sección 5);
- pensiones de superviviente e indemnizaciones por defunción (sección 6);
- seguro de desempleo (sección 7);
- ayudas familiares (sección 8).

● **Cómo afiliarse al sistema de la Seguridad Social**

Tan pronto como un trabajador acepta un empleo en Bélgica, su empresario está obligado a cumplir las formalidades necesarias para asegurar que queda cubierto por el régimen correspondiente de la Seguridad Social. El trabajador no tiene que dirigirse a ninguna institución.

La única excepción a esta regla se refiere al seguro de enfermedad e invalidez. Para estar cubierto frente a estos riesgos el interesado debe inscribirse en una mutua de seguros (*mutualité/ziekenfonds*) de su propia elección o hacerse registrar en una oficina regional de la caja auxiliar del seguro de enfermedad e invalidez (*Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité, CAAMI/Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering*). En Bélgi-

ca existen mutuas de seguros neutras, profesionales, cristianas, socialistas y liberales.

El trabajador tiene derecho a cancelar su inscripción en una mutua y hacerse registrar en otra el primer día de cada trimestre natural. Sin embargo, la nueva mutua en la que pretenda ingresar puede rechazar su inscripción si no ha estado asegurado en la mutua anterior durante un período de como mínimo 12 meses.

Si se ha estado afiliado anteriormente a un régimen de prestaciones sanitarias de otro Estado miembro de la UE, debe presentar a la Caja del seguro de enfermedad belga (mutua u oficinas regionales de la caja auxiliar) los formularios E 104 y E 105, que podrán obtenerse de la institución del seguro de enfermedad del país que se ha abandonado.

En el resto del documento se denominará «cajas de enfermedad» a las mutuas de seguros y a las oficinas regionales de la caja auxiliar.

● **Cotizaciones**

El trabajador debe cotizar a la Seguridad Social con una cuota que representa un determinado porcentaje de su salario. El empresario deducirá esta cuota del salario del trabajador y la abonará a la Oficina Nacional de la Seguridad Social (*Office nationale de sécurité sociale, ONSS/Rijksdienst voor sociale zekerheid, RSZ*). La única cotización que el trabajador tiene que pagar directamente es la que la mutua de seguros pueda exigirle por determinadas prestaciones complementarias y voluntarias. No debe pagar ninguna cotización complementaria si se afilia a la caja auxiliar del

seguro de enfermedad e invalidez, ya que ésta solamente se dedica a los seguros obligatorios.

● Reclamaciones

Si no está de acuerdo con una decisión tomada por un organismo de la Seguridad Social, puede presentar una reclamación dentro del plazo de 1 mes a partir de la fecha en que se ha notificado la decisión correspondiente. Si usted reside en Bélgica, debe enviar la reclamación por carta certificada, o entregarla en mano, a la secretaría de la Magistratura de Trabajo (*greffe du Tribunal du travail/griffie van de arbeidsrechtbank*) del distrito judicial de su lugar de residencia. Si vive en otro país, debe enviar la reclamación a la Magistratura de Trabajo del distrito judicial de su último domicilio o residencia en Bélgica. En caso de no haber tenido nunca domicilio o residencia en Bélgica, la reclamación se enviará a la Magistratura de Trabajo del distrito judicial del lugar de su último empleo en dicho país.

2. Enfermedad y maternidad

En la actualidad, el seguro de enfermedad cubre a toda la población que se encuentre legalmente en el territorio de Bélgica, en concreto los trabajadores, los desempleados, los pensionistas, los autónomos, el personal del sector público, los inválidos y mutilados, los discapacitados, los empleados domésticos, los estudiantes, las personas inscritas en el Registro de las personas físicas y las personas que tienen a cargo.

Pueden recibir el subsidio de maternidad las trabajadoras, las mujeres en paro y las mujeres inválidas.

En determinadas condiciones, también pueden recibirse prestaciones de enfermedad y maternidad si usted está domiciliado o reside en otro Estado miembro.

A. PRESTACIONES DEL SEGURO DE ENFERMEDAD EN ESPECIE

Para tener derecho a prestaciones sanitarias:

- usted debe estar afiliado a una caja de enfermedad;
- sus cotizaciones no deben ser inferiores a un importe mínimo establecido;
- si procede de otro Estado miembro, o de un Estado con el que Bélgica haya celebrado un convenio de Seguridad Social relativo a la totalización de los períodos de seguro, debe haber estado afiliado a un régimen de seguro de enfermedad de dicho Estado en los 6 meses anteriores a su afiliación en Bélgica.

El coste de las prestaciones, que incluyen la asistencia tanto preventiva como curativa, se

reembolsa de acuerdo con unas tarifas oficialmente aprobadas.

● Tratamiento médico y odontológico

Por norma general, usted puede dirigirse directamente a un médico u odontólogo de su elección, y usted mismo le pagará los honorarios correspondientes. Dichos honorarios le serán reembolsados más adelante mediante presentación de un recibo certificado por el médico u odontólogo, en el que conste el tratamiento recibido.

En principio, la caja de enfermedad le reembolsará entre el 60 % y el 70 % de los honorarios pagados por prestaciones sanitarias, como consultas y visitas a médicos de cabecera y especialistas.

Si acude a un médico u odontólogo que no se somete a las tarifas oficiales aprobadas, tendrá usted que pagar de su propio bolsillo cualquier importe que supere dichas tarifas. Si lo solicita, su caja de enfermedad le entregará una lista de los médicos y odontólogos que aplican las tarifas oficiales.

● Productos farmacéuticos

En cuanto a los productos farmacéuticos que le sean dispensados mediante receta, tendrá usted que pagar una cantidad por receta, que varía en función de la utilidad social y terapéutica del medicamento. La parte del coste de los medicamentos que le reembolsará la caja de enfermedad varía según la categoría a la que pertenezcan estos medicamentos (A, B, C, Cs, Cx o preparado magistral). Normalmente, usted solamente deberá pagar al farmacéutico que le entrega el medicamento recetado la parte del precio que no es reembolsada por la caja de enfermedad. Debe tener en cuenta que siempre tendrá que presentar la correspondiente receta médica.

● Hospitalización

Si precisa ser hospitalizado debe dirigirse en primer lugar a su caja de enfermedad, que le proporcionará toda la información necesaria para conseguir un tratamiento hospitalario. Esto no será necesario en caso de urgencia.

Tendrá que pagar un importe fijo al ingresar en el hospital. Después tendrá que pagar un pequeño importe fijo por cada día que permanezca en el hospital. Asimismo, tendrá que pagar un importe diario fijo del coste de los medicamentos administrados durante su estancia en el hospital.

● Fisioterapia y cuidados de enfermería

Los gastos de fisioterapia únicamente se reembolsan si han sido prescritos por un médico. Por norma general, las cajas de enfermedad limitan a

un 60 % el reembolso de los gastos pagados por prestaciones fisioterapéuticas.

Las cajas de enfermedad reembolsan el 75 % de los gastos pagados por cuidados de enfermería.

● **Reembolso de porcentajes superiores**

Los organismos de la Seguridad Social pueden reembolsar porcentajes superiores a algunas personas aseguradas, así como a las personas que tienen a cargo, debido a su situación financiera. Se trata de los pensionistas, las viudas y los viudos, los huérfanos, los inválidos, los beneficiarios de subsidios para discapacitados y los beneficiarios de otras prestaciones de la asistencia social.

B. SUBSIDIOS DE ENFERMEDAD EN EFECTIVO

Si usted no puede trabajar debido a una enfermedad, debe entregar al inspector médico de su caja de enfermedad un certificado cumplimentado por el médico que le está tratando, y debe hacerlo en un plazo de 2 días a partir del momento en que ha quedado incapacitado para el trabajo. Si envía el certificado en fecha posterior, no obtendrá el subsidio que le corresponda más que a partir del día en que lo ha enviado.

El inspector médico de su caja de enfermedad hará una estimación de los días que puede durar la enfermedad y está facultado para exigirle que se someta en cualquier momento a una exploración médica.

Durante el primer año de trabajo, usted tiene derecho a percibir el 60 % de su salario. Sin embargo, la cuantía de dicho subsidio no puede sobrepasar un determinado importe máximo establecido.

Si transcurrido 1 año persiste la incapacidad laboral, tendrá derecho a un subsidio de invalidez (véase la sección 4).

● **Condiciones requeridas**

Para obtener el subsidio de enfermedad deben satisfacerse las siguientes condiciones:

- Estar afiliado a una caja de enfermedad.
- Haber trabajado durante 120 días en un período de 6 meses. Se considerarán como períodos trabajados determinados períodos de inactividad, por ejemplo las enfermedades o las vacaciones remuneradas. Pueden tenerse en cuenta los períodos trabajados en otros Estados miembros.
- Haber presentado a la caja de enfermedad el comprobante del pago de las cotizaciones, que le entregará la empresa.

- Someterse a cualquier procedimiento de inspección establecido por la caja de enfermedad.
- Encontrarse en situación de persona asegurada, lo que se demuestra presentando comprobantes de que se ha estado trabajando durante 120 días, o asimilados, en el transcurso del segundo y tercer trimestres precedentes a la solicitud del subsidio. Si no cumple esta condición, puede suscribir un contrato de seguro indefinido.
- Poseer un certificado que demuestre que se está incapacitado para trabajar.

C. PRESTACIONES DE MATERNIDAD

Las mujeres embarazadas tienen derecho a un permiso de maternidad de 15 semanas, que se amplía a 17 semanas en caso de parto múltiple.

El permiso prenatal, que debe ser solicitado expresamente por la interesada, se inicia no antes de las 7 semanas previas a la fecha probable del parto, o de las 9 semanas en caso de que se prevea un parto múltiple. De estas 7 (o 9) semanas, hasta un máximo de 6 (u 8) semanas pueden tomarse antes o después del nacimiento. A partir del séptimo día anterior a la fecha probable del parto, la mujer embarazada debe suspender cualquier tipo de actividad laboral o, en su caso, informar a la oficina de empleo. La interesada debe remitir a su caja de enfermedad un certificado médico en el que se confirme que espera dar a luz al término del período solicitado de permiso prenatal.

El permiso postnatal se concede para las 8 semanas posteriores a la fecha del parto.

El importe del subsidio de maternidad se calcula del modo siguiente:

- las mujeres que tienen un empleo remunerado perciben el 82 % del salario durante los primeros 30 días y el 75 % a partir del trigésimo primer día;
- las mujeres en paro e inválidas perciben el 79,5 % durante los primeros 30 días y el 75 % a partir del trigésimo primer día.

● **Condiciones requeridas**

Las condiciones requeridas para obtener las prestaciones de maternidad son las mismas que en el caso de las prestaciones de enfermedad (véanse las secciones anteriores).

3. Accidentes laborales y enfermedades profesionales

A. ACCIDENTES LABORALES

Todos los trabajadores por cuenta ajena, incluidos los aprendices y el servicio doméstico, están

asegurados contra los accidentes de trabajo y los accidentes sufridos durante un desplazamiento al o del puesto de trabajo. Su empresario o empleador debe suscribir para este fin una póliza en una compañía de seguros o mutua de seguros reconocida.

Cuando ocurra un accidente de trabajo, la empresa, el propio trabajador o un miembro de la familia de éste deben dar parte del accidente dentro de un plazo de 10 días, utilizando para ello un formulario especial que debe ser remitido a la compañía de seguros y también al inspector encargado de vigilar la seguridad en el puesto de trabajo. En lo posible, se acompañará al parte de accidente el correspondiente certificado médico.

Como consecuencia de un accidente de trabajo pueden solicitarse las siguientes prestaciones:

- subsidio por incapacidad laboral, tanto si es temporal como permanente, parcial o total y, en casos graves, para recibir ayuda de una tercera persona;
- tratamiento médico, hospitalización y prótesis;
- gastos de viaje;
- prestaciones especiales en caso de defunción.

También pueden pagársele estas prestaciones en otro Estado miembro de la UE.

● **Subsidio por incapacidad laboral**

Después de cierto tiempo, el trabajador puede haberse restablecido o, por el contrario, su incapacidad laboral puede estabilizarse. En este último caso se dice que hay una «consolidación». La fecha en que su situación se considera que adquiere carácter estable será determinada por el inspector médico de la entidad aseguradora, el cual establecerá también el grado (porcentaje) de la incapacidad laboral permanente.

Durante el período en que su situación adquiere carácter estable, el afectado percibirá un subsidio diario por incapacidad laboral general y transitoria que asciende al 90 % de su remuneración cotidiana media.

Una vez estabilizada su situación, se le concede una pensión anual por un período de 3 años. Durante dicho período puede reexaminarse el caso. La cuantía de la pensión depende del porcentaje de la incapacidad laboral y de la remuneración que obtuvo el trabajador durante el año anterior al accidente.

Al final de dicho período de 3 años, dicha pensión se transforma en vitalicia. Si el grado de incapacidad laboral asciende como mínimo al 16 %, el trabajador puede solicitar que se le pague 1/3 del capital de la pensión. En cualquier caso, los

términos de la compensación económica posterior a un accidente de trabajo quedan sometidos a la aprobación de la mutua de accidentes de trabajo (*Fonds des accidents du travail/Fonds voor arbeidsongevallen*).

Si usted no está de acuerdo con la liquidación propuesta por la compañía de seguros, puede presentar una demanda a la Magistratura de Trabajo.

● **Asistencia sanitaria**

La persona que ha sufrido un accidente de trabajo tiene libertad para elegir a su propio médico, centro médico u hospital, para cualquier tratamiento médico y quirúrgico, excepto en el caso de que la empresa (o la compañía de seguros) disponga de un servicio médico, farmacéutico o clínico propio y homologado.

La asistencia que proporciona la empresa (o la compañía de seguros de ésta) es gratuita. Si la persona asegurada tiene libertad para elegir el médico o los servicios correspondientes, la asistencia que se le proporciona será reembolsada en su totalidad por la compañía de seguros, hasta el límite de las tarifas oficiales en materia de seguros de enfermedad e invalidez.

● **Gastos de viaje**

En determinadas condiciones puede obtenerse el reembolso de los gastos de viaje de la persona asegurada y de sus familiares.

● **Accidentes mortales**

Como consecuencia de un accidente de trabajo con resultado de muerte o un accidente mortal sufrido durante el desplazamiento al o del puesto de trabajo, se otorgan las siguientes prestaciones:

- Una indemnización que cubre los gastos de sepelio, igual a 30 veces el promedio de la remuneración diaria, o el reembolso de todos los gastos (incluyendo cualquier formalidad administrativa) que se produzca por trasladar al fallecido al lugar de entierro (país de origen).
- Una pensión vitalicia para el cónyuge superviviente, que ascenderá al 30 % del sueldo del asegurado fallecido.
- Una pensión temporal para los hijos, cuyo importe ascenderá al 15 % o al 20 % del sueldo del asegurado fallecido. La pensión será pagada hasta los 18 años de edad o hasta el momento en que finaliza el derecho a obtener prestaciones familiares.

● **Pago de prestaciones**

El subsidio por incapacidad laboral transitoria se paga el mismo día en que se paga la remuneración o el sueldo. Una vez que su situación ha

adquirido carácter estable, el pago se efectúa trimestralmente o mensualmente, según el caso.

Las pensiones devengadas por accidente mortal también se pagan trimestralmente o mensualmente.

● **Más información**

Para obtener información adicional diríjase a la compañía de seguros de su empresa. Si hubiese cualquier dificultad, póngase en contacto con el servicio de control del *Fonds des accidents du travail/Fonds voor arbeidsongevallen*, rue du Trône/Troonstraat 100a, B-1050, Bruxelles/Brusel.

B. ENFERMEDADES PROFESIONALES

Todos los trabajadores por cuenta ajena, así como los desempleados y las personas incapacitadas pero sometidas a programas de rehabilitación o de readaptación profesional, están asegurados contra las enfermedades profesionales. Para ser reconocida como enfermedad profesional, la afección debe estar incluida en una lista oficial o tener su origen principal y directo en el ejercicio de la profesión de que se trata. En este último caso, la persona afectada debe presentar una prueba de haber estado expuesta a un riesgo y de la relación que tiene dicho riesgo con su enfermedad. La empresa debe contratar una póliza con la Mutua de enfermedades profesionales (*Fonds des maladies professionnelles*, FMP/*Fonds voor de beroepsziekten*), es decir, con la institución que se responsabiliza de las correspondientes prestaciones.

● **Prestaciones**

En caso de enfermedad profesional se obtienen las siguientes prestaciones:

- Subsidio por incapacidad laboral transitoria o permanente, parcial o total y, en los casos graves, la ayuda de una tercera persona.
- Subsidio por cese temporal o permanente en el trabajo, como medida preventiva. La Mutua de enfermedades profesionales puede autorizar al trabajador a que suspenda su actividad en el caso de que exista confirmación médica de su predisposición para contraer una enfermedad profesional, o de que se detecten los síntomas iniciales de dicha enfermedad. En este caso, la persona asegurada tiene derecho a obtener el subsidio que le corresponde por incapacidad laboral total. Además, el trabajador tiene derecho a una readaptación profesional.
- Subsidios en caso de defunción de la persona asegurada debido a una enfermedad profesional.

- Asistencia sanitaria. La persona asegurada tiene libertad para elegir a sus profesionales de la sanidad. Además, tiene derecho al reembolso completo de los gastos en que incurra, de acuerdo con las tarifas oficiales.

- Gastos de viaje.

Los subsidios se calculan y se pagan del mismo modo que en el caso de los accidentes de trabajo (véase el apartado A).

● **Formalidades**

El enfermo o su mandatario (por ejemplo, su mutua) debe dirigir la solicitud de indemnización al *Fonds des maladies professionnelles/Fonds voor de beroepsziekten*, para lo que debe utilizar el formulario reglamentario, que este mismo organismo le entregará. Si se produce un cambio en el estado de salud, el *Fonds des maladies professionnelles/Fonds voor de beroepsziekten* podrá reexaminar el porcentaje de incapacidad a petición del enfermo o de oficio.

Para más detalles diríjase a:

Fonds des maladies professionnelles/Fonds voor de beroepsziekten
Avenue de l'Astronomie/Sterrenkundelaan, 1
B-1030 Bruxelles/Brusel

4. Invalidez

Si ha estado usted cobrando el subsidio de enfermedad durante 1 año y sigue incapacitado para reanudar el trabajo, tendrá derecho a una pensión de invalidez. Esta pensión se le pagará hasta que alcance la edad de la jubilación (según el régimen transitorio para igualar la edad de jubilación entre los hombres y las mujeres, en la actualidad la edad de jubilación es de 62 años para las mujeres y de 65 años para los hombres). La pensión de invalidez asciende a un 65 % de su remuneración previa si tiene familiares a su cargo. Si no tiene familiares a su cargo, este importe se reducirá a un 45 % o un 40 %, dependiendo de que la remuneración que ha dejado de percibir sea o no su única fuente de ingresos. El importe de la pensión no puede superar un límite máximo.

Como excepción, los mineros que han trabajado en las minas durante 10 años como mínimo, tienen derecho a una pensión de invalidez pagadera a partir del séptimo mes de su incapacidad laboral.

● **Condiciones requeridas**

Para obtener una pensión de invalidez deben cumplirse las siguientes condiciones:

- Estar afiliado a una caja de enfermedad.
- Haber trabajado durante 120 días durante un período de 6 meses. Determinados períodos

en los que no se haya trabajado, por ejemplo debido a enfermedad o vacaciones pagadas, se consideran a estos efectos como períodos trabajados. Pueden tenerse en cuenta los períodos trabajados y completados en otros Estados miembros.

- Presentar a la caja de enfermedad el comprobante de pago de las cotizaciones, que le entregará su empresa.
- Someterse a cualquier procedimiento de inspección establecido por la caja de enfermedad.
- Presentar un certificado de incapacidad laboral.

5. Pensiones de jubilación

En principio, todas las personas que hayan trabajado en Bélgica con un contrato laboral están cubiertas por un seguro de vejez. El servicio doméstico a tiempo parcial cuenta con una reglamentación especial.

Las prestaciones son las siguientes:

- pensión de jubilación (*pension de retraite/rustpensioen*), que se concede a los trabajadores por cuenta ajena;
- subsidio de calefacción (*allocation de chauffage/verwarmingstoelage*) que se concede a los mineros jubilados;
- paga de vacaciones (*pécule de vacances/vakantiegeld*) y paga de vacaciones complementaria (*pécule de vacances complémentaires/aanvullend vakantiegeld*).

● Condiciones requeridas

Los trabajadores por cuenta ajena, hombres y mujeres, tienen derecho a una pensión de jubilación anticipada (siempre y cuando se cumplan unas condiciones sobre la carrera laboral) a partir de los 60 años de edad. La edad normal para recibir una pensión de jubilación es de 65 años para los hombres. En la actualidad, es de 62 años para las mujeres, y se incrementará progresivamente hasta los 65 años en 2009.

Se aplican excepciones a esta regla en el caso de los mineros, que pueden jubilarse antes.

Los trabajadores varones que perciben una pensión de prejubilación convencional (*pré-pension/brugpensioen*) no pueden obtener una pensión de jubilación hasta haber alcanzado los 65 años de edad.

Igualmente, las mujeres que se encuentran en esta situación no pueden percibir una pensión de jubilación hasta la edad legalmente establecida para ello, es decir, 62 años en la actualidad y 65 años en 2009, con arreglo al incremento de la edad de jubilación que ya se ha mencionado.

● Formalidades

Llegado el caso, debe usted solicitar la pensión de jubilación a la administración municipal de su lugar de residencia. Si reside en otro Estado miembro, puede enviar la solicitud a la institución local que se ocupe del pago de pensiones de jubilación en ese Estado. Para evitar un retraso en la tramitación de su solicitud, debe presentarla en lo posible 1 año antes de alcanzar la edad de jubilación.

● Cuantía de la pensión

La cuantía de su pensión de jubilación depende, por un lado, de la extensión de los períodos durante los cuales ha trabajado por cuenta ajena en Bélgica (incluyendo períodos de vacaciones, enfermedad y desempleo) y, por otro, de la remuneración obtenida en el transcurso de dichos períodos, adaptada al coste de la vida en el momento en que se calcula la pensión de jubilación.

La pensión de jubilación se calcula sobre la base de una fracción equivalente a 1/45 partes del importe total de la pensión por cada año trabajado, en el caso de los hombres. Para las mujeres, el denominador de la fracción actual, que es de 1/42, se incrementará progresivamente hasta llegar a 1/45 el 1 de enero de 2009. Para los marineros la fracción es de 1/40, y de 1/30 para los mineros que hayan trabajado al menos 20 años en la mina, y de 1/14 para los marineros que hayan pasado como mínimo un período de 168 meses en el mar. Para calcular el importe teórico de la pensión de jubilación pueden tenerse en cuenta los períodos de empleo completados en otros Estados miembros.

La pensión de jubilación asciende a un 60 % del sueldo medio obtenido durante toda la carrera profesional, y se eleva al 75 % si tiene un cónyuge a su cargo.

Hay dos formas de cobrar la pensión. Puede pedir que le paguen por giro postal en su domicilio o puede solicitar que le sea transferida a su cuenta postal o bancaria.

Los jubilados pensionistas pueden seguir trabajando, siempre que la remuneración o el sueldo percibidos no excedan de un límite establecido. Debe informarse previamente al servicio responsable (*Office national des pensions/Rijksdienst voor pensioenen*) de cualquier actividad laboral de esta índole por correo certificado. Además, debe informar a su empleador de que percibe una pensión, también por correo certificado.

Puede solicitar información adicional en la siguiente dirección:

Office national des pensions/Rijksdienst voor pensioenen
Tour du Midi/Zuidertoren
B-1060 Bruxelles/Brussel

No podrá cobrar ninguna pensión de jubilación si recibe algún tipo de subsidio de enfermedad, invalidez o desempleo involuntario de conformidad con la legislación belga o de otro país en materia de Seguridad Social, o en caso de que perciba un subsidio por haber dejado el trabajo a causa de una enfermedad profesional o como resultado de una reducción de la capacidad laboral, o bien un subsidio complementario en el marco de una pensión de prejubilación convencional.

6. Indemnizaciones por fallecimiento y pensiones de supervivencia

Cuando fallece un asegurado, los supervivientes tienen derecho a las siguientes prestaciones:

- una indemnización única para gastos de sepelio que se otorga contra presentación de los documentos pertinentes (certificado de defunción y facturas) a las personas que han pagado dichos gastos;
- una pensión de supervivencia (*pension de survie/overlevingspensioen*) que se concede al cónyuge del fallecido;
- una pensión temporal de supervivencia (*pension de survie temporaire/tijdelijk overlevingspensioen*) que se otorga a la viuda o al viudo que no tiene o ya no tiene derecho a una pensión de supervivencia.

● Condiciones requeridas

El cónyuge superviviente de un trabajador por cuenta ajena tiene derecho a una pensión de supervivencia si tiene más de 45 años de edad. No hay límite de edad en el caso de que el cónyuge superviviente tenga un hijo a su cargo o esté afectado de incapacidad laboral hasta un grado de como mínimo el 66 %, o si el fallecido ha trabajado en el interior de minas durante 20 años. Además, el matrimonio debe haber durado como mínimo 1 año, a menos que dicho matrimonio haya tenido un descendiente o que la muerte se deba a un accidente de trabajo o enfermedad profesional padecidos con posterioridad a la fecha en que se ha contraído matrimonio, o que en el momento del fallecimiento el esposo o la esposa tengan un hijo a cargo por el que perciban subsidios familiares.

● Formalidades

La solicitud de una pensión de supervivencia debe presentarse a la administración municipal del

lugar de residencia. Si se reside en otro Estado miembro, debe enviarse dicha solicitud a la institución local responsable del pago de pensiones en dicho Estado.

La solicitud de una pensión temporal de supervivencia debe presentarse dentro de un plazo de 12 meses a partir de la fecha de la muerte del cónyuge. No obstante, el cónyuge de un pensionista no tiene la obligación de presentar solicitud de pensión temporal o definitiva de supervivencia, ya que la concesión de una u otra es automática.

● Cuantía de la pensión

La cuantía de la pensión que se otorga al cónyuge superviviente asciende al 80 % de la pensión de jubilación que el cónyuge fallecido ha estado recibiendo o habría recibido.

Hay dos formas de cobrar la pensión: enviada por giro postal al domicilio o transferida a la cuenta postal o bancaria.

Los pensionistas pueden trabajar, siempre que la remuneración percibida no supere un límite establecido. Debe informarse previamente por correo certificado al servicio responsable (Office national des pensions/Rijksdienst voor pensioenen, Tour du Midi/Zuidertoren, B-1060 Bruxelles/Brussel) de cualquier actividad laboral de esta índole. Además, debe informar a su empleador de que percibe una pensión, también por correo certificado. Para cualquier información adicional que precise, diríjase a la *Office national des pensions/Rijksdienst voor pensioenen*.

No podrá cobrar ninguna pensión de supervivencia si recibe algún tipo de subsidio de enfermedad, invalidez o desempleo involuntario de conformidad con la legislación belga o de otro país en materia de Seguridad Social, o en caso de que perciba un subsidio por haber dejado el trabajo a causa de una enfermedad profesional o como resultado de una reducción de la capacidad laboral, o bien un subsidio complementario en el marco de una pensión de prejubilación convencional.

7. Desempleo

En términos generales, los trabajadores por cuenta ajena están asegurados contra el riesgo de desempleo, sea cual sea el número de horas diarias o semanales que trabajen. Sin embargo, esto no es aplicable al servicio doméstico que no resida en el hogar del empleador y que no trabaje más de 4 horas diarias o más de 24 horas semanales en uno o varios domicilios.

● Condiciones requeridas

Para poder cobrar un subsidio de desempleo deben cumplirse las siguientes condiciones:

- Haber trabajado durante un número mínimo de días (entre 312 y 624) durante un período determinado (entre 18 y 36 meses) antes de solicitar dicha prestación. La duración de este período varía según la edad. Pueden tenerse en cuenta los períodos de empleo completados en otros Estados miembros, pero debe haberse quedado en paro en Bélgica.
- Carecer de trabajo y no tener ninguna remuneración por circunstancias ajenas a su voluntad.
- Estar inscrito en la correspondiente oficina de empleo como solicitante de empleo y estar dispuesto a aceptar cualquier trabajo que se corresponda con su situación profesional y personal. En Flandes, el organismo responsable es el VDAB; en Bruselas es el ORBEM/BGDA, y en Valonia, el FOREM.
- Ser capaz de trabajar.
- Presentarse dos veces al mes en la oficina de empleo administrada por el consejo municipal o local de la zona en que se resida habitualmente.
- Tener menos de 65 años.
- Tener la residencia habitual en Bélgica y estar viviendo efectivamente en Bélgica. Durante un período limitado el interesado puede ausentarse y buscar empleo en otro Estado miembro sin perder la prestación en Bélgica.

● **Cuantía y duración del subsidio**

La cuantía diaria del subsidio se fija normalmente sobre la base de 1/26 partes del límite superior del sueldo perdido. Si la persona desempleada demuestra que tiene familiares a su cargo y que la suya es la única fuente de ingresos para mantenerlos, tiene derecho al 60 % de la remuneración perdida, todo ello dentro de un mínimo [29,77 EUR (1 201 BEF) en junio de 1999] y un máximo diarios [33,91 EUR (1 368 BEF)].

La persona desempleada que demuestre haber perdido su única fuente de ingresos tiene derecho al 60 % de la remuneración perdida durante el primer año de desempleo, y al 44 % durante el segundo año. La persona desempleada sin familiares a su cargo, y que no ha perdido su única fuente de ingresos, tiene derecho al 55 % de la remuneración perdida durante el primer año y al 35 % a continuación, pero únicamente durante un período de 3 meses, que se incrementarán en otros 3 meses por cada año trabajado. Tras este período de 3 meses, que podrá prolongarse, tendrá derecho a un subsidio fijo de 12,69 EUR (512 BEF) diarios.

● **Cómo obtener el subsidio de desempleo**

El subsidio debe solicitarse al organismo responsable del pago del subsidio de desempleo. Las

decisiones sobre la concesión de dicho subsidio las toma la *Office nationale de l'emploi/Rijksdienst voor Arbeidsvoorziening* (ONEM/RVA) y los pagos son realizados por organismos privados reconocidos, establecidos por los sindicatos (CSC/ACV, FGTB/ABVV, CGSLB/ACLVB), o bien por el organismo público, la Caja auxiliar del pago del subsidio de desempleo (*Caisse auxiliaire de paiement des allocations de chômage/Hulpkas voor werkloosheidsuitkeringen*).

El desempleado puede optar libremente por obtener el pago del subsidio a través de uno u otro de ellos y tiene libertad para cambiar de organismo en cualquier momento.

● **Denegación del subsidio**

Si está en situación de desempleo por haber abandonado el trabajo sin causa justificada o si ha sido despedido por su culpa o si rehúsa una oferta de trabajo adecuado estando en situación de paro, el subsidio de desempleo podrá serle denegado durante un período de tiempo limitado. Aunque el derecho a cobrar el subsidio de desempleo en principio no está sometido a un límite de tiempo, el pago de dicho subsidio puede ser suspendido si el desempleo dura más de 1,5 veces el promedio regional registrado para personas del mismo sexo y edad. Esta suspensión se aplicará a las personas en paro que tengan menos de 50 años de edad, que no hayan perdido su única fuente de ingresos, no tengan familia a cargo y se encuentren en su tercer período de desempleo, cuando el ingreso fiscal de su hogar sobrepase los 15 784,42 EUR (636 742 BEF) anuales [cantidad que se incrementa en 631,38 EUR (25 470 BEF) por persona a cargo].

8. Prestaciones familiares

Tiene usted derecho a prestaciones familiares si es trabajador por cuenta ajena, está en paro, es inválido o está jubilado.

Debe existir una relación familiar o una relación legal entre usted y el menor por el cual percibe las ayudas. De haber varias personas con derecho a las prestaciones familiares en relación con el mismo menor, se aplican determinadas reglas de prioridad.

● **Límites de edad**

No se aplica ninguna condición al derecho a prestaciones familiares por los hijos hasta el día 31 de agosto del año civil durante el cual cumplen 18 años de edad. Posteriormente, pueden concederse prestaciones familiares por los hijos:

- hasta los 25 años de edad cuando tienen un contrato de aprendizaje homologado y sujeto a inspección;

- hasta los 21 años de edad si padecen una incapacidad de como mínimo un 66 %;
- hasta los 25 años de edad si son estudiantes;
- hasta los 25 años de edad si están inscritos como solicitantes de empleo tras haber finalizado sus estudios o su aprendizaje, pero únicamente durante un período máximo de 180 o 270 días civiles después de la fecha de terminación de sus estudios o su aprendizaje.

● **Ayudas a las que usted tiene derecho**

Tiene usted derecho a prestaciones familiares por cada hijo que cumpla las anteriores condiciones, y el importe de dicha ayuda aumenta progresivamente para cada hijo. A partir del tercer hijo, el importe es invariable.

El derecho a las prestaciones familiares básicas se determina para cada trimestre del año civil según la situación del beneficiario en el transcurso del «mes de referencia». El mes de referencia es el segundo mes del trimestre anterior en el caso de las personas que ya tienen derecho a prestaciones, o el mes en que se inicia el derecho en el caso de las personas que lo adquieren por primera vez.

También tendrá usted derecho a cobrar ciertos complementos relacionados con la edad cuando sus hijos alcancen las edades de 6, 12 y 18 años, respectivamente.

Se otorgan complementos especiales para hijos con discapacidad, hijos menores de desempleados completos receptores de subsidio a partir del séptimo mes de paro y de pensionistas, y para los hijos de trabajadores incapacitados. Asimismo, se otorgan prestaciones familiares incrementadas a los huérfanos cuando el cónyuge superviviente no vuelve a casarse o a establecer un nuevo hogar.

La concesión de los complementos relacionados con la situación socioprofesional del beneficiario, los complementos para hijos de desempleados y de pensionistas y los complementos para hijos de trabajadores inválidos se rige por las mismas condiciones que las prestaciones familiares de base. En el momento de la apertura del derecho a los complementos, debido a que se necesita 1 mes para cumplir el conjunto de las condiciones legales y reglamentarias fijadas para su concesión, los complementos se pagan el primer día del mes siguiente, para el resto del trimestre y para el

trimestre siguiente. A continuación, se mantiene el derecho al complemento por trimestre cada vez que se reúnen las condiciones legales y reglamentarias en cualquier momento del segundo mes del trimestre precedente.

Los complementos para hijos con discapacidad y las prestaciones familiares incrementadas cesan a partir del mes siguiente al mes en que ya no se cumplen las condiciones requeridas.

Cuando nace un hijo, se concede una ayuda económica al parto. Dicha ayuda puede solicitarse a partir del sexto mes de embarazo, y puede serle pagada a partir del segundo mes anterior a la probable fecha de nacimiento del hijo.

Por último, se concede una ayuda por la adopción de un niño que dé derecho a la recepción de subsidios familiares.

● **Cómo obtener las prestaciones familiares**

Para tener derecho a prestaciones familiares debe presentar la solicitud correspondiente a la caja de compensación (*Caisse de compensation/Kinderbijslagfonds*) concertada por su empresa. Ésta le indicará las señas de este organismo, en el que también podrá usted informarse de más detalles al respecto.

Las prestaciones familiares se pagan a la persona encargada de la crianza del niño, que suele ser la madre. Los hijos casados, emancipados o mayores de 16 años, y los hijos que tengan hijos a su vez por los que reciben subsidios familiares y que posean su propio lugar de residencia y no formen parte del hogar de la persona responsable de ellos, cobran personalmente las prestaciones familiares.

Si su familia reside en un Estado miembro que no sea Bélgica, su solicitud debe ir acompañada del formulario E 401, en el que consta la composición de su familia.

Las solicitudes para el subsidio por nacimiento deben presentarse en las cajas de compensación competentes para la concesión de subsidios familiares. Asimismo, los municipios también conceden subsidios o primas de nacimiento, que pueden sumarse a los subsidios de nacimiento del régimen de subsidios familiares para los trabajadores por cuenta ajena.

Capítulo II

TRABAJADORES POR CUENTA PROPIA

1. Introducción

En Bélgica existe un régimen de la Seguridad Social que es obligatorio para los trabajadores autónomos. Este régimen abarca las siguientes ramas:

- el seguro de enfermedad;
- el seguro de invalidez;
- el seguro de vejez y de supervivencia;
- las prestaciones familiares;
- las pensiones en favor del cónyuge divorciado;
- el seguro social en caso de quiebra.

El régimen cubre a todas las personas que trabajan por cuenta propia (autónomos), así como a sus ayudantes. Son trabajadores autónomos todos los que ejercen una actividad a través de la cual no están sujetos a un contrato o a un estatuto laboral. Sus ayudantes son personas que ayudan o sustituyen al trabajador autónomo en el ejercicio de su actividad, sin estar ligados a él por un contrato de trabajo.

Si usted es un trabajador autónomo, debe afiliarse a una caja de seguros sociales para trabajadores autónomos, dentro de un plazo no superior a los 90 días después de iniciar su actividad en Bélgica.

● Cotizaciones

El trabajador autónomo está obligado a cotizar a la Seguridad Social. Esta cotización cubre todos los apartados del seguro y se calcula sobre la base de sus ingresos profesionales netos en el tercer año civil anterior a aquel por el cual paga la cotización. Dicha cuota asciende al 16,70 % de la parte de sus ingresos profesionales que no supere una suma establecida y revisada anualmente, y al 12,27 % de la parte de sus ingresos profesionales que supere dicha suma establecida, hasta un máximo definitivo que también se fija anualmente.

En cualquier caso, debe pagarse una cotización mínima. Los autónomos que ejercen además otra actividad a título principal (por ejemplo, como asalariados) no cotizan o pagan sólo una cotización reducida (12,99 %) en el caso de que sus ingresos profesionales como trabajador autónomo no superen un determinado importe anual. Los pensionistas que ejercen una actividad también están exentos del pago de cotizaciones o bien

pagan una cuota reducida (12,99 %), según el importe de sus ingresos profesionales.

Las cotizaciones se pagan trimestralmente a la caja de la Seguridad Social (*Caisse d'assurances sociales/Sociaal verzekeringsfonds*) en la cual esté inscrito.

Si cree usted encontrarse en una situación de necesidad o cercana a esta categoría, puede solicitar una exención de cotizaciones. Para ello, deberá dirigir una solicitud a la caja de la Seguridad Social en la que esté afiliado mediante carta certificada o presentándola *in situ*. El organismo se encargará de reunir una serie de datos antes de transmitir su expediente a la Comisión de exención de cotizaciones (*Commission des dispenses de cotisations/Commissie voor vrijstelling van bijdragen*, W.T.C. III [piso 18 para la sección francófona y piso 19 para la neerlandófona], Boulevard S. Bolivar/S. Bolivarlaan, 30, B-1000 Bruxelles/Brussel) para que dicha Comisión decida sobre su petición. La decisión que se tome no podrá recurrirse. Esta solicitud debe presentarse dentro de un plazo de 12 meses a partir del primer día del trimestre que sigue a aquel por el cual se pide la exención.

● Reclamaciones

Si no está de acuerdo con alguna decisión tomada por un organismo de la Seguridad Social, puede presentar una reclamación en el plazo de 1 mes a partir de la fecha en la cual ha sido notificada dicha decisión. Las reclamaciones deben enviarse por carta certificada a la secretaría de la Magistratura de Trabajo (*Tribunal du Travail/Arbeidsrechtbank*) del distrito en que se resida. También pueden presentarse personalmente.

Si ya no reside en Bélgica, debe presentar la reclamación al tribunal del distrito de Bélgica en el que residió por última vez.

2. Enfermedad y maternidad

En esta rama del seguro se tiene derecho a:

- prestaciones sanitarias en especie;
- prestaciones en efectivo en caso de incapacidad laboral;
- prestaciones de maternidad.

● **Quién está asegurado**

Todas las personas que trabajan por cuenta propia, los pensionistas de este régimen y los viudos o viudas de los trabajadores autónomos, cuando el historial del seguro del cónyuge fallecido les da derecho a una pensión de supervivencia, disponen de un seguro sanitario. También están aseguradas las personas a su cargo y los huérfanos de padre y madre que reciben prestaciones familiares.

Todos los trabajadores autónomos están asegurados por lo que se refiere a la percepción de subsidios por incapacidad laboral, incluidas las personas que padecen incapacidad laboral y las que han sido admitidas a un seguro indefinido, excluyendo sin embargo a los pensionistas y a aquellos trabajadores por cuenta propia que no pagan cotizaciones completas.

Las trabajadoras autónomas tienen derecho a prestaciones de maternidad, así como las esposas de los trabajadores autónomos que trabajan con ellos, a condición de que se sometan voluntariamente al sector de la «incapacidad laboral».

● **Condiciones requeridas**

Usted debe estar afiliado a una Mutua de enfermedad y debe haber pagado puntualmente sus cotizaciones. Además, deberá haber pasado un período de 6 meses y deberá haberse reconocido su incapacidad para el trabajo.

● **Prestaciones sanitarias**

El seguro sólo cubre obligatoriamente los grandes riesgos, es decir, las siguientes prestaciones:

- tratamiento de determinadas enfermedades mentales, tuberculosis, cáncer, etc.;
- atención sanitaria en el parto;
- hospitalización;
- cirugía mayor;
- tratamientos especializados;
- biología clínica;
- rehabilitación funcional y profesional;
- gastos de estancia en residencias para personas de la tercera edad.

Para asegurarse contra los pequeños riesgos (especialmente la atención sanitaria corriente), los trabajadores autónomos pueden suscribir un seguro libre complementario con su mutua.

Si recibe tratamiento médico, debe pagar directamente al médico sus honorarios. Los porcentajes e importes máximos que le serán reembolsados por la caja de enfermedad son los mismos que en el caso de las personas que trabajan por cuenta ajena. Si es preciso ingresarle en un hospital, tendrá que pagar un importe fijo.

● **Subsidio por incapacidad laboral**

El subsidio por incapacidad laboral se paga durante un período de 11 meses, a partir del segundo y hasta el duodécimo mes en que persista dicha incapacidad. El subsidio no se cobra durante el primer mes de incapacidad y consiste en un importe fijo, que varía únicamente según tenga usted o no a otras personas a su cargo.

Para cualquier información adicional debe ponerse en contacto con su Mutua de enfermedad (*mutualité/mutualiteit, ziekenfonds*).

● **Subsidio de maternidad**

En la actualidad se paga un subsidio (indizado) de 943,14 EUR (38 046 BEF) por el período de reposo por maternidad. Debe presentar la solicitud correspondiente al inspector médico de su Mutua de enfermedad, junto con una copia del certificado de nacimiento.

3. Seguro de invalidez

Si ha estado usted cobrando un subsidio por incapacidad laboral durante el período máximo de 11 meses y sigue estando incapacitado para el trabajo, se le concederá un subsidio de invalidez. Este subsidio es un importe a tanto alzado, que varía únicamente según tenga o no personas a cargo.

● **Condiciones requeridas**

Para obtener un subsidio por incapacidad laboral dentro del apartado del seguro de enfermedad deben cumplirse las condiciones requeridas en este caso. También debe disponer de un certificado oficial que demuestre que está incapacitado para realizar cualquier tipo de trabajo.

● **Cómo obtener un subsidio de invalidez**

La condición de invalidez debe reflejarse en un certificado oficial. Para obtenerlo, debe remitirse el certificado de incapacidad laboral al inspector médico de la Mutua de enfermedad, bien por correo, o bien en mano. Este formulario debe haber sido rellenado, fechado y firmado tanto por el interesado como por el médico que le está tratando.

El subsidio será pagado por la Mutua de enfermedad dentro de los 5 primeros días de cada mes, y para el mes anterior. Para más información, diríjase a su Mutua de enfermedad.

4. Seguro de pensiones (pensión de supervivencia y pensiones de vejez)

Los trabajadores autónomos y sus ayudantes, y los supervivientes de un trabajador autónomo o de un ayudante de trabajador autónomo, tienen derecho a cobrar pensiones de vejez y de supervivencia.

Las pensiones de vejez se conceden a los trabajadores autónomos por un importe que se determina según la carrera profesional del interesado y de sus ingresos profesionales. Las pensiones de supervivencia se conceden a los supervivientes del trabajador autónomo según el historial de seguros del fallecido.

● Condiciones requeridas

La edad de jubilación es de 65 años para los hombres y para las mujeres. El trabajador autónomo puede solicitar que se le conceda una pensión de jubilación anticipada a partir de los 60 años. En este caso, la pensión se reduce en un 5 % por cada año de retiro anticipado.

El cónyuge que haya estado casado durante como mínimo 1 año con el trabajador autónomo tiene derecho a la pensión de supervivencia si ha cumplido los 45 años de edad. No existen restricciones de edad en el caso de un cónyuge superviviente que tenga como mínimo un hijo a su cargo o en el caso de que él o ella estén en situación de incapacidad laboral en un grado de como mínimo el 66 %.

El pago de pensiones de vejez y pensiones de supervivencia queda sujeto a la condición de que el beneficiario no ejerza ninguna actividad profesional. No obstante, puede hacerse una excepción en el caso de que los ingresos del cónyuge superviviente no superen un importe concreto.

● Cómo obtener una pensión

Debe presentar la solicitud al alcalde del municipio (*commune/gemeente*) en que resida. Si reside en otro Estado miembro, puede enviar su solicitud al organismo responsable de las pensiones de dicho Estado.

La pensión le será pagada cada mes por la Oficina Nacional de Pensiones (*Office national des pensions/Rijksdienst voor pensioenen*). Le será transferida mediante giro postal o a su cuenta postal. Si no reside en Bélgica, le será pagada por giro internacional.

Para cualquier información adicional debe dirigirse a la administración municipal de su lugar de residencia en Bélgica o al Instituto Nacional de la Seguridad Social para trabajadores por cuenta propia (Inasti):

Institut national d'assurances sociales pour travailleurs indépendants/
Rijksinstituut voor de sociale verzekeringen der zelfstandigen
Place Jean Jacobs 6/Jan Jacobsplein 6
B-1000 Bruxelles/Brussel

5. Pensión en favor del cónyuge divorciado

Si no han realizado una carrera profesional completa, los cónyuges divorciados podrán percibir una pensión por la carrera profesional autónoma ejercida por su ex cónyuge durante sus años de matrimonio.

La pensión del cónyuge divorciado se concede en principio a partir del primer día del mes siguiente a aquel en que el solicitante ha cumplido 65 años. Puede también conseguirse anticipadamente a partir de los 60 años, en las mismas condiciones que una pensión de jubilación.

6. Prestaciones familiares

Los trabajadores autónomos y sus ayudantes, en principio, tienen derecho a prestaciones familiares. El límite de edad es en principio de 18 años, pero en determinadas condiciones puede ser ampliado (para los aprendices y los estudiantes universitarios hasta los 25 años). Para los hijos gravemente discapacitados existe el derecho a percibir ayuda familiar hasta la edad de 21 años.

Se ofrecen las siguientes prestaciones:

- subsidios familiares ordinarios, a los que se aplican unas tasas casi idénticas a las del régimen de trabajadores por cuenta ajena, excepto la tasa inferior prevista para el primer hijo;
- subsidios familiares para huérfanos;
- subsidios familiares para hijos de trabajadores autónomos discapacitados;
- subsidios familiares para hijos discapacitados.

Según la edad de los hijos pueden cobrarse también determinados complementos. Éstos se conceden a partir del primer hijo en adelante, cuando los hijos alcanzan edades de 6, 12 y 18 años, pero no por un hijo solo ni por el último que ha nacido. También se concede una indemnización por parto cuyo importe depende del número de hijos que se tengan.

Puede concederse también una prima de adopción cuando se adopta un niño.

Estas prestaciones se conceden en las mismas condiciones que las establecidas para los trabajadores por cuenta ajena (véase la sección 8 del capítulo I).

- **Cómo obtener las ayudas familiares**

Si tiene usted derecho a una ayuda familiar, debe presentar la solicitud ante la institución responsable del pago. En prácticamente todos los casos se tratará de la caja de la Seguridad Social (*Caisse d'assurances sociales/Sociaal verzekeringfonds*) o de la caja auxiliar nacional (*Caisse nationale auxiliaire/Nationale hulpkas*).

Las ayudas familiares se pagan cada mes mediante giro postal o por transferencia a su cuenta en la caja postal. Para cualquier información adicional, diríjase a los organismos arriba mencionados.

7. Seguro social en caso de quiebra

El seguro social en caso de quiebra permite al comerciante autónomo (en caso de quiebra) o al trabajador autónomo que no es comerciante (si dispone de un plan para el pago de sus deudas) recibir una ayuda financiera durante 2 meses y

tener derecho a cobertura social durante 4 trimestres siempre que se cumplan las condiciones previstas.

La solicitud de seguro social en caso de quiebra debe presentarse en la última caja de seguros sociales en la que haya estado afiliado, antes de que finalice el trimestre que sigue a aquel en el que se ha dictado la sentencia que declara la quiebra o, para los autónomos que no son comerciantes, antes de que finalice el trimestre posterior a la cesación de la actividad por cuenta propia.

8. Otras informaciones

Las señas de los organismos de la Seguridad Social que administran los diferentes regímenes de la Seguridad Social se mencionan en las secciones respectivas que figuran más arriba. Estos organismos le proporcionarán todos los detalles adicionales que necesite para su información.

1. Introducción

La Seguridad Social en Dinamarca ofrece las siguientes prestaciones:

- tratamiento médico, hospitalización, prestaciones de maternidad, subsidios de enfermedad y maternidad y ayudas de rehabilitación (sección 2);
- prestaciones por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales (sección 3);
- pensión por jubilación anticipada y ordinaria, y pensión complementaria; la pensión por jubilación anticipada cubre también la invalidez (secciones 4 y 5);
- indemnización por defunción (sección 6);
- subsidio de desempleo (sección 7);
- prestaciones y subsidios familiares (sección 8).

● Cotizaciones

Los sistemas daneses de Seguridad Social se financian generalmente con impuestos (impuestos pagados al Estado, a los condados y a las autoridades locales).

No obstante, en 1994 se introdujo una cotización general a la Seguridad Social, la «cotización del mercado de trabajo», a fin de financiar los gastos del Estado en concepto de prestaciones de enfermedad, maternidad y desempleo, así como las pensiones de jubilación anticipada y las ayudas para rehabilitación.

Los trabajadores por cuenta ajena y por cuenta propia cotizan a las tres mutuas originales del mercado de trabajo, que se fusionaron en 1999 para formar una única Mutua del Mercado de Trabajo.

La cotización se eleva al 8 % del salario bruto de los trabajadores por cuenta ajena o al 8 % de los ingresos de los autónomos por su actividad.

Los empresarios deben recaudar las cotizaciones de sus trabajadores y transferirlas (junto con el impuesto retenido en origen) a las autoridades fiscales.

Las cotizaciones pagadas a la Mutua del Mercado de Trabajo no son una cotización a la Seguridad Social en sí misma, sino que están concebidas para financiar prestaciones anteriormente financiadas con los impuestos.

● ¿Quién está cubierto por la Seguridad Social?

Como casi todos los regímenes de la Seguridad Social danesa son obligatorios, no existen condiciones específicas para su inclusión en alguno de ellos. La única excepción es el seguro de desempleo (véase la sección 7).

● Reclamaciones

En las diferentes secciones que describimos a continuación se ofrece información acerca de los procedimientos para reclamar contra alguna resolución de las instituciones de la Seguridad Social.

2. Enfermedad y maternidad

A. ASISTENCIA MÉDICA

Todas las personas que residan en Dinamarca tienen derecho a recibir prestaciones de tratamiento hospitalario, asistencia por maternidad y seguro de enfermedad.

● Cómo inscribirse en el Servicio de Salud

Si usted se desplaza a Dinamarca debe inscribirse en el municipio en el que resida. Al mismo tiempo, debe inscribirse en el Servicio de Salud (*Sygesikringsbevis*). Seis semanas después de su llegada tendrá derecho a asistencia médica y recibirá una tarjeta de asistencia sanitaria.

Si estaba anteriormente inscrito en el Servicio de Salud de otro Estado miembro, puede evitar el período de espera de 6 semanas. Debe entregar a la autoridad local pruebas de su anterior cobertura sanitaria, por ejemplo el formulario E 104, que puede obtener de su anterior seguro de enfermedad.

● Dos grupos de cobertura del Servicio de Salud

Existen dos grupos del seguro de enfermedad, y usted puede decidir si desea formar parte del grupo 1 o del grupo 2. Es posible cambiar de grupo una vez al año.

Si opta por el seguro del grupo 1, debe estar inscrito con un médico generalista concreto que posea un contrato con el Servicio de Salud. Si desea consultar a un especialista, su médico generalista deberá remitirle al mismo.

Las personas inscritas en el grupo 2 tienen total libertad para elegir cualquier médico generalista o especialista. Reciben una contribución del Servi-

cio de Salud que corresponde a un tratamiento equivalente a un paciente del grupo 1. El doctor fija sus honorarios.

Los menores de 16 años acuden al mismo médico y pertenecen al mismo grupo de seguro que sus padres o su tutor.

● **¿A qué prestaciones tiene derecho?**

En caso de enfermedad:

- tratamiento por su médico generalista;
- tratamiento por un especialista por prescripción de su médico generalista;
- determinados tipos de tratamiento de ortodoncia;
- fisioterapia por prescripción de su médico generalista;
- tratamiento por un quiropráctico;
- pedicura, para determinados tipos de paciente, por prescripción de un médico;
- ayuda psicológica, para determinados tipos de paciente, por prescripción de un médico;
- medicamentos.

Las visitas a un médico generalista o un especialista son gratuitas para las personas inscritas en el grupo 1.

El seguro de enfermedad abona entre el 35 % y el 65 % del coste de otros tipos de tratamiento, con arreglo a la escala acordada entre el Servicio de Salud y las organizaciones de médicos generalistas.

La contribución del Servicio de Salud al coste de los medicamentos depende del gasto anual total de la persona en los medicamentos que se admiten en este sistema. Si se trata de un importe inferior a 500 DKK [coronas danesas], no se abona ninguna cantidad. A partir de aquí, se produce un incremento por fases:

- el 50 % de los gastos entre 500 y 1 200 DKK;
- el 75 % para los gastos entre 1 200 y 2 800 DKK, y
- el 85 % para los gastos superiores a 2 800 DKK.

Los menores de 18 años reciben una contribución de un mínimo del 50 % del coste de los medicamentos admisibles.

Tratamiento hospitalario

Si necesita un tratamiento hospitalario, puede elegir cualquier hospital público de Dinamarca en el que se disponga del tratamiento requerido. El tratamiento es gratuito.

En la mayor parte de los casos es preciso que un médico prescriba el tratamiento, excepto en caso de accidente o de enfermedad grave.

Si precisa un tratamiento muy especializado, por ejemplo para una enfermedad poco común o complicada, deberá prescribirlo un hospital de su país de residencia.

Exámenes prenatales y partos

Usted tiene derecho a ser examinada gratuitamente por un médico y una comadrona durante el embarazo y el parto. También son gratuitos el parto en un hospital o en otra institución pública y los servicios de la comadrona si el parto se produce en el domicilio.

Asistencia médica cuando se viaja por otros países

Si se desplaza a otro país europeo por vacaciones o por estudios hasta un máximo de 1 mes, está cubierto por el seguro estatal, que cubre los costes de un tratamiento médico de emergencia y el transporte al domicilio si lo prescribe un médico.

● **Reclamaciones**

Si usted no está de acuerdo con una decisión, tiene un plazo de 4 semanas para interponer una reclamación a partir de la fecha en la que recibió la decisión.

Las decisiones de la administración local (*kommune*) en materia de seguro de enfermedad pueden ser objeto de un recurso ante la Comisión social del distrito en el que se resida.

Las reclamaciones contra la decisión de una autoridad local en materia de seguros de enfermedad, tratamientos hospitalarios o asistencia por maternidad pueden presentarse ante la Comisión de Apelaciones Sociales (*Den Sociale Ankestyrelse*).

B. SUBSIDIO DE ENFERMEDAD

Todas las personas que obtienen un ingreso a partir de su trabajo, o bien algún sustituto del ingreso, como por ejemplo un subsidio de desempleo u otro tipo de remuneración que se derive principalmente de un trabajo, tienen derecho a cobrar un subsidio de enfermedad. Como norma, este derecho depende de que sus ingresos estén sujetos a impuestos en Dinamarca.

● **Condiciones requeridas**

El subsidio de enfermedad se paga como compensación por la pérdida de ingresos en caso de incapacidad laboral debida a enfermedad o lesiones sufridas (incluyendo accidentes de trabajo y enfermedades profesionales). Si es trabajador por cuenta ajena, tiene usted derecho a cobrar este subsidio a partir del primer día de su enfermedad. Si ha trabajado para una empresa particular durante las últimas 8 semanas antes de tener que ausentarse del trabajo, y si durante ese

período ha trabajado durante un mínimo de 74 horas, la empresa está obligada a pagarle el subsidio de enfermedad durante 2 semanas.

Si su incapacidad laboral continúa más allá de 2 semanas o si no tiene derecho a cobrar el subsidio de enfermedad de su empresa en el momento en que le afecta la incapacidad laboral, el subsidio le será pagado por la autoridad local (*kommune*), siempre que usted haya estado trabajando durante las últimas 13 semanas antes de enfermar y haya trabajado un mínimo de 120 horas durante ese mismo período.

Si es usted un trabajador autónomo, el subsidio de enfermedad le será pagado por la autoridad local, pero únicamente cuando haya transcurrido un período de 2 semanas. Para obtener este subsidio debe haber estado trabajando principalmente como trabajador autónomo durante un mínimo de 6 meses en el último año, y debe haber estado trabajando en el mes inmediatamente anterior al momento en que se ausenta del trabajo a causa de la enfermedad. Cada caso de enfermedad debe ser notificado a la administración local a más tardar una semana después de haber concluido un período de enfermedad de 2 semanas.

Existe un programa voluntario al que pueden acogerse los trabajadores autónomos, mediante el cual se pagan cotizaciones adicionales al seguro y se obtiene el subsidio incluso durante estas primeras 2 semanas de enfermedad.

● **Cuántía del subsidio**

El subsidio se calcula en función de la remuneración por hora a la que habría tenido derecho si no se hubiera encontrado enfermo. Si es usted trabajador por cuenta ajena, el subsidio se calcula sobre la base de los ingresos por hora que habría obtenido si no hubiese enfermado.

No obstante, existe un límite máximo del subsidio que se fija según el nivel medio de remuneraciones en Dinamarca. En caso de incapacidad laboral parcial, se le pagará un subsidio reducido proporcionalmente. Estos subsidios se pagan por semanas.

Dentro del programa voluntario de subsidios al que pueden acogerse los trabajadores autónomos, los solicitantes pueden adquirir el derecho a cobrar 2/3 partes del importe máximo o el importe máximo completo del subsidio, según cual sea su nivel de ingresos.

Si se cumplen determinadas condiciones, se le pueden pagar a usted los subsidios aunque resida en otro Estado miembro de la UE, en el caso de haber trasladado su residencia.

● **Cómo obtener los subsidios**

Si tiene usted derecho a un subsidio pagado por su empresa, debe informar a ésta de su enfermedad tan pronto como le sea posible y debe presentar, en cuanto se lo soliciten, las pruebas necesarias, por ejemplo un certificado médico que confirme su enfermedad. Si no presenta los certificados requeridos, dejará de tener derecho a cobrar el subsidio de enfermedad de su empresa.

Si tiene derecho a cobrar el subsidio de enfermedad de la autoridad local, debe presentar, a más tardar una semana después del primer día de ausencia de su puesto de trabajo o de que la empresa deje de pagarle, una solicitud presentada en un formulario especial donde se especifique la causa de su incapacidad laboral. La autoridad local podrá pedirle un certificado médico o un formulario especial, que deberá cumplimentar su médico.

En caso de que una empresa no pague el subsidio de enfermedad en su totalidad o en parte y la autoridad local considere que este hecho no está justificado, la autoridad local pagará un adelanto del subsidio de enfermedad.

● **Duración del subsidio de enfermedad**

El pago del subsidio se interrumpe después de haber sido pagado durante más de 52 semanas en el transcurso de los últimos 18 meses. Sin embargo, este período no incluye las 2 primeras semanas de cualquier período de enfermedad, ni los períodos durante los cuales se le ha pagado un subsidio por embarazo, parto o adopción. Existen diferentes maneras de obtener una prórroga de este período de 52 semanas.

Como el subsidio de enfermedad tiene carácter transitorio, la autoridad local revisará la situación de la persona afectada como máximo después de 8 semanas de enfermedad. Si el beneficiario de un subsidio ha estado de baja durante 6 meses, la autoridad local está obligada a elaborar un plan de control.

Las personas que cobren una pensión social o hayan solicitado dicha pensión a raíz de su mal estado de salud, y las personas que han alcanzado los 67 (65) años de edad, únicamente tienen derecho al subsidio de enfermedad durante un período limitado (13 semanas durante un período de 12 meses).

C. MATERNIDAD Y ADOPCIÓN

Las mujeres residentes en Dinamarca tienen derecho a prestaciones gratuitas de maternidad. Estas prestaciones incluyen exámenes prenatales, transporte gratuito para los exámenes y el parto así como el ingreso en un hospital o la asistencia por una comadrona en caso de parto en el domicilio.

Además, existe un subsidio de maternidad y de adopción. La trabajadora por cuenta ajena que haya trabajado durante las últimas 13 semanas antes de tener derecho al permiso de maternidad, y que haya trabajado un mínimo de 120 horas durante ese período, o que cumpla los criterios para ser considerada como trabajadora autónoma, tiene derecho a un subsidio de maternidad y parto o de adopción. Los períodos de seguro completados en otros Estados miembros se cuentan como períodos trabajados.

El subsidio de maternidad puede pagarse a la madre desde 4 semanas antes de la fecha prevista para el parto y continúa durante 24 semanas después del parto, y las 10 últimas semanas pueden compartirse entre los padres. Independientemente de ello, el padre tiene derecho a un subsidio de 2 semanas durante las primeras 14 semanas después del parto y durante 2 semanas después de la vigesimocuarta semana tras el parto.

De manera similar, las personas que deseen adoptar un niño pueden obtener un subsidio durante 26 semanas, contando a partir de la fecha en que el niño llega al hogar (solamente las 2 últimas semanas para el padre).

El importe del subsidio se calcula del mismo modo que en el caso del subsidio de enfermedad (véase el apartado B). La solicitud de un subsidio por nacimiento o adopción debe presentarse a la autoridad local dentro de un plazo de 9 meses a partir de la fecha del nacimiento o de la llegada del niño al domicilio.

Los subsidios por nacimiento o adopción son pagados por la autoridad local. La empresa paga subsidios durante la ausencia del trabajo para exámenes prenatales.

D. SUBSIDIO DE REHABILITACIÓN

Si tiene usted una baja por incapacidad laboral como consecuencia de una enfermedad o un accidente, se le puede conceder una ayuda financiera para educación, formación profesional o reciclaje profesional, si es útil para ayudarle a encontrar un nuevo empleo. Se tendrán en cuenta en este caso la posible existencia de medios propios que le sirvan de ayuda a usted y a su familia.

Los subsidios de rehabilitación pueden concederse a cualquier persona que sea residente permanente en Dinamarca y que no obtenga ninguna ayuda financiera del programa nacional de becas y préstamos para la enseñanza (*Statens Uddannelsesstøtte*), o de otros programas que no pertenezcan a la legislación social.

El subsidio de rehabilitación se concede de acuerdo con un programa previamente fijado; cada mes se paga una cantidad fija. Los menores de 25 años reciben un subsidio con una tasa

reducida. Además de una ayuda para la supervivencia, también es posible obtener el pago de gastos especiales relacionados con la formación o con una discapacidad, por ejemplo material docente o transporte.

Si el subsidio de rehabilitación se destina a la formación en el trabajo, se deduce del salario pagado.

El subsidio de rehabilitación se abona mientras dure el programa, con un período máximo de 5 años.

- **Cómo obtener el subsidio de rehabilitación**

Para obtener el subsidio de rehabilitación debe ponerse en contacto con el departamento de sanidad y asuntos sociales del ayuntamiento correspondiente a su lugar de residencia. Sin embargo, en algunos casos (piezas ortopédicas y prótesis) las decisiones no serán tomadas por la autoridad local sino por la autoridad provincial. En el ayuntamiento de su localidad le darán más información al respecto.

E. RECLAMACIONES

Si no está usted de acuerdo con alguna decisión, puede presentar una reclamación a partir de la fecha en que se le comunicó la decisión.

Las reclamaciones contra las decisiones de los ayuntamientos o los condados basadas en la legislación social pueden presentarse ante el Tribunal Social (*Sociale Nævn*). Solamente la persona directamente afectada por la decisión puede presentar una reclamación al respecto.

Debe recurrir ante el Tribunal Social responsable del ayuntamiento o del condado que tomó la decisión. Existe un Tribunal Social en cada condado y para los municipios de Copenhague y Frederiksberg.

Las decisiones del Tribunal Social no pueden ser recurridas por otras autoridades administrativas.

No obstante, la Comisión de Apelaciones Sociales (*Den Sociale Ankestyrelse*) puede aceptar un caso si considera que es de interés general o que tiene relación con un principio importante. La persona directamente afectada por una decisión, o un ayuntamiento o una provincia, pueden pedir a este organismo que acepte un caso.

3. Accidentes laborales y enfermedades profesionales

Todas las personas que trabajen por cuenta ajena, incluso aquellas cuyo empleo no es remunerado, deben estar aseguradas contra accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Algunas

categorías de trabajadores autónomos también están obligadas a asegurarse por su propia cuenta (por ejemplo, los pescadores y patronos de barcos). El seguro contra accidentes de trabajo y enfermedades profesionales tiene que concertarse con una compañía de seguros homologada por el Estado.

Este seguro debe cubrir todos los accidentes y efectos perjudiciales temporales que se produzcan como consecuencia del trabajo o puedan atribuirse a las condiciones de trabajo, cuando derivan en una disminución permanente o transitoria de la capacidad para obtener ingresos. El seguro cubre también las lesiones provocadas por el levantamiento de objetos, una serie de enfermedades profesionales que se relacionan en una lista oficial, así como los daños sufridos antes del nacimiento por un niño que nace vivo, cuando esos daños son resultado del trabajo realizado por la madre durante el embarazo o de cualquier exposición perjudicial que haya afectado a los progenitores antes de concebir el hijo. Sin embargo, no cubre los accidentes sufridos durante el desplazamiento al y desde el puesto de trabajo.

La empresa debe dar parte en un plazo de 9 días a su compañía de seguros de cualquier accidente o enfermedad profesional. Si no lo hiciera, la persona que ha sufrido el accidente o contraído la enfermedad o sus familiares o supervivientes pueden reclamar directamente a la compañía de seguros o a la Agencia nacional encargada de las lesiones laborales (*Arbejdsskadestyrelsen*).

● Prestaciones

Las prestaciones incluyen:

- tratamiento médico, rehabilitación funcional y piezas ortopédicas y prótesis;
- compensación por pérdida de capacidad para obtener ingresos (pensión);
- compensación por incapacidad laboral permanente;
- compensación por pérdida del cabeza de familia (pensión);
- subsidio temporal a supervivientes.

Se concede tratamiento médico y rehabilitación funcional cuando se consideren necesarias estas medidas para asegurar la mejor posibilidad de recuperación o la consolidación de los resultados de un tratamiento. Los tratamientos médicos y la rehabilitación funcional se otorgan en la medida en que sus costes no sean cubiertos por el Servicio de Salud o cuando estas medidas no estén integradas en el tratamiento dispensado por los hospitales públicos.

Cuando la incapacidad laboral debida a un accidente de trabajo o a una enfermedad profesional abarca un período de tiempo limitado, se paga un subsidio de enfermedad (véase el

apartado B de la sección 2). Sin embargo, una vez transcurrido 1 año después de ocurrir el accidente o de iniciarse la enfermedad, debe tomarse en lo posible una decisión encaminada a compensar la disminución de la capacidad para obtener ingresos o la existencia de una incapacidad laboral permanente.

Esta compensación adoptará normalmente el carácter de una pensión, pero en algunos casos puede pagarse en una indemnización única cuando la pérdida de la capacidad de obtener ingresos sea inferior al 50 %. En otros casos puede transformarse una parte de la pensión en una indemnización única, cuando el beneficiario así lo solicite.

La compensación por pérdida de capacidad para obtener ingresos está dirigida a indemnizar a la persona afectada por la pérdida de ingresos provocada por las lesiones sufridas al realizar su trabajo. La cuantía asciende a la diferencia entre los ingresos que podría haber obtenido de no haberse producido dichas lesiones y los ingresos que se espera que pueda obtener teniendo en cuenta la existencia de las lesiones sufridas. Para conseguir esta compensación, la pérdida de capacidad laboral debe superar el 15 %. En los casos de pérdida completa de la capacidad para obtener ingresos, el subsidio supondrá 4/5 partes de los ingresos anuales, y en el caso de una capacidad disminuida para obtener ingresos representará una parte proporcional de dicho importe. No obstante, se fija una cantidad máxima anual aplicable a estas circunstancias.

Una vez alcanzada la edad de 67 (65) años, los beneficiarios pueden solicitar una pensión de jubilación (*folkepension*), en cuyo caso cesa el subsidio por incapacidad laboral y se establece un finiquito consistente en una indemnización única y definitiva.

Se concede una compensación por incapacidad laboral permanente según las dificultades permanentes que existan para llevar una vida cotidiana normal y cuando dichas dificultades sean consecuencia de las lesiones sufridas. La cuantía de este subsidio varía según la gravedad de las lesiones, de acuerdo con una escala de tarifas. Normalmente, la compensación por incapacidad laboral permanente se paga en forma de un importe único de tanto alzado.

La compensación por pérdida del cabeza de familia, cuando era éste quien aportaba el sustento a la misma, se concede al cónyuge superviviente u otro superviviente que haya perdido a la persona a cuyo cargo vivía. Se fija según baremos que tienen en cuenta la capacidad del superviviente para mantenerse a sí mismo. Se paga durante un período que no puede superar los 10 años y asciende al 30 % de los ingresos anuales del fallecido. Cada hijo recibe normalmente una

pensión anual del 10 % de los ingresos anuales del fallecido (20 % si el fallecido era el único progenitor que mantenía al niño) hasta que éste alcance los 18 años de edad (o los 21 años si está en período de aprendizaje o estudio).

Existe también una ayuda de transición para cubrir gastos puntuales de los que no puede aportarse prueba documental, pero que se han producido en relación con la defunción del cónyuge o compañero/a conviviente. Este subsidio adquiere la forma de pago único en todos los casos.

● Pago de subsidios

En caso de accidentes y de sus consecuencias, la compañía de seguros pertinente debe pagar las pensiones y las indemnizaciones únicas. Si se trata de enfermedades profesionales y de lesiones repentinas provocadas por el levantamiento de objetos, los pagos los efectúa el fondo del seguro de enfermedades profesionales (*Arbejdsmarkedets Erhvervssygdomssikring*). Las pensiones pueden pagarse en otro Estado miembro de la UE si usted reside en él.

● Reclamaciones

La Agencia nacional encargada de las lesiones laborales (*Arbejdsskadestyrelsen*) decidirá si un caso presentado constituye o no un accidente de trabajo o una enfermedad profesional, y si la persona afectada tiene derecho a obtener una compensación y la cuantía de ésta. Si no está usted de acuerdo con la resolución, puede presentar una reclamación ante la Comisión de Apelaciones Sociales (*Den Sociale Ankestyrelse*) durante un plazo de 4 semanas después de haber recibido la decisión (ampliado a 6 semanas si se encuentra usted en otro país europeo). Encontrará más abajo, en la sección 9, las direcciones de las instituciones correspondientes.

4. Pensiones de jubilación anticipada

Las personas discapacitadas cuya invalidez no haya sido causada por un accidente de trabajo o una enfermedad profesional tienen por regla general derecho a una pensión de jubilación anticipada denominada «*tørtidspension*». Pueden solicitar dicha pensión las siguientes personas:

- los ciudadanos daneses;
- los trabajadores por cuenta ajena y por cuenta propia que sean nacionales de otro Estado miembro de la UE;
- otros ciudadanos extranjeros que hayan residido 10 años en Dinamarca.

● Cuantía de las pensiones

El elemento común a todas las pensiones danesas es que se componen de un importe básico (*grundbeløb*) y de un complemento (*pensionstillæg*). El pago del importe básico está supeditado a un control de los recursos del pensionista. El complemento varía según el nivel de ingresos del pensionista y de su cónyuge.

Además, las personas discapacitadas que obtienen una pensión anticipada pueden solicitar lo siguiente:

- un complemento de invalidez y un complemento por incapacidad laboral, sin que estos complementos estén supeditados a un control de recursos;
- un complemento para pagar un servicio de atención permanente o un complemento de cuidados personales cuando el estado del interesado requiere una atención o cuidado constantes.

● Condiciones requeridas y tipos de pensión

Para obtener una pensión debe haberse residido en Dinamarca durante como mínimo 3 años entre los 15 años de edad y el día en que se solicita la pensión. Además, deben tenerse menos de 65 (67) años para recibir una pensión de jubilación anticipada.

Puede pagarse una pensión completa de jubilación si el interesado ha residido en Dinamarca durante como mínimo 4/5 partes del período que media entre los 15 años de edad y la fecha en que se le concede la pensión. En caso de períodos más cortos de residencia se determina la cuantía de la pensión por la relación que existe entre el período de residencia y las 4/5 partes del período transcurrido entre sus 15 años de edad y la fecha a partir de la cual se le concede la pensión.

Usted tiene derecho a una pensión completa de jubilación anticipada si ha residido en Dinamarca durante 4/5 partes del período transcurrido entre sus 15 años de edad y la fecha a partir de la cual se le concede la pensión.

Si su capacidad para obtener ingresos está permanentemente reducida como resultado de una discapacidad física o mental, puede otorgársele uno de los tres grados de pensión de jubilación anticipada que existen: la pensión máxima, la pensión media y la pensión general de jubilación anticipada.

La pensión máxima de jubilación anticipada comprende el importe básico, el complemento de invalidez y el complemento de incapacidad laboral, y es concedida a las personas de entre 18 y 60 años de edad cuya capacidad residual para obtener ingresos es prácticamente nula.

El nivel medio de la pensión de jubilación anticipada comprende el importe básico y el complemento de invalidez, y se concede a las personas de menos de 60 años de edad cuya capacidad para obtener ingresos ha quedado reducida en 2/3 partes, así como a las personas de entre 60 y 65 (67) años de edad cuya capacidad residual para obtener ingresos es prácticamente nula.

El nivel general de la pensión de jubilación anticipada comprende únicamente el importe básico y se concede a las personas que tienen entre 18 y 65 (67) años de edad cuya capacidad para obtener ingresos ha quedado reducida como mínimo a la mitad por motivos de salud o causas sociales, y a otras personas de entre 50 y 65 (67) años de edad por motivos de salud o sociales. Sin embargo, cuando se concede este nivel general antes de que el beneficiario alcance los 60 años de edad, se recibirá también lo que se denomina el complemento de jubilación anticipada (*førtidsbeløb*). En estos casos la pensión se denomina pensión de jubilación anticipada general incrementada (*forhøjet almindelig førtidspension*).

Los complementos a todos los tipos de pensión de jubilación anticipada se conceden únicamente cuando los ingresos del pensionista y de su cónyuge no superan un cierto límite.

La pensión de jubilación anticipada deja de pagarse en cuanto el beneficiario alcanza los 65 (67) años de edad; a partir de entonces y sin que tenga que presentar una solicitud específica, tendrá derecho automáticamente a una pensión de jubilación ordinaria (*folkepension*, véase la sección 5).

Las personas que a pesar de estar gravemente discapacitadas tengan unos ingresos tan altos como para que su capacidad de obtener ingresos no pueda considerarse que está sustancialmente disminuida pueden obtener un subsidio de invalidez (*invaliditetsydelse*) en lugar de una pensión máxima o media de jubilación anticipada. Este subsidio está destinado a cubrir los gastos extraordinarios que puedan tener para continuar el ejercicio de su profesión.

● **Cómo solicitar una pensión**

La solicitud de una pensión debe presentarse al ayuntamiento del municipio en que usted reside. El ayuntamiento puede iniciar el proceso por propia iniciativa y exigir (y cubrirá su coste) un certificado médico elaborado por su médico mediante un formulario especial.

No puede concederse ninguna pensión de jubilación anticipada si no se han agotado todas las posibilidades de creación de una actividad, de rehabilitación y de tratamiento.

● **Pago de las pensiones**

Las pensiones se pagan al final de cada mes. El primer pago se produce no antes del primer día del mes que sigue al de la presentación de la solicitud. La pensión de jubilación anticipada se paga el primer día del mes siguiente al día en que se toma la decisión de conceder dicha pensión, y no antes del primer día del mes siguiente tras un período de 3 meses desde el inicio de la tramitación de la solicitud.

Las pensiones se pagan normalmente a los pensionistas que residen en Dinamarca o en otro Estado miembro de la UE.

● **Reclamaciones**

Si no está usted de acuerdo con alguna decisión tomada en relación con su derecho de cobrar una pensión, puede reclamar ante el Tribunal Social local (*Sociale Nævn*).

Todas las reclamaciones deben ser presentadas en un plazo de 4 semanas. Véase asimismo el apartado E de la sección 2.

5. Pensiones de jubilación

En principio, todos los residentes en Dinamarca tienen derecho a una pensión ordinaria de jubilación (*folkepension*) cuando alcanzan la edad de 65 (67) años. Las personas que cumplan los 60 años a partir del 1 de julio de 1999 tendrán derecho a una pensión a los 65 años.

Además, existe un régimen suplementario y obligatorio de pensiones (ATP).

A. PENSIÓN DE JUBILACIÓN ORDINARIA (FOLKEPENSION)

Las siguientes personas tienen derecho a esta pensión:

- los ciudadanos daneses;
- los trabajadores por cuenta ajena y por cuenta propia que sean ciudadanos de otro Estado miembro de la UE;
- otros ciudadanos extranjeros que hayan residido durante más de 10 años en Dinamarca.

● **Cuantía de las pensiones**

Todas las pensiones de jubilación se componen de un importe básico (*grundbeløb*) y una pensión complementaria (*pensionstillæg*). El pago del importe básico está supeditado a un control de los recursos del pensionista. El cálculo de la pensión incluye una deducción específica por los ingresos. La cuantía del complemento de la pensión depende de los ingresos del pensionista y de su cónyuge.

- **Condiciones requeridas y diferentes tipos de pensión**

Para poder solicitar una pensión debe haber residido usted en Dinamarca durante como mínimo 3 años entre el día en que cumplió los 15 años de edad y el día en que cumplió 65 (67) años.

Para poder obtener una pensión de jubilación ordinaria completa debe haber residido en Dinamarca durante 40 años entre las edades de 15 y 65 (67) años. Las personas cuyo período de residencia en Dinamarca sea inferior tienen derecho a una pensión de 1/40 parte de la pensión completa por cada año que han residido en Dinamarca entre las edades de 15 y 65 (67) años.

La pensión ordinaria de jubilación se compone de un importe básico y un complemento de pensión. La edad de jubilación es de 65 (67) años. Se paga un complemento de pensión cuando los ingresos del pensionista (y de su cónyuge, si está casado) se sitúan por debajo de un determinado nivel.

- **Cómo solicitar una pensión**

Debe presentar la solicitud al ayuntamiento del municipio en que reside, mediante un formulario especial que puede obtenerse en el mismo ayuntamiento.

- **Pago de la pensión**

Las pensiones se pagan al final de cada mes. El primer pago se produce no antes del primer día del mes que sigue al de la presentación de la solicitud. Las pensiones se pagan normalmente a los pensionistas que residen en Dinamarca o en otro Estado miembro de la UE.

- **Reclamaciones**

Si no está usted de acuerdo con alguna decisión tomada en relación con su derecho de cobrar una pensión, puede reclamar ante el Tribunal Social local (*Sociale Nævn*).

Todas las reclamaciones deben ser presentadas en un plazo de 4 semanas. Véase asimismo el apartado E de la sección 2.

B. RÉGIMEN DE PENSIONES COMPLEMENTARIAS PARA TRABAJADORES POR CUENTA AJENA (*ARBEJDSMARKEDETS TILLÆGSPENSION*, ATP)

Todas las personas entre los 16 y los 66 años de edad que trabajen por cuenta ajena en Dinamarca están cubiertas por el régimen ATP, siempre que trabajen un mínimo de 9 horas a la semana. Los trabajadores por cuenta ajena que pasen a ser autónomos pueden continuar bajo la cobertura

del régimen ATP, siempre que cumplan determinadas condiciones. En este caso, tendrán que pagar ellos mismos la cotización completa. Las cotizaciones al régimen ATP son pagadas conjuntamente por la empresa y el trabajador. La empresa paga 2/3 partes y el trabajador 1/3 parte de la cotización. La empresa es responsable de que la parte del trabajador sea pagada efectivamente.

Las personas cubiertas por el régimen ATP, pero que no trabajan a tiempo completo, pagarán 2/3 partes, 1/3 parte de la cotización completa o nada.

- **Pago de las pensiones ATP**

La pensión ATP se paga en forma de pensión de vejez (*alderspension*) o de indemnización única cuando fallece el trabajador por cuenta ajena. La cuantía de la pensión depende de la longitud del período durante el cual la persona en cuestión ha estado cubierta por este régimen, y también del importe pagado en forma de cotizaciones.

La pensión de vejez se otorga normalmente como pago continuado, aunque las pensiones pequeñas pueden ser pagadas en forma de indemnización única.

Al fallecer el trabajador por cuenta ajena, el cónyuge superviviente y los hijos supervivientes menores de 18 años pueden obtener una indemnización única. La cantidad pagada al cónyuge se calcula en función del valor actual neto de los derechos de pensión adquiridos del fallecido, mientras que la cantidad pagada a los hijos es equivalente a 1 año de los derechos de pensión adquiridos en el momento del fallecimiento del trabajador que estaba a su cargo.

La pensión ATP se concede a partir de los 67 años de edad, previa solicitud. Se paga como complemento de la pensión normal de vejez (véase más arriba).

Una vez cumplidos los 67 años, se incrementa la cuantía de la pensión ATP en un 10 % por cada año que se retrasa la solicitud de dicha pensión, hasta la edad de 70 años. Asimismo, la cuantía se reduce si se solicita una pensión a los 65 años de edad.

- **Cómo solicitar la pensión**

La administración de pensiones ATP remitirá normalmente a los posibles solicitantes un formulario de solicitud. Este formulario también puede obtenerse en bancos, ayuntamientos y en la oficina de pensiones ATP. Las solicitudes deben enviarse a las señas que figuran más abajo en la sección 9 (*Arbejdsmarkedets tillægspension*).

La pensión ATP se paga normalmente por adelantado y se ingresa cada mes en una cuenta

bancaria o cuenta de ahorros del beneficiario, o también se le puede pagar mediante giro postal. Las pensiones pequeñas pueden abonarse una vez al año.

Si no está usted de acuerdo con alguna resolución administrativa del régimen ATP referente a su afiliación, cotizaciones o derechos de pensión, puede presentar una reclamación, dentro del plazo hábil de 4 semanas, ante la Comisión de Apelaciones ATP (*Ankenævnet for Arbejdsmarkedets Tillægspension*) (véase la sección 9).

6. Indemnizaciones por fallecimiento

El seguro de enfermedad puede pagar una indemnización por fallecimiento si la persona que ha fallecido tenía derecho a prestaciones del seguro de enfermedad. La cuantía depende de la familia del fallecido y de las circunstancias financieras. Para los menores de 18 años existe una indemnización única que no está supeditada a un control de los recursos.

7. Seguro de desempleo

A diferencia de otras ramas de la Seguridad Social, la afiliación al seguro de desempleo es voluntaria. Las correspondientes mutuas del seguro de desempleo (*arbejdsløshedskasserne*) están ligadas a los sindicatos y clasificadas por ramas profesionales. Hay 35 mutuas, dos de las cuales son para los autónomos. Una de las mutuas del seguro de desempleo para trabajadores asalariados es intersectorial.

Si está usted cubierto por algún seguro de desempleo en otro Estado miembro de la UE, deberá afiliarse, al aceptar un empleo en Dinamarca, en una mutua homologada del seguro de desempleo correspondiente a su profesión. Si no lo hace, no tendrá derecho a las prestaciones del seguro de desempleo de Dinamarca. También puede optar por afiliarse a la mutua intersectorial del seguro de desempleo. Si es usted un trabajador autónomo, puede afiliarse a una de las dos mutuas del seguro de desempleo que existen para trabajadores autónomos.

Rogamos consulte a la Dirección de Trabajo (*Arbejdsdirektoratet*) (véase la sección 9), donde le indicarán qué mutua homologada del seguro de desempleo corresponde a su profesión.

● ¿Quién puede asegurarse?

Pueden asegurarse en una mutua homologada del seguro de desempleo todas las personas que residan en Dinamarca y tengan entre 16 y 63 años de edad. Cualquier persona que solicite

dicha afiliación debe ser capaz de demostrar que inmediatamente antes de afiliarse:

- ha estado trabajando por cuenta ajena en una profesión cubierta por la mutua;
- ha participado en un curso de formación profesional de como mínimo 18 meses o en un curso de formación profesional cubierto por la Ley sobre formación profesional básica (en este caso los nuevos miembros pueden ingresar en la mutua y tienen derecho a prestaciones 1 mes después de haber finalizado el curso);
- ha estado trabajando como autónomo;
- ha colaborado en las actividades económicas por cuenta propia del cónyuge;
- ha estado cumpliendo sus obligaciones militares; o
- ha estado ocupando un cargo público como alcalde, concejal, presidente de una comisión o diputado del Parlamento o del Parlamento Europeo.

La afiliación podrá basarse en un seguro a tiempo completo o a tiempo parcial. Los afiliados deben pagar una cotización al seguro de desempleo.

● Cuantía del subsidio

El subsidio de desempleo se eleva a un 90 % de los anteriores ingresos del trabajo, pero no puede superar la cantidad de 570 DKK al día o de 2 850 DKK a la semana (en 2000). En el caso de las personas aseguradas a tiempo parcial, el subsidio se eleva a un máximo de 2/3 de la cantidad concedida a las personas aseguradas a tiempo completo, es decir, 380 DKK al día o 1 900 DKK a la semana en 2000.

Se aplica una tasa inferior, del 82 % del nivel máximo, a las personas que se han afiliado a la mutua tras haber recibido formación profesional, pero no han trabajado de una manera significativa durante un período de 12 meses una vez finalizada su formación.

La cuantía del subsidio de desempleo correspondiente a los trabajadores autónomos se calcula normalmente sobre la base de sus ingresos anuales medios, procedentes del trabajo, durante los dos mejores años completos entre los últimos cinco ejercicios económicos antes de encontrarse en paro.

● Condiciones requeridas

Para poder obtener un subsidio de desempleo debe carecer usted de trabajo, estar registrado en un servicio público de empleo (*Arbejdsformidlingen*), buscar activamente trabajo y estar disponible para incorporarse al mercado de trabajo.

El derecho a cobrar un subsidio de desempleo se adquiere normalmente después de haber estado

afiliado durante 1 año en una mutua de desempleo reconocida. Además, la primera vez que solicite un subsidio de desempleo debe haber trabajado por cuenta ajena por un período equivalente al tiempo de trabajo completo normal para la ocupación (por lo general, 37 horas por semana) durante un mínimo de 52 semanas en los 3 últimos años, o haber trabajado por cuenta propia en un grado significativo durante un período equivalente.

Un afiliado que cumpla estas condiciones puede recibir un subsidio durante 4 años, dividido entre un período de 1 año en que se recibe un subsidio y un período activo de 3 años.

Para los menores de 25 años, el período de recepción de un subsidio es de 6 meses, y el período activo, de 3 años y medio. Un afiliado que haya alcanzado los 60 años de edad no puede obtener un subsidio durante más de 2 años y medio.

Los períodos de seguro o de empleo en otro Estado miembro pueden en algunos casos tomarse en consideración para tener derecho a diferentes prestaciones, incluida la jubilación anticipada.

● **Subsidio de jubilación anticipada de la mutua del seguro de desempleo**

Los trabajadores por cuenta ajena y por cuenta propia afiliados a una mutua del seguro de desempleo que tengan más de 60 años y menos de 65 pueden obtener un subsidio de jubilación anticipada, independientemente de si trabajan o están en paro en ese momento.

Para obtener este subsidio, el solicitante debe ser residente en Dinamarca, Groenlandia o las Islas Feroe, o en otro país del EEE, y debe haber estado afiliado a una mutua de desempleo durante un mínimo de 25 años en los últimos 30 años. Asimismo, debe haber pagado cotizaciones de jubilación anticipada durante ese mismo período y debe cumplir las condiciones para recibir un subsidio de desempleo en el momento en que se le transfiera al subsidio de jubilación anticipada.

Para mayor información sobre los derechos a un subsidio de jubilación anticipada, póngase en contacto con la Dirección de Trabajo (*Arbejdsdirektoratet*).

● **Reclamaciones**

Puede apelarse contra cualquier resolución de una mutua de desempleo en relación con la afiliación, subsidios, etc., dentro de un plazo de 4 semanas, dirigiendo la reclamación a la Dirección del seguro de desempleo (*Direktøren for Arbejdsløshedsforsikringen*). Las reclamaciones contra las decisiones de esta última pueden presentarse dentro de un plazo similar ante el Tribunal de Apelación de Subsidios de Desempleo (*Arbejds-*

markedets Ankenævnet). Véase la lista de direcciones en la sección 9.

8. Subsidios familiares

Se paga un subsidio (*børnefamilieydelse*) para todos los hijos menores de 18 años de edad. Existen tres tasas de este subsidio: para los niños de hasta 3 años de edad, para los que tienen entre 3 y 7 años, y para los de edades comprendidas entre 7 y 18 años.

En algunos casos especiales pueden obtenerse uno o varios tipos de ayudas por hijos (*børnetilskud*).

La ayuda ordinaria por hijos (*ordinært børnetilskud*) se concede a los hijos de familias monoparentales o cuando ambos padres reciben una pensión de jubilación general o anticipada. El límite de edad de los hijos es 18 años. La ayuda complementaria por hijos (*ekstra børnetilskud*) se concede al padre o la madre que mantiene un hogar monoparental y cuyos hijos reciben la ayuda ordinaria por hijos. Sólo podrá cobrarse una ayuda complementaria por hijos, sea cual sea el número de hijos.

La ayuda especial por hijos (*særligt børnetilskud*) se concede a los niños que tienen solamente uno de los padres, o cuando uno o ambos padres reciben una pensión de jubilación general o anticipada. Esta ayuda puede combinarse con las ayudas ordinaria y complementaria por hijos. El límite de edad es de 18 años.

● **Condiciones requeridas**

Para tener derecho tanto al subsidio por hijos como a las ayudas por hijos deben cumplirse las siguientes condiciones:

- el menor debe tener su domicilio en Dinamarca;
- el menor debe ser soltero;
- el menor no debe vivir fuera del hogar a cargo de la asistencia social ni ser mantenido de otro modo con fondos públicos.

Una condición adicional para tener derecho al subsidio por hijos es que la persona que tenga la custodia del menor esté plenamente sometida a las leyes fiscales de Dinamarca.

Es condición adicional para tener derecho a la ayuda por hijos que el menor, o la persona que tenga su custodia, posea la ciudadanía danesa o haya residido normalmente en Dinamarca durante el año anterior, o bien (para tener derecho a la ayuda especial por hijos) durante los últimos 3 años.

Las condiciones referentes a las obligaciones fiscales, la ciudadanía y el domicilio o residencia

en Dinamarca no se aplican cuando así lo exige la legislación comunitaria.

Si sus hijos residen en otro Estado miembro a la vez que usted mismo trabaja por cuenta propia o ajena en Dinamarca, también puede tener derecho a las ayudas familiares danesas. Sin embargo, si el otro progenitor trabaja por cuenta ajena o propia en el mismo Estado en que viven los menores, las ayudas familiares serán otorgadas preferentemente por ese otro Estado.

Si sus hijos no viven en Dinamarca, debe procurarse usted un formulario E 401 (certificado que demuestra la composición de la familia) en el ayuntamiento, que debe ser certificado por el padrón de habitantes o un organismo similar del país en que residen sus hijos. Este procedimiento debe ser renovado cada año.

● **Cómo obtener ayudas familiares**

Los subsidios y las ayudas por hijos se pagan trimestralmente por adelantado. Normalmente se pagan a la madre del menor. El subsidio por hijos es pagado por el Ministerio de Hacienda y Aduanas (*Told- og Skattestyrelsen*), mientras que la ayuda por hijos es pagada por la autoridad local.

El subsidio por hijos y la ayuda especial por hijos se pagan por regla general automáticamente, sin necesidad de presentar una solicitud. Para obtener la ayuda complementaria por hijos (*ekstra børnetilskud*) y la ayuda ordinaria por hijos (*ordinært børnetilskud*) para familias monoparentales, debe presentarse la solicitud correspondiente a la autoridad local.

● **Reclamaciones**

Si no está usted de acuerdo con alguna resolución tomada por la autoridad local en relación con su derecho a cobrar el subsidio o las ayudas por hijos, puede presentar una reclamación ante el Tribunal Social (*Sociale Nævn*). Existe un tribunal en cada provincia. Sin embargo, las resoluciones que están ligadas a sus obligaciones fiscales son responsabilidad de la autoridad responsable de la fiscalidad y las aduanas (*Told- og Skatteregionen*)

de su lugar de residencia. En ambos casos, las reclamaciones deben presentarse en un plazo de 4 semanas.

9. Otras informaciones

A continuación les ofrecemos una lista con las señas de las principales instituciones de la Seguridad Social en Dinamarca:

Arbejdsmarkedets Ankenævn
Nytorv 11-13
DK-1450 København K

Ankenævnet for Arbejdsmarkedets Tillægspension (ATP)
Holmens Kanal 20
DK-1060 København K

Arbejdsmarkedets Tillægspension (ATP)
Kongens Vænge 8
DK-3400 Hillerød

Arbejdsskadestyrelsen
Æbeløgade 1
Postboks 3000
DK-2100 København Ø

Told- og Skattestyrelsen
Østbanegade 123
DK-2100 København Ø

Den Sociale Ankestyrelse
Amaliegade 25
Postboks 3042
DK-1021 København K

Den Sociale Sikringsstyrelse
Landemærket 11
DK-1119 København K

Arbejdsdirektoratet
Finsensvej 78
DK-2000 Frederiksberg

Socialministeriet
Holmens Kanal 22
DK-1060 København K

Sundhedsministeriet
Holbergsgade 6
DK-1057 København K

1. Introducción

El propósito de esta guía es informarle de los derechos y obligaciones relacionados con la Seguridad Social que le corresponden como trabajador por cuenta ajena o por cuenta propia en Alemania. Puede obtener información adicional de las instituciones de seguro competentes en la sección 11. También figuran en la sección 11 las señas y los números de teléfono de las oficinas que coordinan las relaciones con cada uno de los demás Estados miembros de la UE en materia de Seguridad Social.

En los apartados siguientes hallará usted información relacionada con las prestaciones que ofrece la Seguridad Social:

- prestaciones por enfermedad y maternidad (sección 3);
- prestaciones por dependencia (sección 4);
- prestaciones por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales (sección 5);
- prestaciones por incapacidad permanente, jubilación y supervivencia (*Rentenversicherung*) (secciones 6, 7 y 8);
- prestaciones por desempleo (sección 9);
- prestaciones familiares (sección 10).

Para los nuevos Estados federados existen en parte normativas particulares que no se mencionan aquí.

● Inscripción

Tan pronto como inicie usted su actividad laboral, su empresa dará los pasos necesarios para inscribirle en la Seguridad Social. En primer lugar, le afiliará a una Caja del seguro de enfermedad (*Krankenkasse*), que informará a su vez a los organismos correspondientes de los seguros de pensiones y desempleo (*Renten- und Arbeitslosenversicherung*). Le asignarán un número de afiliado (*Versicherungsnummer*) con el que los organismos del seguro de pensiones anotarán los períodos de cotización y su base de cotización.

Cuando inicie su primer empleo, el organismo del seguro de pensiones le remitirá su tarjeta de la Seguridad Social (*Sozialversicherungsausweis* o *SV-Ausweis*), en la que constan nombre y apellidos y el número de afiliación. Para determinadas profesiones (por ejemplo, en el sector de la construcción), en la tarjeta debe figurar una fotografía y es obligatorio llevarla durante el trabajo.

Si trabaja por cuenta propia, debe inscribirse usted mismo en la correspondiente Caja del seguro de

enfermedad. Esta Caja le proporcionará toda la información adicional que precise.

● Cotizaciones

Deberá cotizar al seguro de enfermedad, al seguro de dependencia, al seguro de desempleo y al de pensiones (jubilación, incapacidad permanente y supervivencia). El importe de su cotización se determina en forma de un porcentaje determinado sobre sus ingresos. En principio, la mitad de esta cotización la paga usted y la empresa abona la otra mitad. En cambio, si es trabajador autónomo tendrá que pagar usted mismo el importe completo de las cotizaciones.

Su empresa es responsable de que se efectúe el pago de las cotizaciones pagadas, para cuyo fin deducirá, cada vez que le pague el salario, la cuota que le corresponda.

No tendrá que pagar cotizaciones al seguro de accidentes de trabajo (las abona la empresa) ni por las prestaciones familiares (que se financian a partir de los presupuestos del Estado).

La cotización al seguro de enfermedad asciende por término medio al 13 % de su remuneración, hasta cierta base máxima sometida a revisión anual [3 297,83 EUR (6 450 DEM) al mes en 2000]. La cotización al seguro de dependencia (*Pflegeversicherung*) se sitúa en el 1,7 %. La mitad de los dos tipos de cotización será pagada por su empresa, a menos que sea usted un trabajador autónomo.

Los regímenes del seguro de pensiones para obreros y empleados exigen una cotización del 19,3 % (en 2000) sobre la remuneración, hasta cierta base máxima que es sometida a revisión anual [4 397,11 EUR (8 600 DEM) al mes en 2000]. A menos que sea trabajador autónomo, la mitad de la cotización corre a cargo de la empresa.

La cotización al seguro de desempleo asciende al 6,5 % (en 2000) de su remuneración, hasta el mismo límite que en el caso del seguro de pensiones. La mitad de la cotización corre a cargo de la empresa.

Las cifras indicadas varían en parte para los nuevos Estados federados.

2. Organismos de la Seguridad Social

Los organismos cuyas señas ofrecemos más abajo representan a las instituciones más importantes en las diferentes ramas de la Seguridad Social. Estos

organismos han establecido a su vez oficinas coordinadoras, encargadas de cuidar las relaciones en el campo de la Seguridad Social con los otros Estados miembros de la UE. Si tuviese usted algún problema o pregunta relacionada con la Seguridad Social en Alemania u otros Estados miembros, debe dirigirse a la correspondiente oficina coordinadora. Las señas correspondientes se enumeran en la sección 11.

● Seguro de enfermedad y de maternidad

Por regla general le inscribirán en la Caja local del seguro estatal de enfermedad (*Allgemeine Ortskrankenkasse*, AOK) de la localidad en la que tenga usted su puesto de trabajo. También puede suceder, sin embargo, que esté usted acogido a una Caja suplementaria del seguro de enfermedad (*Ersatzkasse*), a una Caja de empresa del seguro de enfermedad (*Betriebskrankenkasse*, BKK), a una Caja gremial o corporativa del seguro de enfermedad (*Innungskrankenkasse*, IKK), a la Caja Federal de Seguros de Mineros (*Bundesknappschaft*) o a la Caja del seguro de enfermedad de los trabajadores del mar (*Seekrankenkasse*). Su empresa le proporcionará cualquier información adicional que necesite.

● Seguro de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales

Según el sector en que ejerza su profesión o actividad laboral, ya sea por cuenta ajena o por cuenta propia, estará cubierto por una Mutua del ramo (*Berufsgenossenschaft*) industrial o agrícola, o por la Mutua de los trabajadores del mar.

● Seguro de pensiones

En cuanto a las prestaciones por incapacidad permanente, jubilación y supervivencia, puede usted estar asegurado en uno de los siguientes organismos:

- alguna de las entidades regionales de seguros (*Landesversicherungsanstalten*) para obreros y determinados grupos de trabajadores autónomos, especialmente oficios autónomos;
- la Oficina Federal del Seguro de Empleados (*Bundesversicherungsanstalt für Angestellte*), para empleados, y artistas y publicistas autónomos, así como para otros grupos determinados de trabajadores por cuenta propia;
- la Caja Federal de Seguros de Mineros (*Bundesknappschaft*), para trabajadores de la industria minera;
- la Caja de los trabajadores del mar (*Seekasse*), que cubre a los trabajadores de la navegación marítima y a los prácticos.
- la Entidad de seguros de la compañía alemana de ferrocarriles (*Bahnversicherung*-

anstalt für Arbeiter und Angestellte der Deutschen Bahn AG).

● Seguro de desempleo y prestaciones familiares

Tanto la prestación por desempleo como las ayudas por hijos a cargo son administradas por la Oficina Federal del Trabajo (*Bundesanstalt für Arbeit*) y sus correspondientes oficinas locales de empleo (*Arbeitsämter*).

3. Enfermedad y maternidad

El régimen del seguro de enfermedad le protege a usted y a sus familiares que tengan derecho a ello, en caso de enfermedad y maternidad. Ofrece las siguientes prestaciones:

- prestaciones en especie: asistencia sanitaria, medicamentos y revisiones médicas preventivas (apartado A);
- prestaciones por incapacidad temporal (apartado B);
- prestaciones por maternidad (apartado C).

En este régimen se incluye también el auxilio por defunción (sección 8).

Los siguientes grupos de personas están obligados a asegurarse:

- los trabajadores por cuenta ajena cuyos ingresos no superan cierto límite, así como las personas que realizan una formación profesional en empresa;
- los desempleados que cobran prestaciones de la oficina de empleo;
- los estudiantes y los becarios, los artistas y los publicistas;
- los pensionistas y solicitantes de pensiones que demuestren haber completado los períodos mínimos de cotización (en su caso, teniendo en cuenta los períodos completados en otros Estados miembros).

Las personas que poseen un empleo de horario e ingresos mínimos [en 2000, remuneración inferior a 322,11 EUR (630 DEM) al mes y dedicación inferior a 15 horas a la semana] no están obligadas a cotizar por asistencia sanitaria.

En determinadas condiciones, una persona que ya no está cubierta por el seguro obligatorio puede ingresar en el régimen del seguro de enfermedad voluntariamente. Lo mismo es aplicable a los trabajadores por cuenta ajena que inician por primera vez una actividad laboral en Alemania y cuyos ingresos exceden del límite a partir del cual es obligatorio asegurarse [3 297,83 EUR (6 450 DEM) al mes en 2000].

Si el interesado desea continuar en el seguro de manera voluntaria, debe solicitarlo dentro del

plazo de 3 meses a partir de la terminación del seguro obligatorio. La solicitud del seguro voluntario debe presentarse a la Caja del seguro de enfermedad que corresponda, según se menciona en la sección 2.

● Seguro familiar

Los familiares del asegurado que residan en Alemania tienen derecho a las mismas prestaciones de enfermedad y de maternidad que el titular. Por regla general, estos miembros de su familia serán el cónyuge, y los hijos hasta los 18 años de edad. En el caso de que éstos no ejerzan una actividad remunerada siguen asegurados hasta los 23 años de edad, o bien, si se encuentran en período de enseñanza escolar, formación profesional o estudios superiores, hasta los 25 años. Las condiciones para tener derecho a dichas prestaciones es que sus familiares no dispongan de un seguro de enfermedad personal, y que no sean trabajadores autónomos ni tengan ingresos superiores a un límite determinado [en 2000, 327,23 EUR (640 DEM) al mes]. Cualquier cambio de circunstancias que pueda afectar a la concesión de estas prestaciones (cambio en el nivel de ingresos, cambio del lugar de residencia, etc.) debe ser comunicado sin demora a la Caja del seguro de enfermedad.

Los familiares que residan en otro Estado miembro o que se encuentren temporalmente en otro Estado miembro pueden tener asimismo derecho a las prestaciones de asistencia sanitaria. La Caja del seguro de enfermedad correspondiente le informará de las formalidades que deben cumplimentar para tener acceso a dichas prestaciones.

A. PRESTACIONES EN ESPECIE DEL SEGURO DE ENFERMEDAD

● Revisiones médicas preventivas

Para la detección precoz de cualquier enfermedad, el asegurado y sus familiares tienen derecho a las siguientes revisiones médicas preventivas:

- reconocimiento para la detección precoz de afecciones infantiles hasta el final del sexto año de edad y a partir de los 10 años;
- reconocimiento anual para la detección precoz del cáncer en las mujeres desde los 20 años de edad, y en los hombres, desde los 45 años de edad;
- cada 2 años, una revisión médica general para la detección precoz particularmente de enfermedades del corazón, circulatorias, renales y la diabetes para todas las personas aseguradas a partir de los 35 años de edad.

Además, las Cajas del seguro de enfermedad también cubren medidas preventivas y de rehabilitación médicas de tipo ambulante o en centros hospitalarios.

● Asistencia médica

Mientras esté asegurado, tanto usted como sus familiares tienen derecho a ser tratados por médicos de cabecera, especialistas y odontólogos.

Antes de cualquier tratamiento, debe presentar al médico en cuestión su tarjeta del seguro (*Krankenversicherungskarte*). En caso de emergencia, el médico le tratará sin necesidad de que presente dicha tarjeta, pero debe usted comunicar al médico el nombre y las señas de la Caja del seguro de enfermedad en la que esté asegurado.

Los médicos y odontólogos concertados con las Cajas del seguro de enfermedad representan más del 90 % de todos los médicos establecidos. Puede elegirse, al comenzar el tratamiento o al inicio de cada trimestre, al médico que mejor convenga. La Caja del seguro de enfermedad correspondiente proporcionará una lista de los médicos disponibles.

Si el médico considera necesario que el asegurado acuda a un especialista o que sea trasladado a una policlínica u otro centro similar, le entregará un volante de traslado (*Überweisungsschein*).

● Medicamentos, piezas ortopédicas y tratamientos de recuperación

Los medicamentos le serán entregados mediante receta extendida por un médico concertado, y puede adquirirlos en cualquier farmacia. Por regla general, tendrá que abonar tasas de 4,09 EUR, 4,60 EUR o 5,11 EUR (8 DEM, 9 DEM o 10 DEM) por cada medicamento recetado. Sin embargo, los medicamentos considerados de poca importancia (*Bagatellarzneimittel*), como son los que se toman para combatir un resfriado común o una gripe, corren totalmente de su cuenta.

Además, los asegurados tienen derecho a tratamientos de recuperación como fisioterapia, masajes, etc. No obstante, a partir de los 18 años de edad los asegurados deben abonar una tasa del 15 % de estos costes.

La Caja del seguro de enfermedad cubre normalmente los gastos por las lentes de las gafas u otras piezas ortopédicas que usted necesite, hasta un límite determinado. Las recetas correspondientes deben presentarse primero a la Caja del seguro de enfermedad para su aprobación.

● Tratamiento odontológico

El beneficiario debe abonar un 50 % de las tarifas aprobadas por prestaciones odontológicas si requiere prótesis dentales o coronas. Este porcentaje se reduce hasta un 15 % si se somete todos los años a una revisión dental preventiva y el estado de la dentadura denota que el asegurado la cuida con regularidad.

En caso de tratamientos de ortodoncia (prevención y corrección de irregularidades en la dentadura), el beneficiario debe abonar un 20 % de los gastos, cantidad que se le reembolsa al finalizar el tratamiento.

- **Asistencia a domicilio y ayuda doméstica**

En el caso de que en su hogar no resida una persona que pueda proporcionarle todos los cuidados y la asistencia necesarios, la Caja del seguro de enfermedad pagará, además del tratamiento médico, al personal adecuado que pueda atenderle a domicilio. No obstante, este derecho sólo es exigible cuando las circunstancias impiden hospitalizar al paciente. En principio, estas prestaciones a domicilio se limitan a 4 semanas por enfermedad.

Además se puede obtener ayuda domiciliaria cuando la enfermedad impide realizar las tareas domésticas habituales. Sin embargo, esta prestación sólo se otorga cuando convive en el hogar un hijo de menos de 12 años de edad o que esté discapacitado, y cuando no conviva en el hogar otra persona que pueda cuidar del enfermo.

- **Tratamiento en régimen hospitalario**

El asegurado tiene derecho a cualquier tipo de tratamiento hospitalario que precise. La necesidad de dicho tratamiento debe ser certificada por un médico. Excepto en casos de urgencia, debe solicitarse previamente a la Caja del seguro de enfermedad la cobertura del gasto. Por estancias de hasta 14 días en total por año natural, el asegurado debe pagar una tasa diaria de 8,69 EUR (17 DEM) al hospital.

- **Extinción de los derechos a prestación**

En caso de causar baja en el seguro obligatorio, el derecho a prestaciones sigue manteniéndose todavía 1 mes a partir de la terminación del seguro, si no se ejerce ninguna actividad remunerada.

- **Gastos de viaje**

En determinadas condiciones, la Caja del seguro de enfermedad pagará parcial o totalmente los gastos de viaje necesarios para obtener determinados tratamientos médicos. El asegurado debe entonces abonar 12,78 EUR (25 DEM) por viaje, tasa de la que puede dispensarse al beneficiario, en ciertos casos, con arreglo a la reglamentación de los casos graves.

B. PRESTACIÓN ECONÓMICA POR INCAPACIDAD TEMPORAL O SUBSIDIO DE ENFERMEDAD (*KRANKENGELD*)

Si como resultado de una enfermedad queda usted, sin ser responsable de ello, incapacitado para el trabajo, por regla general su empresa continuará pagándole el salario durante las primeras 6 semanas de su incapacidad temporal. En el momento de caer enfermo, debe notificarlo enseguida a su empresa, mencionando la probable duración de su incapacidad temporal.

A más tardar al tercer día del inicio de la enfermedad, su médico de cabecera debe haberle examinado, tras lo cual extenderá un certificado confirmando la incapacidad y su probable duración. El médico enviará dicho certificado a la Caja del seguro y usted debe ocuparse de enviar una copia a su empresa.

Si la empresa no paga o deja de abonar el salario, existe el derecho a la prestación económica por incapacidad temporal, también denominada subsidio de enfermedad (*Krankengeld*), que corre a cargo de la Caja del seguro de enfermedad. La cuantía de dicho subsidio asciende al 70 % del último salario regular (*Regelentgelt*), pero no puede exceder el 90 % de las últimas retribuciones regulares netas.

El subsidio de enfermedad será pagado hasta el final del período certificado de incapacidad temporal. Para una sola enfermedad, sin embargo, no podrá reclamarse el subsidio de enfermedad durante más de 78 semanas en un período de 3 años. Al finalizar este período, pueden considerarse ciertas circunstancias que aconsejen la continuación del pago durante otros 3 años.

Las personas que obtienen otras prestaciones, como por ejemplo una pensión por incapacidad permanente o subsidios procedentes del extranjero, pueden ver reducido o anulado el subsidio de enfermedad.

Si se le convoca para una revisión médica, debe acudir puntualmente a ella. La falta a una convocatoria de revisión o examen médico sin causa justificada puede dar lugar a que le sea retirado el subsidio de enfermedad.

Si recibe cualquier otro subsidio (por ejemplo, una pensión) o si su enfermedad es atribuible a un accidente de trabajo o a una enfermedad profesional, debe informar de ello a su Caja del seguro de enfermedad. Mientras dure su incapacidad temporal no debe abandonar Alemania sin autorización de la Caja del seguro de enfermedad, para no sufrir ningún perjuicio económico.

● Subsidio de enfermedad para un hijo enfermo

Si su hijo (hasta los 12 años de edad) cae enfermo, estando protegido por el seguro obligatorio de enfermedad, y en opinión de su médico precisa asistencia, tiene usted derecho a un subsidio de enfermedad durante un máximo de 10 días por niño y año (en total 25 días laborables como máximo) si no convive nadie más en su hogar que pueda prestar dicha asistencia.

C. PRESTACIONES POR MATERNIDAD

Todas las mujeres que tienen derecho a asistencia sanitaria (véase el apartado A) tienen también derecho a las prestaciones por maternidad durante el embarazo y después del parto. Si está usted embarazada debe procurarse una tarjeta de maternidad (*Mutterschaftspass*), en la que figura toda la información que necesita para conocer sus derechos a sucesivas revisiones médicas. Las prestaciones de maternidad incluyen:

- asistencia gratuita por un médico y una comadrona durante el embarazo y después del parto;
- asistencia de una comadrona y si fuese necesario de un médico durante el parto;
- medicamentos, material de cura y tratamientos de recuperación;
- cobertura del gasto en caso de parto en un centro hospitalario;
- derecho de recibir cuidados a domicilio;
- derecho a una ayuda doméstica.

Aparte de las prestaciones sanitarias, tiene usted derecho a un subsidio de maternidad (*Mutterschaftsgeld*). Este subsidio se le pagará durante las 6 semanas anteriores y las 8 semanas posteriores al parto (en caso de nacimiento prematuro o de parto múltiple, 12 semanas). La cuantía depende del sueldo que usted percibe, y no excede de 12,78 EUR (25 DEM) al día. La diferencia entre este subsidio y su sueldo neto será pagada por su empresa. Dicho subsidio no se paga a las mujeres cuya empresa continúa pagando el sueldo normal durante el período anterior y posterior al parto.

Si su seguro no cubre el derecho al subsidio de maternidad, recibirá una ayuda económica al parto que asciende a 76,69 EUR (150 DEM).

4. Prestaciones de dependencia

El 1 de enero de 1995 entró en vigor la Ley del seguro de dependencia (*Pflegeversicherungsgesetz*). Esta ley debe cubrir el coste de la atención a las personas que necesitan cuidados prolongados, tanto si reciben asistencia domiciliaria como si precisan estar ingresadas en un centro. En ambos

casos la persona afectada tiene que pagar sus gastos de vivienda y manutención.

Las prestaciones económicas de asistencia domiciliaria se conceden de acuerdo con el grado de invalidez del beneficiario y dependiendo de que la asistencia sea proporcionada por un servicio general o por alguien elegido por el propio interesado. En el caso de acudir a un servicio general, el subsidio puede ascender a un máximo de 383,47 EUR (750 DEM) al mes para alguien que necesita ayuda considerable, y de 920,33 EUR (1 800 DEM) para quien necesita asistencia intensiva, así como de 1 431,62 EUR (2 800 DEM) para alguien que necesita cuidados y atenciones permanentes. Si estos cuidados los proporciona alguien elegido por el propio interesado, el subsidio llegará como máximo más o menos a la mitad de dichas cifras. Si el cuidador tuviera que ausentarse, la Caja correspondiente (*Pflegekasse*) pagará, una vez al año y durante un período de 4 semanas, a un sustituto.

Las personas que proporcionan estos cuidados y asistencia domiciliarios están incluidas en el seguro obligatorio de accidentes y en el seguro obligatorio de pensiones. Sus cuotas corren a cargo de la Caja del seguro de dependencia del enfermo.

El importe de las prestaciones por asistencia en centros especializados se sitúa en 1 431,62 EUR (2 800 DEM) mensuales como máximo [por término medio, 1 278,23 EUR (2 500 DEM) al mes, 1 687,26 EUR (3 300 DEM) en casos excepcionales].

5. Accidentes laborales y enfermedades profesionales

El régimen de seguros de accidente cubre cualquier incidencia mientras usted trabaja o se traslada al y del puesto de trabajo. El seguro cubre también ciertas medidas de prevención de accidentes, así como las prestaciones en caso de producirse lesiones. Cuando se produce un accidente de trabajo, debe usted comunicarlo de inmediato a su empresa.

Todas las personas que trabajen por cuenta ajena mediante contrato de trabajo o de aprendizaje están sujetas a un seguro obligatorio de accidentes. La cobertura de este seguro abarca también a los niños que asisten a guarderías (*Kindertagesstätte*), a los alumnos que asisten a centros de enseñanza escolares y a los estudiantes que asisten a instituciones de enseñanza superior.

Los trabajadores autónomos que no están cubiertos por un seguro obligatorio contra accidentes de trabajo y enfermedades profesionales pueden suscribir voluntariamente un seguro de accidentes.

Para la prevención de accidentes existen medidas obligatorias de seguridad y las empresas están obligadas a tener y mantener sus instalaciones dotadas de dichas medidas, de modo que sus trabajadores estén protegidos contra accidentes y enfermedades profesionales. Dichas medidas de seguridad deben ser cumplidas estrictamente.

En el caso de sufrir lesiones, se otorgan las siguientes prestaciones:

- primeros auxilios y tratamientos de recuperación;
- prestación por incapacidad temporal debida a accidente (subsidio por accidente) (*Verletztengeld*);
- medidas de recuperación profesional;
- pensión por accidente laboral (*Verletztenrente*);
- pensión de supervivencia y auxilio por defunción.

El derecho a estas prestaciones nace cuando sucede una contingencia protegida (accidente de trabajo o enfermedad profesional).

No hay necesidad de que la persona accidentada o el superviviente solicite una prestación, pues el organismo competente los otorga automáticamente. La empresa está obligada a dar cuenta de cualquier accidente laboral o enfermedad profesional a su Mutua profesional o gremial (*Berufsgenossenschaft*).

● **Tratamiento de recuperación y subsidio por accidente (*Verletztengeld*)**

El tratamiento de recuperación incluye tratamiento médico, suministro de medicamentos, prótesis y otras ayudas ortopédicas, así como cuidados hospitalarios o en un centro de recuperación especial.

Mientras reciba tratamiento de recuperación, se le abonará un subsidio que se sitúa aproximadamente en el 80 % de su salario. El subsidio por accidente se concede una vez finalizado el período durante el cual tiene usted derecho a continuar cobrando el sueldo y, en principio, se paga durante un máximo de 78 semanas. Tan pronto se le concede una pensión de incapacidad permanente, queda anulado el subsidio.

● **Asistencia para la recuperación profesional (*Berufshilfe*)**

Las prestaciones de asistencia profesional comprenden las siguientes medidas:

- ayuda para mantener o conseguir un puesto de trabajo;
- búsqueda de empleo, período de prueba subvencionado, preparación profesional y, cuando corresponda, cualquier formación

inicial y básica que necesite usted como consecuencia de sus lesiones;

- reciclaje y reorientación profesionales.

Por regla general, se le pagará una ayuda transitoria (*Übergangsgeld*) mientras dure la asistencia profesional.

● **Pensión por accidente (*Verletztenrente*)**

Una vez finalizada la incapacidad temporal, se le pagará una pensión por accidente si su capacidad para obtener ingresos ha quedado mermada, como consecuencia del accidente, como mínimo un 20 %, y durante un período superior a las 26 semanas. La cuantía de la pensión depende del grado en que se ha reducido su capacidad para obtener ingresos y también de sus ingresos anuales anteriores.

En caso de necesitar, como consecuencia de un accidente laboral o una enfermedad profesional, cuidados y atenciones prolongados, tendrá derecho a percibir, paralelamente a la pensión, prestaciones del seguro de dependencia (*Pflegeleistungen*).

● **Pensión de supervivencia (*Hinterbliebenenrente*)**

En el caso de producirse un fallecimiento como resultado de un accidente de trabajo o una enfermedad profesional, se pagarán pensiones a los supervivientes. Si es usted cónyuge de un asegurado fallecido, tendrá derecho a una pensión de supervivencia pagadera por el organismo del seguro de accidentes. Esta pensión ascenderá al 40 % de los últimos ingresos brutos del fallecido si tiene usted más de 45 años de edad, si tiene incapacidad permanente o está criando un hijo. Si es más joven y no está criando un hijo, la cuantía de la pensión será del 30 % de los últimos ingresos brutos. Si dispone de otros ingresos, su pensión quedará reducida en el caso de que éstos sobrepasen un determinado nivel.

Los hijos menores de 18 años reciben una pensión de orfandad (*Waisenrente*). El huérfano de un progenitor recibirá el 20 %; el huérfano absoluto, el 30 % de los ingresos anteriores del asegurado fallecido. Si el menor está cursando estudios, se le pagará la pensión hasta la edad de 27 años.

En determinadas condiciones puede pagarse una indemnización (*Abfindung*) en lugar de una pensión de incapacidad permanente o de supervivencia. Si le interesa llegar a un arreglo en este sentido, debe dirigirse a la Mutua profesional o gremial (*Berufsgenossenschaft*) que le paga la pensión.

- **Auxilio por defunción (*Sterbegeld*)**

Cuando se produce una muerte como resultado de una contingencia protegida, puede percibirse un auxilio por defunción, prestación que asciende a 1/7 de la base reguladora común (*Bezugsgrösse*) ⁽¹⁾, que en 2000 se sitúa en 3 926,72 EUR (7 680 DEM).

6. Prestaciones por incapacidad permanente

Todos los trabajadores y las personas que cursan estudios están asegurados contra la contingencia de incapacidad permanente (*Rentenversicherung*). En el caso de las personas que tienen un empleo de horario e ingresos mínimos [con menos de 15 horas de trabajo a la semana e ingresos medios mensuales inferiores a 322,11 EUR (630 DEM)], la empresa abona un importe a tanto alzado del 12 % al seguro obligatorio de pensiones y un 10 % al seguro obligatorio de enfermedad.

El seguro obligatorio también se extiende al padre o la madre que, en lugar de trabajar, se dedican a cuidar a su hijo. En el caso de hijos nacidos después del 1 de enero de 1992, se reconoce como período de cotización el de los primeros 3 años dedicados al cuidado del niño.

Otras personas sujetas al seguro obligatorio son aquellas que reciben alguna prestación compensatoria de sus ingresos (subsidio de enfermedad, prestación por desempleo, subsidio por accidente y subsidio transitorio), dado que estaban obligatoriamente aseguradas antes de presentarse la necesidad de cobrar la prestación económica.

Algunas categorías de trabajadores por cuenta propia (como trabajadores con oficios y publicistas) también están sujetas al seguro obligatorio. Otros trabajadores autónomos pueden afiliarse voluntariamente al régimen obligatorio de pensiones, pero tan solo durante los 5 años posteriores al inicio de sus actividades autónomas. Mientras continúen siendo autónomos, están obligados a seguir asegurados en las mismas condiciones que se aplican a los trabajadores por cuenta ajena.

Finalmente, las personas que según la legislación alemana no están o ya no están sujetas al seguro obligatorio pueden ingresar voluntariamente en el régimen del seguro de pensiones. Cualquier ciudadano de la UE puede estar afiliado al seguro voluntario aunque ya no resida en la República Federal de Alemania, siempre que haya pagado

⁽¹⁾ La base reguladora común se estableció para solucionar los problemas que plantea la diversidad de normativas de las distintas ramas del seguro. Su cuantía se calcula todos los años y equivale al importe medio del salario de todos los trabajadores cubiertos por el seguro de pensiones —excluyendo a las personas en período de formación— del año anterior. Esta cifra se redondea al alza hasta el primer múltiplo de 48 (N. de la T.).

como mínimo una cotización al régimen del seguro de pensiones en el país.

Obsérvese que, en principio, sólo se conceden pensiones a quien presente la correspondiente solicitud. Ésta debe remitirse al organismo competente de la Seguridad Social (véase la sección 2).

- **Pensión por incapacidad permanente absoluta para todo trabajo (*Erwerbsunfähigkeit*)**

Esta pensión se concede cuando el asegurado sufre por motivos de salud una merma absoluta en su capacidad para obtener ingresos regulares o suficientes [322,11 EUR (630 DEM) al mes en 2000].

Para poder obtener una pensión de este tipo, tendrá que presentarse un comprobante de haber cotizado al seguro obligatorio durante como mínimo 60 meses (período de carencia). Además, debe demostrarse que se ha estado afiliado a este seguro obligatorio durante 3 años en el período de los últimos 5 años antes de iniciarse la incapacidad permanente absoluta. Este período de 5 años puede ampliarse, por ejemplo, a causa de períodos de desempleo y de crianza de un hijo.

En el caso de que el asegurado quede incapacitado antes de transcurridos los 6 años posteriores al término de sus estudios, las condiciones requeridas son menos rigurosas.

- **Pensión por incapacidad permanente para la profesión habitual (*Berufsunfähigkeit*)**

Se considera incapacitado profesionalmente al asegurado cuya capacidad para obtener ingresos ha sufrido merma por razones de salud, quedando reducida a menos del 50 % de los ingresos que obtiene un asegurado sano de formación equiparable y dotado de conocimientos y aptitudes similares.

Las condiciones requeridas para esta pensión son las mismas que para la pensión por incapacidad permanente absoluta.

- **Ingresos adicionales**

Si el beneficiario encuentra un empleo y obtiene unos ingresos adicionales, puede perder la pensión. En cualquier caso, le conviene consultar con el organismo competente antes de iniciar una actividad remunerada.

- **Normas especiales para mineros**

Los asegurados que a raíz de una enfermedad o incapacidad permanente vean mermada su capacidad para ejercer la misma actividad que hasta entonces habían realizado u otra similar dentro de

la explotación minera, se considerarán incapacitados como mineros, a menos que puedan ejercer alguna actividad laboral similar fuera de la mina. Los ingresos adicionales que se obtienen en un empleo diferente y que no sean equiparables a sus ingresos anteriores no tienen efectos sobre su pensión.

Cuando alcanza la edad de 50 años, el minero tiene derecho a una pensión siempre que no esté trabajando y percibiendo unos ingresos equivalentes a los obtenidos hasta entonces como minero. Sin embargo, para poder aspirar a esta pensión, debe haber estado trabajando durante un período mínimo de 25 años en las minas.

● **Medidas de recuperación**

La legislación sobre pensiones se rige por el principio de recuperación antes que pensión. Si ciertas medidas de recuperación son capaces de mantener y mejorar la capacidad del asegurado para obtener ingresos, el organismo encargado de las pensiones proporcionará, en primer lugar, medidas de asistencia médica y recuperación profesional antes que conceder una pensión.

● **Cuantía de la pensión**

La cuantía de su pensión dependerá de las cotizaciones devengadas a la Seguridad Social en el transcurso de todo su «expediente de seguro». Este expediente puede ser más extenso que el período total durante el cual haya trabajado, puesto que también se tienen en cuenta ciertos períodos durante los cuales no habrá cotizado (por ejemplo, períodos de estudios en centros escolares, universitarios o de formación profesional), aunque sí estaba asegurado.

7. Prestaciones de jubilación

Toda persona sometida a la obligación de cotizar a un seguro de pensiones (véase la sección 6) tiene derecho a una pensión de jubilación.

Le rogamos tome nota de que, en principio, las pensiones solamente se conceden a quien las solicita. La solicitud debe dirigirse al organismo competente de la Seguridad Social (véase la sección 2).

La pensión de jubilación (*Altersrente*) representa una retribución por el trabajo realizado a lo largo de toda una vida laboral. Esta pensión está sujeta a la condición de haber alcanzado una edad determinada y haber cotizado durante un período mínimo al seguro de pensiones (período de carencia).

Todos los meses naturales durante los cuales se ha estado cotizando o se ha estado criando un hijo de menos de 3 años de edad entran en el recuento de los períodos de cotización, que se califican

según sean de 5, 15 o 25 años. Para completar un período de carencia de 35 años, también pueden tenerse en cuenta los años de formación y los años en los que se ha estado criando a un hijo de menos de 10 años de edad.

En el caso de que, al alcanzar la edad de jubilación, reduzca usted sus actividades profesionales sin suspenderlas del todo, puede optar por cobrar una pensión de jubilación en forma de pensión parcial (1/3, 1/2 o 2/3 de la pensión completa). También puede usted decidirse por no reclamar el cobro de una pensión. Si no ha pedido la pensión de jubilación al alcanzar la edad de 65 años, o si solicita únicamente una pensión parcial, la pensión final completa aumentará un 0,5 % al mes (6 % al año) sobre el importe de la pensión que no ha reclamado antes.

● **Pensión ordinaria de jubilación (*Regelaltersrente*)**

Esta pensión le será concedida una vez alcanzados los 65 años de edad, siempre que pueda presentar comprobantes de haber cotizado durante un período de 5 años.

No depende de los ingresos que se obtengan paralelamente a percibir la pensión.

● **Jubilación anticipada**

El asegurado que completa un período de cotización de 35 años tiene derecho a una pensión de jubilación a partir de los 63 años de edad. Sin embargo, este límite de edad se elevará escalonadamente hasta los 65 años de edad para las personas aseguradas nacidas después del 31 de diciembre de 1937.

Las personas gravemente discapacitadas y aquellas que padecen de incapacidad permanente tienen derecho a una pensión de jubilación cuando alcanzan los 60 años de edad, siempre que hayan cotizado durante un período de 35 años como mínimo.

Las pensiones de jubilación por desempleo o por jubilación progresiva (*Altersteilzeitarbeit*) se conceden a los asegurados que cumplen las siguientes condiciones:

- haber alcanzado los 60 años de edad;
- en el momento de percibir la pensión, o bien haber estado desempleados durante un período total de 52 semanas en el último año y medio anterior a la solicitud de la pensión o haber trabajado en régimen de jubilación progresiva durante los 2 últimos años;
- haber completado un período de cotización de 15 años;
- haber cotizado al seguro obligatorio durante 8 años en el período de los últimos 10 años previos a solicitar la pensión.

Para los mineros rigen normas especiales. Éstos tienen derecho a una pensión de jubilación cuando alcanzan la edad de 60 años, siempre que hayan cotizado al seguro obligatorio durante 25 años.

● **Pensión de jubilación para mujeres**

Las mujeres tienen derecho a una pensión de jubilación al alcanzar los 60 años de edad, si pueden demostrar que han estado cotizando al seguro obligatorio durante 10 años como mínimo después de cumplir los 40 años de edad. El período de cotización aplicado es de 15 años. Sin embargo, el límite de edad aumentará escalonadamente hasta los 65 años para las mujeres aseguradas que hayan nacido después del 31 de diciembre de 1940.

● **Aumento de la edad de jubilación**

En algunos casos, se han previsto normativas transitorias con relación al aumento de la edad de jubilación. Según estas disposiciones, los límites de edad permanecen invariables o aumentan con mayor lentitud.

● **Cuantía de la pensión**

La cuantía de la pensión depende de la suma de cotizaciones a la Seguridad Social que el interesado ha pagado a lo largo de todo «su expediente de seguro». Éste puede ser más extenso que el período total durante el cual ha trabajado, ya que se tienen en cuenta algunos períodos en los que no se cotiza (por ejemplo, períodos de estudios en centros escolares, universitarios o de formación profesional y períodos en los que se ha cobrado una pensión por incapacidad permanente).

8. Prestaciones de supervivencia

Todo asegurado sujeto a un seguro obligatorio de pensiones (véanse las secciones 6 y 7) está cubierto por un seguro de supervivencia.

Obsérvese que, en principio, las pensiones únicamente se conceden a quien las solicita. La solicitud correspondiente debe dirigirse al organismo competente de la Seguridad Social (véase la sección 2).

● **Pensión de viudedad (*Witwen- und Witwerrenten*)**

Si el cónyuge de un asegurado fallecido tiene más de 45 años de edad, padece una incapacidad permanente o bien está criando a su propio hijo o a un hijo del cónyuge asegurado, recibirá la denominada «pensión mayor», que asciende al 60 % de la prestación completa que habría recibido el fallecido (*große Witwen-/Witwerrente*).

En todos los demás casos, el cónyuge superviviente recibirá la «pensión menor», equivalente al 25 % de la prestación completa que habría recibido el asegurado fallecido (*kleine Witwen-/Witwerrente*). El difunto debe haber completado un período de cotización al seguro obligatorio de 5 años como mínimo, o bien debe haber estado cobrando una pensión en el momento de su fallecimiento.

● **Pensión de orfandad**

Si vive uno de los padres, la pensión de orfandad asciende a 1/10 parte de la pensión que habría recibido el asegurado fallecido. El período de cotización necesario es el mismo que en el caso de la pensión de viudedad.

Si la orfandad es absoluta, la pensión ascenderá, por regla general, a 1/5 parte de la cuantía que habrían recibido los padres asegurados fallecidos.

El derecho a cobrar la pensión de orfandad persiste mientras el huérfano en cuestión no alcance los 18 años de edad. Este límite de edad se extiende hasta los 27 años si el beneficiario está cursando estudios.

● **Períodos de cotización**

Para completar el período de cotización de 5 años se tienen en cuenta todos los meses naturales durante los cuales se han pagado cotizaciones voluntarias u obligatorias. Si el asegurado fallece dentro del período de 6 años posteriores al término de su estudios, las condiciones requeridas son menos estrictas.

● **Limitación de ingresos adicionales**

La pensión de viudedad se verá reducida si los ingresos del cónyuge superviviente (incluidas las pensiones) exceden de determinado importe neto [655,74 EUR (1 282,51 DEM) al mes en el segundo semestre de 2000]. Este importe aumenta por cada hijo con derecho a una pensión de orfandad.

La pensión de orfandad sólo puede reducirse cuando el huérfano alcanza los 18 años de edad. En este caso, se tendrán en cuenta otros posibles ingresos que obtenga el huérfano, cuando excedan de determinado importe [437,15 EUR (855 DEM) al mes en el segundo semestre de 2000].

● **Cuantía de la pensión**

La cuantía de la pensión depende de la suma de cotizaciones a la Seguridad Social que haya pagado el asegurado fallecido en el transcurso de todo su expediente de seguro. Este expediente puede ser más extenso que el período total durante el cual ha trabajado, pues se tienen en cuenta determinados períodos en los que no se

cotiza (por ejemplo, períodos de estudios en centros escolares, universitarios o de formación profesional).

● **Auxilio por defunción**

Al morir un asegurado se concede una prestación para gastos de entierro, siempre que el fallecido haya estado afiliado al seguro de enfermedad desde el 1 de enero de 1989. Este auxilio asciende a 1 073,71 EUR (2 100 DEM).

En determinadas circunstancias puede concedérsele al asegurado una indemnización por defunción de 536,86 EUR (1 050 DEM) al fallecer un miembro de su familia.

9. Desempleo

Todos los trabajadores por cuenta ajena y las personas que cursan estudios están cubiertos por el régimen de seguro de desempleo. Como excepción, el seguro de desempleo no cubre los empleos de horario e ingresos mínimos [menos de 15 horas de trabajo a la semana o salario inferior a 322,11 EUR (630 DEM mensuales)].

El seguro de desempleo es administrado por la Oficina Federal del Trabajo (*Bundesanstalt für Arbeit*), que proporciona asistencia para encontrar trabajo y administra las prestaciones de recuperación. También concede las prestaciones económicas en caso de desempleo, que son las siguientes:

- prestación por desempleo (*Arbeitslosengeld*) y
- subsidio de desempleo (*Arbeitslosenhilfe*).

● **Prestación por desempleo (*Arbeitslosengeld*)**

En principio, si es usted un trabajador por cuenta ajena o está en fase de formación y pierde el empleo, tiene derecho a la prestación por desempleo, siempre que:

- se registre como parado en la oficina de empleo (*Arbeitsamt*) y solicite la prestación;
- no ejerza ninguna actividad laboral o su ocupación sea inferior a 15 horas de jornada laboral a la semana;
- esté disponible para trabajar (es decir, debe ser capaz de trabajar y estar dispuesto a aceptar cualquier empleo adecuado que se le ofrezca) y se esfuerce activamente por poner término a su situación de desempleo;
- haya completado un período de cotización, es decir, debe haber estado trabajando y cotizando al seguro obligatorio durante un mínimo de 12 meses en el transcurso de los últimos 3 años.

La duración de la prestación depende del período durante el cual ha estado cotizando, y también de la edad. Oscila entre los 6 meses de prestación para las personas de menos de 45 años de edad que hayan trabajado y cotizado 12 meses en los últimos 3 años, hasta un máximo de 32 meses para las personas de más de 57 años de edad y que hayan trabajado y cotizado durante 64 meses en los últimos 7 años.

La prestación podrá ser suspendida durante un período de hasta 12 semanas (*Sperrzeit*) en el caso de que:

- haya dejado su empleo por iniciativa propia;
- rechace un puesto de trabajo que le ha sido ofrecido por la oficina de empleo;
- rehúse participar en cualquier medida razonable que se le proponga de reinserción profesional.

● **Subsidio de desempleo (*Arbeitslosenhilfe*)**

Si sigue usted en paro una vez finalizado el período durante el cual tenía derecho a cobrar la prestación por desempleo, podrá acceder a un subsidio por desempleo siempre que se le considere en situación de necesidad.

● **Formalidades que deben cumplimentarse**

Mientras cobre la prestación o el subsidio por desempleo, sigue obligado a presentarse en la oficina de empleo cada vez que se le convoque. En el caso de que no se presente, puede suspenderse cualquiera de las dos prestaciones durante 2 semanas. En el caso de que vuelva a no presentarse a una convocatoria en los 14 días siguientes, se le suspenderán la prestación o el subsidio durante un mínimo de 4 semanas.

También debe usted informar inmediatamente a la oficina de empleo de cualquier cambio que se produzca en sus circunstancias personales o en las de sus familiares y que pueda afectar de algún modo a su derecho a seguir cobrando estas prestaciones (por ejemplo, la concesión de una pensión o la incorporación a un empleo).

● **Otras prestaciones**

Mientras siga parado, el régimen del seguro de desempleo pagará en su nombre las siguientes cotizaciones:

- las cotizaciones al seguro de enfermedad (en cuanto a la obtención del subsidio de enfermedad, se aplican las condiciones expuestas en la sección 3);
- las cotizaciones al seguro de dependencia; y
- las cotizaciones al seguro obligatorio de pensiones.

Mientras se cobran las prestaciones por desempleo, se está asegurado también contra determinados accidentes.

10. Prestaciones familiares

Cualquier persona residente en Alemania tiene derecho a una prestación económica por hijo a cargo (*Kindergeld*) y a una prestación de crianza (*Erziehungsgeld*).

A. PRESTACIÓN ECONÓMICA POR HIJO A CARGO (*KINDERGELD*)

Por regla general, se concede para los hijos menores de 18 años. Después de esta edad, puede seguir concediéndose si el hijo:

- todavía no ha cumplido 21 años, está en paro y se ha inscrito en la oficina de empleo de Alemania, de otro Estado miembro de la UE, de Islandia, Liechtenstein o Noruega;
- todavía no ha cumplido 27 años y cursa estudios escolares, universitarios o de formación profesional, o se encuentra en un período de transición entre 2 etapas de formación de 4 meses como máximo, o está prestando 1 año de servicio social o ecológico voluntario;
- no está en condiciones de mantenerse a sí mismo a causa de una discapacidad física, mental o psíquica.

No tiene derecho a esta prestación el hijo a partir de 18 años que dispone de ingresos y otras rentas que asciendan como mínimo a 6 657,02 EUR (13 020 DEM) por año natural.

● **Cuantía de la prestación por hijos a cargo**

La cuantía de esta prestación asciende mensualmente a:

- por el primer y por el segundo hijos: 138,05 EUR (270 DEM) cada uno;
- por el tercer hijo: 153,39 EUR (300 DEM);
- por cada hijo subsiguiente: 178,95 EUR (350 DEM).

No tendrán derecho a esta prestación por hijo a cargo los padres que perciban otra prestación semejante. Igualmente, puede perderse el derecho a percibir parcial o totalmente la prestación en Alemania si se reciben ayudas familiares de otro Estado miembro de la UE.

● **Solicitud y pago**

El subsidio por hijos se concede únicamente previa solicitud por escrito. Le suministrarán el formulario de solicitud en la oficina de empleo. La

Caja de la familia (*Familienkasse*) de la oficina de empleo abona mensualmente la prestación. El pago se efectúa a través de la empresa o mediante transferencia bancaria.

Debe notificarse sin demora a la oficina de empleo cualquier cambio en la información declarada en el formulario de solicitud y que pudiera afectar al derecho a cobrar la prestación por hijo a cargo (por ejemplo, el hecho de que el hijo haya terminado sus estudios).

B. PRESTACIÓN DE CRIANZA (*ERZIEHUNGSGELD*)

La ayuda para criar a un hijo se abona normalmente a la madre y, en determinadas condiciones, puede ser pagada al padre, según quién cuide personalmente al hijo en lugar de trabajar. Esta prestación se concede a cualquiera de los progenitores siempre que no trabaje durante más de 19 horas a la semana en un empleo remunerado. Asciende como máximo a 306,78 EUR (600 DEM), depende del nivel de ingresos de los padres y se paga, como máximo, hasta que el hijo cumple los 2 años de edad. El procedimiento para solicitar esta prestación varía de acuerdo con el Estado federado en que se reside. La Caja del seguro de enfermedad proporcionará toda la información necesaria.

11. Otras informaciones

Para obtener más información, diríjase a su Caja del seguro de enfermedad (*Krankenkasse*) correspondiente, a su Mutua profesional o gremial (*Berufsgenossenschaft*), al organismo competente para el seguro de pensiones (*Rentenversicherung*) o también a su oficina de empleo (*Arbeitsamt*).

Existen algunas normas especiales que tienen aplicación en los nuevos Estados federados y que no se incluyen en esta guía.

Tampoco se incluyen en esta guía los seguros de jubilación para trabajadores del campo, los oficios autónomos y la Seguridad Social aplicable a artistas y publicistas. Para más información relacionada con estas actividades y con el seguro correspondiente, diríjase a los organismos competentes de la Seguridad Social.

A continuación damos una lista de nombres y direcciones de los organismos que actúan como oficinas coordinadoras de los diferentes regímenes de la Seguridad Social. Si tiene problemas o preguntas relacionadas con la Seguridad Social en Alemania o uno o más de los otros Estados miembros, diríjase a la correspondiente oficina de coordinación.

Ramas de la Seguridad Social Estados miembros de la UE con los que se coordina	Nombre y señas de la oficina coordinadora
Seguro de enfermedad, todos los países	Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung Ausland Postfach 200464 D-53134 Bonn
Seguro de accidentes, todos los países	Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften e.V. Postfach 2052 D-53754 Sankt Augustin
Seguro de desempleo y prestaciones familiares, todos los países	Bundesanstalt für Arbeit Regensburger Straße 104 D-90478 Nürnberg
Seguro de pensiones de los trabajadores, Reino Unido e Irlanda	LVA Freie und Hansestadt Hamburg [LVA = Landesversicherungsanstalt] Überseering 10 D-22297 Hamburg Tel. (49-40) 6381-0
Seguro de pensiones de los trabajadores, Francia y Luxemburgo	LVA Rheinland-Pfalz Eichendorffstraße 4-6 D-67346 Speyer Tel. (49-6232) 17-0
Seguro de pensiones de los trabajadores, Dinamarca, Finlandia, Noruega y Suecia	LVA Schleswig-Holstein Ziegelstraße 150 D-23556 Lübeck Tel. (49-451) 485-0
Seguro de pensiones de los trabajadores, Bélgica y España	LVA Rheinprovinz Königsallee 71 D-40215 Düsseldorf Tel. (49-211) 937-0
Seguro de pensiones de los trabajadores, Italia	LVA Schwaben An der Blauen Kappe 18 D-86152 Augsburg Tel. (49-821) 500-0
Seguro de pensiones de los trabajadores, Portugal	LVA Unterfranken Friedenstraße 12/14 D-97072 Würzburg Tel. (49-931) 802-0
Seguro de pensiones de los trabajadores, Países Bajos e Islandia	LVA Westfalen Gartenstraße 194 D-48147 Münster Tel. (49-251) 238-0
Seguro de pensiones de los trabajadores, Grecia	LVA Baden-Württemberg Adalbert-Stifter-Straße 105 D-70437 Stuttgart Tel. (49-711) 848-1
Seguro de pensiones de los trabajadores, Austria	LVA Oberbayern Thomas-Dehler-Straße 3 D-81737 München Tel. (49-89) 67 81-0
Empleados, todos los países	Bundesversicherungsanstalt für Angestellte Ruhrstraße 2 D-10709 Berlin Tel. (49-30) 865-1
Mineros, todos los países	Bundeskknappschaft Pieperstraße 14-28 D-44789 Bochum Tel. (49-234) 304-0

1. Introducción

La institución principal de la Seguridad Social en Grecia es el Instituto de Seguros Sociales, conocido por la sigla IKA (*Idryma Koinonikón Asfalíseon*), en el que están afiliados la mayoría de los trabajadores por cuenta ajena. El régimen de seguros del IKA cubre a todos los empleados que no entran en alguno de los regímenes menores y específicos.

Aparte del IKA, existen organismos específicos para funcionarios civiles, para algunas categorías de empleados (por ejemplo, los del sector bancario y los periodistas), para la población rural, que está cubierta por el Organismo de Seguros Agrarios (*Organismós Georgikón Asfalíseon*, OGA), y para los trabajadores autónomos, que disponen de mutuas especiales (por ejemplo, *Tameío Asfalíseos Empóron*, TAE; TEVE, etc.). Las señas de las sedes principales de estos organismos se ofrecen en la sección 9.

Para cada organismo de seguros rigen leyes diferentes. Las prestaciones de la Seguridad Social, las condiciones requeridas para afiliarse y las formalidades que deben cumplimentarse pueden diferir de un organismo a otro.

Puesto que el régimen IKA es el más extendido en Grecia y sirve generalmente como modelo para los demás, trataremos en esta guía principalmente de la protección social que brinda el IKA. Si usted trabaja en una actividad cubierta por otra institución de seguros, le rogamos se dirija al organismo correspondiente. Si tiene dudas acerca del organismo de Seguridad Social que es aplicable a su caso, puede dirigirse a la delegación local (*ypokatástima*) del IKA en su lugar de residencia y pedir información al respecto.

Los diferentes apartados del régimen IKA cubren el seguro de enfermedad, maternidad y vejez, mientras que una institución especial de seguros, la Oficina Nacional de Empleo (OAED: *Organismós Apascholíseos Ergatikou Dynamikou*), se encarga del seguro de desempleo y de los subsidios familiares. No obstante, las cotizaciones al OAED también se pagan al IKA.

● Qué riesgos cubre la legislación sobre Seguridad Social en Grecia

Mientras trabaje usted en Grecia tiene derecho a las prestaciones de la Seguridad Social en las mismas condiciones que un trabajador griego. Los familiares suyos que residan en Grecia tienen derecho a las mismas prestaciones que los familiares de los trabajadores griegos.

El régimen de la Seguridad Social en Grecia cubre a los trabajadores por cuenta ajena y les ofrece las siguientes prestaciones:

- prestaciones de enfermedad y maternidad (sección 2);
- prestaciones relacionadas con accidentes de trabajo y enfermedades profesionales (sección 3);
- pensiones de invalidez, vejez y supervivencia (secciones 4, 5 y 6);
- prestaciones de desempleo (sección 7);
- prestaciones familiares (sección 8).

● Cómo afiliarse a la Seguridad Social

Tan pronto como empiece usted a trabajar, su empresa debe cumplimentar todas las formalidades necesarias para inscribirle en el IKA (o en el correspondiente régimen especial de seguros).

El organismo de la Seguridad Social le entregará una cartilla de seguros u otro documento acreditativo. Si está usted asegurado en el IKA, se le entregará una tarjeta de asegurado y de cotizaciones, marcada con las iniciales «DATE». Conserve cuidadosamente este documento, pues sirve para acreditar la identidad del asegurado y le facilita las relaciones con el organismo asegurador y con la empresa.

Si trabaja por cuenta propia, debe inscribirse usted mismo en el correspondiente organismo de la Seguridad Social (normalmente el TAE o el TEVE).

● Cotizaciones al IKA

La cotización que debe pagar a la Seguridad Social le será deducida de su salario. Una parte de la cuota completa de cotización debe ser pagada por usted y el resto es pagado por su empresa. Sin embargo, las dos partes no se pagan por separado. Su empresa está obligada a ingresar el importe completo de la cotización al IKA y le deducirá a usted del salario la parte de cotización que le corresponde pagar a usted.

● Qué hacer si no está de acuerdo con alguna decisión del IKA

Si no está usted de acuerdo con alguna decisión del organismo de seguros, como por ejemplo una decisión de la delegación local del IKA, puede presentar una reclamación ante el comité de administración de la delegación local del IKA correspondiente a su lugar de residencia. Para presentar dicha reclamación tiene usted un plazo hábil de 30 días después de haber recibido la decisión. Cuando se trata de cuestiones relacio-

nadas con las pensiones, el plazo hábil es de 3 meses. En caso de decisiones relativas a prestaciones de enfermedad, es de 1 (un) mes.

Si tampoco está de acuerdo con la decisión tomada por el comité de administración de la delegación local, puede apelar al tribunal administrativo competente, en un plazo hábil de 60 días después de haber recibido la decisión.

2. Enfermedad y maternidad

El IKA ofrece las siguientes prestaciones:

- prestaciones sanitarias: tratamiento médico, medicinas y tratamiento hospitalario (apartado A);
- subsidio de enfermedad: subsidios por incapacidad laboral debida a enfermedad (apartado B);
- prestaciones de maternidad (apartado C).

En determinadas condiciones, usted (o sus familiares) puede tener derecho a ciertas prestaciones, aunque se traslade a residir (o residan ellos) en otro Estado miembro de la UE.

A. PRESTACIONES SANITARIAS EN ESPECIE

En el régimen del IKA, las siguientes personas tienen derecho a prestaciones sanitarias:

- los trabajadores asegurados bajo el régimen IKA;
- los pensionistas asegurados bajo el régimen IKA, es decir, todas las personas que cobran una pensión de invalidez, de vejez o de superviviente;
- las personas que cobran una pensión de alguna mutua especial, pero que mientras trabajaban por cuenta ajena estaban cubiertas por el seguro de enfermedad;
- los familiares que viven a cargo de los asegurados y pensionistas;
- los desempleados que cobran subsidio de desempleo.

● Condiciones requeridas

Para tener derecho a las prestaciones sanitarias 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 en los últimos 15 meses, sin contar los días de trabajo completados en los 3 últimos meses del período de 15 meses.

«Un día de trabajo» es la jornada en que el interesado ha estado asegurado. Los días de vacaciones anuales pagadas cuentan como días de trabajo. A efectos de determinar el derecho a obtener prestaciones sanitarias, también cuentan como días de trabajo aquellos en que el interesado ha estado cobrando un subsidio de enfermedad

o de desempleo. Los períodos de seguro que haya completado en otro Estado miembro de la UE pueden sumarse, si fuese necesario, a los períodos de seguro completados en Grecia, aunque la legislación nacional no contempla dicha acumulación. En este caso, debe acudir a la correspondiente delegación local del IKA y recabar información acerca de las formalidades que debe cumplimentar.

● Cartilla sanitaria

Como norma general, el interesado debe presentar la cartilla sanitaria para poder obtener prestaciones sanitarias para él o sus familiares. Si no se hiciera así, el médico, farmacéutico o la institución médica a la que se dirija no puede saber si está asegurado o no.

Tan pronto como esté afiliado al seguro, debe solicitar que le entreguen la cartilla sanitaria personal. También debe solicitar una cartilla para los familiares que tenga a su cargo, que pueden tener también una cartilla sanitaria familiar por separado.

● Prestaciones a las que se tiene derecho

Se ofrecen las siguientes prestaciones sanitarias:

- tratamiento médico;
- medicinas;
- hospitalización;
- exploraciones paraclínicas;
- tratamiento terapéutico;
- ayudas y piezas ortopédicas ordinarias y especiales, incluyendo prótesis;
- baños medicinales.

Estas prestaciones están garantizadas desde el inicio de la enfermedad y durante todo el tiempo que siga teniendo derecho a ellas. La duración de este derecho se indica en la cartilla sanitaria. En el caso de que alguna enfermedad en particular continuara persistiendo después de rebasado el período en que el interesado tiene derecho a ser tratado, continuará no obstante recibiendo tratamiento por dicha enfermedad hasta que se haya repuesto de ella (tratamiento continuo).

Según los estatutos del IKA, se fijará una contribución del enfermo a los costes del tratamiento, que en ningún caso excederá del 25 % del coste total. Para más información acerca de las prestaciones sanitarias en especie obtenidas o de la cantidad con la que podría tener usted que participar en el coste del tratamiento, diríjase a la delegación local del IKA.

B. SUBSIDIO DE ENFERMEDAD

Todos los trabajadores asegurados en el ramo correspondiente a subsidio de enfermedad del IKA tienen derecho a este subsidio.

● **Condiciones requeridas**

Tiene usted derecho al subsidio de enfermedad cuando no trabaja debido a que padece una incapacidad laboral como resultado de una enfermedad contraída sin culpa suya y que dure más de 3 días, siempre que haya usted completado como mínimo 100 días de trabajo durante el año civil inmediatamente anterior al día en que se le declare enfermo, o en el período de 15 meses precedente, del que no se computarán los días de trabajo correspondientes al último trimestre.

«Un día de trabajo» es la jornada en que usted ha trabajado por cuenta ajena o un día que ha estado asegurado. Los días de vacaciones anuales pagadas cuentan como días de trabajo, pero a efectos del subsidio de enfermedad los días en los que ha estado cobrando subsidio de enfermedad o desempleo no se consideran días de trabajo. Los períodos de seguro que haya completado usted en otro Estado miembro de la UE pueden sumarse, si fuese necesario, a los períodos de seguro completados en Grecia, aunque en la legislación del IKA no se prevé este tipo de acumulación; en este caso, debe acudir usted a su delegación local del IKA y recabar información acerca de las formalidades que debe cumplimentar.

● **Cuantía del subsidio**

La cuantía del subsidio de enfermedad asciende normalmente al 50 % de la remuneración de referencia, según la categoría que le ha sido asignada teniendo en cuenta sus ingresos durante los últimos 30 días de trabajo completados durante el año civil anterior a la fecha en que se le declara enfermo.

La cuantía básica del subsidio se incrementa en un 10 % por cada familiar que tiene usted a su cargo; no obstante, no puede exceder del 70 % de la remuneración de referencia correspondiente a su categoría de asegurado. El importe total del subsidio está sujeto a un límite máximo.

Si recibe usted tratamiento en un hospital público o privado por cuenta del IKA y no tiene familiares que dependan de usted, el subsidio de enfermedad se reducirá en 2/3 partes.

El subsidio de enfermedad se paga a partir del cuarto día siguiente a aquel en el que se ha notificado al organismo de seguros la incapacidad laboral que se padece.

● **Duración del subsidio**

Si se completan 100 días de trabajo, se abona un subsidio de hasta 182 días por la misma enfermedad o por cualquier enfermedad dentro del mismo período. Con 300 días de trabajo en los 2 años previos a la declaración de enfermedad, se abona un subsidio de hasta 360 días por la misma enfermedad.

El subsidio puede ampliarse a un máximo de 720 días si se han completado 4 500 días de trabajo en total, o si se han completado 1 500 días de trabajo de los cuales 600 estén incluidos en los últimos 5 años precedentes a su enfermedad. Cuando la incapacidad laboral se debe a una tuberculosis, el subsidio tiene una duración máxima de 360 días.

● **Formalidades**

Para obtener la concesión del subsidio de enfermedad, deben presentarse los siguientes documentos:

- un certificado de incapacidad laboral extendido por un médico del IKA;
- la tarjeta de seguros y cotización (DATE);
- la cartilla sanitaria personal;
- la cartilla sanitaria familiar;
- una declaración del empresario acerca de la probable duración de la incapacidad laboral.

C. PRESTACIONES DE MATERNIDAD

Ante el próximo nacimiento de un hijo se conceden prestaciones de maternidad. Éstas incluyen una ayuda económica al parto y un subsidio de maternidad.

La ayuda económica al parto puede ser reclamada por la mujer asegurada o pensionista, así como por el hombre asegurado o pensionista cuya esposa está a su cargo y queda cubierta por el seguro del esposo.

En cambio, sólo las trabajadoras que están ellas mismas aseguradas por enfermedad y maternidad tienen derecho al subsidio de maternidad (mujeres directamente aseguradas).

● **Ayuda económica al parto**

La ayuda económica al parto consiste en una cantidad a tanto alzado que se paga cuando nace un hijo. Para poder cobrar esta ayuda, debe presentarse la cartilla sanitaria de la trabajadora asegurada o la cartilla sanitaria familiar del cónyuge asegurado o pensionista del IKA, junto con el certificado de nacimiento del recién nacido.

Para tener derecho a la ayuda económica al parto deben haberse completado como mínimo 50 días de trabajo durante el año civil precedente o durante el período de los últimos 15 meses, a excepción de los 3 últimos meses.

● **Subsidio de maternidad**

La cuantía del subsidio de maternidad es la misma que en el caso del subsidio de enfermedad (véase el apartado B), incluido cualquier posible aumento por familiares a cargo de la asegurada. En cambio, no existe límite superior para el subsidio de maternidad.

Este subsidio se paga a condición de que la interesada no esté trabajando, durante 56 días antes de la fecha prevista para el parto y durante los 56 días siguientes al nacimiento del hijo.

- **Condiciones requeridas para el subsidio de maternidad**

Para poder cobrar el subsidio de maternidad deben haberse completado como mínimo 200 días de trabajo durante los 2 últimos años anteriores al parto. Además, la embarazada debe suspender efectivamente su actividad laboral.

«Un día de trabajo» es la jornada en que la interesada ha estado asegurada. Los días de vacaciones anuales pagadas cuentan como días de trabajo, pero en cambio no cuentan como días de trabajo aquellos en que la interesada ha estado cobrando subsidio de enfermedad o de desempleo. Los períodos de seguro que haya completado en otro Estado miembro de la UE pueden totalizarse, si fuese necesario, con los períodos de seguro completados en Grecia, aunque la legislación del IKA no contempla tal acumulación. En este caso se debe acudir a la delegación local del IKA y recabar información acerca de las formalidades que deben cumplimentarse.

3. Accidentes laborales y enfermedades profesionales

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

- accidentes sufridos durante su trabajo o debidos a su actividad laboral (accidente de trabajo);
- accidente sufrido en sus desplazamientos al y del puesto de trabajo (se consideran accidentes de trabajo);
- accidentes no considerados de trabajo (accidentes no laborales);
- enfermedades provocadas por los efectos perjudiciales de la actividad laboral y que estén incluidas en una lista oficial de enfermedades profesionales.

Los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales no corresponden a un régimen de seguros específico. La enfermedad o la incapacidad laboral transitoria están cubiertas por el régimen del seguro de enfermedad (véanse los apartados A y B de la sección 2), mientras que la invalidez y la defunción están cubiertas por el régimen del seguro de pensiones (véanse las secciones 4 y 6).

No obstante, si se sufre un accidente (y muy especialmente un accidente de trabajo) o una enfermedad profesional, se obtendrán las pres-

taciones del seguro en condiciones más favorables.

- **Accidentes laborales**

El interesado tendrá derecho tanto a un subsidio como a asistencia sanitaria, sea cual sea el período de seguro que haya completado. En otras palabras, no necesita haber reunido un número determinado de días de trabajo para tener derecho a estas prestaciones.

Si queda temporal y parcialmente incapacitado para el trabajo como consecuencia de un accidente, su caso será tratado del mismo modo que una enfermedad. Sin embargo, hay algunas reglas especiales que se aplican también a estos casos.

Si el interesado no puede demostrar haber sumado 30 días de trabajo en el año civil precedente a la notificación del accidente, la cuantía del subsidio que reciba será determinada por la remuneración de referencia de la categoría asegurada que tenía asignada según los ingresos diarios por él declarados en el día en que ha sufrido el accidente. El subsidio se concede a partir del día en que el organismo asegurador recibe notificación del accidente. No se exige un plazo de espera de 3 días como en el caso de enfermedad, siempre que la incapacidad laboral dure más de 3 días.

Si un accidente de trabajo conduce a invalidez o muerte, el interesado cobrará una pensión de invalidez o los familiares que viven a su cargo cobrarán una pensión de supervivencia (véanse las secciones 4 y 6).

- **Otros accidentes (a excepción de los laborales)**

Por regla general, tendrá usted derecho a cobrar un subsidio y a recibir asistencia sanitaria si puede demostrar que ha estado trabajando durante la mitad de los días de trabajo especificados que normalmente se requieren para adquirir estos derechos.

- **Notificación del accidente**

El interesado o alguien que actúe en su nombre debe dar parte inmediato de cualquier accidente que haya sufrido, tanto a su empresa como a su delegación local del IKA. En cualquier caso, el accidente debe ser notificado dentro de un plazo hábil de 5 días. La delegación local del IKA les proporcionará más información.

- **Enfermedades profesionales**

Las personas que contraigan una enfermedad profesional son tratadas del mismo modo que las personas que sufren un accidente de trabajo. Por lo tanto, obtendrán prestaciones del seguro (tratamiento médico, subsidio de enfermedad,

pensiones) sea cual sea el número de días trabajados.

Con el fin de poder beneficiarse de la legislación sobre enfermedades profesionales, el interesado debe poder demostrar que padece una de las enfermedades crónicas que se incluyen en la lista oficial de enfermedades profesionales, o un envenenamiento resultante de alguna de las modalidades de trabajo que se mencionan en dicha lista.

Los servicios sanitarios locales del IKA son los responsables de verificar si la enfermedad que padece cumple las condiciones en las que puede ser considerada enfermedad profesional.

4. Invalidez

La pensión por invalidez grave se paga a los trabajadores afectados de un grado de invalidez superior al 80 %, tanto si esa invalidez es temporal como si es permanente. Cuando se considera que el asegurado está afectado por una invalidez grave, éste tiene derecho al importe completo de la pensión.

Para obtener una pensión por invalidez grave deben cumplirse las siguientes condiciones:

- obtener una declaración de la institución competente del IKA certificando que la capacidad laboral ha quedado disminuida como mínimo en 4/5 partes (grado de invalidez del 80 %);
- la disminución de la capacidad laboral debe tener una duración previsible de como mínimo 1 año;
- deben haberse completado: a) 4 500 días de trabajo en total, o b) 1 500 días de trabajo, de los cuales como mínimo 600 días deben situarse dentro de los 5 últimos años antes de confirmarse la invalidez.

«Un día de trabajo» es una jornada en la que el interesado ha estado asegurado, incluidos los días de las vacaciones anuales pagadas.

Los períodos de seguro completados en otro Estado miembro de la UE se suman a los períodos de seguro completados en Grecia. Si éste fuera su caso, debe hacerlo constar en su solicitud de la pensión e incluir en la documentación cualquier comprobante acreditativo del seguro que tenga en su poder y que respalde dichas afirmaciones.

● Formalidades

Para solicitar una pensión de invalidez, el interesado deberá presentar ante su delegación local del IKA los siguientes documentos:

- todos sus comprobantes de seguros (cartilla sanitaria, tarjeta DATE, etc.);

- declaración de la fecha en que ha interrumpido su actividad laboral;
- en el caso de personas casadas y con hijos menores, el certificado de matrimonio y los certificados de nacimiento de los hijos;
- en el caso de personas con hijos que están estudiando o están discapacitados para el trabajo, un certificado demostrativo de que son estudiantes o un certificado de su discapacidad, extendido por el comité de sanidad competente;
- fotocopia del carnet de identidad.

● Pensión de invalidez ordinaria

Se pagará una pensión por invalidez ordinaria a la persona asegurada cuando su grado de invalidez supera el 67 % pero está por debajo del 80 %. La pensión de invalidez ordinaria asciende a un 75 % de la pensión de invalidez. No obstante, si el asegurado ha completado 6 000 días de trabajo o su invalidez se debe principalmente a enfermedades psiquiátricas, tiene derecho a una pensión de invalidez completa.

● Pensión de invalidez parcial

Se le pagará una pensión de invalidez parcial a la persona asegurada cuyo grado de invalidez supera el 50 % pero es inferior al 67 %. Esta pensión parcial asciende al 50 % de la pensión completa de invalidez. Si su invalidez se debe principalmente a enfermedades psiquiátricas tiene derecho al 75 % del importe total.

5. Pensiones de vejez

Para tener derecho a una pensión de vejez, el solicitante debe alcanzar una edad determinada, haber trabajado un número establecido de días y en algunos casos cumplir otras condiciones especiales.

Si el solicitante ha trabajado como mínimo 4 500 días, conseguirá una pensión completa a la edad de 65 años (60 años las mujeres). Si el solicitante ha trabajado como mínimo 10 000 días, obtendrá una pensión completa a la edad de 62 años (57 años las mujeres).

Si ha realizado un trabajo pesado y peligroso, obtendrá una pensión completa a los 60 años de edad (55 años las mujeres). No obstante, también debe haber trabajado como mínimo 4 500 días, de los cuales 4/5 partes deben haberse completado en un empleo pesado y peligroso, a la vez que un mínimo de 1 000 días deben situarse dentro de los últimos 10 años antes de alcanzar el límite de edad indicado o antes de la presentación de la solicitud de pensión.

Si ha trabajado un mínimo de 10 500 días (lo que significa aproximadamente 35 años) como traba-

jador por cuenta ajena, obtendrá una pensión completa a la edad de 58 años (tanto los hombres como las mujeres). A partir del 29 de diciembre de 2000, el asegurado que haya completado 10 500 días de seguro como asalariado, de los que 7 500 días correspondan a trabajos pesados y peligrosos, y haya cumplido:

- 55 años de edad, tendrá derecho a una pensión completa; o
- 53 años de edad, tendrá derecho a una pensión reducida en un 0,005 % de la pensión total por cada mes que falte respecto a la edad límite anteriormente mencionada.

Si se es madre de un hijo menor de 18 años, podrá obtenerse una pensión completa a los 55 años de edad, siempre que se hayan trabajado 5 500 días y no se reciba personalmente ninguna otra pensión del IKA o de cualquier otro organismo de seguros.

En determinadas condiciones es posible retirarse 2 o incluso 5 años antes de los que se acaban de indicar, pero en este caso la pensión quedará reducida en un 0,5 % por cada mes en que el interesado se retire antes de haber alcanzado el límite de edad normalmente aplicable. La delegación local del IKA proporcionará información adicional sobre la pensión reducida.

«Un día de trabajo» es una jornada en la que se ha estado asegurado. Los días de vacaciones anuales pagadas cuentan como días de trabajo. Para adquirir el derecho a una pensión de vejez pueden sumarse hasta 200 días en los que se haya cobrado subsidio de enfermedad y 200 días de subsidio de desempleo, siempre que se hayan completado durante los 10 años anteriores a la presentación de la solicitud de la pensión de vejez. Además pueden sumarse, si fuese necesario, los períodos en los que se ha concedido una pensión de invalidez.

Los períodos de seguro completados en otro Estado miembro de la Unión Europea se suman a los períodos de seguro completados en Grecia. Si éste fuera su caso, debe hacerlo constar en su solicitud de pensión e incluir en la documentación cualquier comprobante acreditativo del seguro que tenga en su poder y que respalde dichas afirmaciones.

● **Formalidades**

Para solicitar una pensión de vejez, el afiliado debe presentar los siguientes documentos a la delegación local del IKA, junto con el correspondiente formulario de solicitud:

- todos los comprobantes de seguros (cartilla de seguros, tarjeta DATE, etc.);
- declaración de la fecha en que ha cesado en su actividad laboral;

- en el caso de las personas casadas y con hijos menores, el certificado de matrimonio y los certificados de nacimiento de los hijos;
- en el caso de personas que tienen hijos estudiando o discapacitados para el trabajo, un certificado que demuestre que son estudiantes o un certificado de su discapacidad, extendido por el comité de sanidad competente;
- su fecha de nacimiento, tal como consta en su documento nacional de identidad.

● **Importe de la pensión de vejez y de invalidez**

El importe básico de la pensión de vejez y de invalidez se calcula con arreglo a los días de trabajo que ha realizado el asegurado y con arreglo a su clase de seguro, en la que está clasificado en función del importe de las remuneraciones de los últimos 5 años precedentes a su jubilación.

Este importe se incrementa:

- por el cónyuge si no trabaja y no recibe pensión;
- por los hijos (hasta 3), si no están casados, no trabajan, no reciben pensión, no han cumplido 18 años o 24 años (en caso de que estudien en una facultad universitaria nacional o extranjera) o tienen incapacidad laboral y su incapacidad se ha manifestado antes de los 18 años de edad y no recibe por ellos un incremento el otro cónyuge, si es pensionista.

6. Pensiones de supervivencia y gastos de entierro

Los familiares de un asegurado tienen derecho a una pensión si el fallecido ha estado asegurado durante un total de 4 500 días de trabajo antes de su defunción, o durante 1 500 días de los cuales 300 deberán haberse completado dentro de los últimos 5 años anteriores al año del fallecimiento. Sin embargo, cuando la muerte del asegurado se debe a un accidente de trabajo, los miembros de su familia tienen derecho a una pensión sea cual sea el número de días trabajados. Si la muerte del trabajador asegurado se debe a un accidente que no sea de trabajo, el fallecido debe haber completado la mitad del número especificado de días de trabajo para que sus familiares puedan cobrar una pensión.

Los familiares del fallecido que ya cobraba una pensión de vejez o de invalidez del IKA obtendrán automáticamente una pensión de supervivientes sin que sea necesario demostrar los días que ha estado trabajando.

«Un día de trabajo» es una jornada en la que se ha estado asegurado incluidos los días de las vacaciones anuales pagadas.

Los períodos de seguro completados en otro Estado miembro se suman a los períodos de seguro completados en Grecia. Si éste fuera su caso, debe hacerlo constar en la solicitud de pensión e incluir en la documentación cualquier comprobante acreditativo del seguro que tenga en su poder y que respalde sus afirmaciones.

● **Familiares**

En caso de fallecimiento de un asegurado o de un pensionista del IKA, tendrán derecho a pensión por tal motivo los miembros de su familia (miembros derechohabientes):

- el cónyuge superviviente, inicialmente por un período de 3 años; a continuación, se puede prorrogar la pensión siempre que, en el momento del fallecimiento, hubiera tenido 40 años de edad cumplidos;
- sus hijos, si son solteros, no trabajan, no reciben una pensión y no han cumplido 18 años de edad o 24 años, en caso de que estudien en una facultad o escuela universitaria nacional o extranjera o sean hijos huérfanos de ambos progenitores o su mantenimiento hubiese correspondido al progenitor fallecido y éste hubiese sido abandonado por el otro progenitor; los hijos afectados de incapacidad laboral y cuya incapacidad se hubiese revelado antes de los 18 años de edad tienen derecho a una pensión de fallecimiento sin límite de edad;
- los nietos y los hijastros, huérfanos de ambos progenitores, en tanto en cuanto su mantenimiento recayera sobre el fallecido; y
- los padres (naturales o adoptivos), en tanto en cuanto su mantenimiento principal hubiera recaído sobre el fallecido.

Si la defunción del cónyuge asegurado ocurriera dentro de los 6 primeros meses del matrimonio, la viuda o el viudo no tienen derecho a una pensión. Sin embargo, la viuda sí tendrá derecho a dicha pensión cuando la muerte se debe a un accidente, o cuando la pareja tiene un hijo propio o legitimado al contraer matrimonio, o cuando la viuda está embarazada.

Si la defunción del cónyuge pensionista ocurriera dentro de los primeros 24 meses del matrimonio, la viuda o el viudo no tienen derecho a una pensión.

● **Cuantía de la pensión**

La pensión a la que tiene derecho la viuda o el viudo asciende al 70 % de la pensión de vejez que habría recibido el cónyuge fallecido (o bien, si se trata de un pensionista, la pensión que éste

cobraba efectivamente). En caso de contraer nuevo matrimonio, cesa el derecho a cobrar la pensión.

La pensión de orfandad asciende al 20 % de la pensión de vejez que el asegurado fallecido habría tenido derecho a cobrar. Los huérfanos de padre y madre reciben una pensión del 60 %.

La cuantía total de la pensión por fallecimiento de los miembros titulares no puede superar la pensión que el asegurado fallecido habría cobrado. En caso de huérfanos de padre y madre, el subsidio no podrá superar el 80 % de esta pensión. Cuando la suma de las pensiones rebasa dicho límite, se reduce proporcionalmente cada una de las pensiones.

● **Formalidades**

Para solicitar una pensión de supervivencia deben presentarse los mismos documentos que para la pensión de vejez (véase la sección 5). Además, debe entregarse el certificado de fallecimiento y un documento que demuestre la composición de la familia del fallecido (emitido por las autoridades municipales).

La pensión de supervivencia se solicita ante la delegación local del IKA. Si reside usted en otro Estado miembro, puede someter la solicitud al organismo encargado del seguro de pensiones en el país en que resida.

● **Gastos de entierro**

En caso de muerte, la viuda, el viudo o la persona que haya pagado los gastos del entierro pueden cobrar una cantidad única pagadera una sola vez que equivale a ocho veces el importe de la remuneración diaria presumible correspondiente a la clase de seguro superior.

Los gastos de entierro se pagan cuando fallece un asegurado afiliado al régimen del IKA, un pensionista del IKA o un pensionista asegurado en otro organismo, pero cubierto por el régimen del seguro de enfermedad del IKA.

No se pagan gastos de entierro cuando fallece el familiar de alguna de las personas arriba mencionadas, excepto en el caso de que haya estado cobrando una pensión por fallecimiento.

Los gastos de entierro se pagarán si el asegurado fallecido ha completado 100 días de trabajo en el año precedente a su fallecimiento o durante los últimos 15 meses sin contar los 3 meses precedentes a su fallecimiento. Si el fallecido era un pensionista, debe haber estado cubierto por el seguro de enfermedad del IKA.

Con el fin de obtener los gastos de entierro, la viuda o el viudo deben presentar a la delegación local del IKA la tarjeta de seguros y cotizaciones del cónyuge fallecido (DATE) o la cartilla de

pensionista, así como la cartilla sanitaria y el certificado oficial de fallecimiento. Asimismo, para el pago de los gastos de entierro, debe entregarse también una factura de la empresa funeraria que certifique el nombre de quien ha pagado dichos gastos.

7. Desempleo

El seguro de desempleo es administrado por la Oficina Nacional de Empleo (OAED), que en el contexto del régimen del seguro de desempleo ofrece las siguientes prestaciones:

- subsidio de desempleo;
- subsidio de enfermedad.

Todas las personas que trabajan por cuenta ajena y están cubiertas por un seguro de enfermedad en algún organismo de la Seguridad Social quedan cubiertas automáticamente por el régimen del seguro de desempleo.

● Condiciones requeridas

Tiene derecho a las prestaciones de desempleo quien cumple todas y cada una de las siguientes condiciones:

- haber sido despedido sin dar motivo a ello;
- estar dispuesto a trabajar;
- tener como mínimo 16 años de edad;
- haberse registrado 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 dentro de los últimos 14 meses antes de haber dejado de trabajar, sin contar los días trabajados durante los últimos 2 meses.

Si se solicita por primera vez un subsidio de desempleo, tendrán que haberse completado además 80 días asegurados por año en los últimos 2 años antes de quedar en paro. Si fuese necesario, los períodos trabajados en otro Estado miembro de la UE pueden tenerse en cuenta también, siempre que se presente el formulario E 301 extendido por el organismo del seguro de desempleo del país donde se ha estado trabajando con anterioridad.

● Cuantía del subsidio

El subsidio de desempleo se compone de un importe básico, con complementos para los familiares que se tengan a cargo. El subsidio básico asciende al 40 % de su remuneración en el momento de haber sido despedido. Los empleados administrativos cobrarán el 50 % de su último sueldo, pero nunca menos de 2/3 partes del jornal de un trabajador no cualificado.

El subsidio básico aumenta en un 10 % por cada familiar que dependa del interesado.

● Duración del subsidio

El período durante el cual se cobra el subsidio de desempleo depende del número de días que se han trabajado dentro de los últimos 14 meses.

Un mínimo de 125 días trabajados significan 5 meses de cobro del subsidio; 150 días significan 6 meses; 200 días significan 8 meses; 220 días significan 10 meses, y 250 días significan 12 meses de cobro del subsidio.

Se concede un subsidio de desempleo durante 25 días al mes. Si se pretende seguir cobrando el subsidio de desempleo una vez agotado el período que le corresponde, debe completarse antes el número establecido de días de trabajo.

El pago del subsidio de desempleo cesa en cuanto el interesado inicia un nuevo trabajo o cuando queda afectado por una incapacidad laboral temporal.

El derecho a cobrar el subsidio de desempleo expira a la muerte de la persona parada, y también cesa cuando se le concede una pensión o en el caso de verse afectado por una incapacidad laboral permanente. Asimismo se suspende cuando la persona desempleada no acude a una convocatoria de la oficina de empleo para presentarse a un trabajo.

● Formalidades

Para poder cobrar el subsidio de desempleo, el interesado debe haberse registrado personalmente como persona que busca trabajo en la oficina de empleo de su lugar de residencia y debe 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 su solicitud no le encuentra un trabajo adecuado.

Deben adjuntarse a la solicitud los siguientes documentos:

- la tarjeta de seguros (la tarjeta de seguros DATE extendida por el IKA o cualquier otra tarjeta de seguros);
- notificación de la fecha en que ha terminado el contrato de trabajo;
- declaración certificada de que no se está realizando ninguna clase de actividad laboral y de que informará a la oficina de empleo de cualquier trabajo que encuentre;
- la cartilla sanitaria de los familiares a cargo.

- **Enfermedad mientras se cobra el subsidio de desempleo**

A efectos de cumplir con las condiciones requeridas para cobrar el subsidio de enfermedad, el organismo del seguro de enfermedad cuenta como días de trabajo aquellos en que el interesado ha estado cobrando el subsidio de desempleo.

En el caso de que durante el período en que cobra un 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 al subsidio de enfermedad durante ese mismo período. Si su enfermedad continúa, se interrumpe el pago del subsidio de desempleo y se le concederá un subsidio de enfermedad en las condiciones que el organismo del seguro de enfermedad exige para tener derecho a dicho subsidio.

- **Si procede de otro Estado miembro de la UE y busca trabajo en Grecia**

Si el interesado está cobrando un subsidio de desempleo en otro Estado miembro y ha obtenido permiso para buscar trabajo en Grecia, debe registrarse personalmente en la Oficina Local de Empleo a los 7 días de su llegada al país, si desea seguir cobrando el subsidio de desempleo. Para este fin debe completar un formulario E 303 antes de partir para Grecia y entregarlo en la oficina de empleo.

- **Si se dirige a otro Estado miembro de la UE a buscar trabajo**

Si el afiliado está cobrando un subsidio de desempleo en Grecia, sigue teniendo derecho a cobrarlo aunque se dirija a otro Estado miembro en busca de trabajo, siempre que haya estado registrado en Grecia como disponible para el trabajo como mínimo durante 4 semanas antes de marcharse. Su derecho a seguir cobrando el subsidio de desempleo en Grecia persiste durante un período máximo de 3 meses. Si no regresa a Grecia al cabo de ese período de 3 meses, perderá el derecho a cobrar el subsidio.

8. Subsidios familiares

Si se está trabajando y se está asegurado en el IKA, el OAED u otro régimen oficial de seguros para trabajadores por cuenta ajena, puede tenerse derecho a cobrar los subsidios familiares que paga el OAED.

Se tiene derecho a un subsidio familiar por los hijos que residan en Grecia o en otro Estado miembro de la UE siempre que:

- se sea trabajador por cuenta ajena y se tenga como mínimo un hijo a cargo;

- se hayan completado 50 días de trabajo dentro del año civil precedente y se hayan pagado las correspondientes cotizaciones;
- el convenio colectivo correspondiente no obligue a la empresa a pagar subsidios familiares superiores a los del OAED.

Las siguientes personas tienen derecho a cobrar el subsidio familiar:

- Los padres (padre o madre) por los hijos solteros que tengan a su cargo y sean menores de 18 años, o menores de 22 años si están estudiando, o que están discapacitados para el trabajo (sea cual sea su edad). Se considera que la madre tiene derecho a cobrar el subsidio si cumple con las condiciones necesarias y si por una razón u otra el padre no tiene derecho a los subsidios del OAED.
- El abuelo o la abuela, el hermano o la hermana, el tío o la tía, cuando sean ellos quienes mantienen al huérfano de padre o de madre o al huérfano total. Se les pagará subsidio familiar por un huérfano parcial únicamente cuando el padre superviviente no cumple con las condiciones necesarias para cobrar el subsidio familiar.

- **Cuantía del subsidio**

El subsidio familiar se paga a partir del día del nacimiento del primer hijo y por todos los hijos. La cuantía del subsidio depende del número de hijos y de los ingresos anuales de la familia.

En determinadas condiciones se incrementa la cuantía del subsidio familiar, por ejemplo cuando el padre o la madre es viudo o cuando uno de los cónyuges padece incapacidad laboral, o cuando sirve en las fuerzas armadas o tiene hijos discapacitados o naturales, o cuando mantiene a un huérfano total.

- **Formalidades**

La solicitud de un subsidio familiar debe presentarse ante la delegación local del OAED, acompañada de su tarjeta de seguros (la tarjeta de seguros DATE extendida por el IKA o cualquier otra tarjeta acreditativa del seguro) y del certificado de nacimiento de su hijo.

Si pretende cobrar subsidios familiares por hijos que viven en otro Estado miembro que no sea Grecia, debe presentar el formulario E 401, que muestra la composición de su familia. Su Oficina Local del OAED le proporcionará cualquier información adicional sobre subsidios familiares que pueda precisar.

9. Otras informaciones

El principal organismo de seguros en Grecia es el IKA. 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 se encuentra usted en Grecia y tiene cualquier duda en relación con sus derechos y obligaciones relacionados con la Seguridad Social, debe dirigirse a la delegación local (*ypokatástima*) del IKA en su lugar de residencia.

Algunos grupos de personas no están cubiertos por el IKA. La mayoría de ellos estarán cubiertos por el TAE (los trabajadores autónomos y sobre todo los que trabajan en el comercio), el TEVE (los trabajadores autónomos y sobre todo pequeños comerciantes), el TSMEDE (los ingenieros) o el OGA (los trabajadores del campo). Aparte de estas grandes organizaciones de seguros, existe también un gran número de organismos especiales para las personas que trabajan en ramos específicos de la economía. Si cree usted que le conviene estar cubierto por alguno de estos organismos, el IKA le proporcionará más información.

IKA (*Ídryma Koinonikón Asfalíseon*, Instituto de Seguridad Social)
Αγίου Κωνσταντίνου 8
GR-10 241 Athina
Tel. (30-1) 523 60 61

OAED (*Organismós Apascholíseos Ergatikoú Dynamikou*, Oficina Nacional de Empleo)
Εθνικής Αντίστασης Από Καλαμάκι
GR-16 610 Athina
Tel. (30-1) 994 28 10-19

TAE (*Tameío Asfalíseos Empóron*, Mutua de Seguros para Trabajadores Autónomos)
Voulís 8-10
GR-10 562 Athina
Tel. (30-1) 322 83 91

TEVE (*Tameío Epangelmatión Viotechnón Elládas*, Mutua de pequeños comerciantes)
Αγίου Κωνσταντίνου 5
GR-10 431 Athina
Tel. (30-1) 523 33 30

TSMEDE (*Tameío Syntáxeon Michanikón kai Ergoliptón Dimosión Érgon*, Mutua de Pensiones para Ingenieros)
Kolokotróni 4
GR-10 561 Athina
Tel. (30-1) 324 65 86

OGA (*Organismós Georgikón Asfalíseon*, Organismo de Seguros Agrarios)
Patisión 30
GR-10 170 Athina
Tel. (30-1) 360 70 11

1. Introducción

El sistema de la Seguridad Social en España está integrado por dos niveles o modalidades de protección: contributivo y no contributivo.

● Modalidad contributiva

Hay seis principales regímenes contributivos:

- un régimen general que cubre a todos los trabajadores por cuenta ajena que no estén incluidos en algún régimen especial, así como algunas categorías de funcionarios, y
- cinco regímenes especiales para los trabajadores del sector agrícola, los trabajadores por cuenta propia (autónomos), el servicio doméstico, los mineros dedicados a la extracción del carbón y los trabajadores del mar.

Además, existen regímenes contributivos especiales para los funcionarios y una protección específica para estudiantes (seguro escolar).

La afiliación es obligatoria: cada trabajador está obligado a contribuir con sus cotizaciones al régimen que le corresponde según el campo de sus actividades. Nadie puede estar asegurado simultáneamente en dos regímenes en relación con una sola actividad laboral.

● Modalidad no contributiva

Las prestaciones no contributivas están destinadas a las personas que necesitan asistencia y no disponen de recursos económicos suficientes para satisfacer sus necesidades cotidianas, aunque nunca hayan cotizado a la Seguridad Social o lo hayan hecho durante un período de tiempo insuficiente para tener derecho a las prestaciones de la modalidad contributiva.

Las prestaciones no contributivas incluyen:

- asistencia sanitaria;
- pensiones de jubilación e invalidez;
- subsidio de desempleo;
- ayudas por hijos a cargo.

Con independencia de lo anterior, algunos grupos limitados de personas pueden recabar ayuda social adicional del Estado o de otras entidades territoriales menores. Estas ayudas se dispensan principalmente a personas mayores y discapacitadas.

● Seguro voluntario

En España no es posible ingresar voluntariamente en el régimen general de la Seguridad Social. Sin embargo, cuando una persona deja de trabajar

puede seguir afiliada voluntariamente a cualquiera de los regímenes del seguro obligatorio (tanto general como especial). Esta continuación voluntaria del seguro se plasma en un contrato que se conoce bajo el nombre de «Convenio especial», y se concierta entre el interesado y la Dirección Provincial de la Tesorería General de la Seguridad Social o la Dirección Provincial del Instituto Social de la Marina. Más abajo, en la sección 10, ofrecemos las señas de estos organismos de la Seguridad Social.

● Afiliación

Tan pronto empiece usted a trabajar en España, debe afiliarse al régimen de la Seguridad Social y darse de alta en el régimen correspondiente dentro de los plazos legalmente establecidos. Si es usted un trabajador autónomo tendrá que formular la solicitud de afiliación y alta usted mismo. Si trabaja por cuenta ajena, será su empresa la obligada a realizar dichos trámites.

La afiliación a la Seguridad Social es obligatoria y única para toda la vida laboral del beneficiario. Se produce cuando se inicia la primera actividad laboral.

Al afiliarse se le entregará un documento de afiliación con sus datos personales, los de los miembros de su familia y el número de afiliación. Conserve cuidadosamente este documento.

Una vez afiliado el trabajador, pueden producirse cambios en su vida laboral (cambio de empleo, desempleo, servicio militar, etc.). Estos cambios afectan a su situación del siguiente modo: cuando una persona inicia su actividad laboral se convierte en un contribuyente activo a la Seguridad Social y en consecuencia queda asegurado. Los períodos de empleo y cotización se denominan «altas». Los períodos de inactividad se denominan «bajas».

La situación de «alta» es casi siempre un requisito previo para tener derecho a las prestaciones de la Seguridad Social. No obstante, debemos observar que hay toda una serie de situaciones que son consideradas como períodos asimilados («altas»), aunque la persona en cuestión no ejerza una actividad profesional.

● Cotización

Las cotizaciones a la Seguridad Social que debe pagar cada trabajador se calculan en forma de un porcentaje sobre la base contributiva. Las tarifas de cotización suelen cambiar cada año.

En el Régimen General, la base contributiva coincide aproximadamente con el sueldo real del trabajador por cuenta ajena. No obstante, existe un límite mínimo equivalente al salario mínimo interprofesional (SMI) en el caso de una actividad a tiempo completo, y un límite máximo equivalente a algo más de cinco veces el salario mínimo.

En el Régimen Especial de los Trabajadores Autónomos, los interesados se aseguran con sus cotizaciones exclusivamente contra riesgos no profesionales, como es el caso de enfermedad. Pueden acogerse voluntariamente a la prestación de incapacidad laboral pagando las cotizaciones correspondientes a dicha contingencia. La base contributiva la fija el propio asegurado, escogiendo un importe entre la base mínima y la base máxima.

Los trabajadores por cuenta ajena no son responsables de que las cotizaciones sean ingresadas en las cuentas de la Seguridad Social, pues es la empresa quien asume dicha responsabilidad. La empresa paga tanto su parte de dicha cotización como la cuota correspondiente al trabajador. Después, deduce esta última del salario bruto del trabajador, del mismo modo que le deduce también una retención aplicable al impuesto sobre la renta.

En cambio, los trabajadores autónomos son responsables ellos mismos del pago de sus cotizaciones.

● Organismos de la Seguridad Social

La Seguridad Social está gestionada por seis organismos: la Tesorería General de la Seguridad Social (TGSS); el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS); el Instituto Nacional de la Salud (Insalud); el Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (Imserso); el Instituto Nacional de Empleo (INEM); y el Instituto Social de la Marina (ISM). En la sección 10 se indican las señas de las Direcciones Provinciales de los organismos anteriormente citados.

La Tesorería General de la Seguridad Social (TGSS) es responsable de la inscripción de las empresas, de la afiliación de los trabajadores por cuenta ajena y por cuenta propia, y de la verificación de su situación de «alta» como contribuyentes activos, del cobro de las cotizaciones, así como del pago de todas las prestaciones, y de emitir los formularios E 101, E 102 y E 103, que se refieren a la legislación aplicable a los trabajadores migrantes.

El Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) es el organismo responsable de la concesión y del cálculo de todas las prestaciones económicas (excepto de las de desempleo) previstas en todos los regímenes (excepto el Régimen Especial de los

Trabajadores del Mar y las pensiones no contributivas de vejez e invalidez).

El Instituto Nacional de la Salud (Insalud) administra las prestaciones sanitarias. Dispone para ello de una red propia de centros sanitarios, aunque puede haber otros centros de salud incorporados al sistema. El Insalud proporciona asistencia médica en toda España, excepto en las siguientes comunidades autónomas, donde la administración de la asistencia sanitaria es responsabilidad de los organismos correspondientes:

- Andalucía: Servicio Andaluz de Salud (SAS);
- Cataluña: Instituto Catalán de la Salud (Institut Català de la Salut, ICS);
- Valencia: Servicio Valenciano de Salud (Servei Valencià de Salut, Servasa);
- País Vasco: Servicio Vasco de Salud (Osakidetza);
- Comunidad Foral de Navarra: Servicio Navarro de Salud (Osasunbidea);
- Galicia: Servicio Gallego de Salud (Servicio Galego de Saúde, Sergas);
- Islas Canarias: Servicio Canario de Salud (Sercasa).

El Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (Imserso) gestiona las pensiones de la modalidad no contributiva y las prestaciones destinadas a personas mayores y discapacitadas, excepto las que son de naturaleza estrictamente sanitaria. Estos servicios están gestionados por las comunidades autónomas, excepto en el caso de Ceuta y Melilla.

El Instituto Nacional de Empleo (INEM) es responsable de la gestión y el pago de las prestaciones de desempleo, de buscar trabajo a las personas a través de las oficinas de empleo, de la capacitación profesional y de la política general de empleo.

Por último, el Instituto Social de la Marina (ISM) es responsable de la gestión del Régimen Especial de los Trabajadores del Mar y de proporcionarles asistencia. A través de sus Oficinas (véase la sección 10), el ISM ayuda también a los trabajadores del mar a encontrar empleo y reconoce las prestaciones de desempleo.

● Reclamaciones

Si no está usted de acuerdo con la decisión de algún organismo de la Seguridad Social, puede presentar una reclamación ante dicho organismo. Dispone de 30 días de plazo a partir de la fecha en que reciba la decisión que desea impugnar. Si el organismo de la Seguridad Social desestima su reclamación, puede dirigirse al Juzgado de lo Social que corresponda a su lugar de residencia. Si no está de acuerdo con la decisión del Juzgado, puede apelar al Tribunal Superior de Justicia de la

comunidad autónoma del que dependa el Juzgado de lo Social que dictó la sentencia.

- **Efectos que tienen la separación matrimonial, el divorcio y el abandono familiar sobre las prestaciones de la Seguridad Social**

Estas situaciones familiares pueden presentar problemas complicados en el campo de la Seguridad Social. La mejor manera de resolverlos es acudir a la Dirección Provincial del organismo que corresponda (INSS, ISM, INEM, etc.).

Si tiene derecho a asistencia sanitaria como beneficiario del asegurado principal (normalmente el cónyuge) y si ya no convive con él, puede solicitar una tarjeta propia de asistencia sanitaria para usted y los hijos que vivan con usted. Con este fin debe dirigirse a la Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) que corresponda a su lugar de residencia.

En caso de situaciones familiares especiales, se pagarán las pensiones de orfandad, las ayudas familiares, los subsidios para personas discapacitadas y en general todas las prestaciones concedidas a menores o a los afectados de incapacidad laboral, a la persona de la cual depende el menor o el discapacitado.

2. Enfermedad y maternidad

A. PRESTACIONES SANITARIAS

La Seguridad Social ofrece prestaciones sanitarias a los siguientes grupos de personas:

- Trabajadores afiliados y en alta en la Seguridad Social. A efectos de esta prestación, se consideran en alta de pleno derecho, aunque el empresario incumpla sus obligaciones.
- Pensionistas y beneficiarios de prestaciones periódicas de la Seguridad Social.
- La esposa o la persona con la que el beneficiario conviva maritalmente —en este último caso con 1 año de antelación a la fecha de la solicitud—, los hijos del beneficiario y los hermanos y hermanas del beneficiario o de su cónyuge, con la condición de que dichas personas convivan con el beneficiario y que dependan de él o de ella, y que no tengan ingresos que superen en más del doble el importe del salario mínimo y que no tengan derecho a prestaciones sanitarias por cualquier otro concepto.
- Las personas separadas o divorciadas, según se ha expuesto anteriormente, que en la fecha de efectos de la separación o el divorcio figuren como beneficiarios de su cónyuge siempre que no tengan derecho a la asistencia por otro concepto.

- Los emigrantes españoles que durante sus estancias temporales en España o al regresar definitivamente conciertan un aseguramiento voluntario de prestaciones sanitarias a las que de otro modo no tendrían derecho.
- Los españoles y los extranjeros de determinadas nacionalidades que residan en España y no posean medios económicos suficientes para su subsistencia.

El derecho a obtener prestaciones sanitarias lo adquieren el asegurado, su cónyuge y sus hijos a partir del mismo día en que el primero se convierte en contribuyente activo a la Seguridad Social.

- **Cómo solicitar asistencia médica**

Para obtener asistencia médica deberá presentarse normalmente una tarjeta válida de la Seguridad Social que se denomina «tarjeta individual sanitaria».

La asistencia sanitaria se presta exclusivamente en la red de Centros de la Seguridad Social o en los Centros médicos concertados con la Seguridad Social. El tratamiento en otros centros médicos por regla general no está cubierto por el régimen de la Seguridad Social.

- **Tipos de prestaciones sanitarias**

El régimen general cubre el tratamiento médico, a domicilio, en un centro médico de salud o en un centro hospitalario. Si necesita acudir a un médico generalista, pediatra o a un dentista, puede hacerlo directamente. Para recibir asistencia de otro especialista necesitará un volante del médico de atención primaria. Dentro de cada área de salud correspondiente al domicilio del paciente, éste puede elegir el médico generalista y el pediatra, siempre que el número de pacientes que tenga asignados no supere el máximo establecido en función de las características de la zona básica de salud.

La Seguridad Social también cubre la hospitalización y los tratamientos de urgencia en los centros sanitarios de urgencia (con o sin hospitalización). Excepto en el caso de urgencias, el paciente debe mostrar un volante de su médico de cabecera para ingresar en el hospital. Cuando no sea posible trasladar a un paciente con los medios normales de transporte, el régimen de la Seguridad Social cubre también el transporte sanitario (ambulancia).

Con carácter general la asistencia sanitaria es gratuita. Sin embargo la asistencia psiquiátrica y los cuidados odontológicos no están cubiertos del todo.

En el caso de tratamiento en régimen ambulatorio para algunos beneficiarios, principalmente pensionistas y los que cobran subsidio por accidente

de trabajo o enfermedad profesional, los productos farmacéuticos son gratuitos. Otros beneficiarios deben pagar una cuota sobre el coste del medicamento (por regla general el 40 % del precio del medicamento). Las medicinas administradas en el curso de un tratamiento hospitalario son gratuitas.

El régimen de la Seguridad Social proporciona prótesis quirúrgicas y piezas ortopédicas así como sillas de ruedas mecánicas para personas discapacitadas. En cambio, no cubre las dentaduras artificiales ni las gafas.

Cuando el médico consultado lo considera necesario, puede prescribir sesiones de rehabilitación, que son gratuitas.

Finalmente, los barcos que están en alta mar reciben asesoramiento médico a través de la radio, conectada con el centro médico del Instituto Social de la Marina (ISM), a cualquier hora del día.

● **Viajes al extranjero**

Si tiene usted derecho a las prestaciones sanitarias de la Seguridad Social española y viaja a otro Estado miembro de la UE o del EEE, debe solicitar antes de emprender el viaje el formulario correspondiente en la Dirección Provincial del Instituto Social de la Marina (INSS).

● **Normas específicas para los Regímenes Especiales**

En el Régimen Especial de los Trabajadores del Mar existen reglas específicas en relación con los accidentes y enfermedades a bordo y los que se originan en puertos extranjeros. El Instituto Social de la Marina (ISM) le proporcionará información adicional (véanse las direcciones en la sección 10).

● **Programas especiales para personas discapacitadas**

El régimen de la Seguridad Social proporciona prestaciones sanitarias y medicinas a las personas discapacitadas que de otro modo no tendrían derecho a ser asistidas bajo este régimen. Éstas también pueden beneficiarse de determinados programas de rehabilitación funcional y psicoterapéutica, tratamiento psicológico y orientación psicológica, educación general y especial, rehabilitación ocupacional, etc.

Para los discapacitados mayores de 3 años afectados por un grado de discapacidad del 33 % como mínimo y que no pueden utilizar el transporte público, se concede una ayuda o compensación para gastos de transporte.

B. **SUBSIDIOS DE ENFERMEDAD, MATERNIDAD Y DE RIESGO DURANTE EL EMBARAZO**

Se abona una prestación económica a los trabajadores que se encuentren afectados de incapacidad laboral, en caso de maternidad y en caso de riesgo durante el embarazo. La incapacidad laboral puede ser consecuencia de una enfermedad común o accidente no laboral, de un accidente laboral o de una enfermedad profesional incluidos los períodos de observación.

El subsidio por maternidad se abona a los trabajadores integrados en cualquier régimen de la Seguridad Social que disfruten de los períodos de descanso en supuestos de parto y adopción o acogimiento.

Mediante la prestación de riesgo durante el embarazo se protege el período de suspensión del contrato de trabajo cuando la mujer trabajadora debe cambiar de puesto por influir éste negativamente en su salud o en la del feto y el cambio no resulta posible por una serie de circunstancias.

Tienen derecho a estos subsidios todos los trabajadores por cuenta ajena que son contribuyentes activos a la Seguridad Social o son considerados como tales. Si la incapacidad temporal es resultado de un accidente de trabajo o de una enfermedad profesional, se considerará al trabajador en cualquier caso como contribuyente activo.

Cuando la incapacidad temporal es resultado de un accidente común, de un accidente de trabajo o de una enfermedad profesional, no será necesario haber cumplido un período mínimo de cotización. En cambio, si es resultado de una enfermedad común, deben haberse completado 180 días de cotización en los 5 años anteriores. En caso de maternidad es necesario encontrarse afiliado y en alta y acreditar 180 días de cotización dentro de los 5 años inmediatamente anteriores a la fecha de parto o a las fechas de decisión administrativa o judicial de acogimiento o de la resolución judicial por la que se constituye la adopción.

● **Período de espera, período de carencia y período máximo**

Por regla general el subsidio se pagará después de un período de espera de 4 días. En la práctica, sin embargo, muchas empresas siguen pagando el salario durante esos días. No se exige un período de carencia cuando la incapacidad temporal es resultado de un accidente de trabajo, una enfermedad profesional o maternidad.

En caso de incapacidad temporal derivada de accidente y enfermedad, cualquiera que sea su causa, la prestación se abona durante un período

de 12 meses, prorrogables por otros 6 cuando se presume que el trabajador puede ser dado de alta médica por curación.

En períodos de observación por enfermedad profesional, la prestación se abona durante 6 meses con una posible prórroga de otros 6.

En determinados supuestos el abono de la prestación puede ampliarse hasta un límite máximo de 30 meses a contar desde la fecha de inicio de la incapacidad.

El subsidio por maternidad se abona en el supuesto de parto durante un período de 16 semanas (ampliable hasta 18 en caso de parto múltiple). En el supuesto de adopción y acogimiento, tanto preadoptivo como permanente, de menores de hasta 6 años, el subsidio tendrá una duración de 16 semanas ininterrumpidas, ampliables en el supuesto de adopción o acogimiento múltiple en 2 semanas más por cada hijo a partir del segundo.

● **Cuantía del subsidio**

En caso de incapacidad temporal a consecuencia de un accidente de trabajo o de una enfermedad profesional, la prestación económica consiste en un 75 % de la base reguladora en función de la cotización efectuada durante un período de tiempo determinado.

En caso de incapacidad temporal derivada de enfermedad común o de accidente no laboral se abona el 60 % de la base reguladora (base diaria de cotización del mes anterior) a partir del cuarto día y hasta el vigésimo inclusive, y el 75 % a partir de entonces.

La prestación económica por maternidad consiste en un subsidio del 100 % de la base reguladora (base de cotización del mes anterior al del inicio del descanso).

En caso de riesgo durante el embarazo, la prestación económica consiste en un subsidio equivalente al 75 % de la base reguladora correspondiente, abonable desde el día que se inicie la suspensión del contrato de trabajo.

En caso de enfermedad o accidente común, la responsabilidad de pagar el subsidio le corresponde a la empresa, desde el inicio del subsidio hasta el decimoquinto día. A partir del decimosexto día, el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) o la entidad colaboradora asume la responsabilidad de los pagos, que hará directamente o a través de la empresa. En caso de accidente de trabajo o enfermedad profesional, el INSS o la entidad colaboradora (Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales) será responsable del pago del subsidio desde el día siguiente al de la baja en el trabajo, estando a cargo del empresario el salario íntegro

correspondiente al día de la baja. En caso de maternidad y riesgo durante el embarazo, el INSS será el responsable del pago desde el primer día.

● **Normas específicas en los regímenes especiales**

En el régimen especial de trabajadores por cuenta propia (autónomos), el subsidio por incapacidad temporal se pagará, en caso de enfermedad o accidente, a partir del decimoquinto día que sigue a aquel en que el trabajador autónomo se ha visto incapaz de proseguir sus actividades por cualquiera de las dos razones mencionadas. El subsidio consiste en el 60 % de la base mensual de cotización desde el día decimoquinto hasta el día vigésimo, ambos inclusive, y en el 75 % de dicha base reguladora a partir del día vigésimo primero.

3. Accidentes de trabajo y enfermedades profesionales

El sistema de la Seguridad Social en España no incluye un régimen separado para accidentes laborales y enfermedades profesionales. Sin embargo, el trabajador recibirá, además de las prestaciones examinadas, otras prestaciones previstas al efecto.

Un accidente de trabajo es una lesión corporal que sufre el trabajador durante o como resultado de su trabajo, o también una enfermedad que no puede ser considerada enfermedad profesional por no figurar en la lista como tal, pero que se adquiere por causa de las obligaciones laborales. Los accidentes sufridos en los desplazamientos al y del puesto de trabajo se consideran también accidentes laborales. Una enfermedad profesional es una de las enfermedades que figuran en una lista aprobada de enfermedades profesionales.

● **Prestaciones sanitarias**

Las prestaciones sanitarias se conceden básicamente de acuerdo con las normas expuestas en el apartado A de la sección 2, aunque siempre con la máxima amplitud posible. Incluyen el suministro de medicamentos gratuitos, así como todas las prestaciones relacionadas con programas de rehabilitación.

● **Incapacidad temporal e indemnización por accidente de trabajo**

Cuando un accidente de trabajo o una enfermedad profesional dan lugar a una incapacidad temporal, se aplican las normas expuestas en el apartado B de la sección 2. En caso de negligencia de la empresa, véase más abajo.

En caso de incapacidad permanente son de aplicación las normas expuestas en la sección 4.

Además, puede otorgarse una indemnización única. Las lesiones físicas, las mutilaciones y deformidades de naturaleza definitiva provocadas por un accidente de trabajo o por una enfermedad profesional que signifiquen una limitación corporal para el trabajador por cuenta ajena aunque sin dar lugar a una incapacidad permanente, le dan derecho al cobro de una indemnización única. No obstante, la lesión debe ser una de las que figuran en una lista aprobada al respecto.

● **Indemnización por defunción**

Cuando el accidente de trabajo o la enfermedad profesional dan lugar a la muerte del trabajador, se otorga, además de las prestaciones generales descritas en la sección 6, una indemnización única. El cónyuge superviviente recibe el equivalente a seis veces la base reguladora correspondiente. Cada huérfano recibe el equivalente a la base reguladora de 1 mes. En caso de que no exista cónyuge superviviente, el pago de las 6 mensualidades se reparte entre los huérfanos. Si no hubiese cónyuge ni huérfanos con derecho a cobrar la indemnización, la madre y el padre recibirán el equivalente a doce veces la base reguladora mensual si ambos siguen vivos y a nueve veces la base reguladora mensual cuando sólo vive uno de ellos.

● **Negligencia de la empresa**

Todas las prestaciones pagadas en relación con un accidente de trabajo o una enfermedad profesional se incrementan entre un 30 % y un 50 % cuando el accidente o la enfermedad son debidos a la negligencia del empresario en el cumplimiento de sus obligaciones relacionadas con la higiene y la seguridad en el trabajo.

Las prestaciones relacionadas con un accidente de trabajo o una enfermedad profesional se conceden aun cuando la empresa haya incumplido sus obligaciones de asegurar al trabajador.

4. Incapacidad permanente

La incapacidad permanente es aquella situación en la que un trabajador que ha pasado por todos los tratamientos prescritos y a quien se considera curado muestra graves defectos anatómicos o funcionales que probablemente serán permanentes y reducirán su capacidad de trabajar parcial o totalmente.

Las pensiones de incapacidad se conceden a los menores de 65 años o a los mayores de dicha edad declarados inválidos pero sin derecho a pensión de jubilación. Las pensiones de incapacidad permanente, cuando sus beneficiarios cumplen la edad de 65 años, pasan a denominarse «pensión de jubilación», sin que ello implique

modificación alguna respecto de las condiciones de la prestación que se viene percibiendo.

● **Condiciones requeridas**

La persona afectada debe estar dada de alta en el seguro o encontrarse en una situación que sea considerada como tal en el momento de declararse la incapacidad. Esta condición siempre se considera cumplida cuando la incapacidad es resultado de un accidente de trabajo o una enfermedad profesional. Dicha condición tampoco es indispensable en el caso de incapacidad permanente absoluta o discapacidad grave producidas como consecuencia de un accidente ordinario o una enfermedad comunes, siempre que el trabajador afectado haya completado como mínimo 15 años de cotización, 3 de ellos dentro del período de 10 años anteriores a la fecha en que se declara la incapacidad.

No se necesita un período mínimo de cotización cuando la incapacidad es resultado de un accidente común o de trabajo, o de una enfermedad profesional. En cambio, cuando la incapacidad es consecuencia de una enfermedad común, el trabajador tiene que haber cotizado a la Seguridad Social un número determinado de años en función de la edad.

● **Grado de invalidez y cuantía de la prestación**

En caso de incapacidad permanente parcial (33 % o más) para desarrollar la actividad que el trabajador afectado realizaba habitualmente, la prestación consiste en una indemnización equivalente a 24 mensualidades de la base reguladora de la prestación por incapacidad temporal.

En caso de incapacidad permanente total, es decir, cuando el trabajador por cuenta ajena ya no puede realizar su actividad habitual, la prestación consiste en una pensión equivalente al 55 % de la base reguladora correspondiente. En el caso de personas mayores de 55 años que tienen dificultades para obtener empleo, el importe de la pensión asciende al 75 % de dicha base reguladora.

En caso de incapacidad permanente absoluta para cualquier tipo de trabajo, la prestación consiste en una pensión igual al 100 % de la base reguladora.

En caso de gran invalidez, es decir, una incapacidad absoluta que necesita atenciones constantes para las necesidades personales de la vida diaria, tales como comer, vestirse, etc., la prestación consiste en una pensión equivalente al 150 % de la base reguladora.

● **Pensión de invalidez no contributiva**

Las personas discapacitadas que carecen de suficientes recursos económicos y que o bien no

han pagado nunca cotizaciones a la Seguridad Social o no las han pagado durante el tiempo suficiente para tener derecho a una pensión contributiva, pueden recibir una pensión de invalidez no contributiva.

Las condiciones requeridas para una pensión de invalidez de este tipo son que el beneficiario:

- tenga más de 18 años de edad y menos de 65;
- haya residido legalmente en España durante 5 años, 2 de ellos inmediatamente precedentes a la fecha en que solicita la pensión;
- esté afectado por una discapacidad o enfermedad crónica en un grado de como mínimo el 65 %;
- no disponga de otros ingresos suficientes.

Los que estén afectados de una discapacidad o enfermedad crónica en un grado de como mínimo el 75 % y necesiten atención constante de otra persona pueden obtener un complemento de la pensión del 50 %.

5. Pensiones de jubilación y de vejez

● Pensiones de jubilación contributivas

Tienen derecho a una pensión de jubilación contributiva las personas afiliadas y en alta o en situación asimilada a la de alta (por ejemplo, situación de desempleo involuntario) que reúnan las condiciones de edad (65 años), período mínimo de cotización (15 años, 2 de los cuales deben situarse dentro del período de los 15 años inmediatamente anteriores a la jubilación) y que cesen en el trabajo.

También tienen derecho las personas afiliadas al sistema de la Seguridad Social que, en la fecha de la jubilación, no estén en alta o en situación asimilada a la de alta, siempre que reúnan los requisitos establecidos de edad (65 años) y de cotización (15 años, 2 de los cuales deben situarse dentro del período de los 15 años inmediatamente anteriores a la jubilación).

● Cuantía de la pensión

Con 15 años de cotización, la cuantía de la pensión asciende al 50 % de la base reguladora, aumentando un 3 % por cada año adicional de cotización comprendido entre el decimosexto y el vigésimo quinto, ambos incluidos, y un 2 % a partir del vigésimo sexto hasta alcanzar el 100 % a los 35 años de cotización. A partir del 1 de enero de 2002, la base reguladora será el cociente que resulte de dividir por 210 las bases de cotización del interesado durante los 180 meses anteriores a la jubilación. Las bases de cotización de los 24 meses inmediatamente anteriores se toman en su

valor nominal; el resto se actualizan de acuerdo con la evolución del índice de precios al consumo.

A primeros de año se revalorizan todas las pensiones en función del índice de precios al consumo. Si desea obtener más información sobre la cuantía de su pensión actual o futura debe dirigirse a una de las Direcciones Provinciales del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) o del Instituto Social de la Marina (ISM), cuyas direcciones figuran en la sección 10.

● Pensión de jubilación anticipada y pensión parcial

Las personas que hayan realizado trabajos pesados, tóxicos, insalubres o peligrosos (por ejemplo, en la minería o los ferrocarriles o a bordo de un barco) pueden jubilarse antes del cumplimiento de los 65 años de edad, beneficiándose de una pensión completa.

Las personas que acrediten cotizaciones en alguna de las mutualidades laborales de trabajadores por cuenta ajena antes del 1 de enero de 1967 pueden jubilarse a partir de los 60 años con el coeficiente reductor que corresponda. En el caso de que se haya cotizado a las mutualidades del mar, pueden llegar a jubilarse a los 55 años de edad, en cuyo caso se reduce la cuantía de la pensión.

Los trabajadores pueden alcanzar la jubilación parcial a partir de los 60 años y hasta que cumplan la edad establecida con carácter general para causar derecho a pensión de jubilación, siempre que:

- el trabajador concierte con su empresa un contrato a tiempo parcial por el que aquel reduzca su jornada de trabajo y su salario entre un mínimo del 30 % y un máximo del 77 %, y
- la empresa concierte simultáneamente un contrato de relevo con un trabajador en situación de desempleo, quedando obligado a mantener cubierta, como mínimo, la jornada de trabajo correspondiente, hasta la fecha de jubilación prevista para el trabajador sustituido.

● Pensión de jubilación no contributiva

Las personas mayores que carecen de suficientes recursos económicos y que o bien no han pagado nunca cotizaciones a la Seguridad Social o no lo han hecho durante el tiempo suficiente para tener derecho a una pensión contributiva, pueden acceder a una pensión de jubilación no contributiva.

Las condiciones requeridas para esta pensión son las siguientes:

- el beneficiario debe tener más de 65 años de edad;
- el beneficiario debe haber residido legalmente en España durante 10 años, entre los 16 años y aquella edad en que presenta la solicitud, de los cuales 2 años deben preceder inmediatamente a la fecha de la solicitud;
- el beneficiario debe carecer de recursos.

● **Pensiones mínimas y pensiones de vejez SOVI**

Cuando la cuantía de la pensión (o la suma de las pensiones, si se recibe más de una) es inferior a la «pensión mínima» establecida, se concede un complemento igual a la diferencia entre dicha pensión mínima y la pensión que se percibe, siempre que no se obtengan ingresos por actividades laborales o rentas del capital que excedan de determinada cuantía. Este complemento no tiene carácter consolidable. La cuantía de la pensión mínima se establece a primeros de cada año.

Las personas que hayan trabajado en España antes del 1967 y que reúnan los requisitos establecidos por la legislación aplicable en dicha fecha (Seguro Obligatorio de Vejez e Invalidez, SOVI) pueden acceder a las pensiones de dicho régimen, denominadas «Pensión de vejez SOVI», que son incompatibles con cualquier otra del Sistema.

6. Indemnizaciones por fallecimiento y pensiones de supervivencia

Las indemnizaciones por fallecimiento y las pensiones de supervivencia se pagan a los supervivientes del asegurado fallecido, siempre que este último:

- Hubiera estado en situación de «alta o asimilada» y acredite 500 días de cotización dentro de los 5 años anteriores al fallecimiento si éste se debe a enfermedad común. Si el fallecimiento se produce a consecuencia de accidente laboral o no, o de enfermedad profesional, no se exige período mínimo de cotización.
- También tendrán derecho a estas prestaciones cuando la persona fallecida no estuviera en alta o situación asimilada, siempre que hubiera completado un período mínimo de cotización de 15 años.
- Estuviera cobrando una pensión de jubilación en su modalidad contributiva.
- Fuera perceptor de una incapacidad temporal o recibiera prestaciones de rehabilitación o

una pensión por incapacidad permanente en su modalidad contributiva.

- Fuera un trabajador que ha desaparecido como consecuencia de un accidente profesional o no profesional, en circunstancias en que pueda presumirse su fallecimiento y cuando no se tengan más noticias del desaparecido dentro de un plazo de 90 días siguientes al accidente. En estos casos, sin embargo, no existe derecho a cobrar la indemnización por defunción.

● **Auxilio por defunción**

El auxilio por defunción consiste en una cantidad que se concede como contribución a los gastos de entierro.

● **Pensión de viudedad**

Cuando el asegurado fallecido ha estado casado una sola vez, se concede la pensión al cónyuge legítimo superviviente. Cuando el fallecido ha estado casado más de una vez, el importe de la pensión se determina en función de los ingresos reales del asegurado fallecido de acuerdo con la duración de sus respectivos matrimonios. La pensión se concede sin distinguir entre hombres y mujeres.

La cuantía de la pensión asciende al 45 % de la base reguladora. Esta base se deduce de los ingresos efectivos del asegurado fallecido (cuando el fallecimiento es resultado de un accidente de trabajo o de una enfermedad profesional) o de su base contributiva (en todos los demás casos). Si el asegurado fallecido era pensionista, la base reguladora es la adoptada para el cálculo de su pensión.

● **Pensión de orfandad**

La pensión de orfandad se reconoce a los hijos del asegurado fallecido o, en determinados supuestos, del cónyuge superviviente. Los hijos deben ser menores de 18 años o estar incapacitados. También se reconoce pensión si son menores de 21 o de 23 años cuando no sobreviviera ninguno de los padres, en los casos en que dichos hijos no realicen un trabajo lucrativo por cuenta ajena o propia. Si lo realizan, los ingresos que obtengan —en computo anual— deben ser inferiores al 75 % del salario mínimo interprofesional que se fije en cada momento, también en cómputo anual. El derecho a cobrar una pensión de orfandad cesa cuando el hijo alcanza los 18 años de edad. Se mantiene el derecho a pensión hasta los 21 o 23 años de edad en las circunstancias anteriormente descritas.

La cuantía de la pensión asciende a un 20 % de la base reguladora para cada huérfano, que se determina de la misma forma que la pensión de viudedad. Si no existe cónyuge superviviente, la

pensión de orfandad se incrementa con la de viudedad.

- **Renta vitalicia o ayudas temporales para otros familiares**

Se conceden prestaciones a determinados familiares (padres, hermanos, etc.) que dependieran económicamente del fallecido y reúnan determinadas condiciones. La cuantía de la prestación para cada uno de ellos equivale a la pensión de orfandad.

- **Compatibilidad con otras prestaciones**

La pensión de viudedad es compatible con otras fuentes de ingresos o con una pensión adquirida por el cónyuge superviviente por derecho propio. Sin embargo, el derecho a la pensión de supervivencia cesa cuando el cónyuge vuelve a contraer matrimonio. La pensión de orfandad que se obtiene una vez fallecido el padre o la madre es compatible con la pensión de orfandad que se obtiene tras el fallecimiento del otro progenitor.

La pensión de orfandad es incompatible a partir de los 18 años de edad y cuando el hijo no esté incapacitado, con ingresos derivados del trabajo que superen el 75 % del salario mínimo interprofesional establecido para los mayores de 18 años.

7. Desempleo

Las personas desempleadas que son capaces de trabajar y tienen la voluntad de hacerlo, que han perdido su empleo o cuya jornada laboral (y la remuneración correspondiente) se reduce en al menos 1/3, quedan cubiertas contra los efectos del desempleo. El desempleo puede ser total o parcial. Se obtienen prestaciones de dos tipos diferentes: la prestación contributiva y, en el caso de los que ya no tienen derecho a cobrar dicha prestación contributiva, las prestaciones asistenciales («subsidio por desempleo»).

Todas las prestaciones de desempleo son administradas, pagadas y controladas por el Instituto Nacional de Empleo (INEM), excepto en el caso de los trabajadores que están afiliados al Régimen Especial de los Trabajadores del Mar, cuyas prestaciones las gestiona el Instituto Social de la Marina (ISM).

- **Prestaciones de nivel contributivo**

Se otorga una prestación contributiva de desempleo en el caso de que:

- en el momento en que se ha quedado en situación de desempleo, se sea contribuyente activo a la Seguridad Social o se esté en una situación equiparable;

- se haya cotizado durante un mínimo de 12 meses a lo largo de los últimos 6 años anteriores a la situación de desempleo;
- se esté registrado en una oficina de empleo y se haya solicitado el subsidio de desempleo;
- no se sea mayor de 65 años, salvo que no se reúnan los requisitos para acceder a la pensión de jubilación;
- no se deje el trabajo por propia iniciativa ni se rechace un empleo.

- **Duración de la prestación**

El período durante el cual se cobrará la prestación depende del período durante el cual se ha estado cotizando a la Seguridad Social. El período mínimo de la prestación es de 120 días en el caso de que se haya cotizado un mínimo de 360 días. El período máximo de cobro es de 720 días y le será pagado al interesado si ha cotizado más de 2 160 días.

Cuando un trabajador en situación de desempleo se traslada a otro país de la Unión Europea en busca de trabajo, conserva los derechos a cobrar la prestación de desempleo en España durante un período máximo de 3 meses.

- **Cuantía de la prestación por desempleo**

En caso de desempleo total, la prestación asciende al 70 % de la base reguladora durante los primeros 80 días y al 60 % de la base reguladora durante el resto del período de la prestación, siempre sujetos a un importe mínimo y a un importe máximo. La base reguladora representa el promedio de las bases contributivas durante los últimos 6 meses. En caso de desempleo parcial, la prestación se reduce proporcionalmente.

Las personas que tienen derecho a una prestación por desempleo tienen también derecho a asistencia sanitaria. En cuanto a otras prestaciones de la Seguridad Social, el período durante el cual se cobra la prestación de desempleo se contabiliza como período cotizado.

- **Prestaciones de nivel asistencial (subsido por desempleo)**

Se otorga un subsidio de desempleo de nivel asistencial a las personas que no tienen derecho a una prestación contributiva por no tener período cotizado suficiente, y también a las que, habiendo tenido derecho a la prestación contributiva, siguen en situación de desempleo cuando finaliza el período durante el cual tienen derecho a cobrar aquella prestación. El subsidio no contributivo se paga únicamente a las personas que buscan trabajo y que tienen ingresos inferiores al 75 % del salario mínimo, que han estado registradas en una oficina de empleo (INEM) durante 1 mes y no han rechazado una oferta de trabajo adecuada o

un cursillo de capacitación profesional ofrecido por el INEM.

Además, el beneficiario debe cumplir otras condiciones adicionales, como por ejemplo:

- que su derecho a cobrar un subsidio contributivo haya finalizado y tenga familiares a cargo; o bien
- que tenga más de 45 años y haya agotado una prestación contributiva de 12 meses o más sin tener familiares a cargo; o bien
- que tenga más de 52 años de edad y cumpla las condiciones para jubilarse, excepto en lo referente a la edad; o bien
- que haya cotizado durante 3 o más meses pero menos de 12 meses, o sea un emigrante que regresa del extranjero, o que haya salido de la cárcel, sin tener en todos estos casos derecho a la pensión contributiva por desempleo.

El período durante el cual se cobra este subsidio varía entre los 3 meses y los 30 meses, y depende principalmente de la edad del beneficiario y de si tiene o no familiares a su cargo. Cuando la persona desempleada supera la edad de 52 años y cumple con las condiciones legalmente establecidas, se ampliará el período de subsidio hasta la fecha en que pueda jubilarse. Por regla general, el subsidio por desempleo no contributivo asciende al 75 % del salario mínimo. Sus beneficiarios también tienen derecho a asistencia sanitaria.

8. Prestaciones familiares

Las personas que trabajan y/o residen en España pueden tener derecho a una ayuda en metálico por cada hijo menor de 18 años que esté a su cargo. No existe límite de edad para los hijos gravemente discapacitados. Si ambos padres han fallecido o si han abandonado a sus hijos, son éstos los beneficiarios de la ayuda familiar.

A menos que el hijo esté discapacitado, no recibirán ayuda familiar los padres cuando los ingresos de la familia superan cierto límite. A efectos de la Seguridad Social, el primer año durante el cual uno de los padres cesa en el trabajo, por dedicarse plenamente al cuidado de un hijo recién nacido, se contabiliza como período de cotización.

También se conceden prestaciones económicas de pago único por nacimiento de hijo (a partir del tercero y sujeto a límite de ingresos) y por parto múltiple (nacimiento de 2 o más hijos)

9. Asistencia social

El régimen de la Seguridad Social en España administra los siguientes servicios de asistencia social:

- plazas de residencia para personas mayores;
- ayuda domiciliaria;
- vacaciones y estancias en sanatorios;
- una red de centros y hogares para pensionistas;
- plazas en centros para discapacitados físicos y mentales, y
- asistencia sanitaria de recuperación y rehabilitación.

Existe un servicio de alojamiento a precios sociales destinado a los tripulantes de buques mercantes o de pesca que, por razón de su trabajo, deban permanecer de forma transitoria en puertos españoles. Se trata de una red de hospederías ubicadas en las denominadas «Casas del Mar» de los principales puertos. Para más información en cuanto al funcionamiento de este servicio, puede dirigirse al Instituto Social de la Marina (ISM).

Para más información en cuanto al funcionamiento de los diferentes servicios de asistencia social puede dirigirse al Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (Imsero).

10. Más información

El trabajador que se crea perjudicado en sus derechos relacionados con la Seguridad Social (por ejemplo en el caso de no haber sido asegurado por su empresa) o cuando crea que su empresa no cumple con las normas de higiene y seguridad en el trabajo, puede dirigirse a la Inspección de Trabajo y Seguridad Social. Existe una delegación de esta Inspección en cada capital de provincia, y sus señas figuran en las guías de teléfonos bajo el encabezamiento «Delegación Provincial de Trabajo».

También puede acudir al Defensor del Pueblo, una institución creada por la Constitución española en defensa de los derechos fundamentales de los ciudadanos. El Defensor del Pueblo vigila las actividades de los cuerpos administrativos, incluyendo los que gestionan el régimen de la Seguridad Social. Su dirección central es: calle Eduardo Dato 31, E-28010 Madrid.

A continuación ofrecemos las señas de los principales organismos de la Seguridad Social en cada una de las provincias españolas:

DIRECCIONES PROVINCIALES DEL INSS

A Coruña	c/ Marcial del Adalid, 3 y 7 E-15005 A Coruña	Huesca	c/ San Jorge, 34 y 36 E-22003 Huesca
Álava	c/ Eduardo Dato, 36 E-01005 Vitoria-Gasteiz	Jaén	Avenida de Madrid, 70 E-23009 Jaén
Albacete	Avda. de España, 27 E-02002 Albacete	La Rioja	c/ Sagasta, 2 E-26001 Logroño
Alicante	c/ Churruca, 26 E-03003 Alicante	Las Palmas	c/ Pérez del Toro, 89 E-35004 Las Palmas
Almería	Plaza Emilio Pérez, 4 E-04001 Almería	León	Avenida de la Facultad, 1 E-24004 León
Asturias	c/ Santa Teresa de Jesús, 8 y 10 E-33007 Oviedo	Lleida	Pasaje Pompeyo, 2 E-25006 Lleida
Ávila	Avda. de Portugal, 4 E-05001 Ávila	Lugo	Plaza del Ferrol, 11 E-27001 Lugo
Badajoz	Ronda del Pilar, 10 E-06002 Badajoz	Madrid	c/ Serrano, 102 E-28006 Madrid
Baleares	c/ Pere Dezcallar i Net, 3 E-07003 Palma de Mallorca	Málaga	c/ Esperanto, 1 E-29007 Málaga
Barcelona	c/ Sant Antoni Maria Claret, 5-11 E-08037 Barcelona	Melilla	c/ General Marina, 18 E-52001 Melilla
Burgos	c/ Trinidad, 4 y 6 E-09003 Burgos	Murcia	Avda. de Alfonso X el Sabio, 15 E-30008 Murcia
Cáceres	c/ San Pedro de Alcántara, 1 E-10001 Cáceres	Navarra	c/ Conde Olivet, 7 E-31003 Pamplona-Iruña
Cádiz	Plaza de la Constitución, s/n E-11008 Cádiz	Ourense	c/ Concejo, 1 E-32003 Ourense
Cantabria	Avda. Calvo Sotelo, 8 E-39002 Santander	Palencia	c/ Miguel Primo de Rivera, s/n E-34001 Palencia
Castellón	Plaza Juez Borrull, 14 E-12003 Castellón de la Plana	Pontevedra	c/ O Grove, 4 E-36209 Vigo
Ceuta	c/ Real, 20 E-51001 Ceuta	Salamanca	Plaza de los Bandos, 3 y 4 E-37002 Salamanca
Ciudad Real	c/ General Aguilera, 6 E-13001 Ciudad Real	Santa Cruz de Tenerife	c/ General Gutiérrez, 4 E-38003 Santa Cruz de Tenerife
Córdoba	c/ Córdoba de Veracruz, 4 E-14008 Córdoba	Segovia	Plaza Reina Doña Juana, 1 E-40001 Segovia
Cuenca	Parque de San Julián, 7 E-16002 Cuenca	Sevilla	c/ Sánchez Perrier, 2 E- 42001 Sevilla
Girona	c/ Santa Eugenia, 40 E-17005 Girona	Soria	c/ San Benito, 17 E-42001 Soria
Granada	Carretera de Armilla, 33 E-18006 Granada	Tarragona	Rambla Nova, 84 E-43003 Tarragona
Guadalajara	c/ Carmen, 2 E-19001 Guadalajara	Teruel	c/ Joaquín Arnau, 22 E-44001 Teruel
Guipúzcoa	c/ Podavines, 1 y 3 E-20010 Donostia-San Sebastián	Toledo	Callejón del Moro, 4 E-45001 Toledo
Huelva	c/ San José, 1 y 3 E-21002 Huelva	Valencia	c/ Bailén, 46 E-46007 Valencia

DIRECCIONES PROVINCIALES DEL INSS

Valladolid	c/ Gamazo, 5 E-47004 Valladolid	Zamora	Avenida Requejo, 23 E-49012 Zamora
Vizcaya	Gran Vía, 89 E-48011 Bilbao	Zaragoza	c/ Dr. Cerrada, 6 E-50005 Zaragoza

DIRECCIONES PROVINCIALES DEL INEM

A Coruña	Avenida del Ejército, 12 y 14	La Rioja	c/ Pío XII, 33
Álava	Pintor Jesús Apellaniz, 11	Las Palmas	c/ Velázquez, 10
Albacete	c/ Cid, 31	León	Gran Vía de San Marcos, 27
Alicante	c/ San Juan Bosco, 15	Lleida	Avenida de Cataluña, 2
Almería	Avenida Cabo de Gata, 120	Lugo	Ronda de la Muralla, 58
Asturias	Comandante Caballero, s/n	Madrid	Espartinas, 10
Ávila	Plaza de Santa Ana, 7	Málaga	Avenida de Andalucía, 23
Badajoz	Avenida de Colón, 6	Melilla	Álvaro de Bazán, 14 y 16
Baleares	c/ Gremi de Sabaters, 39	Murcia	Plaza Vinadel, 10
Barcelona	Parc Estació del Nord, s/n	Navarra	Avenida de Zaragoza, 12
Bilbao	c/ Gran Vía, 50	Ourense	Parque de San Lázaro, 12
Burgos	c/ San Pablo, 8	Palencia	Avenida de Simón Nieto, 10
Cáceres	Avenida de la Hispanidad, 3	Pontevedra	Cánovas del Castillo, 18
Cádiz	Granja de San Ildefonso, s/n	Salamanca	Avenida de Carlos I, 78-92
Cantabria	c/ Vargas, 53 (Santander)	Santa Cruz de Tenerife	c/ Tomé Cano, 12
Castellón	Avenida Pérez Galdós, 19	Segovia	Avenida Fernández Ladreda, 31
Ceuta	Avenida de Nuestra Señora de Otero, 14	Sevilla	Avenida Blas Infante, 4
Ciudad Real	c/ Echegaray, 3	Soria	c/ Santa Teresa de Jesús, 9
Córdoba	Avenida Conde Vallediano, s/n	Tarragona	Rambla Nova, 95
Cuenca	c/ Fermín Caballero, 3	Teruel	Nicanor Villalta, 22
Girona	Plaza Marqués de Camps, 1	Toledo	c/ Covarrubias, 20
Granada	c/ Mirlo, 4	Valencia	c/ Trinidad, s/n
Guadalajara	Avenida del Ejército, 12, 3ª planta	Valladolid	c/ Jesús Rivero Meneses, s/n
Guipúzcoa	c/ Oquendo, 16	Vizcaya	Gran Vía, 50
Huelva	c/ Rascón, 2	Zamora	Plaza de Alemania, 3
Huesca	c/ Agustín de Carrera, 2	Zaragoza	Capitán Portolés, 1, 3 y 5
Jaén	Plaza de San Francisco, 2		

DIRECCIONES PROVINCIALES/TERRITORIALES DEL INSALUD

Comunidad autónoma de Aragón

Huesca	c/ San Jorge, 65
Teruel	c/ Joaquín Arnau, 22
Zaragoza	Paseo María Agustín, 16

**Comunidad autónoma de Asturias
(Dirección Territorial)**

Oviedo	Plaza del Carbayon, 1-2
--------	-------------------------

**Comunidad autónoma de Baleares
(Dirección Territorial)**

Palma de Mallorca	Reina Esclaramunda, 9
-------------------	-----------------------

**Comunidad autónoma de Cantabria
(Dirección Territorial)**

Santander	Avenida Cardenal Herrera Oria, s/n
-----------	------------------------------------

Comunidad autónoma de Castilla-La Mancha

Albacete	Carretera Peñas San Pedro, 2
Ciudad Real	c/ Alarcos, 10
Cuenca	c/ Colón, 12
Guadalajara	c/ Ferial, 31
Toledo	Miguel de Cervantes, 4

Comunidad autónoma de Castilla y León

Ávila	c/ Doctor Fleming, 3
Burgos	Avenida de los Reyes Católicos, 15
León	Juan Lorenzo Segura, 3

Palencia	Martín Calleja, 15
Salamanca	Avenida de Mirat, 28-32
Segovia	Paseo Conde de Sepúlveda, 1
Soria	Paseo del Espolón, 2
Valladolid	Galatea, 3
Zamora	Avenida Príncipe de Asturias, 47-49

Comunidad autónoma de Extremadura

Badajoz	Avenida de Huelva, 8
Cáceres	San Pedro de Alcántara, 3

**Comunidad autónoma de Madrid
(Dirección Territorial)**

Madrid	c/ Sagasta, 6
--------	---------------

**Comunidad autónoma de Murcia
(Dirección Territorial)**

Murcia	c/ Pinares, 6
--------	---------------

**Comunidad autónoma de La Rioja
(Dirección Territorial)**

Logroño	c/ Bretón de los Herreros, 33
---------	-------------------------------

Dirección territorial de Ceuta

Ceuta	Avenida de la Marina Española, 13
-------	-----------------------------------

Dirección territorial de Melilla

Melilla	c/ Pablo Vallesca, s/n, Edificio Ánfora
---------	---

COMUNIDADES AUTÓNOMAS TRANSFERIDAS

Instituto Catalán de la Salud (ICS)

Barcelona	c/ Manso, 19
Girona	c/ Santa Clara, 33-35
Lleida	Carretera Torrebónica, s/n
Tarragona	Avenida Prat de la Riba, 39

Servicio Andaluz de Salud (SAS)

Almería	c/ San Leonardo, 7
Cádiz	Avenida de María Auxiliadora, 2
Córdoba	Calle de la República Argentina, 34
Granada	Avenida del Sur, 13

COMUNIDADES AUTÓNOMAS TRANSFERIDAS

Huelva	Gran Vía, 6
Jaén	Paseo de la Estación, 15
Málaga	Manuel Agustín Heredia, 34
Sevilla	Avenida Luis Montoto, 87

Servicio Vasco de Salud (Osakidetza)

Álava	Avenida de Santiago, 11
Guipúzcoa	Avenida de Navarra, 4
Vizcaya	c/ María Díaz de Haro, 60

Servicio Valenciano de Salud (Servasa)

Alicante	c/ Girona, 26
Castellón	Plaza Huerto Sogueros, 12
Valencia	Gran Vía Fernando el Católico, 74

Servicio Gallego de Salud (Sergas)

A Coruña	c/ Durán Loriga, 3
Lugo	c/ Doctor Portela, 13
Ourense	c/ Juan XXIII, 31-33
Pontevedra	c/ La Coruña, 24

Servicio Navarro de Salud (Osasunbidea)

Pamplona	c/ Irunlarrea, 39
----------	-------------------

Servicio Canario de Salud (Sercasa)

Las Palmas de Gran Canaria	Paseo de Lugo esquina a Pérez del Toro
Santa Cruz de Tenerife	c/ Méndez Nuñez, 14

DIRECCIONES PROVINCIALES DEL ISM

A Coruña	Avenida de Ramón y Cajal
Alicante	Muelle de Poniente, s/n
Almería	c/ Muelle, 39
Baleares	c/ Muelle Viejo, 15
Barcelona	c/ Albareda, 1
Bilbao	c/ Virgen de Begoña, 32
Cádiz	Avenida de Vigo
Cartagena	Muelle de Alfonso XII
Castellón	Plaza de Miguel Peris y Segarra (El Grao)
Ceuta	Muelle Cañonero Dato, 20
Gijón	Príncipe de Asturias
Huelva	Avenida de Hispanoamérica, 9
Las Palmas	c/ León y Castillo, 322

Lugo	Carril de los Loureiros, 17
Madrid	c/ Churruga, 2
Málaga	Puente del Carmen
Melilla	Avenida de la Marina Española, 7
Palma de Mallorca	Muelle Viejo
San Sebastián	c/ Marinos, 1
Santa Cruz de Tenerife	Avenida de Anaga
Santander	Avenida Sotileza
Sevilla	c/ Fernando IV, 1
Tarragona	c/ Francisco Bastos, 19
Valencia	Avenida del Puerto, 300
Vigo (Pontevedra)	Avenida Orillamar, 51
Villagarcía de Arosa	Avenida de la Marina, 23

FRANCIA

El sistema francés de protección social incluye los regímenes siguientes:

- El régimen general, que protege a más del 80 % de la población y cubre aproximadamente a 47 millones de personas.
- Los regímenes especiales, que protegen contra un riesgo específico (generalmente se trata del seguro de vejez, ya que los otros riesgos están cubiertos por el régimen general) o el conjunto de los riesgos. Los diferentes regímenes especiales cubren aproximadamente a 2,5 millones de personas.
- Los regímenes autónomos de las profesiones por cuenta propia y no pertenecientes a la agricultura, que cubren los casos de enfermedad, maternidad, vejez e invalidez, y que protegen a 3,5 millones de personas. Estos regímenes autónomos de vejez pueden completarse con jubilaciones complementarias obligatorias o voluntarias según el régimen de que se trate.
- El régimen de la agricultura, que cubre a los trabajadores por cuenta ajena y a los productores agrícolas contra todos los riesgos y que incluye a 5 millones de personas. Las disposiciones aplicables a los trabajadores por cuenta ajena agrícolas se corresponden a las aplicables a los trabajadores por cuenta ajena del régimen general.

- El seguro de desempleo, que abarca a todos los trabajadores por cuenta ajena y está gestionado por organismos paritarios.
- Por último, junto con el seguro de vejez básico de los trabajadores por cuenta ajena, existen regímenes de jubilación complementarios que son obligatorios.

A continuación se estudiarán las disposiciones aplicables a los trabajadores por cuenta ajena del régimen general y las relativas a los trabajadores autónomos. Si su actividad forma parte de otro régimen, en algunos casos las prestaciones, las condiciones y las formalidades exigidas serán diferentes de lo que se indica en la presente guía, por lo que deberá acudir a la caja a la que usted pertenece.

Se hará referencia al límite máximo de la Seguridad Social, que se ha eliminado progresivamente con el paso del tiempo de las disposiciones relativas al cálculo de las cotizaciones, aunque sigue existiendo en la actualidad para una parte de la cotización de vejez, y se utiliza sobre todo como cifra de referencia en los regímenes complementarios y en el seguro de desempleo. También sirve de referencia para las prestaciones. El 1 de enero de 2001 era de 2 279,11 EUR (14 950 FRF) al mes y de 27 349,35 EUR (179 400 FRF) al año.

Capítulo I

TRABAJADORES POR CUENTA AJENA

1. Introducción

El régimen general de la Seguridad Social francesa incluye lo siguiente:

- El conjunto de los riesgos de los trabajadores por cuenta ajena de la industria y del comercio, con excepción de los que se acogen a un régimen especial.
- Las prestaciones familiares del conjunto de la población residente. Los trabajadores por cuenta ajena y los productores agrícolas reciben las prestaciones familiares de la caja agrícola a la que pertenecen.
- Solamente determinadas prestaciones (principalmente de enfermedad y maternidad) para una serie de categorías y determinadas

personas que no pertenecen a un régimen especial para todos los riesgos.

- Solamente la enfermedad y la maternidad del conjunto de las personas que residen en Francia de manera estable y regular y que no pertenecen a ningún otro régimen obligatorio de seguro de enfermedad y maternidad (cobertura universal de enfermedad).

Asimismo, protege en las siguientes contingencias:

- la enfermedad o la maternidad (sección 2);
- los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales (sección 3);
- la invalidez (sección 4);
- la vejez y la viudedad (sección 5);

- el fallecimiento (sección 6);
- las cargas familiares (sección 7).

El régimen general de la Seguridad Social está completado con un régimen de seguro de desempleo (sección 8) y con regímenes de jubilación complementaria (sección 9).

- **Cómo ingresar en el régimen de la Seguridad Social**

Desde el momento en que un empresario le contrate a usted como trabajador en Francia, dicho empresario debe efectuar una declaración previa a la contratación en la *Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales* (Urssaf) a la que pertenezca. En concreto, esta declaración permite solicitar su inscripción en la Seguridad Social y su afiliación al régimen del seguro de desempleo. Por lo que se refiere a la jubilación complementaria, se le afiliará a la caja a la que pertenezca su empresa. El organismo de la Seguridad Social entregará al trabajador una tarjeta de inscripción. Su Caja del seguro de enfermedad le remitirá un certificado de los derechos del seguro de enfermedad con una tarjeta magnética denominada «*carte vitale*».

- **Contribuciones y cotizaciones**

El trabajador tendrá que pagar contribuciones y cotizaciones a la Seguridad Social cuyo importe representa un determinado porcentaje sobre sus ingresos. Su empresa deducirá estas contribuciones y cotizaciones de su salario y las abonará al organismo encargado de recaudar las cotizaciones a la Seguridad Social.

- **Qué hacer si no se está de acuerdo con alguna decisión tomada por un organismo de la Seguridad Social**

Si no se está de acuerdo con alguna decisión de su caja de seguros, puede recurrirse ante la comisión de recursos (*Commission de recours amiable*) de la propia caja, dentro de un plazo de 2 meses después de recibir la decisión con la que está en desacuerdo. Si la caja no le informa dentro del plazo de 1 mes de la decisión tomada, significa que su demanda ha quedado desestimada. Si desea usted continuar con la demanda, puede someterla al tribunal de asuntos de la Seguridad Social (*Tribunal des affaires de sécurité sociale*) en el plazo de otros 2 meses. Si no apela usted dentro de ese plazo, la decisión de la Comisión de recurso de su caja adquiere plena validez.

2. Enfermedad y maternidad

El seguro de enfermedad en Francia incluye prestaciones sanitarias (*soins de santé*) (A) y

subsidios diarios (*indemnités journalières*) (B) que se pagan durante el período de incapacidad laboral provocada por la enfermedad. La maternidad está cubierta por un régimen aparte (C).

A. PRESTACIONES SANITARIAS

Tienen derecho a asistencia sanitaria, al igual que las personas que tienen a cargo, las personas que ejerzan una actividad por cuenta ajena o asimilada, los desempleados, los jubilados (pensionistas) así como las personas que residan en Francia de manera estable y regular que no tengan derecho por ningún otro concepto a las prestaciones en especie del seguro de enfermedad.

- **Condiciones requeridas**

Tradicionalmente se utilizan criterios profesionales o asimilados para determinar la obtención del derecho, que está sometido a condiciones previas, tales como el número de horas trabajadas o la cuantía de las cotizaciones. Las personas que dejan de cumplir las condiciones para pertenecer a un régimen de Seguridad Social en calidad de asegurado o de derechohabiente siguen teniendo derecho a recibir prestaciones en especie del régimen anterior durante 4 años, excepto en caso de que vuelvan a cumplir las condiciones para pertenecer a un régimen obligatorio.

Además, algunas situaciones dan derecho a prestaciones en especie sin contrapartida contributiva: se trata de titulares del subsidio de familia monoparental o del subsidio para adultos con discapacidad.

Por último, las personas afiliadas al régimen general según el criterio de residencia tienen derecho a las prestaciones en especie sin otra condición que la de residir en Francia de manera estable y regular. Por otra parte, están sometidas o no, en función de sus ingresos [definición específica de los ingresos tenidos en cuenta, máximo de 6 402,86 EUR (42 000 FRF) al año en 2000 para exoneración], a la cotización específica (*Couverture maladie universelle*, CMU) correspondiente.

- **Reembolso del coste de la asistencia sanitaria**

Usted tiene derecho, para usted mismo y las personas que tiene a cargo (cónyuge, hijos menores de 20 años, pareja de hecho o persona a cargo que vive en el domicilio del asegurado), al reembolso de la asistencia sanitaria.

Existe una tarifa denominada «*tarif de responsabilité*» para cada tipo de asistencia efectuado en la localidad que esté incluido en la nomenclatura, así como para cada producto reembolsable. Esta tarifa se utiliza como base para reembolsar los gastos. Además, la legislación francesa prevé el principio de una participación de los asegurados

en los gastos incurridos. Esta participación se denomina «*ticket modérateur*» y se trata de un porcentaje del gasto autorizado para reembolso que corre a cargo del asegurado, de la caja o de otro organismo de seguro complementario al que haya decidido afiliarse.

A 1 de enero de 2000 las tasas de reembolso vigentes eran las siguientes:

- 80 % para los gastos de hospitalización;
- 70 % para los honorarios médicos y las consultas externas al hospital;
- 60 % para los honorarios de los auxiliares médicos y las pruebas de laboratorio;
- 100 % para los medicamentos insustituibles que figuran en una lista;
- 65 % para los medicamentos con una etiqueta blanca;
- 35 % para los medicamentos para afecciones leves (etiqueta azul);
- 65 % para los gastos de transporte y otros tipos de recetas (óptica y ortopedia).

En algunos casos puede reembolsarse hasta el 100 % del *tarif de responsabilité*, con lo que se suprime el *ticket modérateur*. Se trata de la asistencia sanitaria de los enfermos aquejados de una afección de larga duración, y de algunas intervenciones quirúrgicas. Los titulares de una pensión de invalidez y de una renta de accidente de trabajo correspondiente a una incapacidad laboral superior a los 2/3 también están exentos del pago del *ticket modérateur* para todas las prestaciones.

El asegurado paga los honorarios al profesional sanitario y le presenta su *carte vitale*, con lo que éste puede elaborar las hojas electrónicas de asistencia sanitaria, que se dirigen directamente por vía informática a la caja primaria. Este sistema acelera los plazos de los reembolsos. Si el profesional sanitario no posee el equipo que le permita utilizar la *carte vitale*, debe cumplimentar una hoja en papel de asistencia sanitaria, que usted debe remitir a su Caja del seguro de enfermedad.

Su caja de enfermedad le reembolsará los honorarios según la tarifa prescrita (*tarif de responsabilité*). Para ciertas prestaciones especiales, como la obtención de prótesis, debe solicitarse primero la conformidad de la Caja del seguro de enfermedad.

En lo que se refiere a productos farmacéuticos, la caja de enfermedad le reembolsará el coste de los productos recetados por el médico. También es posible que se haga cargo directamente de una parte del coste (tercero que paga los gastos farmacéuticos). En este caso, el interesado sólo pagará al farmacéutico la parte del coste del medicamento no cubierta por la caja de enfermedad.

● Tratamiento hospitalario

El trabajador podrá ingresar en un centro hospitalario de su elección, pero si se trata de un centro privado reconocido, aunque no vinculado por convenio a respetar las tarifas oficiales, tendrá que pagar por adelantado todos los honorarios y gastos. Su Caja del seguro de enfermedad le proporcionará información más detallada.

Si se pagan los gastos de hospitalización al 100 %, tendrá que pagar un importe fijo [10,67 EUR (70 FRF) a partir del 1 de enero de 1996] por cada día de hospitalización o ingreso en una institución médica. No obstante, algunos grupos de personas están exentos de pagar este gasto diario, como las mujeres embarazadas durante los 4 últimos meses de embarazo y los recién nacidos, los niños discapacitados, los jóvenes discapacitados ingresados en instituciones especiales de educación o formación profesional, y las personas sometidas a tratamiento como resultado de un accidente laboral o una enfermedad profesional.

● Cobertura complementaria

A fin de cubrir la parte de los gastos de la asistencia sanitaria que no le paga el régimen obligatorio, puede usted contratar un seguro complementario en una caja, una institución de previsión o una compañía de seguros (el 84 % de la población así lo ha hecho). Por otra parte, en el marco de la cobertura de enfermedad universal complementaria, si sus recursos no sobrepasan un determinado límite puede recibir una cobertura complementaria gratuita.

B. SUBSIDIO DIARIO

Todo trabajador por cuenta ajena tiene derecho a cobrar un subsidio diario a partir del cuarto día de interrupción del trabajo mientras dure su incapacidad laboral debida a una enfermedad. Los desempleados con subsidio de desempleo también pueden solicitar este subsidio diario. Si usted deja de ser un asegurado social, se mantienen sus derechos a prestaciones en metálico del seguro de enfermedad durante 1 año, siempre y cuando no pertenezca a otro régimen obligatorio.

● Condiciones requeridas para obtener el subsidio diario

Para poder recibir un subsidio diario durante un primer período de 6 meses a partir del día en que usted se ponga enfermo, debe haber trabajado como mínimo 200 horas durante los últimos 3 meses civiles antes de la interrupción del trabajo, o debe haber pagado cotizaciones por lo menos equivalentes a las que deberían pagarse por un salario igual a 1 015 veces el SMIC (salario mínimo) de su salario durante los últimos 6 meses civiles antes de la enfermedad.

Tiene derecho a cobrar subsidios más allá del período inicial de 6 meses si ha trabajado como mínimo 800 horas durante los últimos 12 meses civiles antes de ponerse enfermo, de las que como mínimo 200 horas deben estar incluidas en los primeros 3 meses de dicho período, o si ha pagado cotizaciones equivalentes a las que deberían pagarse por un salario igual a 2 030 veces el SMIC del salario percibido durante los últimos 12 meses civiles antes del inicio de la enfermedad, la mitad de las cuales (1 015) durante los primeros 6 meses de dicho período. Además, debe haber estado inscrito en la Seguridad Social en Francia durante como mínimo 12 meses en el momento de la interrupción del trabajo. Algunos períodos de inactividad serán tratados como períodos de trabajo (por ejemplo, vacaciones pagadas, bajas por enfermedad, etc.).

Si fuese necesario, se tendrán en cuenta los períodos en los que ha trabajado (o cotizado) en otro Estado miembro de la UE, a efectos del cumplimiento de las condiciones arriba indicadas. Para este fin debe presentar el formulario E 104, que le será expedido por el organismo del seguro de enfermedad del país en que residía antes de instalarse en Francia, y que debe entregar a la caja de enfermedad francesa.

Para cobrar el subsidio, su caja de enfermedad, en su caso, le puede pedir que se someta a un examen médico.

● **Cuantía del subsidio**

El subsidio diario por enfermedad equivale al 50 % de sus ingresos diarios medios durante los 3 últimos meses, aunque sin rebasar el importe máximo de la Seguridad Social, y a 2/3 del mismo importe a partir del día trigésimo primero de interrupción del trabajo si usted tiene 3 hijos a su cargo. A partir del séptimo mes de cobro ininterrumpido, el subsidio diario se eleva respectivamente a 51,49 % y 68,66 % de los importes anteriormente mencionados.

No cobrará subsidio por los 3 primeros días en los que esté usted de baja. En el caso de algunas enfermedades de larga duración, es posible cobrar el subsidio durante un período máximo de 3 años.

● **Documentos que debe presentar para obtener el subsidio diario**

En caso de interrupción del trabajo (inicial o prolongación) debe completar el impreso de baja laboral entregado por el médico, y debe remitir en un plazo de 48 horas las dos primeras partes de este documento a su caja de enfermedad y la tercera parte a su empresa.

También debe remitir a su caja de seguros una declaración de su empresa en la que se mencionen la duración del trabajo y los ingresos que usted percibía antes de la baja laboral, para que

en la caja puedan calcular el subsidio diario que le corresponde.

C. PRESTACIONES DE MATERNIDAD

El seguro de maternidad se hace cargo totalmente de determinados gastos de asistencia sanitaria para la madre y el niño y concede un subsidio diario durante la baja laboral causada por la maternidad.

Las trabajadoras por cuenta ajena y las mujeres desempleadas que cobran o han cobrado subsidio de desempleo, las mujeres que cobran una pensión y las esposas e hijas a cargo de trabajadores asegurados tienen derecho a asistencia sanitaria.

Las trabajadoras por cuenta ajena y trabajadoras desempleadas que cobran o han cobrado subsidios de desempleo tienen además derecho al subsidio de maternidad.

● **Condiciones requeridas**

La interesada (o la asegurada directa) debe haber estado asegurada durante como mínimo 10 meses antes de la fecha esperada del parto y demostrar que en la fecha presumible de la concepción, o en la fecha del descanso prenatal, cumplía con las condiciones requeridas para que el seguro de maternidad se haga cargo de la asistencia sanitaria y del subsidio diario (véanse los apartados A y B).

● **Asistencia sanitaria**

Usted tiene derecho a que se le cubra el 100 % del *tarif de responsabilité* de los gastos relativos al embarazo, al parto y a sus consecuencias, es decir: los gastos médicos, farmacéuticos, de hospitalización, de los exámenes prescritos en el marco de la vigilancia médica del embarazo y de las consecuencias del parto (exámenes prenatales y postnatales obligatorios).

● **Subsidio diario**

El subsidio diario equivale al salario diario medio de los 3 últimos meses, pero no puede rebasar el límite máximo fijado por la Seguridad Social. Se deducen de este importe las cotizaciones legales y establecidas por convenio obligatorias y la cotización social generalizada.

Por norma general, el subsidio diario se paga durante 6 semanas antes del parto (8 semanas en caso de embarazo patológico o a partir del tercer hijo, 12 semanas en caso de gemelos y 24 si son trillizos o más) y 10 semanas después del parto (18 semanas a partir del tercer hijo y 22 semanas en caso de parto múltiple).

En cuanto a las formalidades y a los documentos necesarios que deben cumplimentarse, diríjase a su Caja del Seguro de Enfermedad (*Caisse d'assurance maladie*) y a su Caja de Subsidios

Familiares (*Caisse d'allocations familiales*). Debe consultar también a estos organismos cuando desee trasladarse a otro Estado miembro de la UE.

3. Accidentes de trabajo y enfermedades profesionales

El seguro contra los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales cubre los accidentes resultantes de la actividad laboral del afiliado o los provocados por ésta, los que le puedan ocurrir durante el desplazamiento del y al puesto de trabajo, y las enfermedades contraídas durante el trabajo que estén incluidas en una lista oficial de enfermedades profesionales o que estén directamente provocadas por el trabajo habitual tras un examen efectuado por un comité de reconocimiento de las enfermedades profesionales.

Una vez ocurrido el accidente, el afectado debe informar inmediatamente a su empresa e indicarle los nombres y las señas de las personas que han sido testigos de éste. La empresa le entregará un formulario para que pueda dar parte del accidente y obtener las prestaciones en especie (asistencia) sin tener que pagar los gastos por adelantado.

Las enfermedades profesionales que se incluyen en la lista oficial de enfermedades profesionales y las que son reconocidas como tales por los comités regionales de reconocimiento de las enfermedades profesionales dan derecho a las mismas prestaciones que en el caso de un accidente de trabajo. Una vez contraída dicha enfermedad, debe informarse a la caja, dentro de un plazo de 15 días a partir de la fecha en que se ha causado baja laboral. La declaración dirigida a la caja debe ir acompañada de dos copias del certificado médico extendido por el médico del asegurado. Después de someterle a un examen médico, la caja le informará de la decisión tomada.

Si ha sufrido usted un accidente de trabajo o padece una enfermedad profesional, tiene derecho a asistencia sanitaria y a un subsidio diario, así como, llegado el caso, a una pensión por incapacidad permanente. En caso de fallecimiento, sus derechohabientes también podrán obtener una pensión.

● **Asistencia sanitaria**

Al presentar el parte del accidente tendrá derecho gratuitamente (salvo cuando la cuantía resultante sobrepase el *tarif de responsabilité*) a la asistencia sanitaria, los medicamentos, la hospitalización, las ayudas y las prótesis que necesite.

En determinadas circunstancias tendrá también derecho a una reeducación profesional o a una readaptación funcional.

● **Subsidio diario**

Tendrá derecho a un subsidio diario a partir del primer día de baja laboral. El subsidio diario equivale al 60 % de sus ingresos diarios brutos durante los 28 primeros días y, a continuación, al 80 % de ese salario, con un límite del 0,834 % del límite máximo anual de la Seguridad Social.

En caso de recaída, el formulario de accidente será extendido por la caja de enfermedad en lugar de por su empresa.

● **Pensión por incapacidad laboral permanente**

En el caso de que, como resultado de accidente o enfermedad, el asegurado permanezca parcial o totalmente incapacitado para trabajar de manera permanente, tendrá derecho a una pensión. El importe de la pensión depende de sus ingresos durante los 12 meses anteriores a la baja laboral y del grado de su incapacidad permanente. Se le concederá una indemnización de cuantía fija si la tasa de incapacidad permanente es inferior al 10 %.

● **Pensiones en caso de defunción**

La caja paga pensiones al cónyuge, a los hijos y, en determinadas condiciones, a los padres del asegurado fallecido. Las pensiones son equivalentes a un porcentaje sobre los ingresos anuales del asegurado fallecido. Este porcentaje asciende al 30 % para el cónyuge (50 % en determinados casos), 15 % por 1 hijo, 30 % por 2 hijos y 10 % por cada hijo adicional.

El importe total de las pensiones de superviviente de víctima de accidente laboral concedidas no puede superar el 85 % de los ingresos anuales del fallecido.

● **Asistencia sanitaria**

Los titulares de una renta de accidente de trabajo correspondiente a una tasa de incapacidad permanente de como mínimo el 66,6 % tienen derecho, y originan derecho, sin aplicación del *ticket modérateur*, a las prestaciones en especie de los seguros de enfermedad y maternidad. Los titulares de una renta de supervivientes también reciben prestaciones en especie de los seguros de enfermedad y maternidad.

● **Pagos fuera de Francia**

En determinadas condiciones, las pensiones y los subsidios arriba mencionados pueden pagarse en otro Estado miembro de la UE, siempre que el interesado resida allí o regrese a ese país o traslade su residencia al mismo.

4. Invalidez

El objetivo del seguro de invalidez es conceder al asegurado una pensión que compense la reducción duradera de su capacidad laboral y, en consecuencia, la disminución de sus ingresos. La pensión se concede siempre sobre una base temporal y puede ser revisada en cualquier momento. Únicamente las personas aseguradas pueden aspirar a una pensión de invalidez.

● Condiciones requeridas para tener derecho a una pensión de invalidez

Sólo podrá obtenerse una pensión de invalidez si se cumplen las siguientes seis condiciones:

- Haber quedado reducida en 2/3 la capacidad laboral o la capacidad para obtener ingresos.
- Tener menos de 60 años de edad.
- Justificar las condiciones de inscripción y de pago de cotizaciones o de duración de trabajo previstas, o el pago del subsidio diario del seguro de enfermedad más allá de 6 meses (véase el apartado B de la sección 2). En caso necesario se tendrán en cuenta los períodos de trabajo o de cotización realizados en otro Estado miembro.
- Existir confirmación médica del estado de salud del interesado.
- El interesado deberá someterse a cualquier revisión médica que le sea solicitada.

● Cuantía de la pensión

La cuantía de la pensión de invalidez depende del grado en que el afectado es capaz todavía de trabajar.

Si puede obtener un empleo remunerado, la pensión ascenderá al 30 % de sus ingresos anuales medios de los 10 mejores años divididos por 10, si ha habido 10, siempre sujeta a un tope máximo. Si no puede ejercer ninguna actividad, sea del tipo que sea, su pensión, siempre hasta un determinado tope máximo, ascenderá al 50 % de sus ingresos anuales medios de los 10 mejores años divididos por 10, si ha habido 10. Si necesita que alguien le preste cuidados y atenciones personales para efectuar los actos ordinarios de la vida corriente, se le pagará un complemento.

La pensión puede ser revisada, suspendida o retirada por causas médicas, y suspendida o retirada si realiza un trabajo por el cual obtiene remuneraciones de cierto nivel. Cuando alcance la edad de 60 años, la pensión de invalidez se convertirá en una pensión de vejez por incapacidad laboral (*pension de substitution*).

Si ha estado asegurado en dos o más Estados miembros, el importe de su pensión se determina de acuerdo con la reglamentación comunitaria. Esta reglamentación también se aplica cuando el interesado o sus familiares residan, tomen resi-

dencia o se trasladen temporalmente a otro Estado miembro.

● Asistencia sanitaria

Si cobra una pensión de invalidez, el interesado y sus familiares tendrán derecho al reembolso del coste de la asistencia sanitaria en caso de enfermedad o maternidad. En su propio caso, el reembolso asciende al 100 % del *tarif de responsabilité*.

5. Prestaciones de vejez y de supervivencia

La rama del seguro de vejez dentro del régimen general de seguros proporciona dos tipos de prestaciones:

- una pensión contributiva derivada del seguro, es decir, pensiones de vejez y pensiones de supervivencia;
- prestaciones no contributivas, es decir, subsidios de asistencia sometidos a la demostración de recursos propios y medios de vida (véase más abajo).

● Pensión de vejez

La pensión de vejez se calcula sobre la base de tres elementos: salario anual medio, tasa de liquidación y duración del período de seguro dentro del régimen.

- El salario anual medio se calcula a partir de los mejores años revalorizados de su carrera. Desde la ley de 22 de julio de 1993, que entró en vigor el 1 de enero de 1994, aumenta regularmente el número de años tenidos en cuenta. Puede variar entre 11 (para los asegurados nacidos en 1934) y 24 (para los nacidos en 1947). En 2008 será de 25, con independencia del año de nacimiento. En 2000, para los asegurados nacidos en 1940, el número de años tenidos en cuenta será de 17.
- La tasa para el cálculo de la pensión varía entre el 25 % y el 50 % según el tiempo en que usted haya estado asegurado en el conjunto de los regímenes y en función de su edad. A partir de los 60 años, para obtener la liquidación completa de su pensión de vejez debe reunir, en uno o varios regímenes de jubilación básicos, una serie de trimestres de seguro y de períodos reconocidos equivalentes, que varía en función del año de nacimiento. Desde el 1 de enero de 1994, para los asegurados nacidos a partir de 1934 esta duración aumenta progresivamente de un trimestre al año para llegar a 160 trimestres a partir del 1 de enero de 2003, con independencia del año de nacimiento. En 2000, se establece en 157 trimestres para

los asegurados nacidos en 1940. También se tendrán en cuenta los períodos de seguro que usted haya efectuado en un régimen de Seguridad Social de un Estado del Espacio Económico Europeo para determinar la tasa de liquidación de la pensión a partir de los 60 años.

Cuando entre los 60 y los 65 años no se alcanza el período mínimo de seguro, la tasa del 50 % se reducirá proporcionalmente. En cambio, se obtendrá automáticamente dicha tasa del 50 %, cualquiera que sea la duración de la afiliación, cuando el afiliado cumpla 65 años o cuando, antes de esa edad, se le declare incapacitado para trabajar. En determinadas condiciones, se concede el mismo beneficio a las madres de familia obreras cuando cumplen 60 años.

- Para determinar la cuantía de la pensión, la duración de la afiliación al régimen sigue fijada en 150 trimestres (por duración de la afiliación se entiende la duración de la afiliación al régimen general únicamente, incluidos los períodos asimilados, como períodos de desempleo, períodos de servicio militar, períodos de percepción de subsidios diarios de enfermedad o períodos de percepción de una pensión de invalidez y de una renta de accidente laboral correspondiente a una tasa de incapacidad permanente de como mínimo el 66,6 %). Cuando la duración de la afiliación es inferior a 150 trimestres, la pensión es igual a tantas cientocincuentavas partes como trimestres en el régimen general justificados por el afiliado.

● **Cuantías mínima y máxima de la pensión**

Todo asegurado cuya pensión corresponde al porcentaje completo tiene derecho a una pensión mínima llamada «mínimo contributivo». No obstante, si la pensión se calcula al porcentaje completo, pero sobre la base de una duración de afiliación al régimen inferior a 150 trimestres, este mínimo se ajustará proporcionalmente al período efectivo de cotización dentro del régimen general.

La pensión que se concede a partir de los 60 años de edad no excederá nunca de una cuantía máxima, que se fija en la mitad del sueldo más alto por el cual se ha cotizado.

En determinadas condiciones, la pensión se incrementa si:

- el pensionista ha criado 3 o más hijos;
- el pensionista debe recurrir, antes de los 65 años de edad, a la ayuda de un tercero para poder realizar los actos de la vida cotidiana;
- cuando el pensionista tenga a su cónyuge a cargo, y éste tenga 65 años o más, o 60 años en caso de incapacidad laboral.

● **Pensión de supervivencia**

Se concede al viudo o a la viuda de 55 o más años una pensión de supervivencia previa demostración de recursos. La pensión equivale al 54 % de la pensión de vejez del cónyuge fallecido. La pensión de supervivencia es dentro de ciertos límites compatible con otras prestaciones personales de vejez e invalidez.

Una pensión diferente, la de viudedad, se concede al cónyuge que padece una incapacidad permanente en el momento del fallecimiento del otro cónyuge, siempre que este último haya tenido derecho a una pensión de invalidez o de vejez. Esta pensión puede concederse a los supervivientes que no han alcanzado todavía los 55 años de edad.

El subsidio de viudedad garantiza, bajo determinadas condiciones, al cónyuge superviviente del asegurado fallecido un subsidio temporal a fin de que pueda integrarse o reintegrarse en el mundo laboral, que se paga durante un período máximo de 2 años a toda persona con menos de 55 años y que no disponga de recursos personales superiores a un determinado importe. Puede pagarse durante 5 años cuando el solicitante, en el momento del fallecimiento, haya cumplido los 50 años de edad. En este caso el subsidio se paga hasta los 55 años de edad.

● **¿A qué institución debe remitirse la solicitud?**

Las solicitudes de pensión de vejez, de supervivencia o de viudedad deben dirigirse:

- en el caso de París y su región, a la caja nacional del seguro de vejez de los trabajadores asalariados;
- en provincias, a los servicios de «vejez» de las cajas regionales del seguro de enfermedad;
- en Estrasburgo, a la caja regional del seguro de vejez de Estrasburgo.

Por lo que respecta a la solicitud de una pensión de viudedad de inválido, la solicitud debe presentarse ante la caja primaria del seguro de enfermedad o la caja regional del seguro de enfermedad de la región de *Île-de-France* si usted reside en la región de París.

La institución debe entregarle un acuse de recibo de su solicitud.

Si usted reside en otro Estado miembro debe presentar su solicitud a la institución del seguro de pensión del país en que resida.

● **Prestaciones no contributivas**

Existen también las siguientes prestaciones no contributivas de vejez:

- subsidio para las madres de familia;

- complemento para los pensionistas cuya pensión es inferior a un mínimo determinado;
- subsidio de vida (*secours viager*);
- subsidio especial de vejez;
- subsidio complementario del *Fonds de solidarité vieillesse*.

Estos subsidios se otorgan cuando se cumplen las siguientes condiciones básicas:

- el beneficiario debe tener 65 años de edad (o 60 si padece un incapacidad laboral);
- debe residir de manera estable y regular en Francia;
- sus ingresos no pueden exceder de un determinado nivel;
- debe haber trabajado por cuenta ajena o por cuenta propia durante un determinado período de tiempo.

La ayuda complementaria que proporciona el Fondo Nacional de Vejez sirve para complementar las diferentes ayudas de vejez de las personas situadas en los márgenes inferiores de ingresos. Se aplican las mismas condiciones arriba mencionadas en relación con la edad, la residencia y el nivel de ingresos. Esta ayuda es administrada por la misma institución que paga el subsidio normal de vejez.

● Derechos secundarios

Si recibe una pensión o un subsidio de vejez, tiene derecho a asistencia sanitaria para usted y sus derechohabientes. La Caja del seguro de enfermedad de su localidad de residencia le proporcionará estas prestaciones médicas contra presentación de su tarjeta de pensionista o mediante presentación de una prueba que demuestre que cobra una pensión.

● Seguro en dos o más Estados miembros

Si ha estado asegurado en dos o más Estados miembros, la cuantía de su pensión se determinará de acuerdo con la normativa comunitaria.

6. Indemnizaciones por defunción

El seguro de defunción prevé una indemnización única para las personas que vivían a cargo del asegurado de manera efectiva, total y permanente, en el momento de su fallecimiento. Si no se invoca ninguna prioridad en el plazo de 1 mes, el subsidio por defunción se atribuye al cónyuge superviviente no separado de hecho ni de derecho o, en su defecto, a sus descendientes y, en caso de que el asegurado no tenga ningún cónyuge superviviente ni descendientes, a los ascendientes.

El asegurado fallecido debía cumplir en el momento de la defunción las condiciones para recibir prestaciones en especie del seguro de enfermedad, o percibir un subsidio de sustitución, o bien ser titular de una pensión de invalidez o de una renta concedida con arreglo a la legislación sobre el seguro de accidentes de trabajo correspondiente a una incapacidad laboral de un mínimo del 66,6 %. Las condiciones requeridas para obtener la indemnización por defunción son las mismas que en el caso de la asistencia sanitaria del seguro de enfermedad (véase el apartado A de la sección 2); la persona fallecida debía cumplir dichas condiciones.

● Documentos necesarios

Hay que rellenar un formulario de solicitud para obtener la indemnización por defunción. La caja primaria del seguro de enfermedad le remitirá dicho impreso, que el interesado deberá entregar junto con el certificado de defunción, la tarjeta de afiliación del difunto, una declaración certificada acerca de la remuneración o sueldo que obtenía últimamente el asegurado, un certificado familiar del registro civil (*fiche familiale d'état civil*) y, en su caso, un documento que certifique que, en el momento de la defunción, el interesado vivía total y permanentemente a cargo del asegurado.

● Cuantía de la indemnización por defunción

La indemnización por defunción asciende a 90 veces el salario diario del asegurado, y se calcula del mismo modo que para obtener el subsidio de enfermedad. No puede ser inferior al 1 % de la cuantía del límite máximo anual de la Seguridad Social y no puede ser superior a una cuarta parte de dicho límite anual. Para cualquier información adicional diríjase a su caja primaria del seguro de enfermedad.

7. Subsidios familiares

La legislación francesa prevé los siguientes subsidios familiares:

- subsidios familiares propiamente dichos (*allocations familiales*);
- subsidio por hijos pequeños (*allocation pour jeune enfant*);
- complemento familiar (*complément familial*);
- subsidio de alquiler (*allocation de logement*);
- subsidio de educación especial (*allocation d'éducation spéciale*);
- subsidio de ayuda familiar (*allocation de soutien familial*);
- subsidio para comienzo del año escolar (*allocation de rentrée scolaire*);

- subsidio para hogares monoparentales (*allocation de parent isolé*);
- subsidio parental de educación (*allocation parentale d'éducation*);
- subsidio de adopción (*allocation d'adoption*);
- subsidio de presencia parental (*allocation de présence parentale*).

● **Condiciones requeridas**

Tendrá derecho a las ayudas familiares francesas si usted y su familia residen en Francia y si tiene como mínimo un hijo que vive total y permanentemente a su cargo. Para poder obtener el subsidio para el comienzo del año escolar, el subsidio para hogares monoparentales, el subsidio por hijos pequeños, el subsidio de adopción, el subsidio de alquiler y el complemento familiar, sus ingresos no deben superar una determinada cantidad.

Los subsidios familiares propiamente dichos (*allocations familiales*) se conceden a partir del segundo hijo que tenga a su cargo, pero incluso para un solo hijo pueden obtenerse determinadas ayudas, como el subsidio de alquiler, el subsidio para el comienzo del año escolar, el subsidio de educación especial, el subsidio por hijos pequeños y el subsidio para hogares monoparentales.

Si es trabajador por cuenta ajena o por cuenta propia en Francia, o si recibe en dicho país un subsidio de desempleo, y si su cónyuge reside con sus hijos en otro Estado miembro de la UE, pero no trabaja, tendrá usted derecho a las prestaciones familiares francesas arriba mencionadas, excepto el subsidio parental de educación, el subsidio de alquiler, el subsidio por hijos pequeños pagado hasta que el niño tenga 3 meses de edad y el subsidio de adopción. En cambio, si su cónyuge trabaja en otro Estado miembro, tendrá usted derecho a las ayudas familiares que prevé la legislación de aquel Estado y, en su caso, a un complemento pagadero por Francia.

● **Quiénes son los beneficiarios**

Las ayudas familiares se conceden por cada hijo de menos de 20 años de edad si se trata de una persona inactiva o si su remuneración es inferior al 55 % del SMIC. No se conceden subsidios familiares para el primer hijo.

Se conceden complementos para los hijos de más de 11 años o de más de 16 años de edad, excepto para el mayor cuando se trata de una familia con 2 hijos. No obstante, las familias que tienen 3 hijos o más reciben estos complementos para todos los hijos.

● **Procedimiento para solicitar los subsidios familiares**

Debe presentar la solicitud a la caja de subsidios familiares (*Caisse d'allocations familiales*) del lugar donde resida su familia.

En cuanto a los documentos que se necesitan para obtener cada una de las prestaciones arriba indicadas, véase la guía de subsidios familiares (*Guide des allocations familiales*) publicada por la caja de subsidios familiares, o póngase en contacto con la caja de la mutua social agrícola (*Caisse de mutualité sociale agricole*) de su lugar de residencia.

8. Desempleo

Si está usted trabajando en Francia y pierde su empleo, debe registrarse inmediatamente en la Asociación para el empleo en la industria y el comercio (Assedic) de su lugar de residencia con el fin de obtener un subsidio de desempleo y conservar su derecho a las prestaciones de la Seguridad Social.

Su Assedic le remitirá un formulario para solicitar el subsidio, impreso que debe usted cumplimentar y devolver junto con una declaración de la última empresa en la que ha trabajado, en la que se demuestre que su contrato de trabajo ha finalizado.

Si responde usted a las condiciones requeridas, el Assedic le pagará los subsidios de desempleo a los que tenga derecho. El subsidio que le corresponderá se conoce con el nombre de pago único decreciente (*allocation unique dégressive*, AUD).

Si ya no tiene derecho al seguro de desempleo o si no cumple las condiciones para obtener estas prestaciones, puede solicitar las prestaciones de la asistencia al desempleo, que dependen del nivel de ingresos de la persona.

● **Condiciones requeridas para tener derecho al subsidio de desempleo**

Para poder solicitar el subsidio de desempleo deben cumplirse las siguientes condiciones:

- Haber quedado en situación de desempleo involuntariamente.
- Estar registrado como solicitante de empleo y someterse a los procedimientos requeridos de inspección.
- Buscar efectiva y permanentemente un trabajo.
- Ser físicamente apto para el trabajo.
- No tener más de 60 años, o de 65 en el caso de que no le corresponda una pensión de jubilación a los 60 años.
- Poder demostrar una afiliación al régimen del seguro de desempleo de como mínimo 4 meses durante los 8 últimos meses. El período de referencia de la duración de la afiliación será de 2 años para las personas de menos de 50 años y de 3 años para las mayores de 50 años. Cuanto más prolongada sea la afiliación, más tiempo podrá cobrarse el subsidio de desempleo. Los períodos de

trabajo completados en otro Estado miembro pueden tomarse en consideración si se entrega el formulario E 301 extendido por la organización del seguro de desempleo del país donde se ha estado trabajando últimamente.

- **Extensión del período de subsidio y cuantía de éste**

La extensión del período durante el cual el desempleado tiene derecho a cobrar el subsidio de desempleo depende de la extensión del período previo de seguro y de la edad del desempleado.

En términos generales, quienes tienen más de 50 años tienen derecho a cobrar el subsidio durante períodos más prolongados que quienes tienen menos de 50 años. Para tener derecho al subsidio mínimo durante un período de 4 meses, debe haberse completado un período de 4 meses de trabajo asegurado (o bien haber trabajado durante 676 horas) en el transcurso de los últimos 8 meses. El período más amplio de cobro del subsidio (60 meses) le corresponde a las personas que tienen más de 55 años y han estado aseguradas durante más de 27 meses (o que han trabajado 4 563 horas) en el transcurso de los últimos 3 años.

El subsidio se paga durante un primer período a una tasa «normal» (completa) y a continuación se aplica una tasa decreciente. El primer período cubre normalmente entre 1/3 y 1/2 del período total de subsidio, mientras que el segundo período cubre la parte restante. La cuantía normal del subsidio diario se calcula como porcentaje de su ingreso bruto diario anterior sobre el cual se pagaron las cotizaciones. Este porcentaje puede variar desde el 57,4 %, si el interesado tenía ingresos relativamente elevados, hasta el 75 % si tenía ingresos relativamente bajos. Una vez finalizado el primer período, la cuantía normal del subsidio se reduce en un determinado porcentaje (el 15 % en la mayoría de los casos) cada 4 meses. No obstante, nunca quedará por debajo de un nivel mínimo de subsistencia fijado por el Estado.

Puede solicitar a su Assedic cualquier información adicional que necesite.

- **Desempleo parcial**

También puede concedérsele un subsidio en el caso de que la empresa para la cual trabaja reduzca la jornada de trabajo o la suspenda como resultado de falta de ventas en el mercado, problemas de suministro, accidentes o condiciones climáticas adversas.

Si trabaja en el sector de la construcción o en el de las obras públicas, puede obtener subsidios específicos en el caso de que las malas condiciones atmosféricas en el lugar de la obra provoquen

un desempleo temporal. Este subsidio será pagado por la empresa.

- **Búsqueda de trabajo en otros países**

Si llega a Francia procedente de otro Estado miembro y busca trabajo, o si está en desempleo en Francia y desea trasladarse a otro Estado miembro para buscar trabajo allí, debe consultar la normativa comunitaria.

9. Jubilación complementaria

A la jubilación básica (primer nivel del primer pilar) se añade la jubilación complementaria (segundo nivel del primer pilar), que es obligatoria para todos los asalariados pertenecientes al régimen general o al régimen agrícola. Los miembros que no son directivos cotizan sobre la totalidad de su remuneración, como máximo tres veces el límite de la Seguridad Social, al régimen único ARRCO (Asociación del régimen de la jubilación complementaria), que reúne a 90 instituciones de jubilación. Por su parte, los directivos cotizan hasta una vez el límite de la Seguridad Social al régimen ARRCO y, además, sobre toda su remuneración, dentro de un máximo de ocho veces el límite al régimen AGIRC (Asociación general de las instituciones de jubilación de los directivos), que reúne a 45 instituciones de jubilación. Estos regímenes complementarios, que están gestionados paritariamente de manera autónoma por los interlocutores sociales, funcionan según el principio de reparto.

Las cotizaciones pagadas a su nombre a lo largo de su vida profesional se transforman en puntos de jubilación, que se determinan cada año dividiendo el conjunto de las cotizaciones pagadas por el precio de compra de un punto (o salario de referencia) aplicable para el ejercicio en cuestión. El importe de su jubilación dependerá del número de puntos inscritos en su cuenta durante su carrera profesional. Para calcularlo es preciso multiplicar este número de puntos por su valor en el momento de la liquidación de la pensión.

En los regímenes complementarios de jubilación la edad para obtener una pensión completa es de 65 años. Puede obtenerse la liquidación de la jubilación complementaria, con determinadas condiciones, a partir de los 60 años sin coeficiente de anticipación. Existen prestaciones de reversión para los viudos y las viudas, los huérfanos menores de 21 años o los ex cónyuges supervivientes.

Desde el 1 de enero de 2000, le régimen AGIRC y el régimen ARRCO entran en el ámbito de aplicación del Reglamento (CE) nº 1408/71, junto con los regímenes de base de la Seguridad Social. Por tanto, se aplican a los regímenes complementarios las normas de coordinación previstas por el reglamento.

Capítulo II

TRABAJADORES POR CUENTA PROPIA (AUTÓNOMOS)

1. Introducción

En Francia, los trabajadores autónomos no agrícolas están cubiertos por otros regímenes de Seguridad Social que los trabajadores por cuenta ajena. Todos los autónomos no agrícolas están asegurados en un único régimen de seguros de enfermedad y maternidad. En cambio, existe un amplio abanico de ofertas para el seguro de vejez, invalidez y supervivencia. Según sea la naturaleza de su profesión o su actividad, quedará usted cubierto por los regímenes establecidos para artesanos, comerciantes, industriales o profesionales liberales.

Los trabajadores autónomos que no trabajen en el sector agrícola tienen derecho a las siguientes prestaciones:

- Prestaciones de enfermedad y maternidad (sección 2).
- Pensiones de vejez, invalidez y defunción (sección 3).
- Prestaciones familiares. Los autónomos reciben los mismos subsidios familiares y en las mismas condiciones que los trabajadores por cuenta ajena (véase la sección 7 del capítulo I).

No existen prestaciones especiales por accidentes de trabajo o desempleo. No obstante, usted puede cotizar voluntariamente al régimen general del seguro de accidentes laborales.

● A quién se considera trabajador autónomo

Por regla general se consideran trabajadores autónomos aquellos que pertenecen a los siguientes grupos:

- artesanos registrados en el correspondiente registro de oficios (*Répertoire des métiers*, RM), en su calidad de cabeza de una empresa privada o socio de una sociedad que debe estar registrada como tal;
- comerciantes o industriales inscritos en el registro mercantil (*Registre du commerce*) o sometidos en tanto que comerciantes al impuesto profesional;
- profesiones liberales, si usted no es un asalariado y si no está cubierto por el régimen general de la Seguridad Social o de una de las categorías de trabajadores autónomos que se mencionan más arriba.

● Cómo afiliarse a la Seguridad Social

La afiliación a los regímenes de la Seguridad Social arriba mencionados es obligatoria. Los artesanos, comerciantes e industriales deben inscribirse en el registro mercantil y de sociedades (RC) o en el registro de artesanos (RM) a los 15 días de haber iniciado sus actividades laborales en Francia, para tener derecho a las prestaciones que ofrece el seguro de enfermedad y maternidad.

Debe inscribirse usted en la caja regional de seguros (*Caisse mutuelle régionale*) que le corresponda dentro de un plazo de 2 meses. Esta caja le informará acerca de los trámites para inscribirse en un organismo homologado de su propia elección.

● Contribuciones y cotizaciones

Las contribuciones y cotizaciones que deben pagarse representan un determinado porcentaje de los ingresos profesionales. Las cotizaciones que los profesionales autónomos pagan para el seguro de vejez de base, en cambio, consisten en una cantidad fija.

La cotización al seguro de enfermedad se paga cada 6 meses, el 1 de abril y el 1 de octubre de cada año. Los artesanos y los comerciantes e industriales pagan una cotización suplementaria, ya que pueden recibir subsidios diarios.

Debe tener en cuenta que siempre debe estar al día con el pago de las cotizaciones, porque en caso de retraso podría exponerse a sanciones.

Las cotizaciones al seguro de pensiones varían según el régimen al cual esté acogido. En el caso de los profesionales liberales, varía según el sector al que pertenezca. Por regla general, tendrá que pagar cada 6 meses las cotizaciones a la caja.

Por último, en tanto que trabajador autónomo usted debe pagar una cotización para subsidios familiares a la *Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales* (Urssaf).

2. Enfermedad y maternidad

Los asegurados en activo y las personas que cobran una pensión como autónomos, y por regla general también los familiares que tienen a su cargo, tienen derecho al seguro de enfermedad y de maternidad.

● Prestaciones

La reglamentación prevé la misma asistencia sanitaria por enfermedad y maternidad que la prevista en el régimen general (véase el apartado A de la sección 2 del capítulo I).

Para obtener un reembolso debe enviar al organismo autorizado (mutua o compañía de seguros) que usted haya elegido las hojas de asistencia sanitaria debidamente rellenas. Los trabajadores autónomos también reciben la *carte vitale* en las mismas condiciones que los asalariados. Por tanto, las hojas de asistencia sanitaria pueden transmitirse por vía electrónica si el profesional sanitario está equipado para utilizar la *carte vitale*.

La reglamentación prevé también ayudas en metálico:

- En caso de maternidad, la mujer asegurada tiene derecho a un subsidio de descanso por maternidad (equivalente a un límite máximo mensual de la Seguridad Social y que se paga en dos partes) y a subsidios diarios globales en caso de interrupción de la actividad durante al menos 30 días consecutivos. La cuantía del subsidio diario equivale a 1/60 del límite mensual de la Seguridad Social. Los cónyuges que colaboren en el trabajo tienen derecho a un subsidio de descanso por maternidad (equivalente a un límite mensual de la Seguridad Social y que se paga en dos partes) y a un subsidio de sustitución que equivale al coste real de la sustitución hasta un límite de 1 085,44 EUR (7 120 FRF).
- Los asegurados que ejerzan una actividad artesanal, comercial o industrial tienen derecho a subsidios diarios en caso de enfermedad o accidente durante los primeros 90 días de interrupción del trabajo (período de carencia de 3 días en caso de hospitalización y de 7 días en caso de accidente o enfermedad). La cuantía del subsidio diario equivale a 1/720 de los ingresos profesionales anuales de los 3 últimos años, con un máximo de 1/720 del límite anual de la Seguridad Social.

Para más información, diríjase a la caja regional, la mutua de seguros, la compañía de seguros o la CANAM (*Caisse nationale d'assurance maladie des professions indépendantes*), Centre Paris Pleyel, Tour Ouest, F-93521 Saint-Denis, Cedex 1, tel. (33) 149 33 38 00.

3. Pensiones de vejez, de invalidez y de supervivencia

Existe un amplio abanico de regímenes que cubren a los autónomos en caso de vejez, invalidez y defunción. Los subsidios, sus importes

y las condiciones requeridas varían de un régimen a otro. Por esta razón tratamos la cuestión muy brevemente en esta guía; para obtener más información debe dirigirse:

- si es usted industrial o comerciante, a su mutua profesional o interprofesional o a la Caisse Nationale Organic, 9 rue Jadin, F-75017 Paris, Cedex 17, tel. (33) 140 53 43 00;
- si es usted artesano, a la delegación departamental de su lugar de actividad o a la Caisse Nationale Cancava, 28 Boulevard de Grenelle, F-75737 Paris, Cedex 15, tel. (33) 145 79 86 47;
- si usted ejerce una profesión liberal, a la sección correspondiente (hay 13 de estas secciones) o la Caisse Nationale CNAVPL, 102 rue de Miromesnil, F-75008 Paris, tel. (33) 144 95 01 50.

● Régimen para industriales y comerciantes

El régimen del seguro de pensiones para industriales y comerciantes prevé las siguientes prestaciones:

- Una pensión de jubilación para los asegurados y una pensión para el cónyuge del asegurado. Puede solicitarse una pensión de jubilación al alcanzar los 60 años de edad. Si ésta se basa en períodos de seguro posteriores al 1 de enero de 1973, el importe de la pensión se determina del mismo modo que en el régimen general de trabajadores por cuenta ajena (véase la sección 5 del capítulo I). En cuanto al régimen obligatorio complementario para cónyuges, su cónyuge coexistente o superviviente recibirá una pensión cuando usted alcance la edad de jubilación o cuando usted haya fallecido.
- Pensión de invalidez. En caso de invalidez total, excluyente de cualquier actividad profesional, se tiene derecho a una pensión de invalidez.
- Indemnización por defunción. Si el asegurado muere antes de alcanzar la edad de jubilación, las personas a su cargo obtendrán una indemnización por defunción.
- Pensión complementaria (opcional). Pueden pagarse cotizaciones voluntarias para ingresar en un régimen de pensión de jubilación complementaria. Puede elegirse entre siete categorías de cotizaciones.
- En caso de defunción, el cónyuge superviviente tendrá derecho a una pensión de supervivencia (*pension de réversion*) en las mismas condiciones que en el régimen general.

● Seguro para artesanos

El régimen de pensiones para artesanos incluye las siguientes prestaciones:

- Pensión de vejez, a la que se aplican las mismas reglas que para los comerciantes e industriales.
- Pensión complementaria de jubilación obligatoria. Los artesanos están obligados a pagar cotizaciones a un régimen complementario de pensión de jubilación. Cuando alcance la edad de la jubilación, al dejar de trabajar como artesano y percibir una pensión básica, cobrará una pensión de jubilación complementaria.
- Pensión de supervivencia (*pension de réversion*). El cónyuge de un asegurado fallecido tiene derecho a una pensión de supervivencia a los 55 años de edad. La cuantía asciende al 54 % de la pensión básica que el asegurado habría recibido. También recibirá una pensión con arreglo a la jubilación complementaria.
- Pensión de invalidez general y pensión por incapacidad profesional. En caso de invalidez total, los artesanos asegurados tienen derecho a una pensión de invalidez. El importe de la pensión equivale al 50 % de los ingresos medios del año anterior dentro del límite máximo de la Seguridad Social, pero no puede ser inferior a una cierta cantidad. A los 60 años de edad, la pensión de invalidez se convierte en una pensión de vejez. El asegurado también puede obtener una pensión temporal de invalidez profesional durante un período máximo de 3 años.

- Indemnización por defunción. Si el asegurado muere, las personas que tiene a su cargo reciben una indemnización.

● Profesiones liberales

Un profesional liberal tendrá normalmente derecho a las siguientes prestaciones:

- Pensión de vejez. Una pensión básica (*allocation de base*) que le será pagada al alcanzar los 65 años de edad, o a los 60 si tiene incapacidad laboral. También recibirá una pensión complementaria.
- Complemento o pensión para el cónyuge. Cuando su cónyuge alcance la edad de jubilación, su propia pensión puede verse incrementada con un complemento para el cónyuge. En caso de defunción, el cónyuge superviviente recibe una pensión equivalente a la mitad de la que recibía o habría recibido el asegurado al alcanzar los 65 años de edad.
- Seguro de invalidez o defunción. Este seguro no cubre todos los sectores profesionales. Diríjase a la sección que corresponda para informarse sobre sus derechos.

4. Otras informaciones

En las secciones respectivas expuestas más arriba se ofrecen los nombres del correspondiente organismo de la Seguridad Social competente para cada profesión. Puede dirigirse usted a esos organismos solicitando la información adicional que precise. Encontrará las señas de las correspondientes delegaciones locales en la guía telefónica de su lugar de residencia.

1. Introducción

En términos generales, las prestaciones sociales en Irlanda se dividen en tres apartados:

- Prestaciones contributivas (Seguridad Social), que se realizan en función del historial de cotización (PRSI: seguro social ligado a las cotizaciones). Cada prestación requiere haber abonado un determinado número de cotizaciones a la Seguridad Social.
- Prestaciones no contributivas (asistencia social), que se otorgan al solicitante después de haber pasado por una comprobación de sus medios de vida. Las prestaciones no contributivas están destinadas a las personas que no tienen derecho a recibir asignaciones de la Seguridad Social (sección 9).
- Un número limitado de prestaciones de carácter general como el subsidio por hijos, que no dependen ni de las cotizaciones a la Seguridad Social ni de los medios de vida del solicitante.

Cualquiera puede solicitar por derecho propio una prestación social siempre que cumpla con las condiciones requeridas. Aparte de su historial de cotizaciones o de la comprobación de sus propios recursos, según cuál sea la prestación solicitada pueden exigírsele también otros requisitos. Por ejemplo, si solicita un subsidio de desempleo, tiene que estar disponible para trabajar y buscar empleo. No existen regímenes especiales de la Seguridad Social con arreglo a la legislación irlandesa para categorías específicas de trabajadores.

● Prestaciones disponibles

Todas las personas que residen en Irlanda tienen derecho a cierto tipo de asistencia sanitaria (véase el apartado A de la sección 2) y al subsidio por hijos (sección 8).

Las demás prestaciones, pensiones y ayudas están a disposición de los asegurados y personas que éstos tienen a su cargo, e incluyen:

- determinados tratamientos médicos, subsidios de enfermedad y prestaciones de maternidad (apartados B, C y D de la sección 2);
- prestaciones por lesiones laborales (accidentes de trabajo y enfermedades profesionales) (sección 3);
- pensiones de invalidez (sección 4);
- pensiones de jubilación y de vejez (sección 5);

- prestaciones de viudedad y orfandad (sección 6);
- subsidios de desempleo (sección 7).

Los que no cumplen con las condiciones requeridas para acceder a estas (o algunas de estas) prestaciones del seguro, pueden tener derecho a recibir las ayudas del régimen no contributivo, que existen de forma paralela a prácticamente todos los demás seguros (sección 9).

● Quién está asegurado

En términos generales, están asegurados todos los trabajadores por cuenta ajena y todos los trabajadores autónomos mayores de 16 años que no hayan alcanzado la edad de jubilación (66 años). Los trabajadores por cuenta ajena que ganen menos de 38,09 EUR (30 IEP) a la semana (entre todos sus trabajos) o que superen la edad de 66 años únicamente están asegurados contra las lesiones laborales (accidentes de trabajo y enfermedades profesionales).

● Cotizaciones de los trabajadores por cuenta ajena al PRSI

Las cotizaciones al PRSI (*Pay-related social insurance*, Seguridad Social contributiva) representan un porcentaje de los ingresos brutos semanales del trabajador por cuenta ajena. Tanto la empresa como el trabajador por cuenta ajena pagan su parte de la cotización, pero algunos empleados que obtienen una remuneración muy baja están exentos de pagar (parte de) su cotización.

Su empresa es legalmente responsable de que se ingrese la totalidad de la cotización en el PRSI. Cuando la empresa le paga al trabajador, ya deduce de su sueldo la parte de la cotización que le corresponde pagar.

Esta cotización al PRSI normalmente pagada por los trabajadores por cuenta ajena se compone de dos diferentes elementos: las aportaciones a la Seguridad Social y la cotización por asistencia sanitaria (ambas representan un porcentaje sobre todos los ingresos). Existen diferentes grados de cotización según la clase de empleo de que se trate, que se denominan «clases contributivas».

No existe obligación de pagar la cotización por asistencia sanitaria cuando:

- el trabajador por cuenta ajena dispone de una tarjeta sanitaria (*medical card*) y, por tanto, tiene derecho a prestaciones sanitarias gratuitas;

- el trabajador por cuenta ajena recibe una pensión de viudedad, el subsidio de familia monoparental (*One Parent Family Payment, OPFP*) o el subsidio de esposa abandonada, o bien una pensión de viudedad de otro Estado miembro de la UE o de un Estado del Espacio Económico Europeo (EEE) o de un país con el cual Irlanda tenga un acuerdo bilateral de Seguridad Social.

- **Cotizaciones de los trabajadores autónomos al PRSI**

Las personas que trabajan por cuenta propia cotizan al PRSI con un porcentaje de sus ingresos brutos, descontando la cuota de jubilación y ciertas desgravaciones fiscales. Los trabajadores autónomos que tienen ingresos reducidos pagan una cotización media fija.

Los autónomos pagan generalmente sus cotizaciones al PRSI a través de los servicios de Hacienda (*Revenue Commissioners*). Si sus ingresos son tan bajos que no tiene necesidad de hacer una declaración anual de la renta a efectos de impuestos, debe pagar sus cotizaciones al PRSI al Ministerio de Asuntos Sociales, Comunitarios y Familiares (*Department of Social, Community and Family Affairs*).

- **Cotizaciones acreditadas o ficticias (créditos PRSI)**

Para tener derecho a las prestaciones contributivas (Seguridad Social), debe haberse trabajado y pagado cotizaciones al PRSI. Si en alguna etapa de su vida laboral no se ha cotizado al PRSI, y por tanto no se puede demostrar haber realizado pagos durante dos ejercicios fiscales completos, no se podrán obtener créditos PRSI hasta haber vuelto a trabajar y a pagar cotizaciones al PRSI durante 26 semanas como mínimo.

Con el fin de proteger los derechos futuros de los trabajadores a obtener prestaciones y pensiones, el Ministerio de Asuntos Sociales, Comunitarios y Familiares acredita en determinadas circunstancias cotizaciones al PRSI. Estos créditos (cotizaciones ficticias) se conceden por regla general a las personas que cobran ayudas de la asistencia social porque están en paro, por enfermedad, o a los jubilados, así como a las personas que se encuentran realizando algún curso de capacitación en el organismo nacional responsable de la formación (*Training and Employment Authority, FÁS*). Además, se conceden créditos especiales del PRSI (que se denominan créditos de pre-entrada) a las personas que inician su primer trabajo. También pueden concederse créditos para estudiantes.

- **Organización**

Las cotizaciones a la Seguridad Social tanto de los trabajadores por cuenta ajena como de las empresas (excluyendo las cotizaciones por asistencia sanitaria) se ingresan en la Tesorería de la Seguridad Social, a la que contribuye también el Estado. Esta Tesorería es la que efectúa los pagos bajo los diferentes regímenes de la Seguridad Social y es administrada por el Ministerio de Asuntos Sociales, Comunitarios y Familiares. En cambio, las ayudas no contributivas son financiadas por el Estado.

La asistencia sanitaria del Servicio de Salud es financiada por el Estado y por las cotizaciones a dicho Servicio. Estas cotizaciones son administradas por 8 delegaciones regionales (*Regional Health Authorities*) bajo la supervisión general del Ministerio de Sanidad y de la Infancia (*Department of Health and Children*) en Dublín. Las indemnizaciones por despido económico son administradas por el Ministerio de Empresas, Comercio y Empleo en Dublín (*Department of Enterprise, Trade & Employment*) (véase la sección 11).

- **Cómo afiliarse a la Seguridad Social**

Cuando inicia usted un trabajo en Irlanda debe solicitar inmediatamente a su delegación local de Bienestar Social un número personal de servicio público (*Personal Public Service Number, PPSN*). Se trata de un número de referencia para todas las diligencias que efectúe ante los servicios públicos, incluida la Seguridad Social, las desgravaciones fiscales y el acceso a los servicios de asistencia sanitaria. Ha sustituido al antiguo número de ingresos y Seguridad Social (*Revenue and Social Insurance Number, RSI*). Si ya posee un número de RSI, no tiene que solicitar un nuevo número, ya que el antiguo pasa a ser automáticamente el PPSN. Cuando le hayan concedido su PPSN, debe ponerse en contacto con la delegación local de Hacienda para poner al día su situación fiscal.

Debe asegurarse de que ha quedado inscrito y de que su empresa conoce su PPSN. De no hacerlo, podría suceder que no se registraran correctamente sus cotizaciones al PRSI.

El PPSN debe consignarse cada vez que reclame alguna prestación, y también en su correspondencia con el Ministerio de Asuntos Sociales, Comunitarios y Familiares. Este número asegura la posibilidad de identificar rápidamente su historial y de que reciba sin retrasos indebidos los pagos que deban hacersele.

- **Seguro voluntario**

Los menores de 66 años pueden mantener el derecho a determinadas prestaciones (como el derecho a cobrar una pensión), aunque dejen de

estar cubiertos por el seguro obligatorio, pagando cotizaciones voluntarias. Sin embargo, esto sólo es posible si han trabajado y cotizado al PRSI durante 156 semanas como mínimo, y si lo solicitan dentro de un determinado plazo hábil después de haber dejado de estar asegurados en el régimen obligatorio.

● **Condiciones de cotización al PRSI**

No se exigen condiciones de cotización al PRSI para obtener asistencia sanitaria, prestaciones por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales o subsidios por hijos. En cambio, para la mayoría de los demás subsidios hay que cumplir con determinados requisitos de cotización al PRSI.

En términos generales, para obtener subsidios temporales breves (subsidio por incapacidad laboral, subsidio de maternidad, subsidio de desempleo, etc.) el trabajador debe haber cotizado al PRSI durante 39 semanas desde que se ha afiliado al seguro, y debe haber pagado como mínimo 39 semanas de cotizaciones al PRSI o tenerlas acreditadas en el ejercicio fiscal (que va del 6 de abril de un año al 5 de abril del año siguiente) anterior al año en que solicita la prestación (es decir, 1 año civil).

En cambio, para las prestaciones económicas a largo plazo, como pensiones de viudedad, pensiones de jubilación y pensiones de vejez, el trabajador debe haber cotizado al PRSI como mínimo durante 156 semanas (260 semanas en el caso de pensión de invalidez y de pensión proporcional del seguro mixto), así como demostrar un promedio anual mínimo de cotizaciones pagadas o acreditadas.

Los períodos de seguro completados en otro Estado miembro de la UE o en un Estado del EEE pueden totalizarse para satisfacer las condiciones requeridas para obtener prestaciones en Irlanda. Para este fin deben aportarse los formularios extendidos por los organismos de seguros del país que se ha abandonado; por ejemplo, para las prestaciones de enfermedad, maternidad o defunción, el formulario E 104; para las prestaciones de desempleo, el formulario E 301.

2. Enfermedad y maternidad

A. PRESTACIONES SANITARIAS EN ESPECIE

Por regla general, el derecho a obtener prestaciones sanitarias se basa en los ingresos del interesado. Hay establecidas dos categorías: las personas con derecho pleno (categoría 1) y las personas con derecho limitado (categoría 2).

● **Categoría 1: titulares de tarjeta sanitaria, con derecho pleno**

La categoría 1 comprende a las personas que en opinión del Director de la Delegación del Servicio de Salud (*Chief Executive Officer*) competente no pueden pagar, para ellos mismos y para las personas que tienen a su cargo, los servicios médicos. Con frecuencia se habla de estas personas como tenedores de tarjeta sanitaria (*medical card*), pues se les entrega esta tarjeta para dar fe de que tienen derecho a tales prestaciones. La dirección de las delegaciones tiene a su disposición determinados baremos de ingresos que le ayudan a determinar si una persona entra en la categoría 1 o 2. Estos baremos se revisan cada año al alza.

Los tenedores de tarjetas sanitarias pueden disponer de los siguientes servicios:

- asistencia por un médico de cabecera;
- servicios hospitalarios en régimen de ingreso en los hospitales públicos;
- servicios de especialistas en clínicas y ambulatorios;
- servicios de odontología, oftalmología y audición;
- medicinas y productos farmacéuticos recetados, así como piezas ortopédicas médicas y quirúrgicas, prótesis dentales, lentes y audífonos;
- asistencia sanitaria de maternidad y de bienestar infantil;
- una ayuda de maternidad por cada hijo recién nacido.

● **Categoría 2: personas con derecho limitado**

Las personas que no poseen derecho pleno a los servicios de sanidad, poseen en cambio un derecho limitado. Las personas de la categoría 2 tienen derecho a:

- asistencia hospitalaria en régimen completo de ingreso en instituciones públicas, sujeto al pago de determinadas cuotas;
- asistencia por especialista (excluyendo la odontología y las revisiones oftalmológicas y audiológicas rutinarias) en ambulatorio, sujeto al pago de determinadas cuotas;
- prestaciones sanitarias de maternidad y de bienestar infantil, incluyendo asistencia médica durante el embarazo y asistencia médica para la madre y el hijo hasta 6 semanas después del parto;
- un reembolso del coste de productos farmacéuticos y medicinas por encima de cierto límite especificado;

- productos farmacéuticos y medicinas para el tratamiento de determinadas enfermedades de larga duración acogidas al régimen de asistencia prolongada.

● **Prestaciones gratuitas para todos**

Todas las personas que residen habitualmente en Irlanda tienen derecho a las siguientes prestaciones gratuitas:

- servicios hospitalarios para los niños que sufren determinadas enfermedades de larga duración;
- productos farmacéuticos y medicinas para las personas que padecen determinadas discapacidades;
- servicios hospitalarios de tratamiento, diagnóstico y prevención de enfermedades infecciosas.

● **Ayudas pagadas por las oficinas sanitarias regionales**

- Una ayuda por cuidados domiciliarios (*Domiciliary Care Allowance*) para hijos discapacitados hasta que cumplen 16 años de edad, cuando necesiten atenciones y cuidados que excedan considerablemente de los que necesita normalmente un niño de la misma edad.
- Se concede una ayuda por enfermedades infecciosas (*Infectious Diseases Maintenance Allowance*), sujeta a la comprobación de recursos propios, a las personas que deben someterse a un tratamiento contra la tuberculosis y otras enfermedades infecciosas.

Las personas que necesiten prestaciones sanitarias deben acudir a la delegación del Servicio de Salud (*Health Board*) de su zona (véanse las señas en la sección 11).

B. AYUDAS PARA TRATAMIENTO MÉDICO

Las prestaciones incluidas en este régimen son:

- prestaciones odontológicas (tratamiento odontológico y suministro de dentaduras);
- prestaciones ópticas (examen de la vista y suministro de lentes);
- suministro de audífonos y lentes de contacto.

Tienen acceso a ellas los asegurados que cumplen las condiciones requeridas de cotización y los cónyuges a su cargo. Se les exigirá el pago de una parte del coste del tratamiento o de las piezas ortopédicas.

Para poder acceder a tratamiento sanitario debe cumplir las siguientes condiciones de cotización al PRSI:

- Si tiene menos de 21 años, debe haber cotizado como mínimo 39 semanas al PRSI desde que empezó a trabajar.
- Si tiene entre 21 y 24 años, debe haber cotizado como mínimo 39 semanas al PRSI desde que empezó a trabajar y haber cotizado o acreditado 39 semanas ⁽¹⁾ al PRSI en el ejercicio fiscal en que se basa su solicitud.
- Si tiene entre 25 y 65 años, debe haber cotizado como mínimo 260 semanas al PRSI, haber cotizado 39 semanas al PRSI desde que empezó a trabajar y haber cotizado o acreditado 39 semanas ⁽¹⁾ al PRSI en el ejercicio fiscal en que se basa su solicitud.
- Si tiene 66 o más años, debe haber cotizado como mínimo 260 semanas al PRSI, haber cotizado 39 semanas al PRSI desde que empezó a trabajar y haber cotizado o acreditado 39 semanas ⁽¹⁾ al PRSI en los 2 últimos ejercicios fiscales antes de cumplir 66 años de edad.

C. SUBSIDIO POR ENFERMEDAD

El subsidio por enfermedad se le paga semanalmente al asegurado durante los períodos en que padece tal incapacidad. Este subsidio puede ser sustituido por el subsidio por daños laborales cuando la incapacidad es resultado de un accidente de trabajo o una enfermedad profesional (véase más arriba).

Para poder reclamar un subsidio por enfermedad, el asegurado debe:

- estar incapacitado para trabajar y
- satisfacer las condiciones contributivas.

El subsidio por enfermedad se paga normalmente a partir del cuarto día de enfermedad. El trabajador continuará teniendo derecho a dicho subsidio mientras siga incapacitado para trabajar o hasta que alcance la edad de jubilación, siempre que haya pagado como mínimo 260 semanas de cotizaciones al PRSI. De no ser así, el pago de este subsidio cesará una vez transcurridas 52 semanas de enfermedad. En caso necesario se tendrán en cuenta los períodos de cotización o períodos equivalentes completados en otro Estado miembro o en un Estado del EEE.

El subsidio por enfermedad debe reclamarse dentro de un plazo de 7 días a partir de aquel en que se manifiesta. Debe enviarse un certificado de enfermedad al Ministerio de Asuntos Sociales,

⁽¹⁾ En el caso de las 39 semanas pagadas o acreditadas, un mínimo de 13 semanas deberán ser cotizaciones pagadas en:

- el ejercicio fiscal en que se basa la solicitud o
- en uno de los dos ejercicios fiscales anteriores o
- en cualquier ejercicio fiscal posterior al ejercicio fiscal pertinente (puede tratarse del año fiscal actual, pero no de una combinación de cualquiera de los dos ejercicios fiscales).

Comunitarios y Familiares, certificado del que disponen la mayoría de los médicos. Normalmente habrá que enviar por cada semana de enfermedad un certificado al Ministerio de Asuntos Sociales, Comunitarios y Familiares.

Las prestaciones por enfermedad, junto con las ayudas para personas adultas e hijos menores a cargo del asegurado, se pagan semanalmente con un cheque postal. Los beneficiarios de larga duración reciben sus pagos mediante un cheque semanal o una libreta de órdenes de pago, que les permite cobrar el subsidio cada semana en una oficina postal local o directamente en una cuenta bancaria.

Quienes viven fuera de Irlanda en otro Estado miembro de la UE, pueden obtener el subsidio por enfermedad si ha estado trabajando en Irlanda por cuenta ajena durante el último período de cotización.

D. PRESTACIONES DE MATERNIDAD

Pueden obtener un subsidio de maternidad las trabajadoras por cuenta ajena cubiertas por la Ley de protección de la maternidad de 1994, inmediatamente antes del primer día de su permiso de maternidad. En 1997 se extendió el subsidio de maternidad a las trabajadoras por cuenta propia.

Para tener derecho al subsidio, la interesada debe:

- haber cotizado como mínimo 39 semanas al PRSI y
- haber pagado o tener acreditadas como mínimo 39 semanas de cotizaciones al PRSI en el ejercicio fiscal de referencia (*Governing Contribution Year*), o 39 semanas de cotizaciones al PRSI pagadas en los 12 meses inmediatamente anteriores al primer día del permiso de maternidad.

Los períodos de seguro o períodos equivalentes completados en otro Estado miembro de la UE o en un Estado del EEE pueden tenerse en cuenta a efectos de cumplir con las condiciones requeridas para las prestaciones de maternidad.

Las prestaciones de maternidad deben solicitarse como mínimo 10 semanas antes de la fecha en que se espera que se produzca el parto. Se entregará a la interesada el formulario de solicitud en su Oficina Local de Bienestar Social (*Social Welfare Office*), formulario que debe ser cumplimentado por su médico y su empresa y devuelto al Ministerio de Asuntos Sociales, Comunitarios y Familiares.

El subsidio de maternidad se paga durante un período de 18 semanas, 4 de las cuales deben ser forzosamente anteriores y 4 posteriores a la fecha prevista para el parto. Este subsidio se paga semanalmente mediante cheque postal o en una cuenta bancaria. La cuantía asciende al 70 % de

los ingresos de la interesada en el correspondiente ejercicio fiscal, sujeta a un mínimo y máximo establecidos. La fecha en que se inicia el permiso de maternidad determina el ejercicio fiscal correspondiente para el cálculo de los ingresos.

También puede tenerse derecho a determinados servicios de asistencia por maternidad que proporcionará la delegación local del Servicio de Salud (*Local Health Board*, véase el apartado A de la sección 2).

● Subsidio de salud y seguridad

El subsidio de salud y seguridad se paga a las trabajadoras por cuenta ajena si están embarazadas, han tenido un hijo recientemente o están en período de lactancia y no pueden seguir trabajando ya que representa un riesgo para su salud y seguridad, y su empresa les ha concedido una baja por motivos de salud y seguridad.

La baja por motivos de salud y seguridad la concede la empresa a una trabajadora cuando la empresa no puede eliminar un riesgo para su salud o su seguridad durante su embarazo, después del parto o durante el período de lactancia, ni puede asignarle otras tareas alternativas que no representen ningún riesgo.

Deben cumplirse las siguientes condiciones:

- Ser una trabajadora embarazada y estar expuesta a una serie de riesgos en el lugar de trabajo, o efectuar un trabajo nocturno ⁽¹⁾.
- O bien ser una trabajadora que ha dado a luz en las 14 semanas anteriores y que efectúa un trabajo nocturno ⁽¹⁾.
- O bien estar en período de lactancia (hasta 26 semanas después del parto) y estar expuesta a una serie de riesgos en el lugar de trabajo (puede obtenerse información detallada sobre los riesgos en el organismo responsable de la salud y la seguridad [*Health and Safety Authority*]).
- Asimismo, debe habersele concedido una baja por motivos de salud y seguridad de conformidad con el artículo 18 de la Ley de protección de la maternidad de 1994.
- También debe haber cumplido las condiciones relativas al pago de cotizaciones al PRSI.

Para tener derecho a esta baja, se deben cumplir las siguientes condiciones:

⁽¹⁾ De conformidad con el Reglamento de 1994 sobre salud y seguridad en el trabajo (trabajadoras embarazadas, etc.), se define el trabajo nocturno como «[...] trabajo en el período entre las 23 horas de cualquier día y las 6 horas del día siguiente, a condición de que:

- a) El trabajador trabaje como mínimo 3 horas en dicho período, de forma habitual.
- b) Al menos el 25 % del tiempo de trabajo mensual de los trabajadores se efectúe en dicho período».

- Haber cotizado al menos 13 semanas al PRSI en los 12 meses inmediatamente anteriores a la fecha prevista del parto, o
- haber cotizado 39 semanas al PRSI desde que comenzó a trabajar y haber cotizado o acreditado 39 semanas en el año en cuestión.

Su empresa está obligada a pagarle los primeros 21 días de la baja por salud y seguridad. A continuación, se paga el subsidio durante el período restante de la baja por salud y seguridad mediante un cheque postal o directamente en la cuenta bancaria de la beneficiaria.

3. Accidentes laborales y enfermedades profesionales

Tienen derecho a las prestaciones por lesiones laborales (*occupational injuries benefits*) los asegurados que sufren accidentes en el transcurso de su trabajo o que contraen determinadas enfermedades profesionales. Las prestaciones pueden consistir en subsidios por lesiones, subsidios por incapacidad laboral, complemento de desempleo, asistencia sanitaria y prestaciones por fallecimiento.

● Prestaciones por lesiones laborales

El subsidio por lesiones laborales se le pagará al asegurado mientras permanezca incapacitado para el trabajo hasta un período máximo de 26 semanas, empezando por la fecha del accidente o el inicio de la enfermedad profesional. Si sigue afectado de incapacidad laboral una vez transcurridas estas 26 semanas, puede tener derecho a un subsidio por incapacidad laboral (véase el apartado C de la sección 2).

Si sufre un accidente de trabajo, el trabajador debe informar a su empresa. Tendrá que remitir un certificado de incapacidad laboral al Ministerio de Asuntos Sociales, Comunitarios y Familiares, en un formulario que posee la mayoría de los médicos. Por cada semana de incapacidad laboral hay que remitir un certificado.

El pago del subsidio por lesiones laborales, que incluye también ayudas para las personas que el interesado tenga a su cargo, tanto adultos como hijos menores (véase, más abajo, la sección 8), se inicia normalmente a partir del cuarto día de la incapacidad. El subsidio se cobra por medio de un cheque que le será remitido cada semana por correo.

● Prestación por discapacidad laboral y complemento de desempleo permanente

La prestación por discapacidad laboral se abonará si el asegurado sufre, como consecuencia de un accidente de trabajo o una enfermedad profesional, una disminución de sus facultades físicas o

mentales, aunque no haya quedado totalmente incapacitado para el trabajo. Esta prestación debe solicitarse en un plazo hábil de 3 meses, pues de no hacerse puede perderse parte del derecho a cobrarla.

Se paga un complemento de desempleo permanente a las personas que obtienen una prestación por discapacidad y han quedado permanentemente incapacitadas para el trabajo, y a las que no pueden obtener un subsidio de incapacidad laboral (véase el apartado C de la sección 2).

● Asistencia sanitaria

El régimen de lesiones laborales cubre el coste de la asistencia médica cuando supera los gastos ya pagados por las delegaciones regionales del Servicio de Salud o mediante un tratamiento médico (véase la sección 2).

Si recurre a asistencia médica como resultado de un accidente de trabajo o una enfermedad profesional, debe notificarlo al Ministerio dentro de un plazo de 6 semanas después del comienzo de las prestaciones.

● Prestaciones por fallecimiento

Se pagan prestaciones por fallecimiento cuando el asegurado muere como resultado de un accidente de trabajo o una enfermedad profesional. También pueden pagarse a quienes estuvieran a cargo de una persona que, en el momento de su muerte, recibía una pensión por discapacidad que representaba una incapacidad del 50 % o más, con independencia de la causa de la muerte. Estas prestaciones incluyen:

- una pensión de viudedad;
- una pensión de orfandad;
- pensiones para los padres que vivían a cargo del asegurado;
- una asignación por el entierro.

Estas prestaciones deben solicitarse dentro de un plazo hábil de 3 meses después del fallecimiento, mediante un formulario que puede solicitarse al Ministerio de Asuntos Sociales, Comunitarios y Familiares. De no hacerse, puede perderse el derecho a percibir la prestación.

● Implicación de diferentes Estados miembros de la UE

El interesado sigue teniendo derecho a las prestaciones por discapacidad y otras que se describen más arriba aunque se traslade a otro Estado miembro. Para este fin debe ponerse en contacto, con bastante antelación a su viaje con el organismo del que cobra la prestación, dando tiempo a la realización de los trámites para que la prestación le sea pagada en otro Estado miembro.

Existen reglas especiales para la concesión de las prestaciones cuando se contrae una enfermedad profesional como resultado de haber trabajado en más de un Estado miembro, y también en el caso de que se produzca un agravamiento de dicha enfermedad. Si usted cree que está afectado por alguna de estas normas, debe dirigirse a la Oficina Local de Bienestar Social (*Social Welfare Office*) de la localidad en que resida.

4. Invalidez

Se pagará semanalmente una pensión de invalidez en lugar del subsidio por incapacidad laboral (véase el apartado C de la sección 2) al asegurado que certifique estar permanentemente incapacitado para trabajar, y que cumpla con las condiciones requeridas de cotización al PRSI.

Para poder obtener una pensión de invalidez deberá cumplir las siguientes condiciones:

- haber cotizado como mínimo 260 semanas al PRSI desde 1953 y
- haber cotizado o acreditado como mínimo 48 semanas al PRSI en el ejercicio fiscal de referencia (*Governing Contribution Year*).

Generalmente, antes de solicitar una pensión de invalidez, el asegurado deberá haber estado cobrando un subsidio de incapacidad laboral durante como mínimo 12 meses. En algunas circunstancias, sin embargo, es posible obtener la pensión con anterioridad.

La pensión de invalidez, que incluye ayudas para personas adultas e hijos menores a su cargo, se paga por medio de una libreta de órdenes de pago que se pueden cobrar semanalmente en cualquier oficina postal, directamente en una cuenta bancaria, o mediante transferencia electrónica, si se reside en Irlanda. Si se reside en otro país, la pensión se pagará normalmente por cheque mensual.

5. Pensiones de vejez

● Pensiones de jubilación

La pensión de jubilación se paga a partir de los 65 años de edad a las personas que se retiran de un trabajo realizado a tiempo completo y que cumplen las condiciones requeridas de cotización al PRSI.

Por regla general, las personas que tienen entre 65 y 66 años de edad cumplen las condiciones necesarias para jubilarse si sus ingresos semanales no alcanzan la suma de 38,09 EUR (30 IEP) o más a la semana como trabajador por cuenta ajena, o si tienen ingresos de 3 174,35 EUR (2 500 IEP) o más al año como trabajador autónomo. Esta

condición de jubilación no es aplicable a las personas que tienen 66 o más años.

Las condiciones requeridas de cotización al PRSI son las siguientes:

- haber estado asegurado antes de alcanzar los 55 años de edad;
- haber pagado como mínimo 156 cotizaciones y
- tener un promedio mínimo anual de 24 semanas de cotización al PRSI pagadas o acreditadas durante un cierto período de tiempo, o tener un promedio anual de 48 semanas de cotizaciones al PRSI pagadas o acreditadas desde 1979.

Está previsto modificar las condiciones que permiten acceder a una pensión de jubilación el 6 de abril de 2002:

- si una persona cumple los 65 años de edad entre el 6 de abril de 2002 y el 5 de abril de 2012, debe haber pagado como mínimo 260 cotizaciones completas;
- si una persona cumple los 65 años de edad después del 6 de abril de 2012, debe haber pagado como mínimo 520 cotizaciones completas, o, si ha pagado al menos 260 cotizaciones completas, puede alcanzar las 520 requeridas si paga cotizaciones voluntarias a una tasa elevada.

● Pensión prorrateada

Puede concederse una pensión prorrateada en caso de que una persona no cumpla las condiciones para recibir una pensión de jubilación normal. Para poder recibir una pensión prorrateada, la persona debe haber trabajado o residido en un país cubierto por la normativa comunitaria o en un país con el que Irlanda posea un acuerdo bilateral en materia de la Seguridad Social. En esta pensión se combina el historial de la Seguridad Social irlandesa con el de otro país, y se utiliza una fórmula especial para calcular el derecho a una pensión prorrateada. También puede pagarse una pensión en el otro país en el que trabajó o residió, lo que se decidirá y pagará en ese país.

Esta condición de jubilación no es aplicable una vez alcanzada la edad en que se obtiene la pensión de vejez contributiva (véase más abajo).

La solicitud de una pensión de jubilación debe presentarse dentro de los 3 meses anteriores a la fecha en que se alcanzan los 65 años de edad o dentro de los 3 meses siguientes a la fecha en que el interesado se retira de un trabajo asegurado cuando esto se produce después de haber alcanzado los 65 años de edad. El formulario de solicitud puede obtenerse en todas las oficinas locales de Bienestar Social y en las oficinas de correos.

El pago, que incluye ayudas para personas adultas e hijos menores a su cargo (véase la sección 8), se efectúa por medio de una libreta de órdenes de pago que pueden cobrarse semanalmente en cualquier oficina postal si se reside en Irlanda, o mediante el ingreso en una cuenta bancaria.

El viudo o la viuda de un pensionista jubilado cuya pensión incluye una ayuda para el cónyuge tiene automáticamente derecho a una pensión de viudedad cuando muere el asegurado.

La pensión de jubilación puede ser pagada también en el exterior. Si el interesado tiene intención de irse a vivir a otro país, debe ponerse en contacto con la Oficina de servicios de pensiones, Sligo, antes de abandonar el país.

● **Pensión contributiva de vejez**

Esta pensión se paga a partir de la edad de jubilación (66 años) cuando el asegurado cumple con las condiciones de cotización al PRSI. Cualquier persona, aunque continúe trabajando, puede seguir cobrando esta pensión, pero ésta no puede compaginarse con una pensión de jubilación.

La pensión contributiva de vejez debe solicitarse dentro de un plazo de 3 meses antes de alcanzar la edad, mediante un formulario que se solicita a la Oficina Local de Bienestar Social o a la oficina de correos.

Las condiciones de cotización al PRSI que deben cumplirse son las siguientes:

- Debe haberse comenzado a pagar cotizaciones a la Seguridad Social antes de cumplir los 56 años de edad.
- Deben haberse pagado como mínimo 156 cotizaciones completas, o, si la media anual es de entre 10 y 19, deben haberse pagado al menos 260 cotizaciones completas.
- Si ha pagado o acreditado una media anual de como mínimo 48 cotizaciones completas desde 1979 hasta el final del ejercicio fiscal del año anterior a aquel en que usted cumpla los 66 años de edad, tendrá derecho a la pensión máxima (esto solamente se aplica si alcanza la edad de jubilación el 6 de abril de 1992 o en fecha posterior).
- Debe haber pagado o acreditado una media anual de como mínimo 10 semanas de cotizaciones desde 1953 (o desde el momento en que empezó un trabajo asegurado) hasta el final del ejercicio fiscal antes del año anterior a aquel en que cumple 66 años de edad. Si ha pagado una media anual de 10 semanas de cotizaciones completas, tendrá derecho a la pensión mínima (contributiva) de vejez.

Está previsto modificar las condiciones para la obtención de una pensión (contributiva) de vejez a partir del 6 de abril de 2002:

- Si usted cumple 66 años de edad entre el 6 de abril de 2002 y el 5 de abril de 2012, debe haber pagado como mínimo 260 cotizaciones completas, con independencia de la media anual.
- Si usted cumple 66 años de edad después del 6 de abril de 2012, debe haber pagado como mínimo 520 cotizaciones completas, o, si ha pagado al menos 260 cotizaciones completas, puede alcanzar las 520 requeridas si paga cotizaciones voluntarias a una tasa elevada.

A las personas que renuncian parcialmente a su empleo remunerado para ocuparse de un niño de hasta 12 años de edad o de una persona incapacitada pueden descontárseles hasta 20 años de dedicación a tal actividad a la hora de calcular el porcentaje anual de cotizaciones pagadas al PRSI.

El pago, que incluye ayudas para personas adultas e hijos menores a su cargo (véase la sección 8), se efectúa por medio de una libreta de órdenes de pago que pueden cobrarse en cualquier oficina postal si se reside en Irlanda, o en una cuenta bancaria.

La pensión contributiva de vejez puede ser pagada en el exterior. Si usted tiene la intención de irse a vivir a otro país, debe ponerse en contacto con la Oficina de servicios de pensiones, Sligo, antes de abandonar Irlanda.

● **Pensiones reducidas**

Si su historial de pagos a la Seguridad Social en Irlanda no cumple las condiciones requeridas de cotización al PRSI para obtener una pensión de jubilación o una pensión contributiva de vejez, el interesado puede tener derecho a una pensión reducida si ha trabajado en otro Estado miembro de la UE, en un Estado del Espacio Económico Europeo o en un país con el cual Irlanda tenga un convenio bilateral de Seguridad Social.

El historial de la Seguridad Social en ese otro país puede combinarse con su historial de seguros en Irlanda, dándole derecho a una pensión parcial prorrateada de jubilación o contributiva de vejez. También es posible que otro país u otros países le paguen una pensión si ha trabajado en ellos. En este caso, serán el país o los países en cuestión quienes decidan y efectúen el pago.

Los países con los que Irlanda tiene un convenio bilateral de Seguridad Social son Australia, Austria, Canadá (Quebec), Estados Unidos, Nueva Zelanda y Suiza. Lo que acabamos de exponer acerca de las pensiones de jubilación y pensiones contributivas de vejez también es aplicable a las

pensiones de viudedad (véase la sección 6). Para obtener más información relacionada con estas pensiones, diríjase a la Oficina Local de Bienestar Social.

En algunos casos, las personas que han pagado cotizaciones al PRSI en Irlanda mediante un seguro mixto de cuantía completa y modificada pueden tener derecho a una pensión proporcional al alcanzar los 66 años de edad (o menos de 66 en caso del cónyuge que se queda viudo o viuda antes de dicha edad).

- **Pensiones reducidas. Pensión especial reducida a un 50 % para las personas que cotizaron antes de 1953**

En caso de que usted hubiera pagado cotizaciones completas a la Seguridad Social antes de 1953, puede obtener una pensión (contributiva) de vejez reducida a un 50 %, para lo cual deberá haber pagado 260 cotizaciones completas.

Estas 260 cotizaciones pueden estar compuestas:

- únicamente por cotizaciones pagadas antes de 1953 o
- por una combinación de cotizaciones pagadas antes y después de 1953.

A la hora de determinar el número de cotizaciones pagadas antes de 1953, se cuentan cada dos cotizaciones como tres.

- **Períodos asegurados completados fuera de Irlanda**

Los períodos asegurados o equivalentes que se han completado en otro Estado miembro de la UE o en un Estado del Espacio Económico Europeo pueden tenerse en cuenta para cumplir con las condiciones requeridas por la legislación de Irlanda. Si un pensionista ha estado asegurado en otro Estado miembro, se calculará la pensión de acuerdo con los reglamentos comunitarios.

Si el interesado reside fuera de Irlanda, debe enviar su solicitud de pensión al organismo del seguro de pensiones del Estado miembro en el que resida. Cualquier pensión irlandesa debida le será pagada por medio de una orden de pago.

6. Pensiones de viudedad y orfandad

- **Pensión de viudedad**

Esta pensión se paga al viudo o a la viuda, sea cual sea su edad, siempre que se cumplan las condiciones de cotización al seguro del cónyuge fallecido, o según su propio historial de seguros. Es decir, las condiciones de cotización al PRSI para este caso son las siguientes:

- Deben haberse pagado como mínimo 156 cotizaciones al PRSI hasta la fecha del fallecimiento del cónyuge o hasta la fecha en que alcanzó la edad de jubilación.
- O bien: debe existir un promedio mínimo de 39 semanas de cotizaciones pagadas o acreditadas al PRSI, en los tres o cinco ejercicios fiscales anteriores al fallecimiento del cónyuge o antes de que alcanzara la edad de jubilación.
- O bien: para obtener la pensión mínima, se necesita un promedio anual de como mínimo 24 semanas de cotizaciones pagadas o acreditadas al PRSI desde que se ha empezado a trabajar hasta que terminó el ejercicio fiscal anterior al fallecimiento del cónyuge, o hasta que éste alcanzó la edad de jubilación. Para obtener la pensión máxima, se necesita haber pagado o acreditado un promedio anual de 48 semanas de cotizaciones al PRSI.

Esta pensión se paga mientras el beneficiario siga en estado de viudedad o no conviva con otro compañero o compañera, o hasta que él o ella obtengan una pensión de jubilación o de vejez equivalente o superior.

La pensión debe solicitarse dentro de un plazo de 3 meses a partir del fallecimiento del cónyuge, mediante un formulario que se obtiene en la Oficina Local de Bienestar Social o en las oficinas de correos.

Los pagos, que incluyen ayudas por hijos menores a su cargo (véase la sección 8), se efectúan por medio de una libreta de órdenes de pago que pueden cobrarse semanalmente en cualquier oficina postal si se reside en Irlanda, o en una cuenta bancaria mediante una transferencia electrónica.

Las pensiones de viudedad pueden pagarse en el extranjero. Si es usted un beneficiario de esta pensión y tiene la intención de irse a vivir fuera del país, debe ponerse en contacto con la Oficina del servicio de pensiones, Sligo, PSO, antes de abandonar Irlanda.

Los períodos de seguro o períodos equivalentes completados en otro Estado miembro de la UE pueden tenerse en cuenta para cumplir las condiciones requeridas por la legislación irlandesa. Si un viudo o una viuda ha estado asegurado en otro Estado miembro de la UE, su pensión se calculará de acuerdo con los reglamentos comunitarios.

- **Ayudas contributivas de orfandad**

Se paga una ayuda contributiva de orfandad cuando ambos padres han muerto o si uno ha muerto y el otro ha abandonado al hijo, no ha podido hacerse cargo de él o se ha negado a ello. Tanto uno de los padres como el posible padrastro

o madrastra deben haber pagado también como mínimo 26 cotizaciones al PRSI.

● **Subsidio por defunción**

El subsidio por defunción se paga cuando fallece:

- un asegurado;
- el cónyuge de un asegurado;
- el viudo o la viuda de la persona asegurada;
- el hijo (menor de 18 años) de la persona asegurada.

Si fallece un adulto, el subsidio por defunción se basará en el historial de cotizaciones al PRSI del fallecido o del cónyuge de la persona fallecida. Cuando muere un menor, se pagará un subsidio por defunción cuando el padre o la persona con la que el menor vivía habitualmente cumpla con las condiciones de cotización al PRSI.

La solicitud correspondiente debe presentarse en el plazo de 12 meses a partir de la fecha del fallecimiento, mediante un formulario de solicitud que se obtiene en la Oficina Local de Bienestar Social. Para más información, diríjase al Ministerio de Asuntos Sociales, Comunitarios y Familiares (véase la sección 11).

● **Pago de subsidios y pensiones por defunción**

Si la persona fallecida era beneficiaria de cualquiera de las siguientes prestaciones:

- subsidio por incapacidad laboral;
- pensión de invalidez;
- subsidio de desempleo;
- subsidio por lesiones laborales;
- pensión de jubilación;
- pensión contributiva de vejez;
- subsidio de prejubilación;
- ayudas por desempleo;
- subsidio por discapacidad;
- pensión de invidente;
- subsidio suplementario de bienestar social;
- suplemento por incapacidad para obtener un empleo;

y si dicha prestación incluía un complemento por persona adulta a cargo (véase la sección 8) o lo habría incluido si no se hubiera dado el hecho de que el cónyuge del fallecido fuera beneficiario de una pensión de vejez (no contributiva), de una ayuda por asistencia o una pensión para invidentes, el cónyuge superviviente puede continuar cobrando la prestación que obtenía el beneficiario fallecido, durante las 6 semanas posteriores a la defunción de éste. La correspondiente solicitud se hará notificando el fallecimiento a la Oficina Local de Bienestar Social.

Cuando fallece una persona dependiente respecto de la cual el beneficiario obtiene, junto a su propio subsidio de discapacidad, un subsidio de desempleo o subsidio por lesiones laborales o un complemento por persona adulta a su cargo, o cuando se habría pagado dicho complemento si no fuese por el hecho de que dicha persona dependiente era beneficiaria de una pensión de vejez no contributiva o una pensión para invidentes, el cónyuge superviviente puede continuar cobrando el complemento por adulto a su cargo durante las 6 semanas posteriores a la defunción.

Cuando muere un hijo respecto del cual se ha estado cobrando un complemento por hijo dependiente junto a cualquier prestación de la Seguridad Social, el pago de dicho complemento por hijo dependiente se le continuará pagando al solicitante durante las 6 semanas posteriores a la defunción.

7. Desempleo

El subsidio de desempleo se paga semanalmente a los asegurados durante sus períodos de desempleo. Para poder acceder a este subsidio el interesado deberá:

- cumplir con las condiciones de cotización al PRSI;
- ser capaz de trabajar y estar disponible y dispuesto a trabajar; y
- estar buscando trabajo activamente.

Los períodos de seguro o períodos equivalentes completados en otro Estado miembro de la UE o en un Estado del EEE pueden ser tenidos en cuenta, siempre que la persona haya pagado como mínimo una cotización a la Seguridad Social en Irlanda desde su llegada a este país o su regreso a éste.

En determinadas circunstancias, una persona puede quedar descalificada durante determinados períodos, por ejemplo si ha perdido el empleo por su propia iniciativa o si rechaza una oferta de trabajo adecuada.

El pago del subsidio se efectúa normalmente a partir del cuarto día de desempleo. No obstante, si ha presentado una solicitud de subsidio por enfermedad o desempleo en las 13 semanas anteriores, se pagará el subsidio a partir del primer día de desempleo. El subsidio de desempleo se paga normalmente durante 390 días; no obstante, puede pagarse hasta la edad de jubilación (66 años) a los mayores de 65 años si han pagado como mínimo 156 cotizaciones mientras trabajaban en un empleo asegurado.

Debe solicitar el subsidio de desempleo el primer día en que esté en paro laboral, presentando la solicitud en la Oficina Local de Bienestar Social. Si ésta se encuentra a más de 10 kilómetros (6

millas) de distancia, puede enviar la solicitud por correo. Pueden pedirle que presente los formularios de declaración de impuestos, como el P60 (declaración anual), para determinar su derecho al subsidio.

El subsidio de desempleo se paga semanalmente a semana vencida mediante una letra de cambio postal que se cobra en una oficina de correos, o bien por cheque o mediante una transferencia electrónica directa a la cuenta bancaria del beneficiario.

Si recibe un subsidio de desempleo en Irlanda y tiene intención de desplazarse a otro Estado miembro para buscar trabajo allí, o bien pretende venir a Irlanda a buscar un empleo mientras está cobrando el subsidio de desempleo en otro Estado miembro, debe consultar los reglamentos comunitarios.

● **Indemnización por despido debido a reducción de plantilla**

La mayoría de las personas aseguradas están cubiertas por el sistema de indemnizaciones por despido, administrado por el Ministerio de Empresa, Comercio y Empleo (*Department of Enterprise, Trade and Employment*).

Cuando el empleado asegurado pierde su trabajo debido a una reducción de la plantilla, obtendrá, siempre que satisfaga determinados requisitos, una indemnización a tanto alzado. La cuantía total se calcula en función de la antigüedad del empleado en la empresa que lo ha despedido, de la edad del trabajador y de su base salarial en el momento en que recibe la notificación del despido.

Por regla general, se considera que el trabajador tiene derecho a esta indemnización cuando el despido se debe al cierre total o parcial del puesto de trabajo por parte del empresario, o a una disminución del número de trabajadores de su categoría y cualificación que la empresa necesita.

Debe tenerse en cuenta, sin embargo, que en Irlanda el derecho a cobrar esta indemnización depende de la antigüedad en la empresa irlandesa y no de las cotizaciones. Lo dispuesto en las normas comunitarias sobre acumulación de períodos asegurados no se aplica a la indemnización por despido.

Cuando una persona obtiene una indemnización por despido superior a 19 046,07 EUR (15 000 IEP), puede perder el derecho al subsidio de desempleo durante un período de 9 semanas como máximo. En cambio esta descalificación no se aplica cuando el solicitante o la solicitante tiene 55 años de edad o más.

8. Subsidios familiares

● **Subsidio por hijos**

El subsidio por hijos no depende ni de que el beneficiario haya estado asegurado ni de sus medios de vida, y se cobra por cada hijo menor de 16 años. El límite de edad se extiende hasta los 19 años cuando el hijo está estudiando a tiempo completo o está incapacitado.

Si el interesado en cobrar el subsidio está trabajando y cotiza, o si cobra un subsidio o pensión de conformidad con la legislación irlandesa en Irlanda, puede tener derecho al subsidio por hijos que paga el Ministerio de Asuntos Sociales, Comunitarios y Familiares, aunque dicho hijo resida en otro Estado miembro.

El subsidio por hijos se cobra mensualmente a partir del primer día del mes siguiente a aquel mes en que ha nacido el niño o en que ha venido a vivir a Irlanda. Por regla general, la solicitud debe ser presentada por uno de los padres del niño, dentro de un plazo de los 3 meses siguientes a la fecha de nacimiento, en un formulario que está disponible en todas las oficinas locales de Bienestar Social.

En caso de parto múltiple, el progenitor o tutor recibe ayudas especiales a tanto alzado en el momento del nacimiento, a los 4 años de edad y a los 12 años de edad.

● **Subsidio por adopción**

El subsidio por adopción es un pago destinado a una mujer o un hombre soltero que adopta a un niño. Pueden recibirlo tanto los trabajadores por cuenta ajena como los autónomos que cumplan unas determinadas condiciones de cotización al PRSI en su propio historial de seguro. Un trabajador puede obtener este subsidio si adopta un niño o tiene derecho a la baja por adopción con arreglo a la Ley sobre la baja por adopción de 1995, y cumple las condiciones de cotización al PRSI.

Deben cumplirse las siguientes condiciones para poder obtener este subsidio:

- haber cotizado al menos 39 semanas al PRSI en los 12 meses inmediatamente anteriores a la fecha de adopción del niño; o bien
- haber cotizado al menos 39 semanas al PRSI desde que se comenzó a trabajar y haberse pagado o acreditado 39 semanas al PRSI en el año pertinente antes del año en que se inicie su baja por adopción.

El subsidio por adopción debe solicitarse 5 semanas antes de la fecha en que tenga previsto tomar la baja por adopción y el pago se efectúa mediante cheque a través de una oficina de correos o directamente en una cuenta bancaria.

● **Complemento de la renta familiar**

El complemento de la renta familiar es una asignación semanal libre de impuestos que se paga a las familias, incluidas las monoparentales, que trabajan y tienen bajos ingresos.

Para poder recibir este subsidio deben cumplirse las siguientes condiciones:

- trabajar por cuenta ajena a tiempo completo, durante como mínimo 19 horas a la semana, o 38 horas o más por quincena;
- tener como mínimo un hijo que cumpla las condiciones previstas, que viva normalmente con usted y al que usted mantenga o ayude;
- la renta que usted percibe no debe superar un límite preestablecido.

Por trabajo a tiempo completo se entiende que el empleo debe durar como mínimo 3 meses. Los trabajos ocasionales como el trabajo estacional o los programas estatales no se consideran empleo a tiempo completo.

Los principales conceptos que se consideran como renta son:

- sus ingresos imponibles, como el salario bruto deducidos los impuestos, el PRSI del trabajador, las cotizaciones a fondos de pensiones (cónyuge/pareja);
- cualquier ingreso extraordinario (cónyuge/pareja) que proceda del trabajo (horas extras, primas, bonificaciones, comisiones, etc.);
- rentas (cónyuge/pareja) de trabajo autónomo;
- rentas (cónyuge/pareja) de pensiones laborales;
- cualquier otro ingreso (cónyuge/pareja) incluida la Seguridad Social o
- los pagos de los servicios de sanidad, excepto los excluidos por ley (por ejemplo, el subsidio por hijos).

● **Ayudas por personas a cargo**

Los hombres y las mujeres tienen los mismos derechos con respecto del cónyuge que vive a su cargo y de los hijos que dependen del trabajador asegurado. Existen diferentes ayudas para adultos y para menores a cargo del trabajador. En algunos casos las ayudas por hijos se reparten entre los padres.

- **Adultos dependientes.** Si el interesado está casado o convive con alguien en pareja y mantiene a esa persona, se considera que está a su cargo y, por tanto, puede pedir una ayuda familiar, siempre que se cumplan determinadas condiciones. Si el interesado es soltero, viudo o esposo separado de su cónyuge y no mantiene a, ni es mantenido por, su cónyuge, puede tener derecho a un complemento por una persona que supere los

16 años de edad y sea mantenida total o parcialmente para dedicarse al cuidado del hijo menor que está a su cargo y convive con él.

- **Hijos a cargo.** También puede obtener una ayuda adicional por cada hijo que vive a su cargo.

El hijo que vive con el interesado y es menor de 18 años depende de aquél. Si obtiene una pensión o subsidio de desempleo prolongado, el hijo que tiene entre 18 y 22 años de edad sigue siendo una persona a cargo, siempre que sea estudiante diurno a tiempo completo. En algunas circunstancias, las ayudas por hijos a su cargo pueden pagarse también por los hijos de 18 y más años durante un período de 3 meses posteriores a haber completado sus estudios secundarios.

Los hijos pueden seguir a cargo del interesado hasta los 22 años de edad, siempre que estén estudiando a tiempo completo.

9. Subsidios no contributivos

Si una persona es residente en Irlanda y no ha efectuado suficientes cotizaciones para poder recibir un subsidio de la Seguridad Social o si ha agotado este derecho, puede solicitar en su lugar un subsidio no contributivo.

Para tener derecho a este subsidio debe someterse, no obstante, a una comprobación de sus medios de vida, y estos medios de vida comprobados deben situarse por debajo de cierto nivel.

Los subsidios no contributivos incluyen:

- ayudas por desempleo para las personas que no tienen derecho al subsidio de desempleo;
- pensiones no contributivas de vejez que se pagan a las personas que no tienen derecho a una pensión contributiva de vejez;
- subsidio por discapacidad;
- pensión de invidentes para los invidentes mayores de 18 años;
- pensión no contributiva de viudedad, pagadera a los viudos que no tienen derecho a una pensión contributiva de viudedad;
- pensión no contributiva de orfandad, que se paga a aquellas personas huérfanas que no tienen derecho a un subsidio contributivo de orfandad;
- ayudas para familias monoparentales que se pagan al padre o la madre que viva solo;
- ayudas para cuidadores que se asignan a las personas que cuidan a inválidos o ancianos;
- complemento de la renta familiar, que se paga a la pareja o a la familia monoparental que trabaja como mínimo 19 horas a la semana o 38 horas por quincena.

10. Resolución de reclamaciones

Los funcionarios responsables toman las decisiones sobre las solicitudes presentadas para obtener ayudas de asistencia social administradas por el Ministerio de Asuntos Sociales, Comunitarios y Familiares, y también sobre cuestiones de seguros de empleo.

Las decisiones relacionadas con la capacidad o incapacidad para pagar por la asistencia sanitaria (véase el apartado A de la sección 2) están sometidas al juicio exclusivo del director del Servicio de Salud (*Chief Executive Officer of the Health Board*).

Puede apelarse contra la decisión de un funcionario notificándolo al Ministerio de Asuntos Sociales, Comunitarios y Familiares dentro de un plazo hábil de 21 días después de recibida la decisión contra la que desea reclamar. El caso será remitido entonces a la Comisión de Apelaciones en materia de Bienestar Social (*Social Welfare Appeals Office*) que trabaja independientemente del Ministerio de Asuntos Sociales, Comunitarios y Familiares. El funcionario de la Comisión de Apelaciones puede celebrar, si lo considera oportuno, una vista oral sobre el caso, a la cual puede asistir el interesado y aportar sus pruebas, o, si lo prefiere, también puede hacerse representar.

La vista oral de apelación es informal y se celebra en privado. Asistirá el funcionario encargado de las apelaciones, el apelante y cualquier representante que éste desee que le acompañe para apoyar su causa. En algunos casos también puede haber presentes algunos testigos a los que el funcionario de apelaciones desee formular preguntas, con el fin de conocer todos los detalles de la apelación.

El funcionario responsable del Ministerio que tomó la decisión debe exponer los motivos para la denegación de su solicitud. Se permitirá al reclamante comentar los motivos expuestos y presentar su caso para poder admitir la apelación.

Cuando las apelaciones se refieren a subsidios o ayudas de desempleo, también puede haber asesores presentes. Estos son nombrados por las organizaciones sindicales y empresariales para asistir al funcionario encargado de las apelaciones.

11. Otras informaciones

Las cuotas de cotización al PRSI y las cuantías de subsidios, pensiones y ayudas están sujetas a cambios relativamente frecuentes. El folleto SW 19 contiene las cuotas y cuantías en vigor y puede obtenerse gratuitamente en cualquier Oficina Local de Bienestar Social.

En el folleto «*Guía de los servicios de la Seguridad Social*» («*SW 4: Guide to Social Welfare Services*») puede encontrarse información más detallada sobre los regímenes administrados por el Ministerio de Asuntos Sociales, Comunitarios y Familiares. Este folleto también se obtiene gratuitamente en cualquier Oficina Local de Bienestar Social.

El mismo folleto contiene una lista de los centros de información en cada localidad, las señas de las oficinas locales de Bienestar Social, una lista de las delegaciones que administran los servicios de salud y una lista de los folletos informativos que cubren con más detalle diferentes aspectos de los regímenes de la Seguridad Social.

Todos estos folletos pueden obtenerse gratuitamente en cualquier Oficina Local de Bienestar Social (*Social Welfare Office*) o dirigiéndose a:

Servicio de información (Information Service)

Department of Social, Community and Family Affairs
(Ministerio de Asuntos Sociales, Comunitarios y Familiares)

Áras Mhic Dhiarmada
Dublin 1
Ireland
Tel. (353-1) 874 84 44
E-mail: info@www.welfare.ie

● Otros ministerios y delegaciones que se mencionan en esta guía

Department of Enterprise, Trade and Employment

(Ministerio de Empresas, Comercio y Empleo)
Davitt House
65A Adelaide Road
Dublin 2
Ireland

Department of Health and Children

(Ministerio de Sanidad y de la Infancia)
Hawkins House
Hawkins Street
Dublin 2
Ireland

Health & Safety Authority

10 Hogan Place
Dublin 2
Ireland

- **Delegaciones que administran la asistencia sanitaria**

Servicio de sanidad	Área	Dirección
Eastern Regional Health Authority	Ciudad y Condado de Dublín, Condados de Kildare y Wicklow	Canal House, Canal Road, Dublin 6
Midland	Condados de Laois, Longford, Offaly, and Westmeath	Arden Road Tullamore, County Offaly
Mid-Western	Ciudad y Condado de Limerick, Condados de Clarey Tipperary (N.R.)	31-33 Catherine Street Limerick
North-Eastern	Condados de Cavan, Louth, Meath and Monaghan	Navan Road, Kells, Condado de Meath
North-Western	Condados de Donegal, Leitrim y Sligo	Manorhamilton, Condado de Leitrim
South-Eastern	Ciudad y Condado de Waterford, Condados de Carlow, Kilkenny, Tipperary (S.R.) y Wexford	Lacken, Dublin Road, Kilkenny
Southern	Ciudad y Condado de Cork y Condado de Kerry	Cork Farm Centre, Dennehy's Cross, Wilton Road, Cork
Western	Condados de Galway, Mayo y Roscommon	Merlin Park Regional Hospital, Galway

1. Introducción

Esta parte de la guía ilustra los aspectos más destacados del sistema de Seguridad Social italiano. Puede solicitarse información adicional a los organismos de seguro competentes, cuya lista figura en la sección 2 (Organismos de la Seguridad Social). En las secciones siguientes el trabajador podrá hallar información relativa a:

- seguro de enfermedad y maternidad y seguro contra la tuberculosis (sección 3);
- seguro contra accidentes de trabajo y enfermedades profesionales (sección 4);
- seguro general obligatorio, de invalidez, vejez y supervivencia (secciones 5 a 7);
- subsidios de desempleo (sección 8);
- subsidios familiares (sección 9).

● Afiliación al régimen general obligatorio

En el caso de los trabajadores por cuenta ajena, corresponde a la empresa completar todas las formalidades necesarias. En cambio, los trabajadores autónomos tienen que registrarse por su propia cuenta en el correspondiente organismo de la Seguridad Social. En la sección 2 se incluye una lista de estos organismos.

● Cotizaciones efectivas

Trabajadores por cuenta ajena

Las cotizaciones se calculan aplicando a las retribuciones abonadas durante cada período de salario los tipos establecidos por la ley. El tipo varía en función del sector de actividad de la empresa (industria, comercio, artesanos, crédito, seguros, etc.) y en función de la cualificación del trabajador, del número de trabajadores, de la ubicación territorial, etc.

Para determinar la base imponible para el cálculo de las cotizaciones, se considera retribución todo aquello que el trabajador recibe del empleador en dinero o en especie (bruto) como consecuencia de la relación laboral. Se excluyen únicamente los apartados previstos expresamente por la ley.

La retribución unitaria (por hora, diaria o mensual, según el tipo de relación laboral) no puede ser inferior al límite mínimo establecido para la categoría a que pertenezca el trabajador.

Corresponde al empleador abonar las cotizaciones al INPS (*Instituto Nazionale della Previdenza Sociale*, Instituto Nacional de Seguridad Social), incluida la parte que corre a cargo del trabajador.

Los pagos se efectúan mediante los formularios de pago unificado, que se obtienen en las ventanillas de los bancos, las oficinas de correos y los concesionarios de cobro.

Los pagos deben efectuarse hasta el día 15 del mes de vencimiento, es decir, por lo general, el día 15 del mes siguiente al que correspondan las retribuciones.

Las declaraciones mensuales se presentan a través del intermediario que reciba el pago, o bien, en algunos casos, directamente al INPS. En el modelo DM 10/2 pueden deducirse los importes adelantados por el empleador al trabajador por cuenta del INPS (complementos salariales, subsidio por enfermedad, maternidad, subsidio por cargas familiares, etc.).

Desde 1999, para las cotizaciones abonadas en 1998 existe una declaración nominativa unificada INPS-FISCO.

Trabajadores autónomos

Desde el 1 de enero de 1993, la cotización se calcula a partir de los ingresos profesionales declarados a efectos del IRPF para el año al que correspondan las cotizaciones. También han de cotizar los colaboradores familiares; éstos abonan una cuota reducida si son menores de 21 años. Además, están previstas una renta mínima y una máxima para el pago de las cotizaciones.

En el caso de los agricultores, aparceros y arrendatarios, a partir de 1 de julio de 1990, la cotización se calcula exclusivamente sobre la renta media convencional imponible (establecida cada año mediante decreto ministerial especial) y para cada uno de los cuatro tramos de renta (establecidos por la ley) en que se hallan clasificadas las explotaciones en función de su renta agraria.

Para las explotaciones situadas en zonas montañosas o en zonas agrícolas desfavorecidas, la tasa de cotización ordinaria es reducida.

A partir del 1 de enero de 1993, las cotizaciones para las prestaciones del servicio sanitario nacional son recaudadas directamente por el erario público, con la declaración anual de la renta.

● Cotizaciones voluntarias

Los asegurados que interrumpan o cesen su actividad laboral por cuenta ajena o como autónomos podrán conservar o mejorar los derechos derivados del seguro de invalidez, vejez y supervivencia mediante el pago de cotizaciones

voluntarias, las cuales, por ley, son equiparables a las obligatorias.

Para ser autorizado a abonar dichas cotizaciones, deberán reunirse los siguientes requisitos: haber cotizado durante 3 años en los últimos 5 años anteriores a la solicitud.

La autorización es válida a partir del primer sábado siguiente a la fecha de presentación de la solicitud, en el caso de los trabajadores autónomos, y tiene carácter permanente. El importe de la cotización se determina en base a la retribución media del último año anterior a la concesión de la autorización, con un límite mínimo correspondiente al 40 % del importe mínimo de la pensión vigente a 1 de enero de cada año. Los pagos efectuados para una clase inferior a la atribuida llevan consigo la reducción proporcional del número de semanas reconocidas al interesado.

Las cotizaciones se abonan por períodos trimestrales, mediante órdenes de pago en una cuenta corriente postal; también pueden abonarse en las ventanillas de los bancos autorizados.

● **Cotizaciones para el rescate de períodos no asegurados**

Para estos períodos no asegurados, se puede optar por pagar una cotización especial de «rescate» de los citados períodos, siempre que la falta de cotización al seguro afecte a algunas de un número limitado de actividades para las cuales está previsto el rescate; por ejemplo, los años de estudios universitarios en curso, así como los períodos en los cuales se haya estado trabajando en el extranjero en países con los que Italia no tenga acuerdos en materia de Seguridad Social. Asimismo, si el interesado ha pagado ya cotizaciones durante 5 años, puede rescatar períodos de ausencia por maternidad o períodos de asistencia a personas con discapacidad durante los cuales no haya trabajado.

● **Cotizaciones acreditadas**

En determinadas situaciones, se pueden acreditar cotizaciones que en realidad no se han pagado. Las cotizaciones acreditadas son útiles tanto para alcanzar el derecho a pensión como para incrementar el importe de la misma.

Para obtener el derecho a la pensión de vejez con 35 años de cotización son útiles las cotizaciones acreditadas por enfermedad y por desempleo; sin embargo, para la pensión de vejez con 40 años de cotización son útiles todos los períodos de cotizaciones acreditadas.

A continuación se indican las situaciones que permiten acreditar cotizaciones:

— servicio militar;

- persecución política o por motivo de raza;
- enfermedad y accidente;
- desempleo;
- tuberculosis;
- embarazo y postparto;
- subsidios de desempleo;
- movilidad;
- catástrofes naturales;
- donaciones gratuitas de sangre;
- permiso especial para ejercer cargos públicos o sindicales.

2. Organismos de la Seguridad Social

Los diferentes apartados del seguro son gestionados por los siguientes organismos:

● **Seguro de enfermedad (incluida la tuberculosis) y de maternidad**

La asistencia sanitaria se presta a través del centro de salud de su lugar de residencia (*Azienda Sanitaria Locale*, ASL). La ASL forma parte del servicio de sanidad nacional (*Servizio Sanitario Nazionale*). Cada vez que el interesado cambie de residencia, debe inscribirse en la ASL del nuevo lugar. En el caso de los trabajadores del mar o del personal de vuelo de la aviación civil, las prestaciones sanitarias son gestionadas por un departamento especial del Ministerio de Sanidad (*Ministero della Sanità-Ufficio di Sanità Marittima o Aerea*).

Los subsidios de enfermedad y de maternidad los paga la sede provincial del *Istituto Nazionale della Previdenza Sociale* (INPS) (Instituto Nacional de Seguridad Social). En el caso de los trabajadores del mar, estos subsidios les serán abonados por el *Istituto di Previdenza per il Settore Marittimo* (Ipsema) (Instituto de previsión para el sector marítimo) en el cual estén registrados.

● **Seguro contra accidentes de trabajo y enfermedades profesionales**

Los mismos organismos que gestionan el régimen del seguro de enfermedad se encargan también de la asistencia sanitaria.

Los subsidios para las víctimas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales son abonados por la sede provincial del *Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro* (INAIL) (Instituto nacional del seguro contra accidentes de trabajo). Si el interesado trabaja en el mar o en la aviación civil, estos subsidios le serán pagados por la *Cassa Marittima* (seguro para el sector marítimo) en la que esté registrado.

- **Seguro de invalidez, vejez y supervivencia (pensiones)**

Casi todos los trabajadores por cuenta ajena del sector privado y algunas categorías de funcionarios están obligatoriamente asegurados en el INPS contra los riesgos de vejez, invalidez, fallecimiento, desempleo, tuberculosis y enfermedad.

También deben obligatoriamente estar asegurados (únicamente para vejez, invalidez y fallecimiento) las siguientes categorías de trabajadores autónomos: agricultores, aparceros y arrendatarios, artesanos y comerciantes, así como las comadronas que estén inscritas en el registro profesional y ejerzan la profesión por cuenta propia y los empresarios agrícolas cuya actividad principal sea la agrícola.

Tienen la misma protección que los trabajadores por cuenta ajena los trabajadores del servicio doméstico, excepto en lo que respecta a las prestaciones económicas de enfermedad, y los trabajadores a domicilio, excepto en lo que respecta al subsidio de desempleo (*trattamento di integrazione salariale*).

Por último, el INPS gestiona algunas Cajas y Fondos especiales de previsión que afectan a algunas categorías especiales de trabajadores: personal de ferrocarriles y tranvías, personal de la administración fiscal, de teléfonos, personal del Enel (organismo nacional de energía eléctrica), de empresas eléctricas privadas, de empresas de gas privadas y de empresas de navegación aérea, así como los sacerdotes, ya sean de la Iglesia católica o de otras confesiones.

En Italia, actualmente existen los siguientes organismos:

- **Organismos públicos de seguro y de asistencia**

- Istituto Nazionale della Previdenza Sociale, INPS (Instituto Nacional de Seguridad Social).
- Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro, INAIL (Instituto nacional del seguro contra accidentes de trabajo).
- Istituto nazionale di previdenza per i dipendenti dell'amministrazione pubblica, INPDAP (Instituto nacional de previsión para funcionarios de la administración pública).
- Istituto di previdenza per il settore marittimo, Ipsema (Instituto de previsión para el sector marítimo).
- Istituto postelegrafonici, IPOST (Instituto para correos y telégrafos).
- Istituto nazionale di previdenza per dirigenti di aziende industriali, INPDAI (Instituto

nacional de previsión para directivos de empresas industriales).

- Ente nazionale di previdenza ed assistenza per i lavoratori dello spettacolo, Enpals (Organismo nacional de previsión y asistencia para trabajadores del espectáculo).
- Ente nazionale di previdenza e di assistenza farmacisti, ENPAF (Organismo nacional de previsión y asistencia para farmacéuticos).

- **Organismos de previsión y asistencia privatizados**

- Ente nazionale di previdenza ed assistenza dei veterinari, ENPAV (Organismo nacional de previsión y asistencia para veterinarios).
- Ente nazionale di previdenza per gli addetti e per gli impiegati in agricoltura, Enpaia (Organismo nacional de previsión para obreros y empleados agrícolas).
- Cassa nazionale di previdenza ed assistenza per gli ingegneri ed architetti liberi professionisti, Inarcassa (Caja nacional de previsión y asistencia para ingenieros y arquitectos que ejercen la profesión por cuenta propia).
- Cassa nazionale di previdenza ed assistenza forense (Caja nacional de previsión y asistencia para forenses).
- Cassa nazionale di previdenza ed assistenza a favore dei dottori commercialisti, CNPADC (Caja nacional de previsión y asistencia para titulados en ciencias comerciales).
- Cassa nazionale del notariato (notarios).
- Ente nazionale di previdenza ed assistenza dei medici, Enpam (Organismo nacional de previsión y asistencia para médicos).
- Ente nazionale di previdenza ed assistenza per i consulenti del lavoro, ENPAFL (Organismo nacional de previsión y asistencia para asesores laborales).
- Opera nazionale per l'assistenza agli orfani dei sanitari italiani, Onaosi (Obra nacional de asistencia para huérfanos de personal sanitario italiano).
- Fondo agenti spedizionieri corrieri, FASC (Fondo para empleados de correos y de transporte marítimo).
- Istituto nazionale di previdenza dei giornalisti italiani «Giovanni Amendola», INPGI (Instituto nacional de previsión para periodistas italianos «Giovanni Amendola»).
- Cassa nazionale di previdenza ed assistenza a favore dei ragionieri e periti commerciali, CNPR (Caja nacional de previsión y asistencia para censores de cuentas y peritos mercantiles).
- Ente nazionale di assistenza agenti rappresentanti del commercio, Enasarco (Organis-

mo nacional de asistencia para agentes representantes de comercio).

- Ente di previdenza ed assistenza psicologica, ENPAP (Organismo de previsión y asistencia psicológicas).
- Ente nazionale di previdenza ed assistenza periti industriali, EPPI (Organismo nacional de previsión y asistencia a peritos industriales).
- Cassa nazionale di previdenza ed assistenza biologi, ENPAB (Caja nacional de previsión y asistencia para biólogos).
- Ente nazionale di previdenza ed assistenza pluricategorie per agronomi e forestali, chimici, geologi, EPAB (Organismo nacional de previsión y asistencia para agrónomos y forestales, químicos, geólogos).

3. Enfermedad y maternidad

El régimen del seguro de enfermedad y maternidad otorga derecho a las siguientes prestaciones:

- asistencia sanitaria en caso de enfermedad (apartado A);
- prestaciones complementarias: se trata de algunos tipos especiales de servicios sanitarios;
- prestaciones económicas en caso de incapacidad laboral por enfermedad (apartado B);
- asistencia sanitaria y prestaciones económicas por ausencia del trabajo debido a maternidad (apartado C);
- además, existe un régimen especial para los casos de tuberculosis (apartado D).

● **Condiciones generales para adquirir derecho a estas prestaciones**

Los ciudadanos italianos y los ciudadanos de otros Estados miembros de la UE tienen derecho a las prestaciones de enfermedad y maternidad si residen en Italia y se han inscrito en la ASL correspondiente a su zona de residencia. Si se está asegurado en Italia y se recibe asistencia sanitaria en otro Estado miembro, o si se cobran subsidios de enfermedad en Italia pero se reside en otro Estado miembro, tendrán aplicación los reglamentos comunitarios.

A. PRESTACIONES SANITARIAS EN ESPECIE (TRATAMIENTO MÉDICO)

Todos los ciudadanos italianos que residan en Italia, los trabajadores extranjeros que trabajen en Italia y las personas a cargo de éstos tienen derecho a recibir asistencia sanitaria.

Las prestaciones sanitarias incluyen:

- tratamiento por un médico generalista a domicilio o en su consulta;

- especialista en pediatría y tratamiento obstétrico/ginecológico;
- tratamiento por un especialista (incluido tratamiento odontológico) en los ambulatorios públicos y en centros privados que hayan firmado un convenio con el INPS (Instituto Nacional de Seguridad Social);
- hospitalización (incluyendo los partos) en instituciones públicas (hospitales, clínicas, etc.) y en establecimientos médicos privados que hayan firmado un convenio con el INPS;
- medicinas y productos farmacéuticos.

La prestación de asistencia sanitaria no tiene límite de tiempo.

● **Cómo obtener las prestaciones sanitarias**

Pueden obtenerse directa o indirectamente. En el primer caso, el tratamiento o la medicina se obtiene gratuitamente en la ASL o a través de médicos o farmacéuticos autorizados. En cambio, en el caso de la prestación indirecta, el paciente abona el coste de las prestaciones recibidas y posteriormente es reembolsado. Por lo general, las prestaciones sanitarias se administran directamente a través de las estructuras y los servicios gestionados por los centros de salud locales.

● **Asistencia médica general**

La asistencia general se presta en la consulta de un médico generalista o bien en el domicilio del paciente, si éste debe permanecer en cama. Sólo puede solicitarse esta asistencia al médico de cabecera que se haya elegido y en cuya lista de pacientes se esté registrado, o bien, en ausencia de este último, al suplente.

Si el interesado se encuentra temporalmente ausente de su lugar de residencia o de estancia habitual, en caso de emergencia puede dirigirse a cualquier otro médico que tenga firmado un convenio con el Servicio Nacional de Sanidad, pero en este caso el paciente tendrá que pagar el coste del tratamiento, dentro de los límites de las tarifas mínimas fijadas. Existe un servicio médico de urgencia que funciona durante la noche, además de los domingos y festivos. La asistencia pediátrica se presta hasta la edad de 12 años.

● **Medicamentos**

Los productos farmacéuticos se suministran directamente al presentar la receta médica al farmacéutico. Esta receta puede haber sido extendida por el médico de cabecera o por un especialista que trabaje dentro del régimen de las estructuras del Servicio Nacional de Sanidad.

La mayoría de los medicamentos están registrados en una nomenclatura terapéutica, que incluye dos categorías diferentes de medicamentos. La primera categoría es totalmente gratuita e incluye

medicinas dirigidas al tratamiento de situaciones de urgencia, enfermedades de alto riesgo y situaciones graves que requieren un tratamiento prolongado. En cuanto a los demás medicamentos, se debe pagar directamente al farmacéutico una parte del coste en el momento de comprar el medicamento. Por cada receta médica también se debe pagar un importe fijo.

Si el médico receta un medicamento no incluido en la nomenclatura terapéutica, el paciente deberá pagar el coste íntegro del mismo.

- **Tratamientos por especialista y hospitalización**

El tratamiento por especialistas es proporcionado directamente en la ASL local o en instituciones privadas que tengan firmado un convenio con el Servicio Nacional de Sanidad. Las personas que reciben tratamiento deben pagar una parte del coste de los servicios de diagnóstico y de laboratorio.

El tratamiento hospitalario se administra gratuitamente en hospitales y clínicas privadas que tengan firmado un convenio con el Servicio Nacional de Sanidad. Para ser hospitalizado es necesario presentar la solicitud de admisión extendida por el médico de cabecera, excepto en casos de urgencia. La admisión en clínicas privadas que tengan firmado un convenio con el Servicio Nacional de Sanidad está sujeta a la autorización previa de la unidad sanitaria local a la que se pertenezca.

Las estancias en el hospital son gratuitas pero, si se exigen condiciones especiales (habitación individual, teléfono, televisión), deberá abonarse el coste adicional que corresponda.

- **Prestaciones complementarias**

Las prestaciones complementarias son generalmente indirectas y consisten en el reembolso de una parte de los costes. Se limitan a la oferta de tratamientos hidrotermales, piezas protésicas y ortopédicas específicas y determinados tratamientos especiales. Para obtener estas prestaciones complementarias debe presentarse la solicitud correspondiente a la unidad sanitaria local, acompañada de una recomendación del médico que trate el caso.

- **Cómo obtener asistencia sanitaria**

Para tener derecho a la asistencia sanitaria, el interesado debe estar registrado en la ASL del lugar de residencia.

En el momento de inscribirse, deberá elegir a un médico de cabecera de una lista de médicos que tienen firmado un convenio con el Servicio Nacional de Sanidad. En caso de necesitar asistencia médica, debe acudir al consultorio del

médico. Si se ve obligado a guardar cama, puede solicitar que el médico acuda a su domicilio.

B. PRESTACIONES ECONÓMICAS

- **Subsidio de enfermedad**

Se trata de un subsidio sustitutivo del salario que se concede a los trabajadores en caso de enfermedad, a partir del cuarto día de la fecha en que se produzca la contingencia (por consiguiente, no se concede subsidio por los 3 primeros días, salvo en caso de recaída).

Se podrá conceder un subsidio por un período máximo de 180 días en el año civil, con limitaciones para trabajadores con contrato de duración determinada.

Excepto para algunas categorías de trabajadores, el subsidio es abonado directamente por el empleador y se deduce de los importes que deben ser abonados al INPS como cotización. El importe de las prestaciones es, como máximo, igual al 50 % de la retribución para los primeros 20 días de enfermedad, y de 66,66 % después del vigesimoprimer día.

Numerosos contratos de trabajo prevén que una parte del subsidio corre a cargo del empleador.

Para certificar la situación de enfermedad, el trabajador deberá pedir a su médico una certificación por duplicado; en un plazo de 2 días desde la fecha de expedición de esta, enviará al INPS (centro que corresponda a su lugar de residencia) la primera copia, además, naturalmente, del pronóstico y el diagnóstico, y al empleador la segunda copia, que se refiere únicamente a la duración de la enfermedad.

En caso de ausencia injustificada del trabajador en la visita de control, está prevista la pérdida total del subsidio de enfermedad durante 10 días y, si se produce una nueva ausencia, la reducción del subsidio durante el período restante.

El subsidio no se abonará por los días en que se demore el envío del certificado médico.

C. PRESTACIONES DE MATERNIDAD

Las prestaciones de maternidad incluyen asistencia sanitaria y subsidios. En lo que se refiere a la asistencia sanitaria, tienen aplicación las reglas generales anteriormente expuestas en el apartado A. La asistencia obstétrica general se proporciona directa y gratuitamente en los ambulatorios de los centros sanitarios locales. También puede administrarse en el domicilio de la mujer, por medio de una comadrona que haya firmado un convenio con el Servicio Nacional de Sanidad.

● **Subsidio de maternidad**

Tienen derecho a este subsidio las trabajadoras por cuenta ajena que se vean obligadas a interrumpir el trabajo en los 2 meses anteriores a la fecha prevista del parto y en los 3 meses siguientes a la fecha real del parto.

También tienen derecho a él las trabajadoras que sean madres adoptivas o que tengan a su cargo menores de menos de 6 años para un máximo de 3 meses. Por lo general, estos subsidios también son abonados por el empleador y deducidos de los importes adeudados al INPS en concepto de cotización.

El subsidio asciende, durante el período de ausencia obligatoria, al 80 % de la retribución. Después de este período, la trabajadora madre (o bien el padre) puede, durante el primer año de vida del niño, solicitar interrumpir el trabajo durante un período máximo de 6 meses, que podrán no ser consecutivos; en este caso, le corresponderá un subsidio igual al 30 % del salario. Este subsidio se abona también a las trabajadoras que sean madres adoptivas o que tengan a su cargo menores de menos de 3 años de edad.

El INPS concede asimismo a las trabajadoras autónomas (agricultoras directas, aparceras, arrendatarias, artesanas y trabajadoras que ejerzan una profesión comercial) un subsidio diario de maternidad, para los 2 meses anteriores a la fecha de parto prevista y los 3 meses siguientes a la fecha real del parto.

D. SEGURO CONTRA LA TUBERCULOSIS

Las personas afectadas de tuberculosis están cubiertas por un régimen especial además del régimen de enfermedad y maternidad (véanse los apartados A, B y C). El régimen especial comprende asistencia sanitaria y prestaciones económicas. Por lo que respecta a la asistencia médica, son aplicables las normas expuestas en el apartado A.

● **Subsidio en caso de tuberculosis**

Se trata de prestaciones económicas concedidas a los trabajadores y a sus familiares (cónyuge, hijos, hermanos, hermanas, padres y asimilados) que padezcan tuberculosis, en determinadas condiciones y siempre que el asegurado pueda justificar como mínimo 1 año de cotización en toda su vida laboral.

Las prestaciones en cuestión comprenden:

- un subsidio diario, durante el período del tratamiento, si el interesado no tiene derecho a la retribución íntegra;
- el subsidio postsanatorial, al término de la hospitalización o del tratamiento ambulatorio

si ha durado como mínimo 60 días, durante un período de 2 años; en caso de tratamiento ambulatorio, el interesado no deberá haber ejercido una actividad laboral durante al menos 60 días, aunque no hayan sido consecutivos;

- el subsidio de asistencia o de subsistencia durante 2 años, para los asegurados cuya capacidad de obtener ingresos en ocupaciones adaptadas a sus aptitudes se haya reducido al menos a la mitad como consecuencia de la tuberculosis y no perciban una remuneración normal permanente y a tiempo completo; este subsidio será renovable cada 2 años, sin límite de tiempo, siempre que se cumplan los requisitos anteriormente mencionados;
- el subsidio de Navidad, si el interesado recibe asistencia —sanitaria o económica— contra la tuberculosis, aunque sea un solo día durante el mes de diciembre.

4. Accidentes laborales y enfermedades profesionales

Todos los trabajadores por cuenta ajena que ejerzan actividades mercantiles o profesionales en las que, según la ley italiana, exista un riesgo de sufrir accidentes de trabajo o enfermedades profesionales, están asegurados contra estos riesgos.

La protección contra las enfermedades profesionales se lleva a cabo a través del sistema denominado «mixto», en el sentido de que se consideran enfermedades profesionales tanto las que figuran en las listas como cualquier otra enfermedad respecto de la cual el trabajador pueda demostrar que tiene un origen profesional, es decir, que tiene un vínculo etiológico con la actividad ejercida. Recientes procedimientos legislativos han ampliado la protección del seguro a otras categorías de trabajadores (directivos, deportistas profesionales, trabajadores por cuenta ajena), así como a aquellos que realizan exclusivamente una actividad doméstica (es decir, el seguro de las amas de casa).

Además, se ha previsto una comisión para la revisión periódica —una vez al año— de la lista de enfermedades de origen profesional.

En caso de accidente de trabajo, el trabajador debe informar inmediatamente al empleador. Si el accidente provoca lesiones para cuya duración son necesarios más de 3 días, el empleador deberá comunicar el accidente al INAIL (Instituto nacional del seguro contra accidentes de trabajo) en un plazo de 2 días a partir de la fecha en que haya sido informado del mismo. Si el accidente es mortal, o es probable que lo sea, el empleador

deberá informar al INAIL por telegrama en un plazo de 24 horas.

El trabajador tendrá derecho a asistencia médica y a una prestación económica.

Por lo que respecta a la asistencia sanitaria, se aplica íntegramente el sistema expuesto en el apartado A de la sección 3. Cabe señalar que para obtener o conservar las prestaciones económicas, el interesado no podrá negarse, sin una razón válida, a someterse a la asistencia considerada necesaria, aun cuando ya se le haya concedido una pensión. Para reducir el grado de invalidez, el INAIL proporciona gratuitamente las prótesis, ya sea de oficio, ya sea previa solicitud de las mismas.

A continuación se indican las prestaciones a las cuales el trabajador o, en caso de fallecimiento, sus supérstites tienen derecho. Dichas prestaciones corren a cargo del INAIL:

- subsidio por incapacidad temporal absoluta;
- pensión directa por incapacidad permanente;
- subsidio transitorio por silicosis y asbestosis;
- pensión de supervivencia e indemnización de sepelio;
- complemento de renta directa;
- ayuda para asistencia prolongada;
- ayuda especial mensual;
- subsidio de fin de año;
- prótesis y aparatos;
- curas termales con hidroterapia y fangoterapia, estancias para talasoterapia;
- condecoraciones;
- asistencia ambulatoria.

A continuación se describen las principales prestaciones.

● **Incapacidad laboral permanente**

En caso de incapacidad laboral permanente resultante de un accidente de trabajo o de una enfermedad profesional superior a un porcentaje determinado, el INAIL concede al asegurado una renta mensual en concepto de daños y perjuicios.

A este respecto, cabe señalar la novedad introducida recientemente en el régimen: mientras que, hasta ahora, únicamente se indemnizaban las consecuencias patrimoniales del daño, en lo sucesivo también se indemnizará cualquier daño permanente sobre la integridad física y psíquica del trabajador. De este modo, el INAIL garantiza actualmente —en forma de liquidación en capital si el daño sufrido alcanza un porcentaje variable entre el 6 % y el 15 % y en forma de renta vitalicia si el daño es superior al 16 %— una indemnización por el denominado «daño biológico». Con la indemnización por el daño a la salud se pretende

resarcir al trabajador por la disminución de su capacidad para efectuar las actividades mediante las cuales la persona expresa su propia personalidad (afectiva, social, política, cultural, religiosa, etc.).

Si el daño a la salud excede del 15 %, se presume que dicho daño afectará también a la capacidad profesional para obtener ingresos: por ello, en estos casos también se indemnizan las consecuencias patrimoniales que el daño biológico conlleva para el trabajador. El importe de la renta se calcula tomando como base la retribución percibida en el año anterior a la fecha del accidente o de la manifestación de la enfermedad y el grado de incapacidad.

Las rentas por incapacidad permanente se revisan cada año.

El grado de incapacidad puede someterse a un nuevo examen automáticamente o a petición del trabajador en cualquier momento durante los primeros 2 años y posteriormente a intervalos de un mínimo de 1 año.

La solicitud de revisión debe ir acompañada de un certificado médico. El importe de la renta aumenta en 1/20 por cada hijo a cargo.

● **Ayuda de atención y cuidado personal**

Se concede una ayuda mensual para poder pagar la atención y el cuidado personal que debe prestar otra persona en el caso de incapacidad total y permanente, cuando el afectado necesita asistencia constante y ésta no pueda ser proporcionada por el INAIL en el lugar de su hospitalización o por cualquier otra institución. Esta ayuda se añade a la pensión de invalidez.

● **Pensión de supervivencia**

Si un trabajador fallece como consecuencia de un accidente de trabajo o de una enfermedad profesional, los supervivientes reciben una pensión que se calcula en porcentaje de los últimos ingresos anuales del fallecido. Estos porcentajes son, respectivamente:

- 50 % para el cónyuge superviviente;
- 20 % por cada hijo menor de 18 años (los hijos pueden seguir recibiendo la pensión hasta los 21 años si cursan estudios medios o hasta los 26 años si son estudiantes universitarios);
- 40 % para huérfanos de padre y madre;
- 20 % para cada progenitor a cargo del asegurado hasta el fallecimiento de éste, siempre que el asegurado no tenga cónyuge ni hijos;
- 20 % a cada hermano o hermana a cargo del fallecido hasta su muerte, a condición de que

éste último no haya dejado cónyuge o hijos supervivientes.

- **Indemnización de sepelio**

Se concede una indemnización única de sepelio a los supervivientes que puedan demostrar haber tenido gastos extraordinarios relacionados con la defunción del asegurado.

5. Prestaciones por invalidez o discapacidad

Todos los trabajadores por cuenta ajena y determinados grupos de autónomos (agricultores, aparceros y arrendatarios, artesanos y comerciantes) están asegurados contra el riesgo de invalidez. Los profesionales liberales autónomos (médicos, etc.) también tendrán derecho a una pensión, pero las normas correspondientes varían considerablemente de acuerdo con el grupo al que pertenezca cada uno. Solicítese más información a la Mutua de previsión social correspondiente (*Cassa di Previdenza*) (véase la sección 2).

- **Pensión ordinaria de invalidez**

La pensión ordinaria de invalidez se concede al asegurado cuya capacidad de trabajo, en tareas profesionales adecuadas a sus aptitudes, se halle reducida de forma permanente a menos de 1/3 como consecuencia de una enfermedad o una discapacidad física o mental.

La pensión se concede para un período de 3 años y podrá renovarse previa revisión por parte del Instituto —a petición del interesado— para períodos de la misma duración.

Después de tres reconocimientos sucesivos, la pensión se concederá con carácter definitivo. Dicha pensión no es transmisible a los supervivientes.

Para poder obtener la pensión, el asegurado deberá justificar 5 años de seguro y 5 años de cotización; de estos últimos, al menos 3 deberán haber sido cotizados en los 5 años anteriores a la fecha de presentación de la solicitud.

En virtud de la ley de reforma del sistema de pensiones de 1 de septiembre de 1995, la pensión ordinaria de invalidez concedida como consecuencia de un accidente de trabajo o de una enfermedad profesional no es acumulable con la renta vitalicia abonada por la misma causa que haya originado la invalidez, hasta el importe correspondiente a la pensión misma. Se seguirán aplicando los regímenes de Seguridad Social más favorables anteriores al 1 de septiembre de 1995 y se irán suprimiendo a medida que se vayan introduciendo mejoras. Además, desde el 1 de septiembre de 1995, en casos de acumulación de subsidios de invalidez con rentas de trabajo por

cuenta ajena, por cuenta propia o empresariales que excedan de determinados límites, se aplican al importe de la pensión reducciones comprendidas entre el 25 % y el 50 %. También en estos casos se seguirán aplicando los regímenes de Seguridad Social más favorables anteriores al 1 de septiembre de 1995, y se irán suprimiendo a medida que se vayan introduciendo mejoras.

Cuando el trabajador ha cumplido la edad que le otorga el derecho a una pensión de jubilación, el subsidio de invalidez se transforma en pensión de vejez, siempre que se cumplan los requisitos de seguro y cotización y que haya cesado la relación laboral, si anteriormente efectuaba un trabajo por cuenta ajena. También han de tenerse en cuenta —a efectos del derecho, pero no de la medida— los períodos en que se percibió el subsidio durante los cuales no se ejerció ninguna actividad profesional.

- **Pensión ordinaria por discapacidad**

La pensión ordinaria por discapacidad se concede al asegurado que, debido a una enfermedad o defecto físico o mental, se halle en la imposibilidad absoluta y permanente de desempeñar actividad laboral alguna.

Para poder obtener la pensión, el asegurado deberá justificar 5 años de seguro y 5 años de cotización; de estos últimos, al menos 3 deberán haber sido cotizados en los 5 años anteriores a la fecha de presentación de la solicitud. La pensión es transmisible a los supervivientes.

La pensión por discapacidad es incompatible con rentas de trabajo autónomo y por cuenta ajena, con subsidios de desempleo y con otros subsidios que sustituyan o completen la retribución.

La pensión está compuesta por el importe de la pensión de invalidez y un incremento proporcional al incremento del número de años de cotización que tendría el trabajador si hubiera seguido trabajando hasta la edad de jubilación. En virtud de la ley de reforma del sistema de pensiones de 1 de septiembre de 1995, las pensiones por discapacidad abonadas como consecuencia de un accidente de trabajo o de una enfermedad profesional no son acumulables con la renta vitalicia abonada por la misma causa que haya producido la discapacidad, hasta el importe de la renta misma. Se seguirán aplicando los regímenes de Seguridad Social más favorables anteriores al 1 de septiembre de 1995, y se irán suprimiendo a medida que se vayan introduciendo mejoras. Las pensiones de invalidez y las pensiones por discapacidad se abonarán a partir del primer día del mes siguiente al mes en que se haya presentado la solicitud o en que haya aparecido la invalidez o discapacidad.

- **Ayuda mensual para asistencia y cuidados personales**

Los pensionistas discapacitados que se hallen imposibilitados para andar o realizar las tareas cotidianas sin atención y cuidados constantes por parte de otra persona tienen derecho a una ayuda mensual —no transmisible a los supervivientes— del importe previsto en el seguro obligatorio contra los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales.

La solicitud deberá ir acompañada de los documentos relativos a la situación de discapacidad. No será acumulable con la ayuda correspondiente que concede el INAIL.

6. Pensiones de vejez

Todos los trabajadores por cuenta ajena, así como determinados grupos de trabajadores autónomos (pequeños agricultores directos, aparceros y arrendatarios, artesanos y comerciantes) tienen derecho a una pensión de vejez. Los profesionales liberales autónomos (médicos, etc.) también tendrán derecho a una pensión, pero las reglas varían considerablemente de acuerdo con el grupo al que se pertenezca. Para más información, diríjase a la mutua de previsión social correspondiente (*Cassa di Previdenza*) (véase la sección 2).

Existen dos tipos de pensiones de vejez: pensión de retiro (*pensione di anzianità*) y pensión de vejez (*pensione di vecchiaia*) propiamente dicha.

- **Pensión de retiro**

El derecho a la pensión de retiro (*pensione di anzianità*) a cargo del seguro general obligatorio de los trabajadores por cuenta ajena se obtiene al cumplir la edad exigida para cobrar la pensión y al cumplir los requisitos mínimos de cotización, o únicamente la antigüedad de cotización establecidos en la legislación. En el año 2000, se exigen 55 años de edad y 35 años de cotización, o bien, sea cual fuere la edad que se tenga, un mínimo de 37 años de cotización.

La fecha en que la pensión de retiro será efectiva dependerá de la fecha en que se cumplan los requisitos anteriormente expuestos.

Si los requisitos exigidos se cumplen antes del 31 de marzo de 2000 y se tienen 57 años o más el 30 de junio de 2000, la pensión de retiro será efectiva el 1 de julio de 2000; si los requisitos establecidos en materia de cotización se cumplen antes del 30 de junio de 2000 y se tienen 57 años o más a 30 de septiembre de 2000, la pensión será efectiva el 1 de octubre de 2000; si se cumplen los requisitos establecidos en materia de cotización antes del 31 de octubre de 2000, la pensión será efectiva el 1 de enero de 2001, mientras que, para quienes cumplan los requisitos antes del 31 de diciembre

de 2000, la pensión será efectiva el 1 de abril de 2001.

Para algunas categorías especiales, sigue aplicándose la reglamentación actual, tanto para los requisitos que dan derecho a la pensión como para la fecha de inicio de la misma.

- **Pensión de vejez**

Desde el 1 de enero de 2000, la pensión de vejez (*pensione di vecchiaia*) se abona al cumplirse la edad de jubilación —es decir, 65 años para los hombres y 60 años para las mujeres— a los trabajadores por cuenta ajena y autónomos que puedan justificar como mínimo 19 años de seguro y de cotización.

En el caso de los trabajadores por cuenta ajena, para tener derecho a la pensión es preciso que cese la relación laboral.

La pensión es efectiva a partir del primer día del mes siguiente al mes en que se cumpla la edad o bien, si en esa fecha no se cumplen los requisitos en materia de seguro y cotización, a partir del primer día del mes siguiente a aquel en que se cumplan dichos requisitos.

Cuando el interesado lo pida, podrá fijarse la fecha en que la pensión será efectiva en el primer día del mes siguiente al de presentación de la solicitud, siempre que en esa fecha se cumplan todos los requisitos legales establecidos.

7. Pensiones de supervivencia

Tienen derecho a esta pensión los familiares del trabajador fallecido; se denomina «*pensione di reversibilità*» si el trabajador era titular de una pensión directa y «*pensione indiretta*» si el trabajador fallecido no era titular de una pensión directa pero, al fallecer, cumplía los requisitos en materia de seguro y de cotización establecidos para obtener una pensión ordinaria de invalidez o para la pensión por discapacidad o los requisitos necesarios para la obtención de la pensión de vejez con anterioridad al 1 de enero de 1993.

La pensión se abona, previa solicitud, a partir del primer día del mes siguiente al mes de fallecimiento del trabajador pensionista o asegurado.

Los familiares que tienen derecho a la pensión son: el cónyuge, los hijos que en la fecha del fallecimiento del trabajador sean menores, estudiantes o discapacitados; los padres que, en la fecha del fallecimiento, hayan cumplido 65 años, no sean titulares de pensión y se hallaran a cargo del fallecido, siempre que éste no tuviera cónyuge ni hijos, o si éstos existen pero no tienen derecho a la pensión de supervivencia; los hermanos y hermanas solteros que, en la fecha del fallecimiento del asegurado, sean discapacitados, no sean titulares de pensiones directas ni indirectas y

estuvieran a cargo del fallecido, siempre que éste no tenga cónyuge, hijos ni padres, o si éstos existen pero no tienen derecho a la pensión de supervivencia.

El porcentaje de la pensión directa que corresponde a los supervivientes es el 60 % para el cónyuge y el hijo único superviviente; 20 % para cada hijo, si tiene derecho también el cónyuge; 40 % para cada hijo si tienen derecho a pensión únicamente los hijos, y 15 % para cada progenitor, hermano o hermana.

La suma de los porcentajes no podrá exceder del 100 % de la pensión directa. En caso de que haya únicamente un hijo superviviente, para las pensiones que sean efectivas a partir del 1 de septiembre de 1995, el porcentaje se incrementará del 60 % al 70 %. A partir del 1 de septiembre de 1995, cuando las rentas de los supervivientes excedan de determinados límites, los importes de las pensiones a los supervivientes deberán reducirse en proporciones que oscilarán entre el 25 % y el 50 %. A partir de esa misma fecha, las pensiones de supervivencia a cargo del seguro general obligatorio no serán acumulables con la renta vitalicia abonada como consecuencia de un accidente invalidante, hasta el importe de la renta.

Se seguirán aplicando acuerdos de Seguridad Social más favorables que hayan entrado en vigor con anterioridad al 1 de septiembre de 1995, y se irán suprimiendo a medida que se vayan introduciendo mejoras.

● **Importe de la pensión**

Con la reforma de 1995 se introdujo un nuevo sistema de cálculo de la pensión del régimen contributivo.

● **Sistema contributivo**

Se aplica a todos los trabajadores asegurados por primera vez a partir del 1 de enero de 1996.

El sistema de cálculo contributivo establece lo siguiente:

- El cálculo de las cotizaciones abonadas para cada trabajador. La parte alícuota contributiva que ha de tenerse en cuenta a efectos del cálculo de las cotizaciones se fija en el 33 % de la base imponible para los trabajadores por cuenta ajena y en el 20 % para los trabajadores autónomos.
- La actualización anual de las cotizaciones ponderadas a un tipo correspondiente a la variación media quinquenal del producto interior bruto nominal calculado expresamente por el Istat tomando como referencia el quinquenio anterior al año que ha de actualizarse.
- La multiplicación del importe resultante (capital de las cotizaciones más revaloriza-

ción) por un coeficiente de transformación correlacionado con la edad del trabajador y con la fecha de liquidación de la pensión. El coeficiente de transformación, fijado en función de la edad (entre 57 y 65 años), tiene valores comprendidos entre 4,720 % y 6,136 % y está correlacionado con el período en que se espera disfrutar de la pensión.

Si la pensión se ha calculado exclusivamente con el sistema contributivo, está previsto un máximo de la base contributiva y del importe de la pensión de 68 172,31 EUR (132 000 000 ITL) anuales. Las pensiones liquidadas con el sistema contributivo no pueden ser objeto de complemento para alcanzar la pensión mínima.

● **Sistema mixto**

Para los trabajadores que a 31 de diciembre de 1995 hayan cotizado menos de 18 años, el cálculo de la pensión se efectuará con arreglo al sistema retributivo para la cuota correspondiente a la antigüedad de cotización que se tenga hasta el 31 de diciembre de 1995, y con el sistema contributivo, para la cuota correspondiente a la antigüedad de cotización que se tenga desde el 1 de enero de 1996.

● **Sistema retributivo**

Para los trabajadores que hayan cotizado ya durante al menos 18 años, el cálculo de la pensión se seguirá haciendo con el sistema retributivo, aunque éste ha sido modificado en parte por la Ley nº 335, en lo que respecta al período de referencia de las retribuciones.

La pensión máxima se obtiene con 40 años de cotización, y por cada año de cotización corresponde una cuota equivalente al 2 % de la retribución media tenida en cuenta a efectos de determinar el importe de la pensión.

Para las retribuciones superiores a un determinado techo, están previstas cuotas decrecientes.

● **Opción**

Está prevista la posibilidad de optar por el nuevo sistema contributivo para los asegurados que puedan justificar un mínimo de 15 años de cotización, 5 de ellos con el nuevo sistema. Esa opción sólo podrá ejercitarse durante el año 2001.

● **Complemento para alcanzar la pensión mínima**

Se trata de un complemento que el Estado, a través del INPS, concede al pensionista cuando la pensión resultante del cálculo de las cotizaciones abonadas es muy baja, por debajo de lo que se considera «mínimo vital». En este caso, el importe de la pensión resultante se incrementa hasta alcanzar una cifra establecida cada año por la ley.

● Límites de renta

Pensiones con inicio el 1 de enero de 2000

Tienen derecho al complemento para alcanzar la pensión mínima:

- las personas solteras o separadas efectiva y legalmente que tengan rentas propias sujetas al IRPF de un importe inferior a 9 680,16 EUR (18 743 400 ITL) (dos veces el importe anual de la pensión mínima del INPS), calculado sobre el importe del mes de enero de 2000;
- las personas casadas y no separadas legal ni efectivamente que tengan:
 - a) rentas propias de un importe no superior a 9 680,16 EUR (18 743 400 ITL);
 - b) rentas acumuladas con las del cónyuge de un importe no superior a 19 360,32 EUR (37 486 800 ITL) anuales (igual a cuatro veces el importe anual de la pensión mínima del INPS).

Pensiones con inicio antes del 1 de enero de 2000

- Pensiones con inicio antes de 1994: a efectos del complemento para alcanzar el importe mínimo, se tienen en cuenta únicamente las rentas del pensionista.
- Pensiones con inicio en el año 1994: se tienen en cuenta ya sea las rentas del titular, ya sea las rentas acumuladas con las del cónyuge, que deberán ser inferiores a cinco veces el importe anual de la pensión mínima. Para el año 2000, el importe es de 24 200,40 EUR (46 858 500 ITL).
- Pensiones con inicio a partir de 1995: el límite de rentas acumuladas con las del cónyuge es igual a cuatro veces el importe de la pensión mínima del INPS: para el año 2000 es de 19 360,32 EUR (37 486 800 ITL).

Para las personas casadas, no podrá concederse el complemento para alcanzar el importe mínimo de la pensión si las rentas personales superan los límites establecidos por la ley, aun cuando las rentas acumuladas sean inferiores.

Asimismo, no se concederá el complemento si las rentas personales son inferiores al citado límite pero las rentas acumuladas son superiores al mismo.

● **Pensión social (*pensione sociale*) y subsidio social (*assegno sociale*)**

Antes del 1 de enero de 1996, la pensión social se concedía a los ciudadanos mayores de 65 años (italianos o de un Estado de la Comunidad Europea) que fueran residentes en Italia y no tuvieran protección de Seguridad Social, y cuyas rentas, incluidas las del cónyuge, fueran inferiores a los límites establecidos por la ley.

Desde el 1 de enero de 1996, en lugar de la pensión social y del incremento correspondiente, se concede a los ciudadanos mayores de 65 años residentes en Italia y cuyas rentas, incluidas las del cónyuge, sean inferiores a los límites establecidos por la ley, una prestación denominada «subsidio social».

8. Subsidio de desempleo

Los desempleados involuntarios con 2 años de seguro y 1 de cotización en los últimos 2 años tienen derecho por cada día de desempleo, incluidos los días festivos, y 30 días al mes (28 o 29 para el mes de febrero) a un subsidio diario equivalente al 30 % de la retribución media de los últimos 3 meses de trabajo. Dicha prestación no podrá concederse para un período superior a 180 días.

Los desempleados que justifiquen 2 años de seguro y como mínimo 78 días de actividad laboral sujeta a cotización tendrán derecho, al año siguiente, al subsidio por el mismo número de días (cómo máximo) al número de días trabajados. El importe correspondiente será igual al 30 % de la retribución media percibida el año anterior.

Existen otras prestaciones especiales para los trabajadores italianos repatriados, para los trabajadores despedidos por empresas de construcción civil y para trabajadores italianos fronterizos que ejerzan su actividad en Suiza.

Existen normas especiales para los trabajadores agrícolas.

Los desempleados que perciban el subsidio de desempleo también tienen derecho a las prestaciones familiares, en las mismas condiciones establecidas para los trabajadores en activo. El INPS abona directamente todos los subsidios de desempleo.

● **Subsidio de movilidad (*indennità di mobilità*)**

Está previsto además un subsidio de movilidad, al que tienen derecho, siempre que cumplan determinados requisitos de antigüedad, los trabajadores que reciban asistencia de la *Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria* y no puedan ser reintegrados a la empresa y los despedidos por reducción de plantilla o por cese de actividad. La duración mínima es de 12 meses, que se incrementará a 24 para los trabajadores mayores de 40 años, y a 36 para los mayores de 50. En las zonas del Mezzogiorno, estos períodos se incrementarán en otros 12 meses en algunos casos, hasta que se alcance el derecho a la pensión de vejez o de retiro.

Esta forma de «movilidad larga» se ha extendido a los trabajadores pertenecientes a algunos de los

sectores productivos que se hallan en una situación de crisis grave.

El importe es equivalente al subsidio abonado por la Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria para el primer año y al 80 % para los períodos sucesivos, y podrá ser abonado por anticipado y de una sola vez por los trabajadores que vayan a iniciar una actividad profesional por cuenta propia o en sociedad.

Los períodos en que el trabajador reciba el subsidio de movilidad son reconocidos a efectos de adquisición del derecho a la pensión y del importe de la misma. El desempleado en régimen de movilidad puede ejercer una actividad a tiempo parcial o a tiempo determinado sin perder el derecho al subsidio, que, sin embargo, se suspende por los días en que el interesado trabaje.

- **Subsidio de desempleo (*assegno di disoccupazione*)**

Desde hace algunos años, existe un subsidio de desempleo para los trabajadores inscritos en las listas de movilidad, o que lleven al menos 2 años inscritos en las listas de desempleados que se utilizan en los proyectos de utilidad pública promovidos por organismos públicos.

- **Incompatibilidad**

Las prestaciones ordinarias de desempleo, incluidos el subsidio de movilidad y el subsidio de desempleo, son incompatibles con prestaciones de pensiones directas y los respectivos importes no pueden rebasar un tope máximo.

- **Complementos salariales (*integrazione guadagni*)**

Tienen derecho a esta prestación, siempre que lo autoricen las *Commissioni Provinciali* (comisiones provinciales) correspondientes, los obreros, empleados y directivos de las empresas industriales o artesanales de la construcción y las canteras, cuando se reduce o suspende la actividad de producción por situaciones de la empresa debidas a hechos transitorios y no imputables al empresario ni a los trabajadores, o cuando dicha situación se debe a situaciones temporales de mercado.

- **Subsidio extraordinario (*trattamento straordinario*)**

El subsidio extraordinario —autorizado mediante Decreto del Ministerio de Trabajo— se creó como forma de proteger la retribución de los obreros y empleados de empresas industriales (incluidas las de los sectores de la construcción y las canteras) cuya actividad se suspenda por causa de reestructuración, reorganización o conversión de la empresa, quiebra, convenio preventivo de acreedores o liquidación administrativa forzosa, siem-

pre que en el semestre anterior a la petición de intervención las empresas tuvieran un promedio de 15 trabajadores.

Están previstas ampliaciones temporales para empresas de determinados sectores.

Esta normativa se aplica también a empresas comerciales con más de 200 empleados y a las empresas artesanales con más de 15 empleados en los casos en que la empresa que sea su principal cliente pueda acogerse al régimen de subsidios salariales extraordinarios.

Las intervenciones extraordinarias de complementos salariales no podrán exceder de 18 meses en caso de quiebra, de 12 en caso de crisis de la empresa y de 24 en caso de reestructuración, salvo las prórrogas previstas por varias disposiciones legales.

Para cada unidad productiva, estas intervenciones no podrán tener una duración global superior a 36 meses en un período de 5 años: es decir, sumando los días de intervención ordinaria y los de intervención extraordinaria; sin embargo, hay muchos casos en que las empresas se podrán beneficiar de una excepción en lo que respecta a dicho límite.

Además, las empresas tienen la obligación de elaborar los programas que tienen previsto aplicar, haciendo referencia también a las posibles medidas previstas para hacer frente a las consecuencias en el plano social, y de aplicar el criterio de la rotación en la designación de los trabajadores que han de incluirse en el régimen de la *Cassa Integrazione*.

El importe de las intervenciones de complementos salariales ordinarias y extraordinarias está fijado en el 80 % de la retribución global que cabría esperar por las horas de trabajo no efectuado.

El importe del subsidio, ya sea ordinario o extraordinario, no puede rebasar un límite máximo mensual y se revisa anualmente.

- **Incompatibilidad**

Pierde el derecho a las prestaciones el trabajador que perciba el subsidio y al mismo tiempo desempeñe una actividad remunerada sin haber comunicado previamente esta circunstancia al INPS. Por consiguiente, están previstas sanciones para el empresario que emplee a un trabajador que se halle acogido a un régimen de intervención salarial.

Están previstas normas especiales para los sectores de la construcción y de la agricultura.

Los períodos de suspensión en los cuales esté admitida la integración salarial son reconocidos a efectos de la adquisición del derecho a pensión.

● **Subsidio de repatriación**

El trabajador extracomunitario que no disponga de medios económicos para la repatriación tiene derecho a obtener del INPS el importe necesario para ello. Además, puede reclamar, una vez haya cesado su actividad laboral en Italia y haya abandonado el territorio nacional, en los casos en que la materia no esté regulada en los convenios internacionales, la liquidación de las cotizaciones del régimen obligatorio que hayan sido abonadas en su nombre, incrementadas en un 5 % anual.

9. Prestaciones familiares

Tienen derecho a las prestaciones familiares los trabajadores por cuenta ajena y los titulares de pensiones o de prestaciones económicas de la Seguridad Social derivadas de la realización de trabajo por cuenta ajena.

El importe de las mismas varía en función del número de miembros de la familia y de la renta del núcleo familiar, siempre que la renta considerada esté compuesta al menos por el 70 % de la renta de trabajo por cuenta ajena.

El núcleo familiar está compuesto por el solicitante de la prestación, el cónyuge (si no está efectiva y legalmente separado) y los hijos y asimilados menores de 18 años, o sin límite de edad si son discapacitados.

El importe base de la prestación familiar oscila entre un mínimo de 10,33 EUR (20 000 ITL) y un máximo de 227,24 EUR (440 000 ITL) mensuales, libres de cotización e impuestos.

Desde el 1 de julio de 1994, el importe mensual de la prestación se ha incrementado en 10,33 EUR (20 000 ITL) por cada hijo (excluido el primero) del núcleo familiar.

Desde el 1 de julio de 1995, se concede otro incremento de 43,38 EUR (84 000 ITL) por cada hijo, excluidos los dos primeros.

Desde el 1 de enero de 1996, el importe de la prestación familiar se ha incrementado para las familias con hijos menores, y posteriormente se ha incrementado para las familias monoparentales, mientras que se ha concedido la prestación y sus correspondientes incrementos a los núcleos familiares con un mínimo de tres componentes cuyas rentas se hallen comprendidas entre los dos escalones de renta sucesivas a las previstas. En esa misma fecha se reconoció el incremento de 43,38 EUR (84 000 ITL).

A partir del 1 de enero de 1997, se incrementó el importe para los núcleos familiares con hijos menores y para los núcleos compuestos por hijos, hermanos, hermanas, sobrinos o nietos discapacitados y se amplió el número de beneficiarios.

La renta que ha de tenerse en cuenta es la obtenida en el año civil anterior, entre el 1 de julio de cada año y el 30 de junio del año siguiente.

A efectos de la determinación de la renta familiar, han de indicarse rentas brutas de cualquier tipo —incluidas las que sean objeto de tributación por separado y las libres de impuestos, si son superiores a 1 032,91 EUR (2 000 000 ITL)— obtenidas por el núcleo familiar; no obstante, quedan excluidos algunos tipos de renta.

Con efecto a partir del 1 de julio de cada año, los niveles de renta se revisan en función de la evolución del índice de precios al consumo calculado por el ISTAT que se haya producido entre el año de referencia de las rentas para la concesión de la prestación y el año inmediatamente anterior.

Para los agricultores directos, aparceros y arrendatarios y para algunas categorías de trabajadores autónomos se sigue aplicando la normativa anterior relativa a las prestaciones familiares, mientras que, para los pensionistas de regímenes especiales y para los trabajadores autónomos, se siguen aplicando las disposiciones relativas a las cuotas de incremento de pensiones.

● **Procedimiento**

Las prestaciones anteriormente descritas se solicitan en la delegación del INPS que corresponda al lugar de residencia. Si el interesado ha trabajado en otros Estados miembros debe indicarlo en la solicitud: el importe de la solicitud se calculará con arreglo a las normas comunitarias.

10. Otras informaciones

Para obtener información adicional, el interesado puede dirigirse a delegación provincial del INPS y a otros organismos que gestionan los sistemas de Seguridad Social y de asistencia social (véase la sección 2), cuya dirección figura en las guías telefónicas de Roma.

Por lo que respecta al *Istituto Nazionale della Previdenza Sociale* (INPS), las oficinas centrales (Presidencia y Dirección General) se hallan en la siguiente dirección: Via Ciro il Grande 21, I-00144 Roma.

Para cuestiones relativas a las relaciones y los convenios internacionales, el interesado puede dirigirse a:

INPS — D. C. Prestazioni
Area Internazionale
Via della Frezza 17
I-00186 Roma

1. Introducción

El sistema de la Seguridad Social de Luxemburgo ofrece las siguientes prestaciones:

- prestaciones de enfermedad y maternidad (sección 2);
- prestaciones de dependencia (sección 3);
- prestaciones por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales (sección 4);
- prestaciones de invalidez, vejez y supervivientes (secciones 5, 6 y 7);
- prestaciones de desempleo (sección 8);
- prestaciones familiares (sección 9).

Más abajo ofrecemos, en las diferentes secciones, información acerca de los organismos competentes para la concesión de las diferentes prestaciones (véase también la lista al final del capítulo).

● Afiliación

Si trabaja para un empresario, es él quien debe cumplir las formalidades necesarias para afiliarle a la Seguridad Social desde el primer momento en que usted trabaja en Luxemburgo. Si trabaja por cuenta propia debe usted registrarse personalmente en el Centro Común de la Seguridad Social (*Centre commun de la sécurité sociale*).

● Cotizaciones

Deben pagarse cotizaciones al seguro de enfermedad-maternidad, así como al seguro de dependencia y al de pensión (invalidez, vejez y supervivencia). La cuantía de las cotizaciones representa un determinado porcentaje sobre sus ingresos profesionales. La mitad de la cotización la paga el trabajador y la otra mitad la empresa. Para el cálculo de la cotización por el seguro de dependencia, se tienen en cuenta también los ingresos patrimoniales del interesado y es éste quien debe pagar enteramente esta cotización.

La empresa, que es responsable de que las cotizaciones sean pagadas efectivamente, deduce de la remuneración del trabajador la parte correspondiente a sus cotizaciones. Los trabajadores por cuenta propia son responsables del pago de todas sus cotizaciones.

En cambio, no se tienen que pagar cotizaciones por el seguro de accidente, las prestaciones familiares y los subsidios de desempleo.

● Reclamaciones

Se puede recurrir la decisión de un organismo competente ante la autoridad gestora de dicho

organismo dentro de un plazo de 40 días después de haber sido notificada la decisión. Y si se sigue sin estar de acuerdo con la decisión definitiva, puede apelarse ante el Consejo Arbitral de la Seguridad Social (*Conseil arbitral des assurances sociales*) dentro de un plazo de 40 días después de haber sido notificada esta última decisión. Puede apelarse contra una decisión de dicho Consejo Arbitral ante el Consejo Superior de la Seguridad Social (*Conseil supérieur des assurances sociales*) dentro del mismo plazo después de haber sido notificada la decisión del Consejo Arbitral.

En el caso de las prestaciones de desempleo debe enviarse la reclamación por carta certificada a una comisión especial nombrada por el Ministerio de Trabajo, dentro de un plazo de 40 días después de haber sido notificada la decisión. Contra las decisiones de dicha comisión puede interponerse recurso dentro del mismo plazo ante el Consejo Arbitral, cuya decisión puede apelarse ante el Consejo Superior de la Seguridad Social.

2. Enfermedad y maternidad

Están cubiertos por el seguro de enfermedad-maternidad quienes ejercen una actividad profesional por cuenta propia o por cuenta ajena o las personas siguientes:

- los aprendices;
- los beneficiarios de una prestación en efectivo de enfermedad, maternidad o accidente;
- los desempleados que reciben una prestación de desempleo;
- los beneficiarios de una pensión de vejez, invalidez o supervivencia;
- los beneficiarios de una pensión por haber sufrido un accidente de trabajo o una enfermedad profesional que hayan reducido su capacidad para obtener ingresos en como mínimo un 50 %;
- los beneficiarios de una pensión de supervivencia del seguro de accidentes;
- los jóvenes que participan en una actividad de voluntariado; y
- los miembros de la familia de un asegurado que resida en Luxemburgo.

El seguro de enfermedad-maternidad ofrece:

- asistencia sanitaria por enfermedad;
- subsidios de enfermedad;
- prestaciones de maternidad;
- un subsidio para gastos de sepelio.

● **Condiciones requeridas**

No se exige haber cumplido un período específico de cotizaciones para obtener las prestaciones de enfermedad.

En cambio, para obtener un subsidio de maternidad, la mujer interesada debe haber estado asegurada como mínimo durante 6 meses en el año anterior al parto. Para cumplir esta condición puede tenerse en cuenta cualquier período asegurado y completado en otro Estado miembro, si fuese necesario.

A. ASISTENCIA SANITARIA

Se pueden obtener las siguientes prestaciones sanitarias:

- tratamiento médico y odontológico;
- tratamiento paramédico (enfermeros, fisioterapeutas, etc.);
- análisis clínicos y de laboratorio;
- prótesis dentales, ortopédicas y otras;
- medicamentos;
- complementos ópticos (gafas, lentillas, etc.);
- vendas, accesorios y coadyuvantes;
- hospitalizaciones;
- curas terapéuticas y de convalecencia;
- tratamientos de reeducación y adaptación;
- gastos de viaje y de transporte.

Estas prestaciones y servicios se ofrecen durante un período ilimitado a partir del comienzo de la enfermedad, mientras se siga asegurado. Si se dejara de estar asegurado, se sigue teniendo derecho a estas prestaciones durante el mes en curso y los 3 meses siguientes (6 meses en el caso de enfermedades que ya estaban siendo tratadas).

Por regla general, las prestaciones son pagadas en su totalidad, sobre la base de una tarifa fijada por convenio entre la Unión de mutuas de enfermedad (*Union des caisses de maladie*) y los responsables de administrar el tratamiento (médicos, enfermeros, hospitales, etc.). En algunos casos, sin embargo, el asegurado tiene que contribuir al coste del tratamiento. Por ejemplo, deberá pagar el 20 % de los honorarios de la primera visita que realice cualquier médico a su domicilio, dentro de cada período de 28 días. En cuanto a las demás visitas domiciliarias y las consultas, deberá pagar el 5 % de la tarifa.

Le será reembolsado el 78 % del coste de los medicamentos, excepto aquellos que se emplean para el tratamiento de enfermedades de larga duración o que se proporcionan como parte del tratamiento hospitalario, que son gratuitos en su totalidad. De algunos productos farmacéuticos no esenciales («medicamentos de confort») se le reembolsará sólo el 40 %. En caso de hospitalización, tendrá que pagar una suma diaria para

contribuir al coste de hospitalización, participación de la que están exentos los menores de 18 años.

Debe observarse que no se reembolsan los gastos relacionados con prestaciones que no se consideren necesarios. Por ejemplo, no se reembolsarán los honorarios de más de dos visitas a domicilio o en la consulta del médico durante cada período de 7 días, a menos que la Mutua (*Caisse de maladie*) autorice más visitas. También tendrá que pagarse el gasto extra originado por una hospitalización en primera clase y el de las consultas a horas convenidas.

● **Formalidades**

Para obtener asistencia médica, puede escogerse libremente al responsable de ofrecerla (médico, hospital, etc.).

En toda consulta y visita médica debe mostrar, para identificarse, la tarjeta del seguro que se le entregará cuando se afilie.

Para obtener algunas prestaciones se requiere autorización previa de la Mutua de enfermedad (*Caisse de maladie*), que a menudo se concede previo dictamen favorable del Control Médico de la Seguridad Social (*Contrôle médical de la sécurité sociale*); diríjase a su Mutua para más detalles al respecto.

● **Pago de las prestaciones**

Por regla general tendrán que pagarse todas las facturas del tratamiento recibido y solicitarse después el reembolso a la Mutua de enfermedad correspondiente, que deducirá el importe que le corresponda pagar al asegurado.

En cambio, los gastos de hospitalización, las intervenciones quirúrgicas, las medicinas y los análisis o estudios de laboratorio son liquidados directamente por las Mutuas de enfermedad a los médicos o los organismos que prestan dichos servicios. En estos casos únicamente tendrá que pagarse el importe del que no se haga cargo la Mutua de enfermedad.

B. SUBSIDIO DE ENFERMEDAD

El subsidio de enfermedad (*indemnité pécuniaire de maladie*) se concede durante un período de hasta 52 semanas a partir del primer día de la baja. La cuantía del subsidio corresponde a los ingresos que habría obtenido el afiliado en caso de haber seguido trabajando. El subsidio no le será pagado mientras su empresa continúe pagando su remuneración o sueldo.

● **Pago de las prestaciones**

El subsidio de enfermedad se paga mensualmente, en general a través de la empresa, el mes en que

sobreviene la enfermedad y los tres siguientes. Posteriormente, es la Mutua la que paga directamente el subsidio.

Los trabajadores por cuenta propia sólo tienen derecho al subsidio de enfermedad a partir del primer día del cuarto mes siguiente a aquel en que se ha declarado la incapacidad laboral.

● **Formalidades**

Para obtener el subsidio de enfermedad debe presentarse un certificado médico extendido por el médico, dentro de un plazo de 3 días a partir de aquel en que se ha iniciado la incapacidad laboral debida a la enfermedad. Si la incapacidad para el trabajo dura un solo día, no se requiere certificado médico siempre que el afiliado la notifique ese mismo día.

El certificado médico consta de dos volantes: uno debe remitirse a la Mutua de enfermedad (*Caisse de maladie*) y el otro a la empresa. Si se tarda en remitir el certificado, no se cobrará el subsidio de enfermedad más que a partir del día en que se ha notificado la incapacidad laboral.

El asegurado debe someterse a las exploraciones médicas que disponga el médico de la Mutua. Si no se presenta, perderá el subsidio.

C. PRESTACIONES DE MATERNIDAD

Para compensar los gastos que se producen con ocasión de un parto, se concede una ayuda global (*forfait d'accouchement*). Esta ayuda cubre la asistencia por el médico y la comadrona, la estancia en el hospital, los medicamentos y los productos de dieta infantil.

Tanto si trabajan por cuenta ajena como si no, a las mujeres se les concede un subsidio de maternidad durante un período de 16 semanas: las 8 anteriores y las 8 posteriores al parto. Se abona también este subsidio cuando a la mujer embarazada o que ha dado a luz se le ha permitido dejar de trabajar porque su puesto de trabajo representaba un riesgo para su salud. El importe de este subsidio es igual a los ingresos que la interesada habría recibido si hubiese seguido trabajando. Mientras la empresa continúe pagando el sueldo o la remuneración de la mujer, no se cobra el subsidio de maternidad.

● **Formalidades**

Para obtener la ayuda global por parto debe presentarse el certificado de nacimiento del recién nacido.

Para recibir el subsidio de maternidad durante las 8 semanas anteriores al parto, debe remitirse a la Mutua de enfermedad (*Caisse de maladie*) un certificado médico en el que figure la fecha en que está previsto el nacimiento de su hijo.

D. SUBSIDIO PARA GASTOS DE SEPELIO

Cuando fallece un asegurado o un miembro de su familia, la Mutua de enfermedad (*Caisse de maladie*) competente abona un subsidio global a la persona que ha corrido con los gastos del sepelio, previa presentación de las facturas y del certificado de defunción del fallecido. Este subsidio queda reducido en un 50 % en caso de fallecimiento de niños de menos de 6 años y en un 80 % en caso de los niños nacidos muertos.

● **Prestaciones en otro Estado miembro**

Si está asegurado en Luxemburgo, usted y sus familiares tienen en principio derecho a asistencia sanitaria en cualquier otro Estado miembro de la UE mientras dure su estancia en el mismo. También se le pueden transferir subsidios a ese Estado miembro.

● **Organismos competentes**

La gestión del seguro de enfermedad-maternidad compete a los siguientes organismos:

- *Union des caisses de maladie*, UCM (Unión de mutuas de enfermedad);
- *Caisse de maladie des ouvriers*, CMO (Mutua de enfermedad de los trabajadores) con delegaciones locales en las principales ciudades del país;
- *Caisse de maladie des employés privés*, CMEP (Mutua de enfermedad de los empleados del sector privado);
- *Caisse de maladie des fonctionnaires et employés publics*, CMFEP (Mutua de enfermedad de los funcionarios y empleados públicos);
- *Caisse de maladie des fonctionnaires et employés communaux*, CMFEC (Mutua de enfermedad de los funcionarios y empleados municipales);
- *Caisses de maladie de l'ARBED* (Mutuas de enfermedad de la ARBED), para los trabajadores de la S.A. ARBED;
- *Entraide médicale des chemins de fer luxembourgeois*, EMCFL (Mutua de los ferrocarriles luxemburgueses);
- *Caisse de maladie des professions indépendantes*, CMPI (Mutua de enfermedad de los profesionales independientes);
- *Caisse de maladie agricole*, CMA (Mutua de enfermedad de los agricultores).

Los miembros de la familia de los afiliados reciben prestaciones de la mutua de dicho afiliado. La Unión de mutuas de enfermedad es competente para los asuntos más generales.

Las mutuas de enfermedad son competentes respecto a lo siguiente:

- el reembolso de los gastos de asistencia sanitaria adelantados por los afiliados;
- la liquidación de la ayuda global por parto;
- el pago del subsidio de enfermedad y de maternidad y del subsidio para gastos de sepelio.

3. Dependencia

Si está usted afiliado a una Mutua de enfermedad luxemburguesa, está usted de oficio cubierto por el seguro de dependencia.

● Condiciones requeridas

Se le considera dependiente si necesita regularmente ayuda de un tercero para los actos esenciales de la vida a causa de una enfermedad o de una discapacidad física, psíquica o mental.

Los actos esenciales de la vida son:

- en cuanto a la higiene corporal: lavarse, limpiarse los dientes, cuidar la piel, ir al servicio;
- en cuanto a la alimentación: preparar las comidas con vistas a la absorción de una alimentación adecuada, comer, beber;
- en cuanto a la movilidad: levantarse, acostarse, cambiar de posición, vestirse, desnudarse, desplazarse, mantenerse en pie, subir y bajar las escaleras, salir y entrar en casa.

La ayuda para los actos esenciales de la vida deberá tener una duración de, como mínimo, 3 horas y media por semana y el estado de dependencia deberá durar con toda probabilidad más de 6 meses o ser irreversible.

● Prestaciones de dependencia

Prestaciones en especie

Un profesional de una red de ayuda y asistencia viene a su casa para ayudarle a realizar los actos esenciales de la vida, ayudarle a realizar las tareas domésticas, proporcionarle un apoyo y aconsejarle. Si vive en un centro de ayuda y asistencia (residencia, etc.), tiene usted también derecho a las prestaciones en especie.

Prestaciones en metálico

Si usted sigue viviendo en su casa y quien le ayuda es una persona de su entorno, las prestaciones en especie (ayudas proporcionadas por una red) pueden sustituirse por prestaciones en metálico. El dinero que recibe debe abonárselo a la persona que se ocupa de usted. Esta persona puede beneficiarse de una cobertura del seguro de pensión si tiene menos de 65 años de edad. La cotización correspondiente es pagada por el seguro de dependencia. A tal efecto debe usted declarar a dicha persona al Centro Común de la

Seguridad Social (*Centre commun de la sécurité sociale*).

Si vive en un centro de ayuda y asistencia, no tiene derecho a prestación en metálico.

Otras prestaciones

Cantidad global para los productos necesarios para las ayudas, los aparatos y las adaptaciones de la vivienda.

● Formalidades

Para beneficiarse del seguro de dependencia, debe usted rellenar un formulario de solicitud al que se adjunta un informe médico virgen que debe cumplimentar el médico que lleva su tratamiento. El formulario y el informe médico deben enviarse a la Célula de evaluación y orientación (*Cellule d'évaluation et d'orientation*). Si su documentación está completa, la Célula de evaluación le informará de la fecha en la que se evaluará su estado de dependencia. Esta evaluación comprende:

- una evaluación médica a cargo del médico de la Célula;
- y una evaluación de la dependencia a cargo de otro miembro de la Célula.

A partir de esta evaluación, la Célula inscribe las ayudas que usted necesita en un informe-tipo que constituye la base del plan de asistencia destinado a los profesionales de la red que usted escoja o del centro de ayuda y asistencia en que resida.

El plan de asistencia y el informe-tipo se transmiten en forma de dictamen a la Unión de mutuas de enfermedad (*Union des caisses de maladie*) que le comunica la decisión.

● Pago de las prestaciones

El seguro de dependencia es el que se encarga directamente de suministrar las prestaciones en especie. Si vive en un centro, debe usted pagar únicamente los gastos de alojamiento. Las prestaciones en metálico y la cantidad global para los productos necesarios para las ayudas se transfieren directamente a su cuenta.

● Organismos competentes

De la gestión del seguro de dependencia se encarga la Unión de mutuas de enfermedad que es competente a la hora de tomar cualquier decisión relativa al seguro de dependencia en función del dictamen de la Célula de evaluación y de orientación.

La Célula de evaluación y de orientación examina el estado de dependencia y determina las ayudas y la asistencia que usted necesita. Se compone de un equipo cuyos miembros pertenecen a diferentes profesiones: médicos, enfermeros, psicólogos,

ergoterapeutas, fisioterapeutas y asistentes sociales.

4. Accidentes de trabajo y enfermedades profesionales

Todas las personas que ejerzan una actividad profesional por cuenta propia o por cuenta ajena, así como los aprendices, están cubiertos por un seguro contra accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. El seguro cubre los accidentes sufridos en el trabajo, durante el desplazamiento del o al puesto de trabajo y las enfermedades profesionales.

Un accidente de trabajo es aquel que se produce a causa o en el transcurso de la actividad laboral. Un accidente de viaje es aquel que se produce durante el recorrido habitual hacia el puesto de trabajo o al regresar del mismo. Una persona asegurada según la legislación de Luxemburgo que sufre un accidente mientras viaja a su puesto de trabajo situado fuera del país, o regresa del mismo, será tratada como si el accidente hubiese ocurrido en Luxemburgo.

Existe una lista de enfermedades profesionales reconocidas. Sin embargo, también se puede recibir una compensación en el caso de una enfermedad que no figura en dicha lista, siempre que pueda demostrarse que se debe al trabajo realizado.

Se ofrecen las siguientes prestaciones:

- asistencia sanitaria por accidente o enfermedad profesional;
- prestaciones en metálico por incapacidad laboral (subsidio y pensión);
- prestaciones a los supervivientes si el asegurado fallece como resultado del accidente o de la enfermedad profesional (indemnización por defunción y pensión).

● Asistencia sanitaria

Las prestaciones de este apartado incluyen tratamiento médico, medicamentos, gastos de hospitalización y suministro de todas las ayudas y aparatos que se necesiten para asegurar que el tratamiento dé buen resultado y este buen resultado se mantenga. Estas prestaciones se conceden según las mismas normas que rigen a este respecto en el seguro de enfermedad (véase, más arriba, el apartado A de la sección 2). Sin embargo, no existe límite de tiempo y no se tiene que contribuir a su coste

● Prestaciones en metálico

Siempre que la incapacidad laboral resultante de un accidente o una enfermedad profesional no exceda de las 13 semanas consecutivas, se tendrá

derecho a un subsidio (*indemnité pécuniaire*) que equivaldrá a lo que el interesado habría ganado si le hubiese sido posible seguir trabajando.

Si su incapacidad laboral excede de 13 semanas, se le otorgará una pensión. Esta pensión se calculará sobre la base de sus ingresos profesionales anuales cotizables durante el período de 12 meses anterior al accidente. Si ha estado trabajando en labores agrícolas, se calculará su pensión sobre la base de un sueldo medio fijado por la ley.

En caso de incapacidad total, la pensión asciende al 85,6 % de sus ingresos profesionales anuales (pensión completa). Cuando la incapacidad es parcial, la pensión ascenderá a una parte proporcional de la pensión completa, según sea el grado de incapacidad.

Si el asegurado recibe una pensión por incapacidad laboral de como mínimo un 50 %, la cuantía de la pensión aumentará en un 10 % por cada hijo menor de 18 años que tenga a su cargo. Este complemento se paga hasta la edad de 27 años si su hijo sigue estudiando. No hay límite de edad en el caso de que el hijo sea incapaz de ganarse la vida debido a una discapacidad física o mental. Si alguno de sus hijos reside en otro Estado miembro también se tiene en cuenta a la hora de conceder el complemento; no obstante, la pensión más el complemento nunca podrán exceder de sus ingresos anteriores.

● Prestaciones de supervivencia

Son las siguientes:

- indemnización por defunción;
- pensión para el cónyuge superviviente;
- pensión para los hijos del fallecido;

Si se reúnen ciertos requisitos se concede una pensión al cónyuge divorciado, a los ascendientes, a los nietos o a otros parientes.

La indemnización por defunción asciende a 1/15 de los ingresos anuales del fallecido.

La pensión para el cónyuge superviviente equivale al 42,8 % de dichos ingresos anuales (53,5 % si el cónyuge superviviente padece incapacidad laboral de como mínimo un 50 %).

La pensión de orfandad asciende a un 21,4 % de dichos ingresos. Se pagará hasta los 18 años (27 años para los hijos que siguen estudiando, y sin límite de edad para los discapacitados). La pensión concedida a otros familiares cercanos no puede exceder, para el conjunto de dichas personas, del 32,1 % de los ingresos anteriores del fallecido.

El importe total de las pensiones de supervivencia no puede exceder del 85,6 % de los ingresos anteriores del difunto.

Las pensiones se ajustan automáticamente a los cambios en el coste de la vida y periódicamente a la evolución del nivel de los salarios.

● **Finiquito (rescate) de la pensión**

Después de 3 años, las pensiones por incapacidad inferiores al 10 % se sustituyen automáticamente por el pago de un tanto alzado (rescate) cuya cuantía depende de la edad del afiliado. En determinadas condiciones puede pedirse un finiquito de este tipo si la incapacidad laboral se sitúa entre el 10 % y el 40 %. También se le puede conceder un préstamo hipotecario si la incapacidad supera el 40 %.

Si el cónyuge superviviente se vuelve a casar, recibirá automáticamente un finiquito en lugar del pago mensual.

● **Formalidades**

Una vez ocurrido un accidente de trabajo, el afectado debe informar sin demora a su empresa. También debe informar a la Mutua de enfermedad laboral dentro del mismo período de tiempo que se exige para el caso de incapacidad laboral debida a enfermedad (véase, más arriba, el apartado B de sección 2).

● **Pago de las prestaciones**

Todos los gastos médicos, de farmacia, de hospitalización, etc., son pagados directamente por la Asociación del seguro contra accidentes (*Association d'assurance contre les accidents*) a quien le haya proporcionado la asistencia sanitaria.

El subsidio se paga de la misma forma que la utilizada en el contexto del seguro de enfermedad (véase, más arriba, el apartado B de la sección 2), salvo que la Mutua de enfermedad (*Caisse de maladie*) lo reembolsa a la empresa en el caso de las personas que continúan recibiendo su remuneración en caso de incapacidad laboral.

Las pensiones se pagan mensualmente y por adelantado.

Si usted ha sufrido un accidente de trabajo en Luxemburgo y regresa, se traslada o fija su residencia en otro Estado miembro, puede continuar recibiendo allí las prestaciones sanitarias correspondientes. Para este fin debe solicitar, antes de salir de Luxemburgo, el formulario E 123 a la Asociación del seguro contra accidentes. Los subsidios y las pensiones se le pagarán directamente en el otro Estado miembro.

● **Organismos competentes**

El organismo competente es la Asociación del seguro contra accidentes, que está dividida en dos

secciones. La sección industrial es competente para todos los afiliados, con excepción de las personas que ejercen una actividad agrícola, que competen a la sección agrícola y forestal.

5. Invalidez

Están cubiertos contra el riesgo de invalidez quienes ejercen una actividad profesional por cuenta ajena o por cuenta propia y también:

- los aprendices;
- los beneficiarios de un subsidio de enfermedad, maternidad, accidente o enfermedad profesional;
- los beneficiarios de un subsidio de desempleo;
- los beneficiarios de una pensión de supervivencia del seguro de accidentes;
- los jóvenes que participan en un actividad de voluntariado;
- los beneficiarios de un permiso parental.

Las prestaciones se pagan en forma de pensiones.

● **Condiciones requeridas para tener derecho a las prestaciones**

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

- haber completado 12 meses de cotización durante los 3 años anteriores al inicio de la invalidez;
- ser reconocido como discapacitado, lo que significa que debe ser incapaz de trabajar tanto en la actividad que ha ejercido últimamente como en otra actividad que sería adecuada a sus capacidades físicas o sus conocimientos.

Se tienen en cuenta los períodos asegurados que se hayan completado en otro Estado miembro de la UE.

Si la invalidez se debe a cualquier tipo de accidente o a una enfermedad profesional que se ha contraído mientras se estaba asegurado, se tendrá derecho a una pensión de invalidez incluso en el caso de no haber completado el período de 12 meses de cotización que se requiere normalmente.

● **Cuantía de las pensiones**

La pensión de invalidez se paga en forma de importes fijos para los que se adquiere 1/40 por cada año asegurado, con un máximo de 40 años, y un complemento proporcional que asciende al 1,78 % de los ingresos profesionales declarados durante toda la vida laboral del asegurado en Luxemburgo.

Además, se concede un complemento fijo especial a razón de 1/40 por cada año que queda entre la fecha en que comienza el derecho a cobrar una pensión y la edad de 65 años, con un complemento proporcional especial para los años situados entre la fecha en que comienza el derecho a cobrar una pensión y la edad de 55 años. Este complemento proporcional especial asciende al 1,78 % de los ingresos profesionales medios obtenidos antes de iniciarse la invalidez.

Si la pensión resultante fuese inferior a la pensión personal mínima fijada por la ley, se pagará un complemento a razón de 1/40 de dicha pensión mínima por cada año de afiliación, siempre y cuando se hayan completado al menos 20 años de seguro.

● **Formalidades**

Para recibir una pensión debe presentarse una solicitud al organismo competente, en un formulario especial de dicho organismo. En el formulario de solicitud figuran los documentos adicionales que deben aportarse.

Si se reside en otro Estado miembro, debe presentarse la solicitud al organismo del seguro de pensiones de dicho país.

Las pensiones se pagan mensualmente por adelantado. Si reside en otro Estado miembro, la pensión le será pagada directamente en dicho Estado.

● **Organismos competentes**

Los trabajadores manuales están asegurados en la Mutua de seguros de vejez e invalidez (*Établissement d'assurances contre la vieillesse et l'invalidité*) de Luxemburgo.

Los empleados y los trabajadores intelectuales autónomos (médicos, arquitectos, abogados, notarios, periodistas, contables, etc.) están asegurados en la Caja de pensiones para empleados del sector privado (*Caisse de pensions des employés privés*).

Los trabajadores por cuenta propia están asegurados en la Caja de pensiones de los artesanos, comerciantes e industriales (*Caisse de pension des artisans, commerçants et industriels*), mientras que los agricultores lo están en la Caja de pensiones agrícola (*Caisse de pension agricole*).

6. Vejez

Están cubiertos por el seguro de vejez quienes ejercen una actividad profesional por cuenta ajena o por cuenta propia o:

- los aprendices;

- los beneficiarios de un subsidio de enfermedad, maternidad, accidente o enfermedad profesional;
- los beneficiarios de un subsidio de desempleo;
- los beneficiarios de una pensión de supervivencia del seguro de accidentes;
- los jóvenes que participan en un actividad de voluntariado;
- los beneficiarios de un permiso parental.

● **Condiciones requeridas para tener derecho a las prestaciones**

Para tener derecho a una pensión de vejez, el interesado deberá:

- haber estado asegurado durante 120 meses como mínimo;
- haber alcanzado los 65 años de edad.

En algunas condiciones especiales relacionadas con la extensión del período asegurado, la pensión de vejez puede concederse antes, a los 57 o a los 60 años de edad.

Se tienen en cuenta los períodos asegurados que se han completado en otro Estado miembro de la UE.

● **Cuantía de la pensión**

La pensión de vejez se paga en forma de importes fijos para los que se adquiere 1/40 por cada año asegurado, con un máximo de 40 años, y un complemento proporcional que asciende al 1,78 % de los ingresos declarados durante toda la vida laboral del asegurado en Luxemburgo.

Si la pensión resultante fuese inferior a la pensión mínima fijada por la ley y si se han completado 40 años de seguro, se pagará un complemento a razón de 1/40 de dicha pensión mínima por cada año de afiliación, siempre y cuando se hayan completado al menos 20 años de seguro.

● **Formalidades**

Deben cumplimentarse las formalidades ya descritas en la sección 5.

● **Organismos competentes**

Los organismos competentes son los mismos que se indican en la sección 5.

7. Pensiones de supervivencia

Están cubiertos quienes sobreviven (viuda, viudo, huérfano, huérfana o cónyuge divorciado) a una persona cubierta por el seguro de vejez-invalidez. Las prestaciones se suministran en forma de pensiones de supervivencia.

- **Condiciones requeridas para tener derecho a las prestaciones**

Para poder cobrar una pensión de supervivencia, el fallecido debe haber estado asegurado durante 12 meses como mínimo en el transcurso de los 3 años anteriores a su muerte. Este período no se exige si el fallecimiento se debe a cualquier tipo de accidente o a una enfermedad profesional reconocida. Se tienen en cuenta los períodos asegurados completados en otros Estados miembros.

No se paga una pensión de supervivencia al cónyuge que se haya casado con el asegurado menos de 1 año antes de su jubilación o muerte, ni a un cónyuge que se casa con un pensionista de vejez o invalidez. No obstante, esta pensión sí se paga cuando concurren condiciones especiales (por ejemplo cuando la defunción se debe a un accidente o cuando de ese matrimonio ha nacido un hijo).

- **Cuantía de la pensión**

Debe distinguirse entre la pensión del cónyuge superviviente y las pensiones de orfandad.

La pensión para el cónyuge superviviente comprende el importe total de la pensión básica, más los complementos a los que tenía derecho o podía haber tenido derecho el asegurado, así como 3/4 de los complementos proporcionales y de los complementos proporcionales especiales a los que el asegurado tenía o podría haber tenido derecho. Si el cónyuge superviviente se vuelve a casar, cesa la pensión y se le pagará un finiquito en forma de tanto alzado.

La pensión de orfandad comprende 1/3 del importe de la pensión básica y los complementos a los que el asegurado tenía o podría haber tenido derecho, así como 1/4 de los complementos proporcionales y de los complementos proporcionales especiales a los que el asegurado tenía o podría haber tenido derecho. Si el huérfano lo es de padre y madre, se le doblará la cuantía de la pensión.

La pensión de orfandad se concede hasta la edad de 18 años. Se continuará pagando hasta los 27 años si el hijo sigue estudiando. No existe límite de edad para los huérfanos que son incapaces de ganarse la vida debido a una discapacidad física o mental.

La cuantía total de las pensiones de supervivencia no puede exceder del importe de la pensión que el asegurado cobraba antes de fallecer o que podría haber cobrado en su caso.

- **Formalidades**

Deben cumplimentarse las mismas formalidades que las indicadas en la sección 5.

- **Organismos competentes**

Los organismos competentes son los mismos que los indicados en la sección 5.

8. Desempleo

Quienes trabajan en Luxemburgo están cubiertos contra el riesgo de desempleo.

Para tener derecho a subsidio de desempleo, el interesado deberá:

- ser un desempleado no voluntario;
- estar capacitado y dispuesto a trabajar y a aceptar cualquier empleo compatible con sus capacidades;
- tener entre 16 y 64 años de edad;
- no estar cobrando una pensión de invalidez o de vejez o una pensión plena de accidente;
- estar inscrito en una Oficina pública de empleo (*Bureau de placement public*) como persona que busca trabajo;
- haber trabajado en Luxemburgo durante como mínimo 26 semanas en los 12 meses anteriores a quedar en situación de desempleo. Si este período de 12 meses comprende otros períodos de incapacidad laboral, se prolongará correspondientemente. Lo mismo sucede si dicho período incluye períodos de servicio militar u otros períodos en los que el interesado ha cobrado un subsidio de desempleo.

Si el asegurado no cumple la condición de haber trabajado como mínimo 26 semanas y ha estado trabajando previamente en otro Estado miembro, pueden tenerse en cuenta los períodos de trabajo o de cotización completados en dicho país. Para este fin debe presentarse a la Administración de empleo (*Administration de l'emploi*) el formulario E 301, que le entregará el organismo del seguro de desempleo del país en que haya estado trabajando anteriormente. Si no presenta este formulario, la Administración de empleo lo solicitará al organismo correspondiente de ese otro país.

- **Cuantía de los subsidios de desempleo**

El importe del subsidio de desempleo equivale al 80 % de sus ingresos anteriores. Este importe asciende al 85 % si se tienen hijos a cargo. No obstante, el subsidio de desempleo no puede exceder del equivalente a 2,5 veces el salario mínimo estipulado. Si el desempleo dura más de 182 días civiles en cualquier período de 12 meses, el subsidio no podrá exceder del equivalente de dos veces el salario mínimo legal.

Si el desempleado realiza algún trabajo ocasional o accesorio mientras está en situación de desempleo, los ingresos resultantes le serán deducidos del subsidio de desempleo.

Puede cobrarse el subsidio de desempleo durante un máximo de 365 días, dentro de un período de 24 meses.

● **Formalidades**

El interesado deberá registrarse como persona que busca trabajo el mismo día en que pierde su empleo, ya sea ante la Administración de trabajo (*Administration de l'emploi*) o ante una de las delegaciones locales o en la secretaría municipal del lugar donde resida. La solicitud del subsidio de desempleo se presentará al mismo organismo en el plazo de 2 semanas después de haber quedado en paro.

Una vez cumplidas estas formalidades, se le pagará la prestación a partir del primer día en que haya quedado en situación de paro laboral.

Si no se registra el primer día de haber quedado desempleado, su derecho a cobrar el subsidio comenzará el día en que se registre. Si no presenta la solicitud dentro del plazo de 2 semanas, la prestación se le concederá por un período anterior a la solicitud que no sobrepasará los 14 días naturales.

● **Pago de los subsidios de desempleo**

Los subsidios de desempleo se pagarán por giro postal a finales de cada semana que se esté en situación de paro laboral.

Quien cobra un subsidio de desempleo en Luxemburgo seguirá teniendo este derecho aunque se traslade a uno o más Estados miembros en busca de trabajo, siempre que antes de partir haya estado registrado como persona que busca trabajo en Luxemburgo durante como mínimo 4 semanas. Antes de marchar debe dirigirse a la Administración de trabajo y solicitar el formulario E 303.

● **Organismo competente**

El organismo responsable de examinar las solicitudes y de pagar las prestaciones es la Administración de Trabajo (*Administration de l'emploi*), que tiene su sede principal en Luxemburgo y delegaciones en Esch-sur-Alzette, Diekirch y Wiltz.

9. Prestaciones familiares

Todos los hijos que han sido criados en Luxemburgo y tienen su domicilio legal en este Estado dan derecho a subsidios familiares. Quien tiene un empleo remunerado en Luxemburgo, también tiene derecho a cobrar subsidios familiares por los hijos que residen en otro Estado miembro de la UE.

Por regla general, los subsidios familiares se pagan por los hijos de hasta 18 años de edad. Se seguirán pagando hasta los 27 años de edad cuando el hijo

está estudiando, y no hay límite de edad cuando se trata de un hijo que sufre una discapacidad física o mental.

Hay tres tipos de subsidios familiares:

- el subsidio familiar ordinario;
- el subsidio complementario;
- la ayuda que se paga al comienzo de cada año escolar.

El importe del subsidio familiar ordinario varía según el número de hijos que viven en el hogar. Además, se conceden complementos de edad cuando los hijos alcanzan los 6 y los 12 años de edad.

Además del subsidio ordinario, se paga un subsidio complementario por cada hijo menor de 18 años que padezca una discapacidad física o mental de como mínimo el 50 % comparado con menores normales de la misma edad. No hay límite de edad si el hijo está totalmente incapacitado para ganarse la vida.

La ayuda se paga al comienzo del año escolar (*allocation de rentrée scolaire*), en el mes de agosto de cada año, por cada hijo a partir de los 6 años de edad. Su importe varía de acuerdo con la edad del hijo y el número de hijos que conviven en el hogar.

● **Formalidades**

La solicitud de subsidio familiar debe presentarse a la Mutua de prestaciones familiares (*Caisse nationale des prestations familiales*). Los formularios correspondientes están disponibles en dicha mutua o en la administración municipal. En el formulario figuran los documentos adicionales que deben acompañar a la solicitud.

Si sus hijos no viven con usted en Luxemburgo, debe incluir junto con la solicitud un formulario E 401, en el que se refleja la composición de la familia.

● **Pago de los subsidios familiares**

Los subsidios familiares (excepto la ayuda al inicio del año escolar) se pagan mensualmente a los padres si el hijo es criado por ambos y todos conviven bajo el mismo techo. Si los padres están separados, los subsidios se le pagan al progenitor que tenga la custodia real del hijo.

● **Otras ayudas**

Ayuda por nacimiento

Durante el embarazo y al nacer el hijo, se pagará una ayuda por nacimiento (*allocation de naissance*). Ésta se paga en parte como subsidio prenatal, en parte como asignación para los gastos del parto y en parte como subsidio posnatal.

Para tener derecho al subsidio prenatal, la madre embarazada debe haberse sometido a las exploraciones médicas que exige la ley durante el embarazo.

Para tener derecho a la asignación para los gastos del parto el niño debe nacer en Luxemburgo y la madre debe someterse a un examen médico posnatal dentro de las 8 semanas posteriores al parto.

El subsidio posnatal sólo se pagará si el niño ha pasado 6 exámenes médicos antes de cumplir los 2 años, según prescribe la ley.

Subsidio de educación

Se concede un subsidio de educación a las personas:

- que tienen su domicilio en Luxemburgo y residen efectivamente allí o, siendo ciudadanos de un Estado miembro, trabajan en Luxemburgo o son miembros de la familia de una persona que trabaje en Luxemburgo;
- que están criando en su hogar a uno o más hijos por los cuales reciben subsidio familiar;
- que se ocupan principalmente de la crianza de los hijos en el hogar, sin tener un empleo remunerado ni ser trabajadores autónomos, o que, a pesar de estar trabajando, no obtienen ingresos que junto con los ingresos del cónyuge excedan de un límite determinado;
- que reducen como mínimo en un 50 % su tiempo de trabajo para criar a uno o varios hijos; en tal caso se concede la mitad del subsidio.

El subsidio de educación se paga mensualmente a partir del mes que sigue al final del permiso de maternidad o al final del derecho a cobrar el subsidio de maternidad. Se concede hasta que el niño tiene 2 años de edad. No obstante, se seguirá pagando a cualquier persona que críe 3 o más hijos en su hogar mientras uno de los hijos tenga menos de 4 años de edad.

● **Prestación por permiso parental**

Tiene derecho al permiso parental cualquier persona que críe en su hogar uno o varios hijos menores de 5 años por los cuales se abonan prestaciones familiares.

La persona que solicita el permiso parental debe interrumpir completamente su actividad profesional o bien reducirla (permiso parental de tiempo

parcial) al menos en un 50 % de la duración mensual normal aplicable a su trabajo.

Si no es trabajador por cuenta ajena, el solicitante debe ejercer en Luxemburgo una actividad autónoma en el momento del nacimiento o de la adopción del niño. Si es trabajador por cuenta ajena, debe haber estado trabajando durante al menos 1 año antes del inicio del permiso parental en una misma empresa establecida en Luxemburgo (mediante un contrato de trabajo con un tiempo de trabajo mensual como mínimo igual al 50 % de la duración normal aplicable a su caso en dicha empresa).

La duración del permiso parental es de 6 meses por niño. En caso de permiso parental a tiempo parcial, el permiso se prolonga hasta los 12 meses.

Cada padre o madre que trabaja tiene un derecho individual al permiso parental, pero uno de los padres debe tomar el permiso parental de forma consecutiva al permiso de maternidad. No obstante, el permiso parental puede repartirse entre los dos padres para garantizar la permanencia junto al niño.

El permiso parental da derecho a un subsidio global que se paga mensualmente durante toda la duración del permiso. El subsidio está exento de impuestos y cotizaciones sociales, salvo la cotización para la asistencia sanitaria y la contribución de dependencia. La cotización al seguro de pensión es asumida por el Estado.

● **Organismo competente**

Todas las prestaciones familiares son pagadas por la Mutua nacional de prestaciones familiares (*Caisse nationale des prestations familiales*).

10. Más información

Si tiene usted alguna duda relacionada con sus derechos u obligaciones relacionados con la Seguridad Social, diríjase al organismo que administra la parte correspondiente del sistema de la Seguridad Social en Luxemburgo. Los nombres de dichos organismos figuran en cada una de las secciones expuestas más arriba. Para conocer las señas exactas, consulte la lista que figura a continuación o la guía telefónica. Asimismo, véase la página Internet de la Seguridad Social luxemburguesa: <http://www.secu.lu/homepage.html>

● **Direcciones útiles**

	Domicilio postal	Dirección	Teléfono	Fax
Ministère de la Sécurité sociale http://www.etat.lu/MSS/	L-2936 Luxembourg	26, rue Zithe L-2763 Luxembourg	478-1	478-6328
Inspection générale de la sécurité sociale	Boîte postale 1308 L-1013 Luxembourg	26, rue Zithe L-2763 Luxembourg	478-1	478-6225
Cellule d'évaluation et d'orientation	L-2974 Luxembourg	125, route d'Esch L-1471 Luxembourg	478-6060	478-6061
Ministère de la famille	L-2919 Luxembourg	12-14, avenue Émile Reuter L-2420 Luxembourg	478-1	478-6570
Ministère du travail et de l'emploi	L- 2939 Luxembourg	26, rue Zithe L-2763 Luxembourg	478-1	478-6325
Centre commun de la sécurité sociale	L-2975 Luxembourg	125, route d'Esch L-1471 Luxembourg	40 141-1	40 44 81
Union des caisses de maladie	Boîte postale 1023 L-1010 Luxembourg	125, route d'Esch L-1471 Luxembourg	49 83 31-1	49 83 32
Contrôle médical de la sécurité sociale	Boîte postale 1342 L-1013 Luxembourg	125, route d'Esch L-1471 Luxembourg	40 141-2060	40 78 62
Conseil arbitral des assurances sociales		16, bd de la Foire L-1528 Luxembourg	45 32 86	44 32 66
Conseil supérieur des assurances sociales		2-4, rue Beck L-1222 Luxembourg	26 26 05 1	26 26 05 38
Caisse de maladie des ouvriers	L-2973 Luxembourg	125, route d'Esch L-1471 Luxembourg	40 11 2-1	40 06 11
Caisses de maladie de l'ARBED	L-4006 Esch/Alzette		53 13-3700	53 13-3799
Caisse de maladie des fonctionnaires et employés publics	L-2091 Luxembourg	32, avenue Marie-Thérèse L-2132 Luxembourg	45 16 81	45 67 50
Caisse de maladie des employés privés	L-2972 Luxembourg	125, route d'Esch L-1471 Luxembourg	401 13-1	48 76 17
Caisse de maladie des fonctionnaires et employés communaux	Boîte postale 328 L-2013 Luxembourg	20, avenue Emile Reuter L-2420 Luxembourg	45 05 15	45 02 01-222

	Domicilio postal	Dirección	Teléfono	Fax
Entraide médicale des chemins de fer luxembourgeois	Boîte postale 1803 L-1018 Luxembourg	15, place de la Gare L-1616 Luxembourg	49 90-3305	49 90-4501
Caisses sociales des classes moyennes		39, rue Glesener L-1631 Luxembourg	40 52 02-1	40 52 02-230
Caisses de sécurité sociale de la profession agricole	L-2969 Luxembourg	2, rue du Fort Wallis L-2714 Luxembourg	40 51 15-1	48 56 85
Établissement d'assurance contre la vieillesse et l'invalidité	L-2977 Luxembourg	125, route d'Esch L-1471 Luxembourg	26 19 14-1	49 53 33
Caisse de pension des employés privés	L-2096 Luxembourg	1a, bd Prince Henri L-1724 Luxembourg	22 41 41-1	46 40 73
Association d'assurance contre les accidents — section industrielle	L-2976 Luxembourg	125, route d'Esch L-1471 Luxembourg	26 19 14-1	49 53 35
— section agricole et forestière	L-2970 Luxembourg	125, route d'Esch L-1471 Luxembourg	26 19 14-1	49 53 35
Caisse nationale des prestations familiales	Boîte postale 394 L-2013 Luxembourg	1a, bd Prince Henri L-1724 Luxembourg	47 71 53-1	47 71 53-328
Administration de l'emploi	Boîte postale 2208 L-1022 Luxembourg	10, rue Bender L-1229 Luxembourg	478-5300	40 61 40

PAÍSES BAJOS

1. Introducción

El sistema de la Seguridad Social en los Países Bajos incluye los siguientes regímenes:

- seguro de enfermedad y embarazo (sección 2);
- seguro de incapacidad laboral (sección 4);
- seguro de vejez (sección 5);
- seguro de supervivencia (sección 6);
- seguro de desempleo (sección 8);
- asignación por hijos a cargo (sección 9).

No existe un régimen especial de seguros contra accidentes de trabajo y enfermedades profesionales (sección 3); en cambio, sí hay un número considerable de complementos de pensiones (sección 7).

● Quién está asegurado

Por regla general están asegurados todos los trabajadores, tanto por cuenta ajena como por cuenta propia.

No obstante, los trabajadores por cuenta propia (autónomos):

- no tienen seguro de desempleo;
- no cobran subsidios de enfermedad;
- están cubiertos por el seguro de enfermedad si no han cumplido los 65 años de edad, están asegurados en virtud de la Ley relativa al seguro de incapacidad laboral para trabajadores autónomos (*Wet arbeidsongeschiktheidsverzekering zelfstandigen*, WAZ) y sus ingresos imponibles no superan un determinado importe máximo [situado a 1 de enero de 2000 en 19 058,77 EUR (42 000 NLG)].

● Qué hacer para obtener prestaciones de la Seguridad Social

En cuanto empiece usted a trabajar por cuenta ajena en los Países Bajos, quedará automáticamente cubierto por todos los seguros arriba enumerados.

No obstante, hay una excepción: en el caso del seguro de enfermedad, debe usted elegir en su lugar de residencia la Caja de enfermedad que más le convenga. Al inscribirse en una Caja de enfermedad, ésta le proporcionará una lista de médicos, odontólogos y farmacéuticos entre los cuales podrá elegir. La Caja de enfermedad le entregará también un documento acreditativo (tarjeta) que debe guardar cuidadosamente.

Si es usted trabajador autónomo y tiene una empresa o ejerce una profesión liberal en los Países Bajos, quedará automáticamente cubierto por la mayoría de los regímenes de la Seguridad Social. No obstante, estará excluido del seguro de desempleo, y, en cuanto al seguro de enfermedad, si no está asegurado como trabajador por cuenta

propia conforme a las disposiciones de la *Ziekenfondswet*, la cobertura se limita a las prestaciones que se rigen por la ley llamada AWBZ (véase la sección 2).

● Otros trámites que debe realizar

Tan pronto como inicie su trabajo por cuenta ajena, debe preguntar a su empresario por la institución de seguros a la que está afiliado. Tendrá usted que tratar con este organismo en el caso de sufrir una incapacidad laboral o quedar en desempleo. Si es usted un trabajador autónomo, también tendrá que tratar con una institución de seguros en el caso de padecer una incapacidad laboral.

Otro organismo que puede tener importancia es la Tesorería de la Seguridad Social (*Sociale Verzekeringsbank*), donde tendrá que acudir para solicitar un subsidio por hijos a cargo o una pensión de vejez cuando alcance los 65 años de edad. (En el caso de que alcance esta edad de jubilación mientras reside fuera de los Países Bajos, le será remitida la pensión de vejez por la filial que se ocupa de los asuntos relacionados con el país en el que reside.)

En caso de defunción, los supervivientes y/o los hijos también tendrán que tratar con la Tesorería de la Seguridad Social.

Finalmente, le será útil anotar las señas de su oficina de empleo. Si queda en situación de desempleo, debe acudir a esa oficina: le ayudará a encontrar trabajo.

● Cómo se pagan las cotizaciones al seguro

Si trabaja por cuenta ajena, será su empresa la responsable de ingresar las cotizaciones a que obligan las leyes de la Seguridad Social. La parte de la cotización que deba pagar le será deducida del salario. Si recibe usted prestaciones de la Seguridad Social, puede suceder en algunos casos que la institución del seguro descunte las cotizaciones debidas de los subsidios que le sean abonados.

Si es trabajador autónomo, recibirá un aviso indicándole el importe de la cotización que debe pagar. Excepto en el caso del seguro de enfermedad, todos los pagos los cobra la autoridad fiscal (*de belastingdienst*).

En cuanto al seguro de enfermedad, la cotización nominal se paga directamente a la Caja de enfermedad en la que se haya inscrito.

Su empresa o la institución de seguros que le corresponda puede ofrecerle más información acerca de la cuantía de las cotizaciones.

- **Procedimiento en caso de desacuerdo con una institución de seguros**

Si no está de acuerdo con alguna decisión tomada por una institución de seguros, puede recurrirla. Para ello, deberá presentar el correspondiente recurso ante la institución que haya tomado la decisión en el plazo hábil indicado a tales efectos. La mencionada institución deberá reconsiderar la decisión y posicionarse con respecto al recurso administrativo presentado, tras lo cual, e igualmente en un plazo hábil para ello, podrá recurrir la resolución sobre su recurso ante la sección de Derecho administrativo del tribunal de distrito (*Arrondissementsrechtbank*) que se mencione en la decisión, donde también se indica el plazo hábil para presentar el recurso.

El procedimiento para recurrir consiste en remitir un escrito de apelación al tribunal de distrito en el que expone su desacuerdo con la decisión tomada por la institución de seguros y solicita una revisión de la misma. No olvide adjuntar una copia de la decisión a la que usted se opone.

Si la resolución tomada por el tribunal de distrito tampoco le satisface, generalmente podrá apelar ante el Consejo central de apelación (*Centrale raad van beroep, Vrouwe Justitiaplein 1, Postbus 16002, 3500 DA Utrecht, Nederland*) en un plazo de 6 semanas a partir del día siguiente a la fecha en que se da a conocer la resolución.

- **Qué hacer si decide regresar definitivamente a su país o trasladarse a otro Estado miembro**

Es posible que el período de cotizaciones a la Seguridad Social en los Países Bajos tenga importancia para fijar sus futuros derechos según la legislación social del país al que se dirige. Antes de partir le conviene por tanto informarse en su institución de seguros y en su Mutua de enfermedad, y llevarse la documentación o los formularios que pueda necesitar después.

- **Obtención de prestaciones en otros Estados miembros de la UE**

Un trabajador residente en los Países Bajos, que:

- tenga familiares que residen en otro Estado miembro;
- se traslade temporalmente a otro Estado miembro;
- traslade su residencia a otro Estado miembro;
- esté en situación de desempleo y busque trabajo en otro Estado miembro,

puede beneficiarse de ciertas normas comunitarias relacionadas con el seguro de enfermedad y embarazo.

- **Más información**

Para obtener más información puede dirigirse a los diversos organismos de la Seguridad Social.

En las secciones 2 a 9 exponemos con más detalle los diferentes tipos de seguros sociales que existen en los Países Bajos. Comentaremos cada prestación, ya sea en forma de subsidio o de asistencia, y el modo de obtenerla.

2. Enfermedad y embarazo

A. ASISTENCIA MÉDICA

Los servicios médicos están cubiertos por dos diferentes tipos de seguros que se complementan: el seguro que proporciona la Mutua de enfermedad y el seguro contra los gastos especiales de enfermedad. Este último se basa en una ley denominada *Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten*, por lo que se la conoce como «ley AWBZ» o «seguro AWBZ».

- **Quién está asegurado**

En principio, un trabajador está cubierto por la Caja del seguro de enfermedad si trabaja por cuenta ajena y su salario no excede de una cuantía determinada que es revisada anualmente, o si trabaja por cuenta propia, está asegurado en virtud de la *WAZ (Wet Arbeid Zelfstandigen*; ley laboral de los trabajadores autónomos) y sus ingresos imposables no superan un determinado importe máximo [con fecha de 1 de enero de 2000, 19 058,77 EUR (42 000 NLG)]. También puede estar afiliado al seguro de enfermedad general si vive en los Países Bajos y recibe un subsidio social de larga duración. Según las circunstancias, sus familiares también estarán asegurados. Por regla general, continuará bajo esta cobertura de la Caja de enfermedad incluso después de rebasar los 65 años de edad, siempre que haya estado cotizando al seguro al alcanzar dicha edad.

Una vez inscrito en una Caja de enfermedad, el trabajador tendrá derecho a asistencia sanitaria. Su Caja de enfermedad le proporcionará un documento acreditativo de su afiliación (tarjeta), que le permitirá presentarse como asegurado cuando necesite atención médica.

En lo que se refiere al seguro AWBZ, éste cubre a cualquier persona que viva o trabaje en los Países Bajos. Todo asegurado tiene derecho a asistencia médica una vez está afiliado a un seguro AWBZ. Por supuesto, cuando se inscribe en una Caja de enfermedad, queda automáticamente inscrito en el seguro AWBZ.

- **Prestaciones a las que tiene usted derecho**

La Caja de enfermedad en la que se haya inscrito le proporcionará información exacta acerca de la gama de prestaciones a las que tiene derecho según la ley de mutualidades (*Ziekenfondswet*) y la ley AWBZ.

- **Los asegurados según la ley de mutualidades tienen derecho, entre otras, a las siguientes prestaciones:**

Asistencia médica especializada

Cubre prestaciones de:

- Asistencia médica especializada suministrada por o en un hospital, con o sin hospitalización ese día en la clase más económica del mismo, asistencia por el personal de enfermería y/o el personal auxiliar, asistencia paramédica o asistencia farmacéutica. Este tipo de asistencia incluye determinados tipos de trasplante, así como el reembolso de los costes relacionados con la obtención del material de trasplante más adecuado.
- Asistencia médica especializada sin utilizar ninguna instalación hospitalaria.

Asistencia al parto

En principio, la asistencia al parto la proporciona una comadrona. El médico de cabecera o el especialista sólo podrán prestar cuidados de obstetricia en el caso de que no haya comadronas disponibles o si existe una razón médica para ello, en una clínica o en un hospital si fuera necesario.

Asistencia farmacéutica

Comprende los medicamentos y alimentos destinados al uso médico, así como los vendajes. En principio, se aplica un límite al reembolso de los costes de los medicamentos pertenecientes a un determinado grupo de medicamentos con el mismo efecto terapéutico. Si un asegurado prefiere un medicamento más caro, deberá pagar él mismo la diferencia de precio.

Traslado de enfermos

El seguro de enfermedad reembolsa el traslado de enfermos con ambulancia, taxi o coche particular siempre que sea con prescripción médica. El médico en cuestión debe entregar una declaración al respecto. También se incluye a título de traslado de enfermos el coste del transporte público en la clase más económica, siempre que su punto de partida o de destino sea una institución sanitaria. En determinados casos, la Caja del seguro de enfermedad puede autorizar un transporte especial, por ejemplo, con helicóptero.

- **Los asegurados según la ley AWBZ tienen derecho, entre otras, a las siguientes prestaciones:**

Ingreso y permanencia en un hospital

El seguro AWBZ se hace cargo de los gastos de asistencia hospitalaria, excepto la asistencia en hospitales psiquiátricos o en el departamento de psiquiatría de un hospital general o universitario, desde el momento en que dicha asistencia supera el año de duración.

Ingreso y permanencia en centro asistencial o en un centro para personas con una minusvalía física

La asistencia comprende la permanencia en el centro, la asistencia sanitaria y personal durante las 24 horas, el tratamiento médico bajo la responsabilidad de un médico del centro, rehabilitación, reactivación, fisioterapia y terapia ocupacional. La asistencia a los discapacitados físicos incluye asimismo los cuidados en el seno de la familia, organizados y garantizados por el centro asistencial.

Tratamiento diurno en un centro asistencial

La finalidad del tratamiento diurno en un centro asistencial es que el asegurado permanezca en su entorno habitual el mayor tiempo posible. Reciben tratamiento diurno en un centro asistencial las personas con minusvalías físicas y psíquicas que no pueden tratarse sólo en el entorno del paciente.

Asistencia en el domicilio

Esta asistencia comprende los cuidados personales y de enfermería necesarios, asesoría e información en el domicilio del asegurado sobre enfermedad, convalecencia, invalidez, vejez, defunción y/o un problema psicosocial. Esta asistencia comprende asimismo el alquiler de accesorios de enfermería durante un período máximo de 26 semanas.

Asistencia psiquiátrica en un hospital psiquiátrico

Esta asistencia abarca las actividades de investigación, asesoría e información, tratamiento, observación y acompañamiento, así como asistencia personal y de enfermería durante las 24 horas en un entorno terapéutico.

Asistencia a madre e hijo

Comprende asesoría, información y otros cuidados durante el embarazo y una revisión médica sistemática de la salud del niño durante los primeros años de vida. Queda excluida la asistencia postnatal en el domicilio a que hace referencia la Verstrekkingsbesluit ziektefondsverzekering, la correspondiente decisión de la caja del seguro de enfermedad.

En principio, el seguro AWBZ cubre los costes relacionados con el tratamiento médico, la asistencia de enfermería y las atenciones personales en los casos de enfermedades de duración prolongada o de discapacidades graves.

B. SUBSIDIOS DE ENFERMEDAD PARA TRABAJADORES POR CUENTA AJENA

- **Derecho del asegurado al subsidio de enfermedad**

Si queda incapacitado para el trabajo como consecuencia de una enfermedad o un accidente,

tiene derecho a un subsidio de enfermedad con arreglo a la Ley del Seguro de Enfermedad. Sin embargo, no tendrá derecho a recibir subsidio de enfermedad en relación con los períodos de incapacidad laboral en los que el trabajador, en virtud del Derecho Civil, tiene derecho a que se le siga pagando el sueldo. Si el empleo del trabajador se basa en un convenio laboral, en principio el empresario deberá seguir pagándole el sueldo durante un período máximo de 52 semanas, hasta un determinado importe máximo [153,07 EUR (337,33 NLG) por día]. El trabajador tiene derecho a que se le siga pagando el 70 % de su sueldo, que debe ser, como mínimo, equivalente al salario mínimo interprofesional que corresponda. En función de los acuerdos del convenio laboral, el empresario puede acceder por escrito a aplicar el período de 2 días de espera.

El trabajador tiene derecho a recibir subsidio de enfermedad si su contrato laboral finaliza el primer día de enfermedad o durante el período de pago obligatorio del sueldo. En la fecha en que termina el contrato laboral se le abona el subsidio de enfermedad, siempre que hayan pasado al menos 2 días de espera. En esta categoría se incluyen determinados trabajadores temporales y trabajadores con contratos de duración determinada. Otros tienen derecho a recibir subsidio de enfermedad desde el primer día de enfermedad/incapacidad.

El trabajador con derecho a subsidio de enfermedad debe comunicar lo más pronto posible (a más tardar el segundo día de incapacidad para asistir al trabajo) a su empresa que no puede asistir al trabajo. El empresario comunicará al trabajador las normas para llevar a cabo este trámite.

El trabajador debe facilitar las inspecciones. En principio, debe permanecer en su domicilio a las horas señaladas en las normas para la inspección de enfermos.

Si la inspección de la incapacidad laboral de un trabajador que solicita subsidio de enfermedad corre a cargo de una institución de ejecución, el trabajador en cuestión deberá cumplir las normas establecidas por el Lisv (Instituto nacional de la Seguridad Social).

El pago del subsidio de enfermedad cesa en cualquier caso el primer día del mes en que se alcanzan los 65 años de edad, pues a partir de entonces se tiene derecho a una pensión de vejez.

● **Derecho a cobrar subsidio de enfermedad una vez finalizado el seguro**

Cuando se presenta una enfermedad dentro del mes que sigue a la fecha de terminación del seguro, existe en determinadas condiciones el derecho a un subsidio de enfermedad. Este subsidio es pagado por la institución de ejecución a la que estuvo afiliado en virtud de su último empleo.

La concesión del subsidio de enfermedad da también derecho a recibir asistencia médica.

● **Derecho al subsidio de enfermedad si se abandonan los Países Bajos**

Si usted ha abandonado definitivamente los Países Bajos para tomar residencia en otro Estado miembro, tendrá en determinadas circunstancias derecho a cobrar el subsidio de enfermedad según la ley de seguros neerlandesa (*Ziektewet*), cuando la enfermedad se presenta dentro del mes que sigue a la fecha de terminación del seguro en los Países Bajos. El subsidio de enfermedad sólo se puede exportar a los países de la UE y del EEE, a las Antillas Neerlandesas, Aruba o a un país con el que los Países Bajos hayan firmado un acuerdo.

No obstante, el seguro neerlandés no aceptará una solicitud de subsidio de enfermedad si le asiste a usted el derecho a cobrar dicho subsidio en su nuevo país de residencia. Si cae usted enfermo dentro del mes que sigue al término del seguro en los Países Bajos, debe usted:

- notificarlo de inmediato a su última empresa en los Países Bajos y
- notificarlo al organismo del seguro de enfermedad en su nuevo lugar de residencia.

Llegado el caso, es aconsejable hacer constar por escrito y expresamente que pretende solicitar un subsidio de enfermedad basado en la ley neerlandesa sobre seguros de enfermedad (*Ziektewet*). Le conviene por tanto mencionar el organismo de ejecución al que estaba afiliado y solicitar del organismo local del seguro de enfermedad en su nuevo lugar de residencia que remita también una solicitud de subsidio a dicho organismo de ejecución.

Si tiene derecho a cobrar un subsidio de desempleo, el organismo de ejecución tiene a su vez derecho a exigirle una revisión médica a intervalos regulares.

C. SUBSIDIOS DE EMBARAZO Y PRESTACIONES DE EMBARAZO

● **Para mujeres aseguradas por derecho propio**

Si está usted empleada en los Países Bajos y como tal está asegurada por derecho propio, tendrá derecho a cobrar durante parte del embarazo un subsidio de maternidad (*zwangerschapsuitkering*) equivalente a su sueldo completo. Durante las 16 semanas de permiso tiene derecho al 100 % de sus ingresos, que recibirá de la institución de ejecución a la que esté afiliada su empresa. Para este fin debe presentar primero un certificado que confirme su estado de gestación (*zwangerschapsverklaring*) a dicha institución de ejecución. Si resultara que después de haber agotado el subsidio de maternidad sigue incapacitada para el trabajo como resultado de su embarazo o del

parto, se le seguirá pagando el mismo subsidio (100 % de sus ingresos diarios) durante un período máximo de 52 semanas. Asimismo, en el caso de que, con anterioridad a su permiso de maternidad, enferme a causa de su embarazo, la institución de ejecución le abonará un subsidio de enfermedad equivalente al 100 % del sueldo diario.

Además, tiene usted derecho a asistencia obstétrica gratuita y a un reembolso parcial de los gastos de asistencia maternal (*kraamzorg*) por parte de la Caja de enfermedad, siempre que esté afiliada al seguro de enfermedad obligatorio (*ziekenfondsverzekering*). Esta Caja le proporcionará toda la información adicional que pueda usted necesitar. Si lo desea, puede hacer uso de los servicios que ofrece un centro de maternidad (*kraamcentrum*), pero en este caso debe ponerse en contacto como mínimo 5 meses antes de la fecha esperada del parto con una entidad que se cuide de la asistencia domiciliaria (*kruisvereniging*).

● Familiares residentes en los Países Bajos

Si su esposa y sus hijas también están acogidas a la misma Caja de enfermedad que usted, tendrán derecho a asistencia obstétrica gratuita y a un reembolso parcial del coste de la asistencia maternal. Deben ponerse en contacto con una entidad de asistencia domiciliaria (*kruisvereniging*) como mínimo 5 meses antes de la fecha esperada del parto.

3. Accidentes laborales y enfermedades profesionales

En los Países Bajos no existe un régimen de seguros por separado para los casos de accidente laboral o enfermedad profesional. Si queda usted incapacitado para el trabajo como consecuencia de un accidente laboral o una enfermedad profesional, tendrá derecho a cobrar el subsidio de enfermedad durante 1 año. Después, puede corresponderle un subsidio de incapacidad o pensión de invalidez (véase la sección 4).

Los trabajadores autónomos que viven en los Países Bajos están asegurados por la Ley relativa al seguro de incapacidad laboral para trabajadores autónomos, denominada *Wet Arbeidsongeschiktheidsverzekering Zelfstandigen*, o *WAZ*; según esta ley, tienen derecho a un subsidio de cuantía fija después de 52 semanas de pérdida de ingresos como consecuencia de su incapacidad total o parcial para trabajar (véase la sección 4).

Además le asiste el derecho a la asistencia sanitaria que proporciona la Mutua de enfermedad, siempre que sus ingresos no excedan de cierto nivel máximo. Esto es aplicable tanto en los casos de seguro obligatorio como voluntario (véase la sección 2, Enfermedad y embarazo).

4. Invalidez

● Trabajadores por cuenta ajena residentes en los Países Bajos

Si un trabajador ha estado cobrando el subsidio de enfermedad durante 52 semanas, tendrá derecho en determinadas circunstancias a seguir cobrando un subsidio según la ley de seguros de invalidez (*Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering*, *WAO*). Éste será el caso cuando al final del período de 52 semanas de enfermedad siga incapacitado para trabajar. El subsidio de invalidez le será abonado por la institución de ejecución a la que esté afiliado su empresario.

La cuantía y el período del subsidio dependen de su edad y del grado de incapacidad laboral que le afecta. Si tiene 33 años o más al iniciarse el cobro del subsidio, recibirá primero un importe basado en su última remuneración o salario, aunque durante un tiempo limitado. Este período de tiempo oscila entre los 6 meses para las personas que tienen entre 33 y 37 años de edad, y los 6 años para las que tienen 58 años o más. El porcentaje de su última remuneración o salario que cobrará durante dicho período depende del grado de su incapacidad: oscilará entre el 14 % del jornal diario en caso de una incapacidad laboral situada entre el 15 % y el 25 %, y el 70 % del jornal diario en caso de una incapacidad laboral situada entre el 80 % y el 100 %. El jornal diario no puede exceder de cierto tope máximo. En algunos casos especiales, si sigue necesitando tratamiento continuado y atención constante, este porcentaje máximo del 70 % puede verse incrementado al 100 %.

Si el trabajador sigue incapacitado para trabajar al final de este período inicial, recibirá un subsidio durante 5 años, que podrá ser prorrogado hasta que alcance los 65 años de edad. La cuantía básica de este subsidio se calcula sobre la base del salario mínimo estipulado y el grado de su incapacidad. Por regla general recibirá un complemento por encima de la cuantía básica; este complemento se calcula según su última remuneración o sueldo y también depende de la edad a la que haya quedado incapacitado o inválido.

En el mes de mayo se le pagará un plus de vacaciones del 8 %, y la cuantía del subsidio se ajustará a la evolución general de los salarios. La cuantía del subsidio puede ser objeto de revisión si se registrara un aumento o una disminución de su incapacidad laboral.

Las disposiciones y facilidades dirigidas a fomentar la rehabilitación laboral de los beneficiarios de un subsidio por incapacidad se encuentran recogidas en la ley de (re)integración de las personas con incapacidad laboral [*Wet op de (re)integratie arbeidsgehandicapten*] y en la ley de incorporación de las personas en busca de empleo (*Wet inschakeling werkzoekenden*).

El subsidio de invalidez cesa:

- el primer día del mes en que la persona afectada cumple los 65 años;
- tan pronto como la incapacidad laboral cae por debajo del 15 %;
- el primer día del mes que sigue a la fecha del fallecimiento (para indemnizaciones por defunción, véase la sección 6).

La institución de ejecución es quien decide si el afectado está incapacitado para el trabajo o no, y en caso afirmativo, hasta qué punto. Para confirmarlo, la institución de ejecución le exigirá someterse a revisiones médicas. Toda persona que haya estado cobrando un subsidio de incapacidad laboral durante 1 año recibirá una convocatoria para presentarse a una revisión médica.

Si se ha estado asegurado según la legislación social de otros Estados miembros, debe informarse de inmediato a su institución de ejecución. Conviene presentar el máximo posible de documentación al respecto, incluyendo en todo caso el nombre completo y las señas del organismo en el cual se haya estado asegurado. En estos casos, la cuantía de la prestación por incapacidad laboral se calcula de acuerdo con los reglamentos comunitarios.

Si un trabajador por cuenta ajena cobra un subsidio de incapacidad laboral del 45 % o más, estará normalmente cubierto por el seguro obligatorio de enfermedad. La institución de ejecución le dará toda la información adicional que necesite al respecto.

- **Procedimiento que debe seguirse si cobra usted un subsidio de incapacidad laboral y desea regresar a su propio país o trasladarse a otro Estado miembro**

Mientras cumpla con las condiciones expuestas puede seguir cobrando el subsidio. Para evitarse problemas, es aconsejable que antes de su partida notifique su intención a la institución de ejecución (*bedrijfsvereniging*) y a la Caja de enfermedad (*Ziekenfonds*), con suficiente antelación.

- **Procedimiento que debe seguirse si le afecta una invalidez cuando ya no está asegurado en los Países Bajos**

Es posible que en tal caso siga usted teniendo derecho a un subsidio de incapacidad laboral. Esto depende del tipo de subsidio al que tenga derecho en el país en que reside: en la mayoría de los casos, el subsidio en los Países Bajos se reducirá en consecuencia. Por regla general debe usted solicitar un subsidio en el país donde reside e informar al organismo ante el cual lo solicita de que también ha estado asegurado en los Países Bajos. En ciertos casos, este organismo solicitará información a las entidades neerlandesas para enterarse de si aún le asiste un derecho a cobrar

un subsidio de invalidez allí, y se lo hará saber correspondientemente.

- **Trabajadores autónomos**

Los trabajadores autónomos están asegurados contra la invalidez por la ley relativa al seguro de incapacidad laboral para trabajadores autónomos (*Wet arbeidsongeschiktheidsverzekering zelfstandigen*, WAZ). En determinadas condiciones, sobre todo las que se relacionan con la edad y los ingresos, un trabajador autónomo puede tener derecho a cobrar el subsidio en virtud de la WAZ después de haber pasado 52 semanas afectado de incapacidad total o parcial para trabajar.

La cuantía del subsidio se determina en función de la base, que consiste en los ingresos del ejercicio anual anterior a la invalidez. El importe del subsidio en virtud de la WAZ depende también del grado de incapacidad laboral.

Este subsidio es pagado cada mes por la institución de ejecución correspondiente a la profesión ejercida por el asegurado.

Para más información, el interesado puede dirigirse a la institución de ejecución que le corresponda.

5. Pensiones de vejez

Las personas que residen o trabajan en los Países Bajos están acogidas a la ley general del seguro de vejez (*Algemene ouderdomswet*, AOW). En términos generales, todos los hombres y todas las mujeres tienen derecho a una pensión de vejez cuando alcanzan la edad de 65 años.

La cuantía de cada pensión individual es fija, pero se adapta dos veces al año a la evolución de los salarios. Las pensiones se pagan cada mes. En el mes de mayo se abona un plus anual de vacaciones.

Esta pensión fija se reduce en un determinado importe por cada año que no se ha estado asegurado. En términos generales, lo que se va adquiriendo cada año que se vive o trabaja en los Países Bajos es el derecho a un 2 % de la pensión completa.

En determinadas circunstancias puede acogerse usted a un seguro voluntario en el extranjero según la ley general neerlandesa del seguro de vejez (AOW). Para conseguir la información necesaria puede dirigirse a la oficina de seguros voluntarios de la Tesorería de la Seguridad Social [Sociale Verzekeringsbank, Bureau Vrijwillige Verzekering, Van Heuven Goedhartlaan 1, Postbus 1100, 1180 BH Amstelveen, Nederland, tel. (31-20) 656 56 56]. Si quiere solicitar un seguro voluntario debe hacerlo dentro del plazo hábil de 1 año después de haberse marchado a vivir fuera del país, o dentro del plazo de 1 año desde que se ha establecido usted en los Países Bajos o ha venido a trabajar aquí. Tome nota de que si su

esposo/a o compañero/a se queda a vivir en el país de origen, no estará asegurado/a.

Aunque reciba una pensión de vejez y deje de trabajar, no por eso dejará de estar cubierto en muchos casos por el seguro de enfermedad. Su Caja de enfermedad le proporcionará la información adicional que precise al respecto.

● **Cómo reclamar una pensión**

Si algunos meses antes de alcanzar los 65 años de edad reside usted en los Países Bajos, recibirá un formulario especial mediante el cual podrá solicitar el pago de la pensión de vejez a la Tesorería de la Seguridad Social (*Sociale Verzekeringsbank*). Los formularios se obtienen en cualquier oficina de correos. Si dicha solicitud contiene datos de los que se deduce que ha estado usted asegurado en otros Estados miembros, la Tesorería solicitará en su nombre una pensión de vejez a dicho país o a dichos países. La cuantía de la pensión extranjera se calculará sobre la base de las normas comunitarias. Si le concedieran esta pensión, la Tesorería le informará correspondientemente. La cuantía de la pensión neerlandesa no se verá afectada por la concesión de una pensión extranjera.

La pensión de vejez de los Países Bajos se paga a partir del primer día del mes en el que se cumplen los 65 años de edad. Si presenta la solicitud más de 1 año después de dicha fecha, puede sufrir alguna desventaja financiera por esta causa.

● **Pensiones para personas que residen en otro Estado miembro**

Aunque resida usted en otro Estado miembro, sigue teniendo derecho a la pensión de vejez adquirida en los Países Bajos. Puede solicitar dicha pensión por mediación del organismo asegurador de las pensiones en su país de residencia. Este organismo le informará también de si tiene o no derecho a asistencia médica en caso de enfermedad.

6. Prestaciones de supervivencia

Mientras esté usted viviendo o trabajando en los Países Bajos, estará cubierto por el seguro de supervivencia de los Países Bajos.

Si ya no reside o trabaja en los Países Bajos, puede suscribir voluntariamente este seguro. Debe entregar la solicitud correspondiente a más tardar 1 año a partir de la fecha en que abandonó los Países Bajos. Puede solicitar más información al respecto en el departamento de seguros voluntarios de la oficina de seguros de la Tesorería de la Seguridad Social [*Sociale Verzekeringsbank, kantoor Verzekeringen, afdeling Vrijwillige Verzekering, Postbus 1100, 1180 BH Amstelveen, Nederland, tel. (31-20) 656 56 56*].

Este seguro de supervivencia, establecido en la ley general de pensiones de supervivencia (*Algemene*

Nabestaanden Wet, ANW), incluye diferentes prestaciones, a saber, una prestación de supervivencia, una prestación para huérfanos de padre o madre, una prestación de orfandad y una prestación de asistencia (*verzorgingsuitkering*).

El superviviente de un asegurado fallecido tiene derecho a recibir una prestación de supervivencia si en el momento de la defunción del asegurado el superviviente cumple alguno de los siguientes requisitos:

- estar embarazada o tener a su cargo hijos o hijas solteros menores de 18 años; o bien
- sufrir incapacidad laboral (no ser capaz de procurarse con su trabajo el 55 % de un salario normal); o bien
- haber nacido antes del 1 de enero de 1950.

Se consideran hijos del superviviente de menos de 18 años tanto los hijos propios como los hijos acogidos, es decir, los hijos de terceros que reciben los mismos cuidados y educación que los hijos propios. La prestación de supervivencia finaliza cuando al superviviente no le quedan hijos solteros o deja de padecer incapacidad laboral.

En todo caso, la pensión de viudedad finaliza el día 1 del mes en el que el superviviente cumpla los 65 años. Por lo general, a partir de este momento tendrá derecho a recibir una pensión del seguro general de vejez.

El derecho a recibir la prestación de supervivencia desaparece en caso de que el superviviente contraiga nuevas nupcias o se inscriba de nuevo en el registro de parejas de hecho o viva con otra persona.

El derecho a percibir una prestación de supervivencia sólo finaliza parcialmente si el beneficiario de la prestación en virtud de la ANW comparte domicilio con una persona necesitada de cuidados a la que proporciona asistencia. En este caso, el superviviente conserva el derecho a percibir una prestación de asistencia del 50 % del salario mínimo neto sujeta a la prueba de ingresos. La misma disposición se aplica si la persona que necesita cuidados es el propio beneficiario de la pensión en virtud de la ANW.

La prestación de supervivencia equivale, como máximo, al 70 % del salario mínimo y depende de los ingresos del superviviente.

El progenitor o la persona que se ocupa de un menor de 18 años soltero huérfano de padre o madre y lo acoge en su domicilio tiene derecho a recibir la prestación para huérfanos de padre o madre, es decir, los niños cuyo padre o cuya madre ha fallecido.

La prestación para huérfanos de padre o madre finaliza cuando el más joven cumple 18 años, si el niño en cuestión pasa a formar parte de otro núcleo familiar o si el progenitor o tutor empieza a recibir una pensión de vejez en virtud de la AOW.

También finaliza si el (nuevo) cónyuge del progenitor superviviente adopta al niño.

La prestación para huérfanos de padre o madre equivale al 20 % del salario mínimo y no depende de los ingresos. Por tanto, un superviviente con un hijo menor de 18 años puede percibir un subsidio de máximo el 90 % del salario mínimo.

Por lo general, sólo tienen derecho a recibir una prestación de orfandad los huérfanos tanto de padre como de madre menores de 16 años, huérfanos de entre 16 y 21 años en formación o que durante más de 19 horas semanales realizan trabajos caseros en un domicilio en el que reside como mínimo otro huérfano, y los huérfanos de 16 y 17 años con minusvalías.

Las prestaciones están directamente relacionadas con el salario mínimo y varían en función de la edad de la persona huérfana. Existen tres categorías de edad: niños menores de 10 años, niños entre 10 y 16 años, y niños entre 16 y 21 años. La prestación de orfandad se concede independientemente de otros posibles ingresos.

Dos veces al año, el importe de las prestaciones se reajusta en función de la evolución de los salarios. El pago se realiza una vez al mes. Una vez al año, en mayo, se concede el suplemento de vacaciones.

En caso de defunción de un asegurado, los supervivientes residentes en los Países Bajos tienen que solicitar lo más pronto posible la prestación de supervivencia, de orfandad o para huérfanos de padre o madre a la Tesorería de la Seguridad Social (*Sociale Verzekeringsbank*). Presentar la solicitud más de 1 año después de la defunción del asegurado puede comportar desventajas económicas para el solicitante.

Los supervivientes o los huérfanos residentes en otro Estado miembro también tienen derecho a recibir estas prestaciones, que pueden solicitar en la institución de ejecución que gestiona las pensiones en su país de residencia, que a su vez dirigirá la solicitud a la Tesorería de la Seguridad Social (*Sociale Verzekeringsbank*).

En caso de que se conceda una prestación de supervivencia, podrá solicitarse también una asignación por hijos a cargo. En la Tesorería de la Seguridad Social (*Sociale Verzekeringsbank*) podrán facilitarle más información al respecto.

La cuantía de la pensión de supervivencia puede verse afectada por el hecho de que el superviviente cobre una pensión similar en otro Estado miembro. Si tiene derecho a una prestación de supervivencia de otro Estado miembro, las cuantías de las diversas pensiones quedarán sometidas a los reglamentos comunitarios.

Por lo general, los supervivientes que reciben una prestación de supervivencia o una prestación temporal de supervivencia están afiliados al Seguro de Enfermedad de los Países Bajos.

● Defunción de una persona que ya no está cubierta por el seguro

El derecho a una prestación de supervivencia de los Países Bajos puede seguir existiendo en caso de que la defunción se produzca después de que termine el seguro neerlandés del fallecido, siempre que en el momento de la defunción éste estuviese acogido a la legislación sobre pensiones de otro Estado miembro, o que el superviviente tenga derecho a una prestación de supervivencia de otro Estado miembro. La cuantía de la pensión dependerá, entre otras cosas, de la extensión del período de cotización completado por el fallecido en los Países Bajos. Los supervivientes deben presentar la solicitud de una prestación de supervivencia al organismo que gestiona las pensiones en su país de residencia, que a su vez dirigirá la reclamación a la Tesorería de la Seguridad Social (*Sociale Verzekeringsbank*) de los Países Bajos.

Presentar la solicitud más de 1 año después de la defunción del asegurado puede comportar desventajas económicas para el solicitante. La Tesorería de la Seguridad Social (*Sociale Verzekeringsbank*) investigará si se cumplen las condiciones para conceder una pensión y, al mismo tiempo, si existe derecho a percibir el subsidio familiar.

La cuantía de la prestación de supervivencia puede verse afectada por el hecho de que el superviviente cobre una pensión similar en otro Estado miembro. Si tiene derecho a una prestación de supervivencia de otro Estado miembro, las cuantías de las diversas pensiones quedarán sometidas a los reglamentos comunitarios. El organismo que gestiona las pensiones en el país de residencia proporcionará al superviviente toda la información que pueda necesitar en relación con su derecho a asistencia médica en caso de enfermedad.

● Subsidio por defunción

En caso de que el asegurado fallezca mientras está en activo, se concederá a los supervivientes un subsidio para los días restantes del mes en que se haya producido la defunción, y para los 2 meses siguientes. Este subsidio equivale al 100 % de los ingresos diarios que servían como base para el cálculo del subsidio de enfermedad. También se otorgará una indemnización por defunción en caso de que el difunto estuviera cobrando una pensión por invalidez o incapacidad (WAO; véase la sección 4). Esta indemnización por defunción equivale al 100 % de los ingresos diarios si el grado de invalidez era del 80 % al 100 %, o al importe de la pensión de invalidez que cobraba el asegurado en caso de padecer un grado menor de incapacidad laboral.

7. Regímenes de pensión complementaria

Si trabaja usted en los Países Bajos, puede acogerse a un régimen de complemento de pensiones. Diríjase a su empresario para preguntar si está previsto este régimen en la empresa y cuáles son sus derechos en este caso.

En muchas ramas de la industria y del comercio existe un régimen obligatorio de complemento de pensiones, sobre todo en la industria del metal, de la construcción, entre los pintores, agricultores, la industria gráfica, de restauración, transporte por carretera, marina mercante, pesca marina, la industria textil y el sector de asistencia sanitaria. En total existen unos 60 regímenes obligatorios de pensiones profesionales.

También es posible que su empresa haya concertado un régimen de complemento de pensiones exclusivamente para sus empleados o haya suscrito una póliza de seguros con una compañía de seguros de vida.

Existe una Cámara encargada de supervisar estos regímenes de complemento de pensiones; sus señas son: Verzekeringskamer, John F. Kennedylaan 32, Postbus 929, 7301 BD Apeldoorn, Nederland [tel. (31-55) 355 08 88].

Estos regímenes complementarios no están sometidos a los Reglamentos (CEE) nº 1408/71 y nº 574/72. No obstante, conviene observar lo siguiente al respecto:

- Aunque deje de estar cubierto por un régimen de complemento de pensiones en el cual haya estado afiliado al menos durante 1 año, tendrá usted derecho al cobro de una pensión fraccional de vejez que deberá serle pagada cuando alcance la edad de jubilación. Si el régimen de pensiones abarca también las pensiones de supervivencia, sus supervivientes tendrán derecho a ellas.
- Si ha estado usted cubierto por un régimen de complemento de pensiones durante menos de 1 año, puede tener dos opciones: o bien tendrá derecho a una pensión según se expone más arriba o se le devolverán las cotizaciones que haya pagado usted al régimen de pensiones de vejez. El que pueda escoger usted una u otra de estas opciones dependerá de las reglas impuestas por el régimen de seguros al que estuvo afiliado. Pregunte a su empresa y pida más detalles. Una vez cese su afiliación a dicho régimen, procure que le entreguen un documento acreditativo de los derechos que ha adquirido.

Si deja los Países Bajos definitivamente, existe la posibilidad de capitalizar los derechos a un complemento de la pensión y optar por el cobro de una única cantidad de tanto alzado. El

procedimiento exacto que debe aplicarse en su caso dependerá de las reglas por las que se regía el régimen al que estuvo afiliado.

Las solicitudes de cobro en concepto del régimen de complemento de pensiones deben presentarse a la Caja profesional correspondiente o a la compañía de seguros que gestionaba el régimen de complementos. Cualquier litigio que surja a causa de la aplicación del régimen de complementos de pensiones tendrá que entablarse ante un tribunal civil ordinario.

8. Desempleo

Si queda usted en situación de desempleo en los Países Bajos sin que haya mediado su propia voluntad ni haya dado motivo para el despido, tendrá derecho a un subsidio de desempleo según fija la ley correspondiente (*Werkloosheidswet, WW*).

Para poder aspirar a dicho subsidio debe haber trabajado usted en los Países Bajos como trabajador por cuenta ajena durante el período de las 39 semanas anteriores al primer día de desempleo, como mínimo 1 día a la semana durante un mínimo de 26 semanas. Si no cumple esta condición, podrán tenerse en cuenta los períodos en los que haya trabajado y cotizado en otro Estado miembro.

La ley sobre del subsidio de desempleo (*Werkloosheidswet*) prevé tres tipos de prestación:

- Un subsidio cuya cuantía se calcula basándose en el sueldo, que depende del historial laboral y tiene una duración de, como máximo, 5 años. Para poder beneficiarse de esta prestación es necesario que en el período de los 5 años precedentes al año en que está situado el primer día de desempleo haya trabajado un mínimo de 52 días al año durante 4 años.
- Un subsidio adicional de una duración máxima de 2 años (si al comienzo del desempleo el interesado es menor de 57 años y medio) o de 3 años y medio (si al comienzo del desempleo el interesado tiene 57 años y medio o más).
- Un subsidio de corta duración que se otorga por un máximo de 6 meses. Podrá beneficiarse de este subsidio en caso de que no tenga derecho al subsidio que se calcula basado en el sueldo.

Si no reúne las condiciones requeridas para recibir un subsidio de desempleo, o si ha expirado el período durante el cual tuvo derecho a uno de los subsidios mencionados, podrá, bajo ciertas condiciones, beneficiarse de una prestación de subsistencia otorgada por el municipio donde reside. La cuantía de esta prestación dependerá de su situación familiar, así como de los medios de subsistencia que, en su caso, aporte su compañero/a.

● **Importe del subsidio**

El subsidio vinculado al sueldo equivale al 70 % de los ingresos diarios obtenidos por el trabajador antes de quedarse sin trabajo. El subsidio prorrogado y el de corta duración ascienden al 70 % del salario mínimo que le corresponde al trabajador en función de su edad.

En determinadas circunstancias, si su subsidio es inferior al jornal mínimo, podrá usted reclamar un complemento del subsidio según la ley sobre prestaciones complementarias (*Toeslagenwet*).

Para poder solicitar un subsidio de desempleo debe usted informar cuanto antes del hecho de que está en desempleo a la institución de ejecución a la que está afiliado su empresario, antes de que transcurra una semana desde que ha quedado usted en desempleo. Al hacerlo, debe presentar un comprobante de haberse inscrito en la oficina de empleo (*Arbeidsbureau*) como persona que busca trabajo. Si no lo hiciera, pueden negarle el subsidio.

El subsidio finaliza en cualquier caso el primer día del mes en que alcanza usted los 65 años de edad; por regla general tendrá entonces derecho a una pensión de vejez.

● **Desempleo y enfermedad**

Si cae usted enfermo mientras cobra algún subsidio de desempleo, debe notificarlo de inmediato a la institución de ejecución de la cual cobra el subsidio.

Por regla general, mientras cobra usted un subsidio de desempleo sigue cubierto y con derecho a asistencia médica por parte de la Caja del seguro de enfermedad.

● **Búsqueda de un nuevo empleo fuera de los Países Bajos**

Si cobra un subsidio de desempleo en los Países Bajos y desea buscar trabajo en su propio país o en otro Estado miembro de la UE, tendrán aplicación a su caso los reglamentos comunitarios.

9. Subsidios familiares

Si vive o trabaja en los Países Bajos, tendrá normalmente derecho a las prestaciones por hijos a cargo que se pagan a partir del primer hijo en adelante. Este derecho se deriva de sus propios hijos, sus hijastros y los menores criados por usted, siempre que tengan menos de 16 años de edad y vivan a su cargo según define la legislación de los Países Bajos.

Para poder cobrar por hijos mayores de 16 años se exigen otras condiciones: el hijo debe estar estudiando o estar incapacitado para trabajar o estar en desempleo o realizar labores caseras en el hogar de sus padres. Por regla general, también se aplican otras reglas: según el nivel de los ingresos de los padres, la cuantía de las prestaciones por

hijos a cargo puede ser más elevada o más reducida.

● **Fecha límite**

Para tener derecho a la prestación por hijos a cargo es indispensable que el solicitante esté asegurado el primer día (fecha límite) del trimestre en que entrega la solicitud. En esta misma fecha debe responder también a las demás condiciones que le dan derecho a la prestación por hijos a cargo.

● **Cuantía de la prestación**

La cuantía de la prestación por hijos a cargo depende del tamaño de la familia y de las edades de los hijos en el primer día de cada trimestre.

● **Solicitud de una prestación por hijos a cargo**

Para poder solicitar una prestación por hijos a cargo debe presentarse un formulario perfectamente cumplimentado y firmado a la delegación de distrito de la Tesorería de la Seguridad Social (*Sociale Verzekeringsbank*) correspondiente al lugar de residencia. Los formularios se consiguen en la delegación de la misma Tesorería o en cualquier oficina de correos.

Una vez presentada la solicitud inicial sólo deben comunicarse a la delegación local de la Tesorería los cambios que puedan influir en su derecho a un subsidio familiar. Las prestaciones por hijos a cargo se abonan al final de cada trimestre.

Si los hijos conviven en el hogar de una pareja casada, la solicitud puede ser presentada por el padre o por la madre. Si los padres están divorciados o separados, la solicitud debe ser entregada por aquella parte paterna que cría a los hijos y cuida de ellos.

● **Cuando los hijos residen en otro país**

Si tiene usted hijos que residen en otro Estado miembro, tendrán aplicación los reglamentos comunitarios. Para más información debe ponerse en contacto con la Tesorería de la Seguridad Social (*Sociale Verzekeringsbank*).

10. Otras informaciones

En un folleto especial titulado *Sociale zekerheid in Nederland — Stand van zaken* («La Seguridad Social en los Países Bajos. Breve introducción a los seguros sociales») encontrará usted más datos relacionados con las tarifas de cotización vigentes, con el nivel de las pensiones y de los subsidios familiares. Este folleto se reedita a intervalos regulares y puede obtenerse gratuitamente en los siguientes idiomas: alemán, francés, inglés y neerlandés.

Puede solicitarse al Centro de información de la Seguridad Social, Voorlichtingscentrum Sociale Verzekeringen, Catharijnesingel 47, Postbus 19260, 3501 DG Utrecht, Nederland, tel. (31-30) 230 67 55.

1. Introducción

El propósito de esta parte de la guía es informarle de los derechos y obligaciones relacionados con la Seguridad Social que le corresponden en Austria como trabajador por cuenta ajena o propia. Puede obtener información adicional de las instituciones de seguro competentes (sección 2) o de las oficinas coordinadoras. En la sección 11 figuran las señas y los números de teléfono de las oficinas que coordinan las relaciones con los demás Estados miembros de la UE en materia de Seguridad Social.

En las siguientes secciones hallará usted información relacionada con las prestaciones que ofrece la Seguridad Social:

- prestaciones de enfermedad y maternidad (sección 3);
- prestaciones por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales (sección 4);
- pensiones de invalidez, vejez y supervivencia (secciones 5, 6 y 7);
- subsidio de dependencia (sección 8);
- prestaciones de desempleo (sección 9);
- prestaciones familiares (sección 10).

● Inscripción

Tan pronto como inicie usted su actividad laboral, su empresa dará los pasos necesarios para darle de alta en el seguro. Le afiliará a una Caja del seguro de enfermedad (*Krankenkasse*), con lo que quedará también cubierto por el seguro de accidentes, pensiones y desempleo. Le asignarán un número de asegurado bajo el cual quedarán registrados los períodos de cotización y la retribución sujeta a cotización.

Una vez completado el procedimiento de inscripción, su empleador le entregará una copia de la notificación del alta en la Caja del seguro de enfermedad.

Si trabaja por cuenta propia, está usted sujeto a disposiciones de alta y de cotización particulares; podrá obtener la información correspondiente en la institución de la Seguridad Social competente.

● Cotizaciones

Como trabajador por cuenta ajena, debe cotizar al seguro de enfermedad, desempleo y pensiones (invalidez, vejez y supervivencia). El importe de su cotización consistirá en un porcentaje determinado de sus ingresos. En general, usted paga la mitad de esta cotización, y su empresa la otra mitad. Sin embargo, es esta última la responsable

del pago de las cotizaciones, por lo que deducirá del sueldo o el salario que le pague la parte que a usted le corresponda. Usted no tendrá que pagar cotizaciones para el seguro de accidentes de trabajo (lo paga la empresa) ni para las ayudas familiares.

Como trabajador por cuenta propia, cotizará en el seguro de enfermedad, accidentes y pensiones. Las cotizaciones deben deducirse de la retribución (incluidas las pagas extraordinarias) o, en el caso de los trabajadores por cuenta propia, de los ingresos profesionales (eventualmente, de un importe mínimo), hasta un límite máximo sometido a revisión anual [2000: 3 139,47 EUR (43 200 ATS) mensuales, 14 veces al año; para los autónomos, 3 662,71 EUR (50 400 ATS) mensuales].

Para los empleados, por ejemplo, el desglose es el siguiente:

- 6,9 % de cotización al seguro de enfermedad;
- 1,4 % de cotización al seguro de accidentes;
- 6 % de cotización al seguro de desempleo;
- 22,8 % de cotización al seguro de pensiones.

2. Organismos de la Seguridad Social

Los organismos cuyas señas ofrecemos más abajo son las instituciones competentes en las diferentes ramas de la Seguridad Social. Estos organismos han establecido a su vez oficinas coordinadoras, encargadas de las relaciones en el campo de la Seguridad Social con los otros Estados miembros de la UE. Si tuviese usted algún problema o pregunta relacionada con la Seguridad Social en Austria u otros Estados miembros, puede dirigirse a la institución competente o a la correspondiente oficina coordinadora. Las señas de las oficinas coordinadoras se relacionan en la sección 11.

● Seguro de enfermedad y de maternidad

El alta se efectuará bien en la caja regional del seguro de enfermedad (*Gebietskrankenkasse*) competente en su localidad (hay una por cada Estado federado), el Instituto del seguro de la minería austríaca (*Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues*), el Instituto del seguro de los ferrocarriles austríacos (*Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen*), el Instituto del seguro de empleados de las administraciones públicas (*Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter*) y las entidades de asistencia sanitaria a otros funcionarios (*Krankenfürsorgeeinrichtungen für*

sonstige Beamte), o bien, en el caso de los trabajadores por cuenta propia, en el Instituto de la Seguridad Social del comercio y la industria (*Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft*) o en el Instituto de la Seguridad Social de los agricultores (*Sozialversicherungsanstalt der Bauern*). Por lo general, el tratamiento en hospitales es competencia del fondo (*Landesfonds*) establecido en cada Estado federado.

● Seguro de accidentes

Según el sector en que ejerza su profesión o actividad laboral, estará asegurado en el Instituto del seguro general de accidentes (*Allgemeine Unfallversicherungsanstalt*) —también si es trabajador por cuenta propia—, en el *Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen*, en el *Versicherungsanstalt öffentlicher Bediensteter* y las entidades de asistencia a otros funcionarios en caso de accidente (*Unfallfürsorgeeinrichtungen für sonstige Beamte*), o en el *Sozialversicherungsanstalt der Bauern*.

● Seguro de pensiones

Según su profesión o actividad, estará usted asegurado para el caso de invalidez, vejez y fallecimiento en una de las siguientes instituciones:

- Pensionsversicherungsanstalt der Arbeiter (Instituto del seguro de pensiones de los obreros).
- Pensionsversicherungsanstalt der Angestellten (Instituto del seguro de pensiones de los empleados).
- Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaus (Instituto del seguro de la minería austríaca).
- Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen (Instituto del seguro de los ferrocarriles austríacos).
- Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (Instituto de la Seguridad Social del comercio y la industria).
- Sozialversicherungsanstalt der Bauern (Instituto de la Seguridad Social de los agricultores).
- Empresas de Derecho público en los casos de regímenes especiales de funcionarios.

● Seguro de desempleo

El pago de las prestaciones del seguro de desempleo corre a cargo de las delegaciones regionales del Instituto de empleo (*Arbeitsmarktservice*).

● Subsidios familiares

Son responsabilidad del servicio de subsidios familiares (*Familienbeihilfenstelle*) de la delega-

ción de Hacienda (*Finanzamt*) de su lugar de residencia.

3. Enfermedad y maternidad

El seguro de enfermedad le protege a usted y a sus familiares derechohabientes en caso de enfermedad y maternidad. Ofrece las siguientes prestaciones:

- prestaciones en especie: atención médica, medicamentos y revisiones médicas para la detección precoz y la prevención de enfermedades (apartado A);
- subsidio de enfermedad (apartado B);
- prestaciones de maternidad (apartado C).

En caso de defunción del asegurado o de un familiar suyo puede concederse, de necesitarlo sus supervivientes, un subsidio de sepelio de hasta 436,04 EUR (6 000 ATS).

El seguro de enfermedad es obligatorio para los siguientes grupos de personas:

- los trabajadores por cuenta ajena, incluidos los aprendices;
- los desempleados que cobran subsidios del Instituto de empleo;
- los trabajadores por cuenta propia;
- los pensionistas y solicitantes de pensiones.

El seguro no es obligatorio para las personas que trabajan percibiendo, en total, una remuneración por debajo del umbral mínimo [2000: 289,02 EUR (3 977 ATS) mensuales]. Todas las personas residentes en Austria tienen derecho a afiliarse al seguro de manera voluntaria.

● Seguro familiar (*Familienversicherung*)

Sus familiares que residan en Austria tienen derecho a las mismas prestaciones en especie del seguro de enfermedad que usted. Por regla general, estos familiares serán su cónyuge y los hijos menores de 18 años o, en caso de que cursen estudios de secundaria o de formación profesional, hasta cumplir los 27 años. La condición para acceder a dichas prestaciones es que sus familiares no dispongan de un seguro de enfermedad propio. Cualquier cambio de circunstancias que pueda afectar a la concesión de estas prestaciones debe ser comunicado sin demora a la institución responsable del seguro de enfermedad. A partir del 1 de enero de 2001, los familiares —a excepción de los hijos y nietos— sólo estarán «coasegurados» en el seguro social de enfermedad sin tener que cotizar si concurren circunstancias especiales como, por ejemplo, la educación de los hijos. Para las personas que no cumplan estas condiciones, el asegurado deberá abonar al seguro de enfermedad una cotización adicional especial del 3,4 %.

Los familiares que residan en otro Estado miembro o que se encuentren temporalmente en otro Estado miembro también pueden, en su caso, tener derecho a las prestaciones del seguro de enfermedad. La institución responsable de su seguro de enfermedad le informará de las formalidades que debe cumplimentar para beneficiarse de dichas prestaciones.

A. PRESTACIONES EN ESPECIE DEL SEGURO DE ENFERMEDAD

● **Revisiones médicas para la detección precoz y la prevención de enfermedades**

Para la detección precoz de determinadas enfermedades, el asegurado y sus familiares tienen derecho a las siguientes revisiones médicas preventivas:

- chequeo para la detección precoz de enfermedades para jóvenes de hasta 19 años;
- chequeo preventivo anual para la detección precoz de cáncer, diabetes y enfermedades cardiovasculares.

Además, las instituciones del seguro de enfermedad también cubren los tratamientos de cura y rehabilitación.

● **Asistencia médica**

Mientras esté asegurado, tanto usted como sus familiares tienen derecho a ser tratados por médicos de cabecera, especialistas y odontólogos. Antes de cualquier tratamiento, debe presentar al médico el volante del seguro (*Krankenschein*) que usted habrá recibido de su empleador o institución del seguro de enfermedad. Desde el 1 de enero de 1997, los afiliados al régimen de los trabajadores por cuenta ajena deben hacer una aportación propia de 3,63 EUR (50 ATS) (a excepción de los niños, los pensionistas o las personas necesitadas) por cada volante de asistencia médica o de tratamiento odontológico (véase tratamiento odontológico y prótesis dentales). En caso de urgencia, el médico le tratará sin necesidad de que presente dicho volante, pero debe usted comunicarle el nombre y las señas de su institución aseguradora y presentarle el volante posteriormente.

El tratamiento lo realizan los médicos y odontólogos concertados del seguro de enfermedad obligatorio, es decir, la mayoría de todos los médicos establecidos. Puede elegirse al médico que se desee, bien al comenzar el tratamiento, bien al inicio de cada trimestre natural (cajas regionales del seguro de enfermedad) o bien cada mes. La institución de su seguro de enfermedad le proporcionará una lista de los médicos concertados. No obstante, también puede usted acudir a un médico no concertado, en cuyo caso su institución aseguradora le reembolsará los costes

hasta la tarifa aprobada para el tratamiento por un médico concertado.

Si el médico considera necesario que el asegurado acuda a un especialista o a una clínica u otra institución similar, le entregará un volante de remisión (*Überweisungsschein*).

● **Medicamentos, material de cura y ortopédico**

Los medicamentos le serán entregados mediante receta extendida por un médico concertado y puede adquirirlos en cualquier farmacia. Por regla general, tendrá que pagar al farmacéutico una contribución de 3,27 EUR (45 ATS) (en 2000) por cada medicamento recetado.

La institución del seguro de enfermedad asume normalmente los gastos por gafas, prótesis y otros materiales ortopédicos que usted necesite, a veces hasta un límite determinado.

● **Tratamiento odontológico y prótesis dentales**

Las prestaciones del seguro cubren los tratamientos odontológicos de conservación y quirúrgicos, así como los tratamientos de ortodoncia (prevención y corrección de irregularidades en la dentadura) y las prótesis dentales (por ejemplo, prótesis de armazón metálica). No obstante, las instituciones del seguro de enfermedad no reembolsan la totalidad del coste de una prótesis dental, sino que el asegurado debe pagar una parte. Lo mismo se aplica a los tratamientos de ortodoncia.

● **Asistencia a domicilio**

La asistencia a domicilio por cuenta del seguro social de enfermedad abarca determinadas prestaciones médicas que, por prescripción médica, realizan enfermeras o cuidadores diplomados (por ejemplo, inyecciones, alimentación especial, curas, etc.).

● **Tratamiento en régimen hospitalario**

El asegurado tiene derecho al tratamiento hospitalario que precise. Este tratamiento se concede en el centro hospitalario más próximo con arreglo a las disposiciones contractuales existentes entre las instituciones del seguro de enfermedad y los centros hospitalarios.

El tratamiento en régimen hospitalario se concede sin límite de tiempo en la categoría de tarifa general.

Para los familiares del titular afiliado al régimen de los trabajadores por cuenta ajena está prevista una participación en los costes de hospitalización del 10 % durante las primeras 4 semanas. El titular, en cambio, sólo ha de abonar al hospital una

pequeña cuota diaria (por un máximo de 28 días naturales al año).

A partir de la quinta semana, la asistencia sanitaria en régimen hospitalario es gratuita tanto para el titular como para sus familiares. La institución del seguro de enfermedad también se hace cargo de los gastos de transporte del enfermo.

A partir del 1 de enero de 2001, deberán abonarse 10,90 EUR (150 ATS) o 18,17 EUR (250 ATS) [hasta un máximo de 72,67 EUR (1 000 ATS) al año] en concepto de tratamiento ambulatorio en hospital (a excepción de las urgencias médicas, la atención por maternidad, la atención a personas necesitadas, etc.).

● Gastos de desplazamiento

En determinadas condiciones, la institución del seguro de enfermedad pagará parcial o totalmente los gastos de desplazamiento necesarios para recibir determinados tratamientos médicos.

B. SUBSIDIO DE ENFERMEDAD (KRANKENGELD)

Cuando una enfermedad tiene por consecuencia la incapacidad laboral, existe en el seguro de enfermedad de los trabajadores por cuenta ajena el derecho a percibir un subsidio de enfermedad (*Krankengeld*) a partir del cuarto día de incapacidad, hasta un máximo de 78 semanas para un mismo caso de enfermedad.

La cuantía del subsidio de enfermedad se calcula sobre la base del último salario (hasta la base de cotización máxima). Ascende al 50 % de la retribución, y a partir del cuadragésimotercer día, al 60 % de la retribución; además, si así lo prevén los estatutos de la institución del seguro de enfermedad, puede aumentarse en un determinado porcentaje para el cónyuge y los demás familiares, aunque el importe total del subsidio de enfermedad aumentado no puede exceder del 75 %.

El subsidio de enfermedad queda en suspenso mientras el enfermo incapacitado para el trabajo tenga derecho a seguir percibiendo su retribución conforme a las disposiciones del Derecho laboral (el total de la remuneración hasta la duodécima semana, después sólo la mitad y durante un período de tiempo determinado).

C. PRESTACIONES DE MATERNIDAD

Todas las mujeres con derecho a prestaciones en especie del seguro de enfermedad (véase el apartado A) tienen también derecho a dichas prestaciones durante el embarazo, el parto y después del parto. Si está usted embarazada debe procurarse una cartilla de maternidad (*Mutter-Kind-Pass*), en la que figuran todas las indicacio-

nes sobre sus sucesivas revisiones médicas antes y después del parto.

Las prestaciones de maternidad en especie incluyen:

- asistencia de un médico y ayuda de una comadrona durante el embarazo y después del parto;
- asistencia de una comadrona y, si fuese necesario, de un médico durante el parto;
- medicamentos, material de cura y ortopédico;
- asistencia en un hospital o clínica obstétrica hasta un máximo de 10 días (si durante el embarazo o el parto surgen complicaciones que requieran una estancia más prolongada, ésta también se concede).

Las mujeres que trabajan por cuenta ajena tienen derecho a un subsidio de maternidad durante su baja por maternidad (en principio, 8 semanas antes y 8 semanas después del parto). El cálculo de este subsidio se efectúa a partir de la retribución neta de los últimos 3 meses.

El subsidio de maternidad queda en suspenso mientras se tenga derecho a seguir percibiendo la retribución.

En este contexto, debe tenerse en cuenta que en Austria existe ahora el derecho a la fecundación *in vitro*, y una Ley específica en la que se establecen las condiciones que han de cumplirse para acceder a ese derecho.

4. Accidentes de trabajo y enfermedades profesionales

El seguro de accidentes cubre cualquier incidencia mientras usted trabaja o se traslada al y del lugar de trabajo. El seguro cubre también ciertas medidas de prevención de accidentes, así como las prestaciones en caso de producirse lesiones. Cuando se produce un accidente de trabajo, éste debe comunicarse de inmediato al empleador, quien a su vez debe notificarlo al seguro de accidentes.

Todas las personas que trabajan por cuenta ajena mediante contrato de trabajo o de aprendizaje, así como gran parte de las que trabajan por cuenta propia, están sujetas a un seguro obligatorio de accidentes. También están asegurados de manera obligatoria los alumnos de enseñanza secundaria y los estudiantes de centros de enseñanza superior.

Para la prevención de accidentes existen disposiciones específicas que obligan al empresario a instalar y mantener sus centros de trabajo de tal modo que sus trabajadores estén protegidos contra accidentes y enfermedades profesionales. Dichas

disposiciones de seguridad deben cumplirse estrictamente.

En caso de accidente o enfermedad de origen laboral se otorgan las siguientes prestaciones:

- primeros auxilios y tratamientos terapéuticos;
- subsidios en metálico a corto plazo;
- medidas de rehabilitación médica, profesional y social;
- pensiones de incapacidad laboral permanente (*Versehrtenrente*);
- pensiones de supervivencia (*Hinterbliebenrenten*) y subsidio de sepelio;
- indemnización de integridad (*Integritätsabgeltung*).

El derecho a estas prestaciones se origina en cuanto sucede un accidente de trabajo o *in itinere*. Las enfermedades profesionales dan derecho a las mismas prestaciones que los accidentes de trabajo.

● **Tratamiento terapéutico y prestaciones en metálico a corto plazo**

El tratamiento terapéutico incluye el tratamiento médico, el suministro de medicamentos, materiales de cura, ortopédicos y auxiliares, como las prótesis, así como el tratamiento en un centro hospitalario o una clínica especial.

Primero se le harán efectivas las prestaciones en metálico previstas en caso de incapacidad laboral por enfermedad (pago continuado del salario o subsidio de enfermedad). Si el importe de la pensión de incapacidad laboral permanente fuera superior, se abonaría la diferencia. En caso de asistencia en un centro hospitalario o una clínica especial se tiene derecho a un subsidio familiar o a una indemnización diaria, ya que en estos casos queda en suspenso la pensión de incapacidad laboral permanente.

● **Rehabilitación**

Las medidas de rehabilitación profesional comprenden, en particular:

- ayuda para mantener o conseguir un puesto de trabajo;
- perfeccionamiento y reciclaje profesional.

Por regla general, se le pagará una ayuda transitoria (*Übergangsgeld*) mientras dure la formación profesional.

Las medidas de rehabilitación social comprenden las ayudas más diversas (por ejemplo, para adaptar la vivienda o facilitar la movilidad de las personas con discapacidad).

● **Pensión de incapacidad laboral permanente**

Una vez agotado el período de incapacidad laboral (a más tardar a partir de la vigesimoséptima semana), se le pagará una pensión de incapacidad permanente si durante más de 3 meses, como consecuencia del accidente o de la enfermedad profesional, su capacidad de ganancia ha quedado mermada en un 20 % como mínimo (estudiantes de enseñanza secundaria, profesional y superior: 50 %). En caso de pérdida total de la capacidad de ganancia le corresponden 2/3 partes de la base de cálculo (en principio, el promedio del ingreso asegurado durante el año anterior); en los demás casos, un porcentaje proporcional a la disminución en forma de pensión mensual. Las pensiones se hacen efectivas 14 veces al año (12 mensualidades más pagas extraordinarias en mayo y octubre).

Cuando proceda se le pagará, además de esta pensión, una ayuda por incapacidad grave, que ascenderá al 20 % de la pensión (o al 50 % si la reducción de la capacidad laboral es igual o superior al 70 %). También se paga un suplemento del 10 % por cada hijo a cargo menor de 18 años (o menor de 27 años cuando cursen estudios de secundaria o de formación profesional). Una condición para que pueda obtener el pago de estos suplementos es que su capacidad para obtener ingresos haya quedado mermada como mínimo en un 50 %.

En caso de necesitar cuidados y atenciones prolongados, como consecuencia de un accidente laboral o una enfermedad profesional, tendrá derecho a un subsidio de dependencia además de la pensión. Si el accidente laboral o la enfermedad profesional se deben a negligencia grave en el cumplimiento de las disposiciones de seguridad en el trabajo, tendrá derecho a una indemnización de integridad proporcional al grado de disminución de la integridad física o psíquica, que cobrará, además de la pensión, una sola vez.

En determinadas condiciones, en lugar de una pensión de incapacidad laboral permanente puede pagarse una compensación.

● **Pensiones de supervivencia**

Como cónyuge de una persona asegurada, fallecida a consecuencia de un accidente de trabajo o enfermedad profesional, tiene usted derecho a una pensión de supervivencia del seguro de accidentes. Esta pensión ascenderá al 40 % de la base de cálculo del fallecido si ha alcanzado usted la edad normal de jubilación o tiene reducida su capacidad laboral en un 50 % como mínimo. Si es más joven, la cuantía de la pensión equivaldrá a un 20 % de la base de cálculo.

Los hijos menores de 18 años (27 años en caso de cursar estudios de secundaria o de formación profesional) reciben una pensión de orfandad (*Waisenrente*). El huérfano parcial (que ha perdido a uno de sus padres) recibirá el 20 %; el huérfano de padre y madre, el 30 % de la base de cálculo del asegurado fallecido.

● **Indemnización por defunción**

Cuando se produce una muerte como resultado de un accidente de trabajo o de una enfermedad profesional, la persona que corra con los costes del sepelio cobrará una indemnización por defunción (*Sterbegeld*) que cubrirá parte de estos costes.

5. Invalidez

● **Asegurados**

Todas las personas que trabajan con un contrato laboral o de aprendizaje y cuya retribución supera un límite mínimo [2000: 289,02 EUR (3 977 ATS mensuales)], así como gran parte de los trabajadores por cuenta propia, están asegurados contra la contingencia de invalidez en el seguro obligatorio de pensiones. Todas las personas que no estén cubiertas en el seguro obligatorio y residen en Austria tienen la posibilidad de afiliarse al seguro de pensiones austríaco voluntariamente. Una vez terminado el seguro obligatorio, éste puede continuarse de modo voluntario independientemente del lugar de residencia.

Obsérvese que, en principio, sólo se conceden pensiones a quien presente la correspondiente solicitud. Ésta debe remitirse a la institución competente de la Seguridad Social (véase la sección 2).

● **Grado de invalidez**

- Empleados y obreros que hayan trabajado sobre todo en profesiones u oficios de aprendizaje (adiestramiento): disminución, por razones de salud, de la capacidad laboral a menos de la mitad de la capacidad laboral de un asegurado sano en la misma profesión (protección profesional).
- Trabajadores por cuenta propia: incapacidad continuada, por razones de salud, para ejercer cualquier tipo de actividad lucrativa regular.
- Demás asegurados: incapacidad, por razones de salud, para ejercer cualquier tipo de actividad en el mercado general de trabajo y ganar al menos la mitad de lo que puede ganar con esa actividad un asegurado sano.
- Asegurados que hayan cumplido los 57 años y que, como consecuencia de una enfermedad o de otro deterioro o debilitamiento de

sus capacidades físicas o psíquicas, no puedan ejercer una actividad que, en los 180 meses naturales anteriores a la fecha de referencia, hayan ejercido al menos durante 120 meses naturales seguidos.

● **Período de carencia**

Para tener derecho a las prestaciones del seguro de pensiones austríaco, es necesario haber cumplido un tiempo de seguro mínimo. Se consideran períodos de seguro:

- los períodos cotizados en un seguro obligatorio o voluntario;
- los períodos sustitutivos, por ejemplo en caso de percibir prestaciones del seguro de desempleo o subsidios de enfermedad, los períodos de servicio militar o de servicio en la guerra, o también los períodos dedicados al cuidado de los hijos en Austria hasta un máximo de 4 años por hijo;
- para contabilizar los períodos escolares o universitarios es necesario abonar posteriormente la correspondiente cotización, merced a la cual pasan a considerarse períodos de cotización en un seguro voluntario.

Cuando no rigen condiciones de acceso particulares, se tiene derecho a todas las prestaciones del seguro de pensiones si se da la llamada «expectativa permanente» (*ewige Anwartschaft*). Se considera que ésta existe cuando, independientemente del momento en que se cumplieron los períodos de seguro, se han acumulado 180 meses de cotización o 300 meses de seguro (los meses sustitutivos, sin embargo, sólo a partir del 1 de enero de 1956).

Si no se cumplen las condiciones para la expectativa permanente, se tiene derecho a prestaciones de invalidez cuando se han cumplido al menos 60 meses de seguro durante los últimos 120 meses naturales; si la invalidez acaece después de los 50 años, este período de carencia aumenta mensualmente en 1 mes de seguro y en 2 meses naturales (hasta 180 meses dentro de los últimos 360 meses naturales después de cumplir los 60 años).

● **Cuantía de la pensión**

La cuantía de la pensión austríaca depende básicamente de dos factores:

- el importe de las cotizaciones abonadas (la base de cálculo se extrae del promedio de los 180 meses «mejores», para lo cual las cotizaciones efectuadas en el pasado se adaptan a la evolución económica);
- la duración de los períodos de seguro (2 % anual de la base de cálculo, hasta un máximo del 80 %).

Los tiempos sustitutivos por cuidado de hijos dan lugar a un aumento de la pensión en un importe fijo.

Si la pensión, sumada a todos los demás ingresos, no alcanza la llamada tarifa base (*Richtsatz*), en caso de residencia en Austria se concede el correspondiente complemento compensatorio [tarifas base en 2000: 604,06 EUR (8 312 ATS) para personas solas y 861,83 EUR (11 859 ATS) para matrimonios].

Las pensiones austríacas se pagan 14 veces al año (12 mensualidades más pagas extraordinarias en mayo y octubre).

Los pensionistas con algún grado de dependencia pueden recibir, además de su pensión, un subsidio de dependencia (véase la sección 8).

Si la invalidez se produce antes de cumplir los 56 años y medio, la pensión puede aumentarse hasta el 60 % como máximo de la base de cálculo.

● Normas especiales para mineros

En el régimen especial de los mineros se prevén prestaciones particulares. Es aconsejable que se dirija a la *Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaus* para obtener información a este respecto.

● Medidas de rehabilitación

Las instituciones del seguro de pensiones pueden sufragar las más diversas medidas de rehabilitación médica, profesional o social para restablecer las capacidades de los asegurados de manera que puedan volver a ocupar un lugar apropiado en la vida profesional y económica.

6. Pensiones de vejez

● Personas aseguradas

Por lo que respecta a las personas cubiertas por un seguro de vejez y los requisitos necesarios para solicitar la pensión correspondiente, véase la sección 5.

● Período de carencia

Sobre la posibilidad que existe de cumplir el período de carencia mediante la «expectativa permanente» para la pensión de jubilación, así como los tiempos de seguro que pueden contabilizarse según la legislación austríaca, véase la sección 5. Cuando no se exigen requisitos adicionales, el período de carencia se cumple también si se han cubierto 180 meses de seguro durante los últimos 360 meses naturales.

● Pensión de jubilación ordinaria (*normale Alterspension*)

Esta pensión le será concedida una vez alcanzados los 60 años (mujeres) o los 65 años (hombres). El límite de edad de las mujeres se igualará progresivamente al de los hombres entre 2024 y 2033.

● Pensión de jubilación anticipada (*vorzeitige Alterspension*)

La edad prevista para los casos siguientes se aumenta de 55 años a 56 años y medio (mujeres) y de 60 años a 61 años y medio (hombres), debiéndose haber alcanzado esta edad aumentada, como muy pronto, el 1 de octubre de 2002 (además, el límite de edad de las mujeres se igualará progresivamente al de los hombres entre 2019 y 2028):

- Desempleo: haber percibido en los últimos 15 meses prestaciones de desempleo o un subsidio de enfermedad durante un mínimo de 52 semanas.
- Seguro de larga duración: haber acumulado 450 meses de seguro.
- Jubilación progresiva (*Gleitpension*): haber cumplido los mismos tiempos de seguro exigidos para la jubilación anticipada con seguro de larga duración, así como un acuerdo de trabajo a tiempo parcial en relación con la actividad a tiempo parcial que se siga ejerciendo. En función del porcentaje de dedicación laboral, se percibirá una pensión del 50 % al 80 %.

Sin embargo, están previstas diversas condiciones adicionales que difieren de las condiciones generales para acceder a la pensión de jubilación ordinaria, de manera que es aconsejable dirigirse a la institución aseguradora competente.

Con excepción de la jubilación progresiva, las pensiones de jubilación anticipada se suprimen en caso de iniciarse una actividad retribuida.

● Cuantía de la pensión

Por lo que respecta a los factores que determinan la cuantía de la pensión, véase la sección 5. La prestación asciende anualmente al 2 % de la base de cálculo. A partir del 1 de enero de 2003, los meses de seguro que han de tenerse en cuenta para determinar la base de cálculo de las pensiones de jubilación anticipada se aumentarán de 180 a 216, dependiendo de la edad del interesado. Si la pensión comienza a percibirse antes de los 60 años (mujeres) o de los 65 años (hombres), el importe se reduce 3 puntos porcentuales por año de diferencia con respecto a la edad normal de jubilación.

Por lo que respecta a las prestaciones particulares de los mineros, véase la sección 5.

7. Supervivientes

● Asegurados

Para obtener información sobre los asegurados con derecho a una pensión de supervivencia y sobre los requisitos para solicitarla, véase la sección 5.

● Período de carencia

Se exige el mismo período de carencia que para las prestaciones de invalidez (véase la sección 5).

● Pensión de viudedad (*Witwen- und Witwerpension*)

Si el cónyuge de un asegurado fallecido tiene más de 35 años de edad o el matrimonio ha tenido un hijo, recibirá una pensión de entre un 0 % y un 60 % (dependiendo de los demás ingresos del superviviente) de la pensión a la que tenía o habría tenido derecho el fallecido (véase, según proceda, la sección 5 o 6). Esta pensión también puede ir acompañada de una indemnización compensatoria o de un subsidio de dependencia (véanse, según proceda, las secciones 5 u 8).

● Pensión de orfandad (*Waisenpension*)

Esta pensión asciende al 24 %, en el caso de los huérfanos de un solo progenitor, y al 36 %, en el de los huérfanos de ambos progenitores, de la pensión a la que tenía o habría tenido derecho el fallecido (véanse, según proceda, las secciones 5 o 6). Las tarifas de base de la indemnización compensatoria (véase la sección 5) para pensiones de orfandad dependen de la edad de los huérfanos [2000: entre 225,58 EUR (3 104 ATS) y 604,06 EUR (8 312 ATS)]. Las pensiones de orfandad también pueden ir acompañadas de un subsidio de dependencia (véase la sección 8).

El derecho a la pensión de orfandad persiste hasta que el huérfano alcanza los 18 años de edad. Este límite de edad se extiende hasta los 27 años si el huérfano está cursando estudios de capacitación profesional.

8. Subsidio de dependencia (*Pflegegeld*)

Los beneficiarios de prestaciones del Estado y de pensiones del seguro obligatorio de accidentes, pensiones de funcionarios o pensiones por accidentes que en razón de su discapacidad precisan atención y ayuda de forma continua, tienen derecho a percibir un subsidio de dependencia en virtud de la Ley federal del subsidio de

dependencia (*Bundespflegegeldgesetz*) si residen habitualmente en Austria. El subsidio corre a cargo de la institución aseguradora que paga las prestaciones básicas (por ejemplo, la institución del seguro de pensiones), por lo que debe solicitarse a ésta. Está escalonado en siete clases en función del grado de dependencia [2000: entre 145,35 EUR (2 000 ATS) y 1 531,51 EUR (21 074 ATS) mensuales, doce veces al año]. Si no se percibe ninguna prestación del Estado que pueda dar lugar a un subsidio en virtud de la *Bundespflegegeldgesetz*, los organismos regionales conceden un subsidio de dependencia en el marco de la asistencia social.

9. Desempleo

Están cubiertos por el seguro de desempleo (*Arbeitslosenversicherung*) todos los trabajadores por cuenta ajena, aprendices y trabajadores a domicilio con una retribución que supere el límite mínimo [2000: 289,02 EUR (3 977 ATS) mensuales].

El examen y pago de las prestaciones de desempleo corre a cargo del Instituto de empleo austríaco (*Arbeitsmarktservice*). Las principales prestaciones son:

- el subsidio de desempleo (*Arbeitslosengeld*) y
- la ayuda en situación de necesidad (*Notstandshilfe*).

Además, el Instituto de empleo informa sobre los derechos a prestaciones, busca colocaciones y fomenta la formación profesional y permanente de las personas desempleadas.

● Subsidio de desempleo

En principio, si es usted un trabajador por cuenta ajena y pierde el empleo, tiene derecho a un subsidio de desempleo, siempre que:

- se registre como parado en el Instituto de empleo y solicite el subsidio;
- esté a disposición del servicio de colocaciones, es decir, sea capaz de trabajar y esté dispuesto a aceptar cualquier empleo adecuado que se le ofrezca;
- haya completado un período de cotización mínimo, es decir, debe haber estado trabajando y cotizando al seguro obligatorio de desempleo durante un mínimo de 52 semanas en los últimos 24 meses. En caso de percepción repetida del subsidio de desempleo, la duración se reduce a 26 semanas de trabajo con cotización al seguro obligatorio en los 12 meses anteriores. Para los jóvenes (menores de 25 años), los tiempos de actividad se reducen a 26 semanas en un plazo de 12 meses.

La duración del subsidio depende del tiempo durante el cual ha estado trabajando y de su edad. Es de 20 semanas como mínimo y aumenta a:

- 30 semanas si ha trabajado 3 años en un plazo de 260 semanas;
- 39 semanas durante las últimas 520 semanas, si ha cumplido 40 años;
- 52 semanas si ha trabajado 9 años en un plazo de 15 años y si ha cumplido 50 años, y
- 78 semanas si ha trabajado 15 años en un plazo de 25 años y si ha cumplido, como mínimo, 55 años (mujeres) o 60 años (hombres).

En caso de rechazo u obstrucción de los esfuerzos de colocación o formación para la capacitación profesional se aplican sanciones en forma de suspensión del subsidio de desempleo, lo que reduce el tiempo durante el cual se tiene derecho a percibir la prestación (en 6 semanas como mínimo). El subsidio se concede a partir del día de solicitud. No obstante, si usted causó baja voluntaria sin motivo fundado, el subsidio de desempleo se paga 4 semanas más tarde.

● **Ayuda en situación de necesidad**

Después de agotado el subsidio de desempleo podrá acceder a esta ayuda si se encuentra en situación de necesidad. Siguen manteniéndose los requisitos de capacidad y voluntad de trabajar. Además, debe demostrar la situación de rigor. Esta existe cuando no pueden satisfacerse las necesidades vitales con el ingreso familiar disponible.

● **Formalidades que deben cumplirse**

Mientras cobre el subsidio está obligado a presentarse en la oficina de empleo en las fechas fijadas para hablar de la búsqueda de empleo con el asesor encargado de su caso.

También debe usted informar inmediatamente a la oficina de empleo de cualquier cambio que se produzca en sus circunstancias personales o en las de sus familiares y que pueda tener algún efecto en su derecho a prestaciones (por ejemplo, la iniciación de un trabajo o cualquier otro cambio en su situación de ingresos).

● **Otras prestaciones**

Mientras persista la situación de paro, el seguro de desempleo pagará en su nombre las cotizaciones al seguro de enfermedad y de pensiones. Usted está asegurado también contra determinados accidentes. Las oficinas federales de bienestar social se ocuparán de abonar el pago del subsidio por insolvencia del empresario. Esta prestación se concede en caso de quiebra o suspensión de pagos de la empresa para proteger al trabajador contra la pérdida de ingresos y la demora en el cobro de créditos salariales.

10. Prestaciones familiares

A. SUBSIDIO FAMILIAR (FAMILIENBEIHILFE)

● **Beneficiarios**

Tienen derecho al subsidio familiar para sus hijos los ciudadanos austríacos con residencia o estancia habitual en el territorio austríaco. Por hijos se entiende sus descendientes, hijos adoptivos y los descendientes de éstos, hijastros y niños acogidos que formen parte del hogar familiar o que estén predominantemente a su cargo. Entre otras, están equiparadas a los ciudadanos austríacos aquellas personas contempladas en la legislación comunitaria.

● **Condiciones generales**

Se tiene derecho al subsidio familiar:

- En principio, hasta la mayoría de edad del hijo.
- En el caso de los hijos que cursan estudios de formación profesional o formación permanente en una escuela técnica, en principio, hasta que cumplen los 26 años, como máximo; si han hecho el servicio militar o han realizado la prestación social sustitutoria, o han tenido un hijo —o, tratándose de mujeres, si están embarazadas el día que cumplen los 26 años— o tienen una discapacidad considerable, el subsidio familiar se paga hasta los 27 años.
- Sin límite de edad para el hijo que padezca una discapacidad aparecida antes de cumplir los 21 años o durante una formación profesional posterior, pero antes de cumplir los 27 años, y que previsiblemente le suponga una incapacidad laboral permanente.

No existe derecho al subsidio familiar, entre otros casos, para el hijo mayor de 18 años con ingresos propios por encima de determinada cuantía mensual.

● **Cuantía del subsidio**

La cuantía del subsidio familiar depende de la edad del hijo. Además, se concede un suplemento si se perciben subsidios familiares por 2 o más hijos. Si se trata de un niño con una discapacidad importante, el subsidio familiar puede aumentar en un determinado importe mensual.

● **Solicitud y pago**

El subsidio familiar se concede únicamente previa solicitud por escrito, con efecto retroactivo de hasta 5 años. La solicitud debe hacerse en la delegación de Hacienda (*Finanzamt*) competente, a la que también puede dirigirse para obtener

información adicional, mediante el formulario correspondiente (en el caso de los ciudadanos de Estados miembros de la Unión Europea, con inclusión del formulario E 401). El subsidio le será pagado de forma automática por la administración de Hacienda cada 2 meses, a partir del primer mes constitutivo de derecho.

Debe notificarse a la delegación de Hacienda competente, en el plazo de 1 mes, cualquier hecho que pudiera dar lugar a la extinción del derecho o cualquier cambio en los datos decisivos para el derecho al subsidio familiar.

B. OTRAS PRESTACIONES

● **Prima de la cartilla de maternidad** **(Mutter-Kind-Pass-Bonus)**

Se trata de un pago único que se concede cuando el hijo cumple 1 año y se han llevado a cabo todas las revisiones médicas previstas en la cartilla de maternidad (*Mutter-Kind-Pass*) para la madre embarazada y para el niño. Tiene derecho a esta prima el progenitor encargado principalmente de la crianza del hijo (la fecha de referencia es el día que éste cumple 1 año). El progenitor debe tener su residencia en Austria, y el hijo, vivir permanentemente en el país o en un Estado miembro de la Unión Europea.

El hijo, o uno de los progenitores que conviven con él, debe tener la ciudadanía austríaca, o bien uno de los progenitores debe haber vivido permanentemente en Austria durante los 3 últimos años antes de cumplir el niño su primer año de edad.

En principio, las personas contempladas en la legislación comunitaria se equiparan a los ciudadanos austríacos. Los ingresos familiares sujetos a imposición no pueden superar un determinado límite máximo el año de nacimiento del hijo.

La solicitud debe presentarse en la delegación de Hacienda del lugar de residencia en un plazo de 2 años a partir del día en que el hijo cumple 1 año de edad.

● **Subsidio por hijo menor de 1 año** **(Kleinkindbeihilfe)**

Esta prestación se concede mensualmente durante el primer año de vida del hijo (por 12 meses, como máximo) al progenitor encargado principalmente de la crianza del niño durante ese período, siempre y cuando no se perciba el subsidio de maternidad, ni el subsidio por permiso parental ni ninguna otra prestación similar. El hijo o el progenitor deben tener la ciudadanía austríaca o bien este último haber vivido permanentemente en Austria durante los 3 años anteriores al nacimiento del hijo. El progenitor debe tener su residencia en Austria, y el hijo, vivir permanente-

mente en el país o en un Estado miembro de la Unión Europea.

En principio, las personas contempladas en la legislación comunitaria se equiparan a los ciudadanos austríacos.

Los ingresos familiares sujetos a imposición no pueden superar un determinado límite máximo mensual (que aumenta por cada hijo por el que se perciben prestaciones familiares).

La solicitud debe presentarse en la delegación de Hacienda del lugar de residencia en un plazo de 2 años a partir de la fecha de nacimiento del hijo.

● **Complemento de familia numerosa** **(Mehrkindzuschlag)**

Es una prestación mensual que se concede, además de la prestación familiar, por cada hijo a partir del tercero, inclusive, siempre y cuando los ingresos familiares sujetos a imposición en el año natural anterior al año para el que se solicita la prestación no superen un determinado límite máximo.

En principio, las personas contempladas en la legislación comunitaria se equiparan a los ciudadanos austríacos.

El complemento de familia numerosa debe solicitarse cada año por separado en la delegación de Hacienda del lugar de residencia, al hacerse la liquidación tributaria (de los trabajadores por cuenta ajena).

C. SUBSIDIO POR PERMISO PARENTAL (KARENZGELD)

El subsidio por permiso parental se reconoce en concepto de indemnización por ingresos perdidos durante el período dedicado al cuidado de un hijo de corta edad, si es motivo de la interrupción de la actividad laboral o de la reducción de la jornada de trabajo normal. Como sucede con el subsidio de desempleo, debe haberse ejercido una actividad profesional sujeta al seguro obligatorio durante 1 año como mínimo. Se admiten períodos de ocupación más breves en el caso de solicitud repetida (26 semanas) y de madres o padres menores de 25 años (20 semanas). El padre que conviva con el hijo en el hogar familiar sólo tiene derecho a este subsidio si la madre renuncia al mismo y él también cumple los demás requisitos que se han citado.

El subsidio por permiso parental ascendía en 2000 a un mínimo de 406,82 EUR (5 598 ATS). En caso de que la persona esté sola para cuidar al hijo o de que los ingresos de su pareja sean escasos, se concede un complemento de 180,30 EUR (2 481 ATS) al mes.

Si usted sigue ejerciendo su actividad profesional a tiempo parcial, se reduce el importe mensual de su subsidio por permiso parental. En caso de interrumpir la actividad profesional, el subsidio de permiso parental se concede, como máximo, hasta el decimotercero mes de vida del niño y, en caso de trabajo a tiempo parcial, hasta que éste cumpla 3 años.

El pago lo realiza la Caja del seguro de enfermedad correspondiente.

11. Otras informaciones

Para obtener más información, diríjase a su correspondiente Caja del seguro de enfermedad (*Krankenkasse*), a la institución del seguro de accidentes (*Unfallversicherungsträger*), a la institución competente para el seguro de pensiones (*Träger der Pensionsversicherung*), a la oficina

regional del Instituto de empleo (*Regionalgeschäftsstelle des Arbeitsmarktservices*) o a la oficina de subsidios familiares de la delegación de Hacienda (*Finanzamt/Familienbeihilfenstelle*) de su lugar de residencia. En la presente guía no se explican las particularidades de la Seguridad Social de los trabajadores por cuenta propia del comercio y la industria ni de los trabajadores del campo. Para obtener información a este respecto, diríjase a las instituciones aseguradoras competentes en cada caso.

A continuación figura una lista de nombres y direcciones de las instituciones que actúan como oficinas coordinadoras de las diferentes ramas de la Seguridad Social. Si tiene dificultades o preguntas relacionadas con la Seguridad Social en Austria o en otros Estados miembros de la Unión Europea, diríjase a la correspondiente oficina de coordinación.

Rama de la Seguridad Social	Nombre y dirección de la oficina de coordinación
Seguro de enfermedad, accidentes y pensiones	Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Verbindungsstelle Kudemanngasse 21 A-1031 Wien Tel. (43-1) 711 32-0
Seguro de desempleo	Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit, Sektion VI Stubenring 1 A-1010 Wien Tel. (43-1) 71 10 00
Prestaciones familiares	Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen Abteilung V/I Franz-Josefs-Kai 51 A-1010 Wien Tel. (43-1) 71 10 00

1. Introducción

El Sistema de Solidaridad y Seguridad Social portugués garantiza el derecho de todos a la Seguridad Social y está constituido por tres subsistemas: el subsistema de protección social de la ciudadanía, el subsistema de protección social de la familia y el subsistema de previsión ⁽¹⁾.

1.1. El subsistema de protección social de la ciudadanía se compone del Régimen de solidaridad y de la acción social y tiene como objetivo garantizar los derechos fundamentales de protección social de todos los ciudadanos, en especial de las personas en situación de pobreza, discapacidad o marginación social.

● El régimen de solidaridad

Se concreta a través de la concesión de prestaciones de renta mínima garantizada, de pensiones sociales de invalidez, vejez y supervivencia y de complementos sociales.

● La acción social

Se concreta a través de la concesión de prestaciones pecuniarias, de carácter eventual, y en condiciones excepcionales, prestaciones en especie, utilización o financiación de la red de servicios y equipos, apoyo a programas de lucha contra la pobreza, discapacidad, marginación y exclusión sociales.

1.2. Los subsistemas de protección de la familia se aplican a la totalidad de los ciudadanos y tienen como objetivo garantizar la compensación de las cargas familiares aumentadas cubriendo las siguientes eventualidades:

- cargas familiares (sección 9);
- deficiencia (sección 9);
- dependencia (sección 9).

1.3. El subsistema de previsión tiene como base la obligación legal de contribuir, y por objetivo fundamental, compensar la pérdida o reducción de las rentas de la actividad profesional. Está constituido por los regímenes de la Seguridad Social aplicables a la totalidad de los trabajadores por cuenta ajena y de los trabajadores independientes y por el régimen de inscripción facultativa al que podrán adherirse personas que no ejerzan

actividad profesional o que, ejerciéndola, no se encuentren cubiertos obligatoriamente por otros regímenes.

Los beneficiarios de los dos regímenes están cubiertos por el Servicio Nacional de Sanidad (*Serviço Nacional de Saúde*) que garantiza la asistencia sanitaria (véase el apartado A de la sección 3).

● Los regímenes de Seguridad Social

Los regímenes de la Seguridad Social cubren obligatoriamente a los trabajadores por cuenta ajena y a los trabajadores independientes y abarcan las siguientes eventualidades:

- enfermedad (apartado B de la sección 3);
- maternidad, paternidad y adopción (apartado C de la sección 3);
- accidentes de trabajo y enfermedades profesionales (sección 4);
- invalidez (sección 5);
- vejez (sección 6);
- defunción (sección 7);
- desempleo (sección 8).

Los ciudadanos de otro Estado miembro de la UE que trabajan en Portugal estarán normalmente cubiertos por las disposiciones del régimen general de Seguridad Social. En determinadas circunstancias podrán tenerse en cuenta los períodos de cotización que hayan completado bajo la legislación social de otro o más Estados miembros de la UE, a efectos de la adquisición del derecho a recibir prestaciones en Portugal o para el cálculo de las cuantías correspondientes.

● Régimen de afiliación facultativa

El régimen de afiliación facultativa cubre a las personas en edad activa que no ejerzan actividad profesional o que, ejerciéndola, no estén obligatoriamente cubiertas por los regímenes de Seguridad Social y deseen adherirse a este subsistema.

● Funcionarios

Los funcionarios tienen su propio régimen de Seguridad Social, tanto en los aspectos de protección social como de asistencia sanitaria. No obstante, los subsidios familiares son los mismos para todos los trabajadores, incluyendo a los funcionarios.

⁽¹⁾ La ley que define las bases generales del Sistema de Solidaridad y Seguridad Social entró en vigor en febrero de 2001, pero todavía carece de instrumentos reglamentarios. Mientras no se publique la nueva legislación reglamentaria, se mantiene en vigor la legislación anterior, por lo que la información sobre regímenes y prestaciones de las secciones 3 a 10 de la presente guía podrá ser objeto de adaptación.

2. Organización, inscripción y financiación

● Organismos de la Seguridad Social

La concesión de las prestaciones de Seguridad Social es competencia del Centro Nacional de Pensiones (*Centro Nacional de Pensões*) y de los Centros de Distrito de Solidaridad y Seguridad Social (CDSSS), que son servicios del Instituto de Solidaridad y Seguridad Social. El primero ofrece a todos los beneficiarios las prestaciones relacionadas con las pensiones de invalidez y de vejez. También concede las pensiones de supervivencia en caso de defunción del asegurado.

Prácticamente todas las demás prestaciones pasan a través de los Centros de Distrito de Solidaridad y Seguridad Social, cuyo ámbito es el distrito.

La cobertura en caso de enfermedades profesionales corre a cargo de una institución específica, el Centro nacional de protección contra los riesgos profesionales (*Centro Nacional de Protecção contra os Riscos Profissionais*).

Las señas de todos estos organismos figuran en la lista que se ofrece al final, en la sección 11.

La prestación de asistencia sanitaria es responsabilidad de los Centros de salud (*Centros de saúde*), que forman parte del Servicio Nacional de Sanidad (*Serviço Nacional de Saúde*) y no del Sistema de Solidaridad y Seguridad Social. El Sistema de Solidaridad y Seguridad Social no cubre los accidentes de trabajo. Esta cobertura está en manos de la compañía de seguros con la que cada empresa tiene firmada la póliza correspondiente.

En la región autónoma de Madeira, son competentes el Centro de Seguridad Social de Madeira en materia de prestaciones sociales y el Centro Regional de Salud, en materia de asistencia sanitaria. Estos organismos tienen su sede en Funchal.

En la región autónoma de las Azores, son competentes el Centro de Prestaciones en Metálico del Instituto de Gestión de los Regímenes de Seguridad Social donde se encuentra afiliado el beneficiario, en materia de prestaciones en metálico de enfermedad y maternidad y prestaciones familiares, y el Centro de Coordinación de Prestaciones Diferidas del Instituto de Gestión de los Regímenes de Seguridad Social, en materia de prestaciones de invalidez, vejez y fallecimiento.

El Departamento de relaciones internacionales en materia de Seguridad Social (*Departamento de Relações Internacionais de Segurança Social*, véase la sección 11) es el organismo que coordina las relaciones entre los organismos de la Seguridad Social en Portugal y sus corresponsales

extranjeros. Asimismo es el responsable de informar de sus derechos y obligaciones en materia de Seguridad Social a los extranjeros que trabajan en Portugal.

● Inscripción

El trabajador debe estar inscrito en el Sistema de Solidaridad y Seguridad Social para tener derecho a sus prestaciones. En consecuencia, debe inscribirse en el Centro de Distrito de la localidad en que se encuentra la empresa en que trabaja. Esta inscripción seguirá vigente durante toda su vida, incluso después de haber dejado de trabajar.

La empresa es responsable de que se haga la inscripción. El trabajador está obligado a declarar al Centro de Distrito el inicio de la actividad o la vinculación a una nueva entidad empleadora. En caso de no hacerlo, podrá perder prestaciones.

Los trabajadores autónomos tienen que inscribirse en el Centro de Distrito de su lugar de residencia (véase la sección 11).

● Cotizaciones

Estar inscrito en el régimen de la Seguridad Social exige que tanto el trabajador como la empresa que lo emplea paguen cotizaciones. Por regla general, la empresa ingresará la totalidad de la cuota en el Centro de Distrito y después descontará del sueldo del trabajador la parte de la cotización que le corresponde pagar. Es decir, ingresa cada mes en la cuenta del Centro de Distrito un 34,75 % de la remuneración de sus empleados; al trabajador le corresponde pagar un 11 %.

Los trabajadores autónomos tienen que pagar cotizaciones que suman el 25,4 % para estar cubiertos por el régimen obligatorio, y el 32 % si optan por una cobertura más amplia.

La ley dispone algunas cotizaciones más bajas para determinadas situaciones, sobre todo cuando se trata de actividades no lucrativas o de poco rendimiento económico.

Las primas que se pagan por el seguro contra accidentes de trabajo corren totalmente por cuenta de la empresa. La asistencia sanitaria es financiada por el Estado.

El seguro de accidentes laborales es obligatorio para los trabajadores autónomos.

● Cómo solventar los desacuerdos

Si considera usted que sus derechos como asegurado han sido lesionados, puede presentar una reclamación ante el organismo administrativo que gestiona las prestaciones a las que usted cree tener derecho.

Si su solicitud de una prestación o su reclamación fuesen rechazadas, o si no han admitido su

inscripción en el régimen general, puede apelar al Tribunal Administrativo (Tribunal Administrativo) solicitando el reconocimiento de sus derechos.

3. Enfermedad y maternidad

A. ASISTENCIA SANITARIA

La asistencia sanitaria cubre los cuidados preventivos y curativos, incluyendo consultas de medicina general, consultas a especialistas y visitas domiciliarias, tratamiento en caso de enfermedad, servicios adicionales de diagnóstico, tratamientos especializados, productos farmacéuticos, piezas ortopédicas y terapéuticas complementarias como gafas, prótesis oculares y dentales, hospitalización, curas termales en balnearios, etc.

Todos los ciudadanos portugueses al igual que los ciudadanos de otros países de la UE que estén inscritos en el Servicio Nacional de Sanidad tienen derecho a estas prestaciones. La asistencia sanitaria está garantizada mientras dure la enfermedad, sin límite de tiempo.

● **Cómo recabar asistencia sanitaria**

Por regla general la asistencia sanitaria se presta en los Centros de salud (Centros de saúde) y sus extensiones. Si el Centro de salud no puede proporcionar tratamiento médico dentro de un plazo de 72 horas, puede consultarse a un médico que tenga firmado un convenio con el Servicio Nacional de Sanidad.

En caso de emergencia, el interesado puede ponerse en contacto con el servicio de atención permanente (*Serviço de atendimento permanente*, SAP) más cercano y/o con un hospital público.

Si tiene que esperar más de 3 meses para ser admitido en un hospital público y necesita ser hospitalizado, puede acudir a una clínica privada que tenga un convenio firmado con el Servicio Nacional de Sanidad.

Tendrá que pagarse una cuota fija para contribuir al coste de la mayoría de los tratamientos, y sobre todo por cada consulta (tanto si se acude a un Centro de salud como a un hospital) y por cada análisis o estudio diagnóstico adicional. Todo el gasto que excede de estas cuotas fijas corre a cargo del Servicio Nacional de Sanidad.

No obstante, hay excepciones que exoneran a un número considerable de personas de contribuir con una cuota fija a la obtención de asistencia sanitaria. Los grupos más importantes son:

- las mujeres embarazadas y madres lactantes;
- los niños hasta los 12 años de edad;
- las titulares de pensiones cuya pensión no supera el salario mínimo y sus familiares;

- los desempleados inscritos en una oficina de empleo y el cónyuge y los hijos que viven a su cargo;
- los trabajadores por cuenta ajena cuyos ingresos mensuales no superan el salario mínimo y el cónyuge y los hijos que viven a su cargo;
- la mayoría de los discapacitados o los que padecen una enfermedad incurable o de larga duración;
- las personas que viven de un subsidio mensual vitalicio.

Tampoco hay que pagar una cuota fija por admisión y tratamiento en hospitales y unidades de internamiento de los Centros de salud.

● **Medicamentos**

Los medicamentos prescritos por las instituciones que proporcionan asistencia sanitaria pueden comprarse en cualquier farmacia mediante presentación de una receta médica. El Estado corre con cierta parte del coste de cada medicamento, el resto lo debe pagar el paciente. El porcentaje que paga el Estado depende de la clasificación que merece cada medicamento en particular según una de las cuatro categorías establecidas, y oscila entre el 20 % y el 100 %.

En lo que se refiere a piezas ortopédicas y prótesis (por ejemplo, gafas), el Servicio Nacional de Sanidad contribuye a su coste según un baremo establecido de porcentajes y condiciones específicas.

● **Obtención de asistencia sanitaria en otros Estados miembros de la UE**

Si se trabaja en Portugal y se tienen familiares a cargo con derecho a asistencia sanitaria en Portugal pero que residen en otro Estado miembro, debe solicitarse el formulario E 109 que es expedido por el CDSSS en el que se está inscrito. Tendrán que enviarse dos copias de dicho formulario a los familiares, para que puedan inscribirse en el organismo de asistencia sanitaria del país en que residen y tener derecho a recibir allí las prestaciones sanitarias que necesiten.

A quien se traslada temporalmente a otro Estado miembro mientras sigue empleado en Portugal, le conviene solicitar antes de su partida el formulario E 111, expedido asimismo por el CDSSS que le presta cobertura.

B. SUBSIDIO DE ENFERMEDAD

Quien sufre una incapacidad laboral temporal por alguna razón que no se deba a un accidente de trabajo o una enfermedad profesional (véase la sección 4) puede solicitar un subsidio de enfermedad.

● Condiciones y duración del subsidio

Para tener derecho a un subsidio de enfermedad según el régimen general de la Seguridad Social, el interesado debe haber estado trabajando y cotizando durante un mínimo de 6 meses civiles pero que no necesariamente tienen que ser períodos sucesivos. Pero, además, debe haber estado trabajando y cotizando durante 12 días en el transcurso de los 4 meses precedentes a la fecha en que se inicia la incapacidad laboral.

El subsidio no cubre los primeros 3 días de incapacidad. No obstante, si se padece una tuberculosis o si se da la necesidad de ser hospitalizado en el curso de los 3 primeros días de la incapacidad, el subsidio se paga a partir del primer día.

El subsidio de enfermedad tiene una duración máxima de 1 095 días; a continuación puede tenerse derecho a una pensión del seguro de invalidez (véase la sección 5). Cuando se trata de una tuberculosis, en cambio, se paga el subsidio mientras el trabajador esté incapacitado para trabajar.

El subsidio de enfermedad de los trabajadores que hubieran optado por el sistema de cobertura más amplia tiene una duración máxima de 365 días consecutivos (excepto en caso de tuberculosis) y no se paga durante los primeros 30 días de incapacidad, excepto en caso de hospitalización y de tuberculosis.

● Cuantía del subsidio

El importe diario del subsidio de enfermedad asciende al 65 % de sus ingresos diarios en el transcurso de los 6 meses precedentes al segundo mes anterior a aquel en que se produce la incapacidad laboral. Si esta incapacidad dura más de 365 días consecutivos, el porcentaje aumenta al 70 %. En los casos de tuberculosis, el subsidio puede ser del 80 % o incluso del 100 %. El subsidio nunca puede ser inferior al 30 % del salario mínimo, a menos que los ingresos anteriores estuvieran por debajo del salario mínimo. En este caso, la cuantía del subsidio será equivalente a la de dichos ingresos.

● Formalidades

Cuando la incapacidad laboral temporal es resultado de una enfermedad o un accidente, el Centro de salud del lugar de residencia certificará dicha incapacidad. Corresponde al beneficiario presentar el certificado de incapacidad temporal al Centro de Distrito de Solidaridad y Seguridad Social del que dependa. Este último será quien calcule y pague el subsidio.

C. MATERNIDAD, PATERNIDAD Y ADOPCIÓN

El nacimiento o la adopción de un niño, así como la ausencia del puesto de trabajo por cuidar de los hijos menores o con discapacidad, de deficientes profundos o de enfermos crónicos, o con ocasión del nacimiento de nietos, pueden generar derecho a las siguientes prestaciones:

- subsidio de maternidad;
- subsidio de paternidad;
- subsidio por adopción;
- subsidio para atender a hijos menores o con discapacidad;
- subsidio para atender a deficientes profundos o enfermos crónicos;
- subsidio por permiso parental;
- subsidio por ausencias especiales de los abuelos;
- subsidio por riesgos específicos;
- asistencia sanitaria (apartado A).

Las trabajadoras cubiertas por los regímenes contributivos de la Seguridad Social tienen derecho a un subsidio de maternidad.

Los padres que sean trabajadores por cuenta ajena tienen derecho a un subsidio por permiso de paternidad en el primer mes que sigue al nacimiento de un hijo. También tienen derecho, como los trabajadores autónomos, al subsidio de paternidad en el caso de que, tras el parto, la madre interrumpa el permiso de maternidad por incapacidad física o mental o por fallecimiento, y también en caso de decisión conjunta de ambos progenitores.

La adopción por el beneficiario (hombre o mujer) de un niño menor de 15 años de edad genera el derecho a cobrar un subsidio de adopción cuando el interesado deja de ejercer su actividad laboral para ocuparse del niño.

La madre o el padre de un niño menor de 10 años de edad (o, independientemente de la edad, si se trata de un niño deficiente) tienen derecho a un subsidio cuando uno de ellos deja de trabajar para atender al hijo enfermo o accidentado.

Los trabajadores por cuenta ajena tienen derecho a un subsidio para atender a hijos propios, adoptados o del cónyuge, que sean deficientes profundos o enfermos crónicos y de edad igual o inferior a 12 años.

Los padres que sean trabajadores por cuenta ajena tienen derecho a un subsidio por permiso parental durante los primeros 15 días, siempre que este permiso se tome inmediatamente después del permiso de maternidad o de paternidad.

Los trabajadores pueden ausentarse tras el nacimiento de nietos que sean hijos de adolescentes

menores de 16 años que convivan con ellos bajo el mismo techo, y tienen derecho al subsidio por ausencias especiales de los abuelos.

Las mujeres que ejercen una actividad profesional remunerada tienen derecho a un subsidio por riesgos específicos, destinado a compensar la pérdida de remuneración durante el período de permiso por maternidad, en caso de riesgo para la salud y la seguridad de la mujer y en caso de dispensa del trabajo nocturno.

● **Condiciones y duración de los subsidios**

Para tener derecho a los subsidios arriba mencionados, debe haberse completado un período de trabajo y de cotización de 6 meses.

El subsidio de maternidad se paga durante 120 días, de los cuales 90 deben disfrutarse obligatoriamente después del parto. Es obligatorio disfrutar de un mínimo de 6 semanas de permiso de maternidad después del parto. En caso de aborto, se tiene derecho a un permiso de 14 días como mínimo y de 30 días como máximo. Existen otras disposiciones relativas al nacimiento de gemelos, en caso de riesgo clínico para la madre o para el niño y en caso de hospitalización de la madre o del niño.

El subsidio por permiso de paternidad se paga durante 5 días, seguidos o no. El subsidio por permiso parental se paga durante 15 días, siempre que este permiso se tome inmediatamente después del permiso de maternidad o de paternidad. El subsidio por adopción se paga durante 100 días, y el subsidio para atender a menores enfermos o con discapacidad se paga durante un máximo de 30 días por año y por cada hijo.

La duración del subsidio para atender a deficientes profundos o enfermos crónicos es de 6 meses, prorrogables hasta un límite de 4 años. La del subsidio por ausencias especiales de los abuelos es de un máximo de 30 días.

El subsidio por riesgos específicos se paga durante el período necesario para evitar la exposición al riesgo y 112 días correspondientes a la dispensa del trabajo nocturno.

● **Cuantía de los subsidios**

Los subsidios de maternidad, paternidad, por permiso parental y por ausencias especiales de los abuelos alcanzan el 100 % de los ingresos medios durante los 6 meses precedentes al segundo mes anterior a aquel en que se genera el derecho a cobrar el subsidio. Los subsidios nunca pueden ser inferiores al 50 % del salario mínimo.

La cuantía de los subsidios para atender a hijos menores o con discapacidad, a deficientes profundos o enfermos crónicos, y de los subsidios por

riesgos específicos es del 65 % de la remuneración de referencia. El subsidio para atender a deficientes profundos o enfermos crónicos no puede ser superior al valor de los ingresos medios mensuales más elevados.

● **Formalidades**

Las prestaciones deben solicitarse al CDSSS dentro de un plazo de 6 meses a partir del primer día de ausencia del puesto de trabajo sin remuneración.

Al presentar la solicitud debe aportarse comprobantes que certifiquen la situación y los hechos por los cuales se reclama el subsidio. También deben aportarse certificados del Servicio de salud y/o del Registro Civil.

4. Accidentes laborales y enfermedades profesionales

La empresa es responsable de proporcionar cobertura a sus trabajadores frente a posibles accidentes de trabajo. Por regla general y en vista de que los regímenes de la Seguridad Social no cubren estos riesgos, el empresario suscribe una póliza con una compañía de seguros.

También los trabajadores autónomos tienen obligación de suscribir un seguro que los proteja en caso de accidente de trabajo.

En cambio, el régimen general de la Seguridad Social sí cubre el riesgo de las enfermedades profesionales.

No obstante la diferencia en cuanto al asegurador, la gama de prestaciones relacionadas con los accidentes de trabajo es casi idéntica a la que cubre los casos de enfermedades profesionales. Se otorgan las siguientes prestaciones:

- tratamiento médico-quirúrgico, medicamentos y demás asistencia sanitaria, como hospitalización, gastos de enfermería, etc.;
- indemnización por incapacidad laboral temporal;
- pensión provisional;
- indemnización en capital y pensiones de incapacidad laboral permanente;
- subsidio de gran incapacidad permanente;
- subsidio por muerte y para los gastos de sepelio;
- pensión de supervivencia;
- prestación suplementaria a la pensión;
- prestaciones adicionales en los meses de julio y diciembre;
- subsidio para la adaptación de la vivienda;
- subsidio para asistir a cursos de formación profesional.

Tienen derecho a estas prestaciones todos los trabajadores por cuenta ajena, sea cual sea la actividad que ejerzan y tanto si es remunerada como no, y sus familiares. En cuanto a las enfermedades profesionales, su cobertura puede alcanzar también a los trabajadores autónomos.

- **Condiciones requeridas y duración de las prestaciones**

Para que un accidente sea considerado accidente de trabajo debe haberse producido normalmente en el puesto de trabajo y durante las horas laborales; además debe haber producido lesiones físicas, desarreglos funcionales, o enfermedad con resultado de muerte, o reducción de la capacidad para obtener ingresos, todo ello de carácter temporal o permanente y tanto si es de manera total como parcial.

En el caso de las enfermedades profesionales, se conceden las prestaciones cuando un trabajador contrae la afección como resultado de haber estado expuesto a algún riesgo asociado con su actividad o con su ambiente habitual de trabajo. Además, la enfermedad debe manifestarse dentro del período fijado en la lista oficial de enfermedades profesionales.

Los subsidios se siguen pagando mientras persistan los efectos del accidente o la enfermedad.

- **Cuantía del subsidio**

La cuantía del subsidio depende del grado y de la naturaleza de la incapacidad laboral del trabajador afectado, de sus ingresos anteriores y en algunos casos determinados de si tiene o no familiares que vivan a su cargo.

- **Formalidades**

Cuando sucede un accidente de trabajo, el afectado debe ponerse en contacto con la compañía de seguros con la que su empresa tiene firmada una póliza y con la que la misma empresa le pondrá en contacto. Normalmente existen plazos hábiles que hay que respetar, y las formalidades que se deben cumplir pueden variar de una compañía a otra. En consecuencia, es aconsejable informarse bien y de antemano acerca de lo que cabe hacer cuando ocurre un accidente de trabajo.

Quien contrae una enfermedad profesional debe dirigir su solicitud al Centro nacional de protección contra los riesgos profesionales (*Centro Nacional de Protecção contra os Riscos Profissionais*, véanse las señas en la sección 11).

El Servicio Nacional de Sanidad (véase el apartado A de la sección 3) es el que proporciona normalmente la asistencia sanitaria. El médico sabrá indicar si la enfermedad se debe a la actividad laboral o no, y su confirmación será

esencial para obtener los correspondientes subsidios.

Cuando se reclaman prestaciones por fallecimiento, deben presentarse el certificado de defunción y el recibo de los gastos de sepelio.

5. Invalidez

La invalidez puede dar derecho a:

- una pensión de invalidez;
- un complemento de dependencia.

Puede reclamar una pensión de invalidez la persona que haya quedado permanentemente inhabilitada para trabajar, hasta el punto de ser incapaz de ganar más de 1/3 de los ingresos que obtendría normalmente si llevara a cabo su actividad laboral a tiempo completo.

No se tendrá derecho a una pensión de invalidez cuando ésta sea resultado de un accidente de trabajo o una enfermedad profesional, o cuando se satisfagan las condiciones para cobrar una pensión de vejez.

Las prestaciones de invalidez se otorgan a todos los trabajadores afiliados al régimen contributivo de la Seguridad Social.

- **Condiciones requeridas y duración de las prestaciones**

Para tener derecho a una pensión de invalidez, el interesado debe haber estado pagando como mínimo 5 años de cotizaciones a la Seguridad Social. A este respecto sólo se consideran aquellos años en los que haya cotizado un mínimo de 120 días. Tendrá derecho a las prestaciones mientras continúen existiendo las razones por las cuales se le ha reconocido la invalidez, pero como máximo hasta que su pensión de invalidez se convierta en una pensión de vejez.

Si se demuestra que existe una incapacidad laboral permanente, una vez agotado el período máximo de concesión del subsidio de enfermedad (1 095 días), el beneficiario pasa al régimen del seguro de invalidez.

Para poder cobrar el complemento de dependencia hay que depender de la asistencia permanente de otra persona para satisfacer las necesidades básicas. Esta situación de dependencia viene certificada por el sistema de verificación de incapacidades (*Sistema de Verificação de Incapacidades*), que la considera de primero o segundo grado, según su menor o mayor gravedad.

- **Cuantía de la pensión**

La cuantía de la pensión de invalidez se calcula multiplicando el 2 % por año civil en que se ha cotizado un mínimo de 120 días, por los ingresos

medios de los 10 años con remuneraciones más elevadas de entre los últimos 15 años. La cuantía nunca será inferior al 30 % ni superior al 80 % de sus ingresos medios anteriores. Se garantiza un valor mínimo de la pensión, que varía en función del número de años de carrera contributiva y oscila entre el 65 % y el 100 % del salario mínimo nacional. Si la cuantía de la pensión queda por debajo del mínimo garantizado, se paga un complemento social correspondiente a la diferencia entre el valor garantizado y la pensión del régimen general.

En el mes de diciembre, los titulares de pensiones cobran una paga extra de Navidad, y en el mes de julio, otra mensualidad adicional cuyos importes son equivalentes a la pensión, de modo que ésta se compone de 14 mensualidades.

Se admite la acumulación de la pensión de invalidez según el régimen general y otras pensiones de invalidez o de vejez procedentes de otros regímenes de la Seguridad Social, principalmente los relacionados con accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. La pensión de invalidez también es compatible con la realización de una actividad remunerada. Sin embargo, al sumar la pensión con los ingresos de la actividad laboral debe respetarse el límite representado por los ingresos medios que han servido como base para el cálculo de la pensión. Si la suma excede de dicho límite, la pensión se reduce en la cuantía del exceso.

La cuantía del complemento de dependencia es del 50 % del valor de la pensión social, en el caso de las situaciones de dependencia de primer grado, y del 80 %, en el caso de las situaciones de dependencia de segundo grado.

● **Formalidades**

La pensión de invalidez y el complemento de dependencia deben solicitarse en el Centro de Distrito de su zona de residencia a través de impresos de modelo específico acompañados de los documentos probatorios indicados en éste (fotocopia del documento de identidad y de la tarjeta de contribuyente del solicitante, elementos de identificación de la persona/entidad que presta asistencia en caso del complemento de dependencia).

6. Prestaciones de vejez

Al alcanzar la vejez se genera el derecho a:

- una pensión de vejez;
- un complemento de dependencia.

Todos los trabajadores afiliados a un régimen contributivo de la Seguridad Social tienen derecho a las prestaciones de vejez.

● **Condiciones y duración de las prestaciones**

Tendrá derecho a una pensión de vejez quien haya alcanzado la edad de jubilación y haya completado el período necesario de cotizaciones a la Seguridad Social. La edad de acceso a la pensión es de 65 años, tanto para los hombres como para las mujeres. No obstante, hay ciertas disposiciones que permiten acceder a la pensión antes o después de los 65 años, con ciertas condiciones. Si se solicita la pensión a los 55 años (y si se han contabilizado 30 años de remuneración), la cuantía de la pensión se reduce. Por el contrario, si se solicita después de los 65 años (y si se han contabilizado 40 años de remuneración), se tiene derecho a una bonificación que aumenta la cuantía de la pensión. Existen otras disposiciones que permiten a determinados grupos de trabajadores un retiro anticipado. En ciertas circunstancias, la persona que está en situación de desempleo puede solicitar una pensión de vejez a los 55 o a los 60 años de edad.

Para tener derecho a una pensión de vejez también será necesario demostrar haber cotizado un mínimo de 15 años. A este respecto sólo se tendrán en cuenta los años en los que se ha cotizado un mínimo de 120 días.

Las pensiones de vejez se pagan hasta la defunción del asegurado.

En cuanto al complemento de dependencia, se requieren las mismas condiciones que en el caso de la pensión de invalidez (véase la sección 5).

● **Cuantía de las prestaciones**

La cuantía de la pensión de vejez se calcula multiplicando el 2 % por año civil en que se haya cotizado un mínimo de 120 días por los ingresos medios de los 10 años con remuneraciones más elevadas de entre los últimos 15 años. La cuantía nunca será inferior al 30 % ni superior al 80 % de sus ingresos medios anteriores. Se garantiza un valor mínimo de la pensión, que varía en función del número de años de carrera contributiva y oscila entre el 65 % y el 100 % del salario mínimo nacional. Si la cuantía de la pensión queda por debajo del mínimo garantizado, se paga un complemento social correspondiente a la diferencia entre el valor garantizado y la pensión del régimen general.

En el mes de diciembre se paga a los titulares de pensiones una paga extra de Navidad y en el mes de julio otra mensualidad, ambas equivalentes al importe de la pensión. Así pues, ésta se compone de 14 mensualidades.

El cobro de una pensión de vejez es compatible con la obtención de ingresos por ejercer una actividad remunerada.

● **Formalidades**

La pensión de vejez debe solicitarse enviando el formulario especial destinado al efecto al Centro Nacional de Pensiones (véase la dirección en la sección 11) o al Centro de Distrito de Solidaridad y Seguridad Social de la zona correspondiente a su lugar de trabajo o de residencia, acompañados de los documentos probatorios indicados en éste (por ejemplo, fotocopia del documento de identidad y de la tarjeta de contribuyente del solicitante). El complemento de dependencia se solicita a través de un impreso de modelo específico acompañado de los documentos referidos para la pensión de vejez y de elementos de identificación de la persona/entidad que presta asistencia.

7. Indemnizaciones por defunción y pensiones de supervivencia

La defunción de un beneficiario del régimen contributivo de la Seguridad Social confiere a sus supervivientes el derecho a:

- una pensión de supervivencia;
- una ayuda de defunción;
- un complemento de dependencia.

Tienen derecho a estas prestaciones de supervivencia, en primer lugar, el cónyuge, ex cónyuge o persona en idéntica situación a la del cónyuge y los hijos o menores asimilados. A falta de tales beneficiarios pueden tener derecho a ciertas prestaciones los ascendientes o padres políticos que dependían del asegurado en el momento de su fallecimiento.

● **Condiciones requeridas y duración de las prestaciones**

El derecho a cobrar una pensión de supervivencia depende de que tanto el asegurado fallecido como sus supervivientes cumplan una serie de condiciones. El asegurado debe haber cotizado durante un mínimo de 36 meses en el momento de su defunción. En cuanto a los supervivientes, el cónyuge o ex cónyuge debe haber estado casado con el fallecido durante 1 año como mínimo. En el caso de separación o divorcio, el cónyuge o ex cónyuge debe haber estado cobrando normalmente una pensión alimenticia en el momento de defunción del asegurado. El derecho de la persona en situación de unión de hecho depende de que se haya vivido más de 2 años en situación idéntica a la conyugal, y de que se le haya reconocido judicialmente el derecho a una pensión alimenticia. Los hijos o menores asimilados tienen derecho a la pensión de supervivencia hasta los 18 años de edad, aunque el derecho persiste hasta los 25 o los 27 años de edad si están cursando

determinados estudios. No hay límite de edad si se trata de deficientes que, como tales, reciben prestaciones familiares.

La ayuda por defunción se concede a los familiares del beneficiario, independientemente de la verificación del plazo de garantía.

Cuando no hay familiares con derecho a cobrar la ayuda por defunción, puede pagarse una ayuda de sepelio a quienquiera que presente documentación fehaciente de haber pagado dichos gastos para el fallecido.

El complemento de dependencia se le otorgará al beneficiario de pensión de supervivencia que se encuentre en situación de dependencia y sea incapaz de llevar a cabo de modo autónomo las tareas cotidianas más esenciales.

● **Cuantía de las prestaciones**

La cuantía de una pensión de supervivencia representa un porcentaje de la pensión que el asegurado estaba cobrando o habría cobrado si hubiese estado incapacitado para trabajar o jubilado en la fecha de su muerte.

Este porcentaje es del:

- 60 % para el cónyuge o ex cónyuge, o del 70 % si viven los dos;
- 20 %, 30 % o 40 % para los hijos o menores asimilados, según sean 1, 2 o más los hijos con derecho a pensión. Estos porcentajes aumentan al 40 %, 60 % u 80 % respectivamente cuando no hay cónyuge o ex cónyuge con derecho a pensión.

En los meses de diciembre y de julio, los titulares de pensiones cobran, respectivamente, las pagas extraordinarias de Navidad y de vacaciones, con una cuantía equivalente a la pensión. Es decir, cada año se cobran 14 mensualidades.

La ayuda por defunción consiste en una sola suma que asciende a seis veces un sueldo de referencia no inferior al salario mínimo nacional. La mitad de este importe le corresponde al cónyuge o ex cónyuge, y la otra mitad, a los hijos o menores asimilados. Si faltara alguno de estos grupos de supervivencia, el otro grupo cobra el importe completo de la ayuda por defunción.

La cuantía del complemento de dependencia se indexa con respecto al importe de la pensión social del régimen no contributivo y varía en función del grado de dependencia: situación de dependencia de primer grado, 50 % del importe de la pensión social; situación de dependencia de segundo grado, 90 % del importe de la pensión social.

● **Formalidades**

Para solicitar una pensión de supervivencia y/o una ayuda por defunción debe cumplimentarse un formulario especial que se enviará al Centro nacional de pensiones (*Centro Nacional de Pensões*) o al CDSSS de la zona en que se resida (véanse las señas en la sección 11).

Las solicitudes deben ir acompañadas del certificado de nacimiento y de defunción del asegurado, además de fotocopia del documento de identidad del solicitante.

La solicitud de un complemento de dependencia debe presentarse en el CDSSS de la zona en que resida el solicitante, junto con el documento de identidad de éste, mediante un formulario específico. El sistema de verificación de incapacidades del CDSSS dictamina sobre la situación de dependencia y el grado de la misma, en función de su mayor o menor gravedad.

8. Desempleo

La situación de desempleo involuntario da derecho a tres prestaciones:

- un subsidio ordinario de desempleo;
- un subsidio social de desempleo;
- un subsidio de desempleo parcial.

● **Condiciones requeridas y duración de las prestaciones**

Para poder obtener estas prestaciones debe usted ser capaz de trabajar y estar dispuesto a hacerlo, y debe haberse registrado en la Oficina Local de Empleo (*Centro do emprego*).

Tendrá derecho al subsidio ordinario de desempleo si ha completado 540 días de trabajo remunerado y de cotización en el transcurso de los 24 meses inmediatamente anteriores a la fecha en que ha quedado en situación de desempleo.

Tendrá derecho al subsidio social de desempleo si ha completado un período de 180 días de trabajo remunerado en una empresa, durante los 12 meses inmediatamente anteriores a la fecha en que quedó en desempleo. Este subsidio también se concede a las personas que siguen sin tener trabajo una vez finalizado el período durante el cual tienen derecho al subsidio ordinario de desempleo. No obstante, el subsidio social únicamente se otorga a los trabajadores cuyos ingresos familiares por cabeza no superan el 80 % del salario mínimo.

El período durante el cual se concede el subsidio de desempleo ordinario depende de la edad del trabajador y oscila entre los 12 y los 30 meses. A los beneficiarios mayores de 45 años se les añaden 2 meses por cada grupo de 5 años de remuneración en los últimos 20 años que preceden al de desempleo.

El subsidio social de desempleo se otorga por otro período igual, excepto cuando se concede a continuación de un período ya expirado de concesión del subsidio ordinario, en cuyo caso el período de concesión del segundo se reduce a la mitad. Si el beneficiario tiene 55 años de edad o más en el momento del desempleo, el subsidio puede alargarse hasta los 60 años, edad a la que ya puede tener acceso a la pensión de vejez. Existen otras disposiciones que permiten el acceso a la pensión de vejez a los 55 años a los beneficiarios de 55 años de edad o más en el momento del desempleo, pero en este caso la cuantía de la pensión se reduce.

El derecho al subsidio de desempleo parcial depende de que se esté recibiendo un subsidio de desempleo, se haya celebrado un contrato de trabajo a tiempo parcial y de otras condiciones relativas a la cuantía de la remuneración del trabajo a tiempo parcial y del número de horas de trabajo.

Se tiene derecho a él desde la fecha de comienzo del contrato de trabajo a tiempo parcial, y tiene una duración correspondiente a un período igual al que resta del subsidio de desempleo en curso.

● **Cuantía de las prestaciones**

La cuantía diaria del subsidio ordinario de desempleo asciende al 65 % de la remuneración de referencia, que corresponde a los ingresos medios diarios del total de las remuneraciones de los primeros 12 meses anteriores al segundo mes precedente al de la fecha de desempleo. No obstante, nunca puede ser inferior al salario mínimo (a menos que los ingresos de referencia fueran también inferiores al mismo), ni superior a tres veces el salario mínimo.

La cuantía del subsidio social de desempleo se sitúa entre el 80 % y el 100 % del salario mínimo mensual más elevado garantizado por la ley, ya se trate de trabajadores solos o con familia, y no puede superar el importe de la remuneración de referencia.

La cuantía del subsidio de desempleo parcial corresponde a la diferencia entre el importe del subsidio de desempleo, incrementado en un 25 %, y la remuneración por un trabajo a tiempo parcial.

● **Formalidades**

Las prestaciones de desempleo se solicitan al CDSSS correspondiente al trabajador o a su lugar de residencia, dentro de un plazo de 90 días a partir de la fecha de desempleo, mediante un formulario específico acompañado de una declaración de la entidad empleadora en la que se certifique la situación de paro y la fecha de la última remuneración abonada, así como una declaración de la oficina de empleo correspon-

diente a su lugar de residencia que de fe de la capacidad y la disponibilidad para el trabajo.

9. Subsidios familiares

Se otorgan las siguientes prestaciones:

- subsidio familiar para niños y jóvenes;
- subsidio por asistencia a un centro de educación especial;
- subsidio mensual vitalicio;
- subsidio por asistencia de tercera persona;
- subsidio para gastos de sepelio.

El derecho a cobrar una ayuda para gastos de sepelio se genera cuando fallece el beneficiario o alguno de los siguientes familiares suyos: su cónyuge, los descendientes a su cargo, los descendientes titulares del subsidio mensual vitalicio y los padres y/o abuelos que el beneficiario tenga a su cargo. En cualquiera de los casos, los gastos deberán comprobarse.

Los hijos y menores asimilados (hijos del cónyuge, adoptivos, tutelados, etc.) del beneficiario generan un derecho a recibir un subsidio familiar en forma de pago continuado.

Sólo se concede una única ayuda por la misma circunstancia, aunque haya más de un beneficiario con derecho a obtenerla.

El subsidio familiar para niños y jóvenes se incrementa con una bonificación en caso de discapacidad. Este subsidio es más elevado en los primeros 12 meses de vida y puede revalorizarse a partir del tercer descendiente derechohabiente.

● **Condiciones requeridas y duración de las prestaciones**

La concesión de prestaciones depende de que existan remuneraciones contabilizadas, a nombre del beneficiario, durante los 12 meses que preceden al segundo mes anterior al de la fecha de entrega de la solicitud o de la verificación del hecho determinante de la concesión de las prestaciones (condición que no se exige a los titulares de pensiones). También depende de que el familiar esté a cargo del beneficiario y no ejerza una actividad profesional cubierta por el régimen de protección social obligatoria.

El subsidio familiar para niños y jóvenes se concede a los descendientes hasta la edad de 16 años (o de 24 años, en caso de discapacidad). No obstante pueden concederse subsidios familiares por hijos hasta las edades de 18, 21 o 24 años, cuando éstos cursan estudios primarios, de enseñanza media o universitaria, respectivamente, o cuando asisten a un curso de capacitación profesional, siempre que no tengan becas, subsi-

dios de formación o realicen prácticas remuneradas (superiores a 2/3 del salario mínimo).

La bonificación por discapacidad se destina a los descendientes con discapacidad menores de 24 años que acuden a un centro especializado, están internados en uno, o que necesitan un apoyo pedagógico individualizado o una terapia específica.

El subsidio por asistencia a un centro de educación especial se concede a los descendientes con discapacidad menores de 24 años que acuden a un centro especializado de pago, con o sin ánimo de lucro, y que necesiten un apoyo individualizado fuera de dicho centro.

El subsidio mensual vitalicio se concede a los descendientes mayores de 24 años que presentan una discapacidad que les impide garantizar su subsistencia mediante el ejercicio de una actividad profesional.

El subsidio por asistencia de tercera persona se concede a los descendientes que ya reciben el subsidio familiar para niños y jóvenes, con una bonificación por discapacidad, o el subsidio mensual vitalicio, y que dependan y tengan asistencia de una tercera persona durante, al menos, 6 horas diarias, para hacer frente a sus necesidades básicas.

El período durante el cual se pagan los subsidios continuados es variable.

Una vez el hijo ha alcanzado los 16 años de edad, sólo se continuará pagando el subsidio familiar para niños y jóvenes si se demuestra fehacientemente que el hijo continúa sus estudios en alguno de los niveles a los que se ha hecho referencia.

La bonificación por discapacidad se concede hasta los 24 años de edad. La pensión vitalicia se otorga por un período indefinido, mientras el hijo discapacitado no obtenga una pensión de invalidez no contributiva.

● **Cuantía de las prestaciones**

La cuantía del subsidio familiar para niños y jóvenes se determina en función de tres escalones de ingresos, indexados con respecto al salario mínimo nacional (SMN):

- Primer escalón: hasta 1,5 veces el SMN.
- Segundo escalón: más de 1,5 y menos de ocho veces el SMN.
- Tercer escalón: más de ocho veces el SMN.

La cuantía de la bonificación por discapacidad varía en función de tres escalones de edad, y la del subsidio por asistencia a un centro de educación especial varía de acuerdo con el importe de la mensualidad del mismo y de los ingresos familiares. Las cuantías de las demás prestaciones son fijas y se someten todas a revisión periódicamente, normalmente una vez cada año.

● **Formalidades**

Los subsidios, complementos y ayudas familiares deben solicitarse al Centro de Distrito que le corresponda, en el plazo de 6 meses a partir de la fecha en que haya ocurrido el hecho determinante de la protección, mediante un formulario específico acompañado de los documentos acreditativos que en él se indican y, concretamente:

- el certificado de nacimiento o el documento de identidad del hijo para el cual se pide un subsidio;
- una fotocopia de la tarjeta de estudiante o un documento acreditativo de haberse matriculado en el centro de enseñanza (en el caso del subsidio familiar para niños y jóvenes de entre 16 y 24 años);
- un certificado médico extendido por la autoridad competente si el hijo padece una deficiencia;
- una declaración médica señalando que el hijo discapacitado necesita atención especial, si pide usted el subsidio por asistencia a un centro de educación especial;
- un certificado de defunción al pedir las ayudas respectivas;
- información médica y fotocopia del documento de identidad de la persona que presta asistencia (en el caso de subsidio por asistencia de tercera persona).

Un trabajador por cuenta ajena tendrá derecho a las prestaciones familiares portuguesas aunque sus familiares residan en otro Estado miembro de la UE. Para una información más detallada consúltese al CDSSS correspondiente.

10. Prestaciones no contributivas

El régimen de solidaridad del sistema de protección social de la ciudadanía prevé la concesión de las siguientes prestaciones:

- Invalidez:
 - Pensión social de invalidez
 - Complemento de dependencia
- Vejez:
 - Pensión social de vejez
 - Complemento de dependencia
- Defunción:
 - Pensión de viudedad
 - Pensión de orfandad
 - Complemento de dependencia
- Prestaciones familiares:
 - Subsidio familiar para niños y jóvenes con bonificación por discapacidad
 - Subsidio por asistencia a un centro de educación especial
 - Subsidio por asistencia de tercera persona
- Ingresos mínimos garantizados

● **Beneficiarios**

Tienen derecho a una pensión no contributiva las personas que tengan 65 años o más, así como las mayores de 18 años que estén permanentemente incapacitadas para realizar cualquier tipo de actividad laboral.

Los complementos de dependencia se conceden a los titulares de una pensión no contributiva de invalidez, de vejez o de supervivencia, y que responden a las condiciones señaladas en la sección 5, en relación con dicha prestación.

Se pagará una pensión de viudedad al cónyuge del titular de pensión que recibía antes de fallecer una pensión no contributiva, siempre que el viudo o la viuda no tengan derecho propio a una pensión. La pensión de orfandad se pagará a los huérfanos menores de edad.

Las prestaciones familiares no contributivas se pagan por los mismos cuatro grupos de hijos y jóvenes por los que se obtienen prestaciones contributivas, tal como se ha expuesto en la sección 9.

Los ingresos mínimos garantizados se destinan a individuos y familias en situación de grave penuria económica. Su concesión está supeditada a que tengan su residencia legal en Portugal, una edad superior a los 18 años y a otras condiciones. La situación de grave penuria se evalúa en función de determinados parámetros (por ejemplo, cuando los ingresos de una persona sola son inferiores al 100 % del valor de la pensión social).

● **Condiciones requeridas y duración de las prestaciones**

Las prestaciones arriba descritas únicamente se conceden a las personas que no están cubiertas por el régimen contributivo o que, de estar cubiertas, no responden a las condiciones requeridas cuando se materializa el riesgo cubierto. Además, las prestaciones sólo se otorgan a quienes residen en Portugal y se encuentran en situación económica precaria.

El período durante el cual se pagan prestaciones no contributivas depende en primer lugar de que se sigan cumpliendo las condiciones requeridas para su concesión bajo el régimen no contributivo. En segundo lugar, los subsidios familiares y las pensiones cesarán por los mismos motivos que cesan en el régimen contributivo, teniendo en cuenta la edad, la asistencia a un centro educativo, el fin de la invalidez y la defunción.

● **Cuantía de las prestaciones**

Las pensiones no contributivas de invalidez y de vejez tienen una cuantía fija que se actualiza normalmente una vez al año. El importe de la pensión de orfandad también es fijo, pero

depende del número de hijos. La pensión de viudedad asciende al 60 % de la pensión no contributiva de vejez.

La cuantía de las prestaciones familiares se establece en los mismos términos que la del régimen general.

El complemento de dependencia se concede de acuerdo con los siguientes porcentajes: situación de dependencia de primer grado, 45 % del valor de la pensión social; situación de dependencia de segundo grado, 85 % del valor de la pensión social.

La cuantía de los ingresos mínimos garantizados se indexa con respecto al importe de la pensión social del régimen no contributivo y varía en función de la composición de la familia y de los ingresos respectivos. Es igual a la diferencia entre el importe establecido como ingresos familiares mínimos y el importe de los ingresos efectivos.

● Formalidades

Todas las prestaciones que se pagan según el régimen no contributivo deben solicitarse al Centro de Distrito de Solidaridad y Seguridad Social responsable de la zona en que el solicitante reside.

Las solicitudes deberán ir acompañadas de documentos identificativos (partida de nacimiento, documento nacional de identidad), de una declaración de ingresos y de los documentos a los que se ha hecho referencia en los capítulos anteriores para situaciones similares.

11. Otras informaciones

Para más información, diríjase al CDSSS de la zona donde reside. Las señas de estos centros son las siguientes:

Distritos	Direcciones	Distritos	Direcciones
Aveiro	Rua Dr. Alberto Soares Machado P-3804-504 Aveiro	Leiria	Largo da República, 3 P-2414-001 Leiria
Beja	Rua Professor Bento Jesus Caraça, 25 — Apartado 44 P-7801-951 Beja	Lisboa	Av. Afonso Costa, 6 a 8 P-1900-034 Lisboa
Braga	Praça da Justiça P-4717-505 Braga	Porto	Av. da Boavista, 900 P-4100-112 Porto
Bragança	Praça Professor Cavaleiro Ferreira – Apartado 209 P-5301-859 Bragança	Portalegre	Praça João Paulo II, 7 – Apartado 18 P-7301-959 Portalegre
Castelo Branco	Rua da Carapalha, Bloco 2 A P-6000-164 Castelo Branco	Santarém	Largo do Milagre, 49 a 51 – Apartado 28 P-2000-069 Santarém
Coimbra	Rua Abel Dias Urbano, 2 P-3001-519 Coimbra	Setúbal	Praça da República – Apartado 47 P-2900-587 Setúbal
Évora	Rua Chafariz d’El Rei, 22 – Apartado 23 P-7002-551 Évora	Viana do Castelo	Rua da Bandeira, 600 P-4901-866 Viana do Castelo
Faro	Rua Infante D. Henrique, 34 P-8000-363 Faro	Vila Real	Rua D. Pedro de Castro, 110 – Apartado 208 P-5000-669 Vila Real
Guarda	Av. Coronel Orlindo de Carvalho P-6300-680 Guarda	Viseu	Av. António José de Almeida, 15 P-3514-509 Viseu

Estos Centros de Distrito tienen delegaciones locales en todas las ciudades importantes, de modo que puede usted solicitar información en la delegación local de su lugar de residencia.

Se mencionan a continuación las señas de otros organismos sociales importantes:

Centro Nacional de Pensões
Campo Grande, nº 6
P-1771 Lisboa Codex

Centro Nacional de Protecção contra os Riscos Profissionais
Av^a da República, nº 25 — 1º. Esq.
P-1069-036 Lisboa

Departamento de Relações Internacionais de Segurança Social
Rua da Junqueira, nº 112
P-1300-344 Lisboa Codex

1. Introducción

El sistema finlandés de Seguridad Social incluye prestaciones obligatorias basadas en la residencia y el empleo. El objetivo de la Seguridad Social es garantizar una renta durante los períodos de enfermedad, incapacidad para el trabajo, desempleo y vejez y en caso de maternidad y de muerte de la persona que aporta ingresos a la familia. La Seguridad Social incluye pensiones obligatorias, seguro médico, seguro de accidentes y enfermedades profesionales, una renta garantizada para los parados, prestaciones familiares y servicios públicos de asistencia sanitaria.

Se describen a continuación las principales características de la Seguridad Social en el año 2000.

- Asistencia sanitaria y seguro médico
 - A. Servicios públicos de asistencia sanitaria
 - B. Seguro médico: prestaciones en especie
- Accidentes de trabajo y enfermedades profesionales
- Rehabilitación
- Régimen obligatorio de pensiones
 - A. Pensiones de invalidez
 - B. Pensiones de supervivencia
 - C. Pensiones de desempleo
 - D. Pensiones de vejez
 - E. Cuantía de las pensiones
 - F. Procedimientos de solicitud de las pensiones y vías de recurso
- Subsidios de desempleo
 - A. Subsidio de desempleo
 - B. Régimen de apoyo al mercado de trabajo
- Subsidios parentales
- Subsidios de supervivencia
 - A. Subsidios por hijos
 - B. Prestaciones de maternidad
- Direcciones de contacto

● **Derecho a la Seguridad Social**

Todas las personas que son residentes permanentes en Finlandia tienen derecho a la Seguridad Social. Los residentes en Finlandia están cubiertos por lo que se refiere a la obtención de pensiones (pensión nacional), a los servicios sanitarios y el seguro médico, los subsidios parentales, las prestaciones familiares y el subsidio de desem-

pleo. Se imponen una serie de condiciones para la concesión de determinadas prestaciones a los residentes en el país, que están principalmente relacionadas con la duración del período de residencia.

Algunas prestaciones de la Seguridad Social se basan en el empleo. Los ámbitos de la Seguridad Social exclusivamente basados en el empleo son el régimen de pensiones contributivas y el seguro de accidentes y enfermedades profesionales.

● **Organización de la Seguridad Social**

El Ministerio de Sanidad y Asuntos Sociales es responsable de la legislación en materia de Seguridad Social y del desarrollo general del sistema de la Seguridad Social. El sistema es gestionado por diferentes organizaciones. Una característica específica del sistema de Seguridad Social es que algunos aspectos son gestionados por compañías de seguros privadas.

El sistema de Seguridad Social basado en la residencia es gestionado por la Institución del seguro social (Kela), que es un órgano autónomo de Derecho público. Este organismo se encuentra bajo la supervisión directa del Parlamento finlandés.

Las autoridades locales son responsables de los servicios de asistencia sanitaria.

Las pensiones basadas en el empleo para los trabajadores del sector privado son gestionadas por compañías de seguros de pensiones, fondos de pensiones y fundaciones de pensiones. El Instituto central de los seguros de pensiones (ETK) es el organismo que coordina los seguros de pensiones basados en el empleo. También son de su competencia los asuntos internacionales en relación con las pensiones y los seguros. Por otra parte, los fondos de pensiones y las fundaciones de pensiones gestionan el seguro complementario para la cobertura obligatoria de la Seguridad Social. Las instituciones de seguros y de pensiones son supervisadas por un organismo creado a tal efecto.

Los regímenes de pensiones de los empleados del Estado son gestionados por el Ministerio de Hacienda, y los de los empleados de las autoridades locales, por la Institución responsable de las pensiones de los gobiernos locales.

Las instituciones del seguro de accidentes son responsables del seguro contra los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales de los empleados del sector privado. El Ministerio de Hacienda gestiona el seguro de accidentes de los empleados del Estado. La Federación de las

instituciones del seguro de accidentes es la organización central. Sus actividades incluyen actuar como la institución del lugar de estancia y residencia de conformidad con las obligaciones internacionales de Finlandia.

El organismo denominado Kela es responsable de las prestaciones básicas de desempleo. Los fondos de desempleo, que trabajan en cooperación con los sindicatos, son responsables de la administración del subsidio de desempleo basado en la renta. La pertenencia a estos fondos es voluntaria.

Pueden recurrirse las decisiones en materia de Seguridad Social. Se describen posteriormente el procedimiento de recurso y las autoridades a las que debe acudir para las diferentes prestaciones.

● **Financiación de la Seguridad Social**

Las prestaciones de la Seguridad Social se financian a través de las cotizaciones de las empresas, los trabajadores y las personas aseguradas, así como de la parte correspondiente al Estado y las autoridades locales.

El Estado financia las prestaciones familiares y el subsidio básico de desempleo. El subsidio de desempleo en relación con la renta se financia a través de las cotizaciones al seguro de desempleo de empresas y trabajadores, de los pagos de los miembros de los fondos de desempleo y de la financiación del Estado. Las autoridades locales financian los servicios de asistencia sanitaria a través de impuestos locales y de los honorarios pagados por los pacientes. Además, el Estado paga a la autoridad local su parte de la financiación de los servicios sociales y sanitarios. Las pensiones se financian a través de las cotizaciones de las empresas y los trabajadores, así como del Estado. Los asegurados, las empresas y el Estado contribuyen a la financiación del seguro médico. Las cotizaciones de los pensionistas al seguro médico son más elevadas. El seguro contra los accidentes se basa en las cotizaciones de las empresas.

2. Asistencia sanitaria y seguro médico

A. SERVICIOS PÚBLICOS DE ASISTENCIA SANITARIA

Todas las personas que residen en Finlandia tienen derecho a una asistencia sanitaria básica y a asistencia hospitalaria. Las autoridades locales son responsables de los servicios sanitarios. En la legislación se establecen los servicios que las autoridades locales están obligadas a prestar. Una autoridad local puede organizar los servicios por sí misma, en asociación con otras autoridades locales o adquiriéndolos a otra autoridad local o a otros prestatarios de servicios públicos o privados.

Los servicios organizados por la autoridad local incluyen la educación para la salud, el tratamiento médico, la rehabilitación, la asistencia psiquiátrica, el transporte de pacientes, la asistencia odontológica, la asistencia sanitaria en las escuelas, la asistencia sanitaria a los estudiantes, la asistencia sanitaria profesional y las acciones de detección de enfermedades y los exámenes médicos masivos. Puede limitarse el acceso a la asistencia odontológica a cargo de las autoridades locales.

Los centros de salud y los hospitales prestan la mayor parte de los servicios públicos de asistencia sanitaria, que se destinan principalmente a los residentes en el área de la autoridad local en cuestión. Los centros de salud efectúan el tratamiento a nivel de médico facultativo general. A su vez, el médico del centro o un médico privado envía a los pacientes a un especialista de un hospital cuando lo cree necesario. En casos urgentes, se admite a los pacientes en los hospitales sin que hayan sido enviados desde otro lugar. La posibilidad de que los pacientes acudan a un médico de su elección varía según la autoridad local y el centro de salud de que se trate. Por lo general, los pacientes acuden al hospital más próximo.

Por regla general, los centros de salud finlandeses cobran unos honorarios, que son de 20,18 EUR (120 FIM) al año o de 10,09 EUR (60 FIM) por visita, pero solamente para las tres primeras visitas [es decir, un total de 30,27 EUR (180 FIM)]. Los honorarios para los pacientes que no precisan internamiento en los hospitales es de 20,18 EUR (120 FIM) por visita y la tarifa diaria del hospital es de 22,71 EUR (135 FIM) al día. Si el paciente se encuentra en el hospital durante un mínimo de 3 días, se cobra un importe básico adicional de 25,23 EUR (150 FIM). Los honorarios cobrados a los pacientes durante largos períodos suelen determinarse en función de la renta.

El límite máximo que puede pagarse es de 588,66 EUR (3 500 FIM) durante 12 meses (año 2000), y posteriormente la asistencia es gratuita. Sin embargo, pueden cobrarse 11,77 EUR (70 FIM) al día para la asistencia institucional a corto plazo (menos de 3 meses).

● **Vías de recurso**

Los recursos contra las decisiones en materia de honorarios deben presentarse al Consejo municipal de salud, al organismo responsable o al órgano responsable de la decisión sobre asistencia sanitaria especializada. Este recurso debe realizarse por escrito en un plazo de 14 días desde la fecha en que se ha informado a la persona que debe efectuar el pago sobre la decisión.

El paciente puede presentar quejas al director responsable del centro de salud o del hospital por

otros asuntos relativos a la asistencia sanitaria, al tratamiento médico o al tratamiento asociado. El paciente también puede presentar una queja ante la autoridad responsable de la asistencia sanitaria o del tratamiento médico.

B. SEGURO MÉDICO: PRESTACIONES EN ESPECIE

Todas las personas que residen en Finlandia están cubiertas por el seguro médico, que abarca principalmente los costes de la asistencia sanitaria del sector privado, los medicamentos de los pacientes no internados y los gastos de viaje en relación con la enfermedad, así como las prestaciones en metálico por enfermedad, maternidad y paternidad.

● **Honorarios del personal, reconocimientos médicos y tratamiento sanitario**

El seguro médico reembolsa una parte de los honorarios pagados a un médico privado y el coste del tratamiento del personal de enfermería de diversos tipos y de los fisioterapeutas, e incluye el examen por un psicólogo y un enfermero de laboratorio, así como la hemodiálisis en un departamento para pacientes no internados.

El reembolso de los honorarios médicos, los reconocimientos médicos y los costes de tratamiento se rige por una lista oficial de las tasas aplicadas, en la que se especifica la parte del honorario que la Institución del seguro social aceptará como base para el reembolso. En el caso de los honorarios de los médicos, se reembolsa el 60 % de la tasa oficial. Los costes de los reconocimientos médicos y del tratamiento se reembolsan hasta el 75 % de la tasa oficial por encima de la parte de los costes a cargo del paciente [2000: 11,77 EUR (70 FIM) por cada receta].

Los costes del tratamiento odontológico se reembolsan a las personas nacidas en 1946 o posteriormente (a partir del 1 de abril de 2001). Los honorarios de los dentistas, los exámenes prescritos por los dentistas y los medicamentos y los gastos de desplazamiento se reembolsan de conformidad con los mismos principios aplicables en el caso de otro tratamiento médico prescrito o efectuado por un médico. La cantidad reembolsada es el 75 % de la tasa oficial para un examen dental y para el tratamiento preventivo efectuado por el dentista, y el 60 % en caso de tratamiento de otro tipo. Para las personas de mayor edad, solamente se reembolsan los costes de un tratamiento odontológico si es imprescindible para el tratamiento de otra enfermedad.

● **Medicamentos, cremas básicas y preparaciones nutritivas clínicas**

El seguro médico reembolsa, en parte o íntegramente, todos los medicamentos prescritos por un médico para el tratamiento de una enfermedad. El reembolso de los medicamentos se divide en tres categorías, y en todas ellas los pacientes deben pagar una cantidad fija como la parte de los costes que les corresponde. La cantidad reembolsada se calcula por separado en función de cada caso y para cada categoría.

Además, se reembolsa el coste de las preparaciones nutritivas clínicas u otros productos similares utilizados en el tratamiento de determinadas enfermedades graves, al igual que el coste de las cremas básicas utilizadas para tratar enfermedades crónicas de la piel.

En el caso de los medicamentos prescritos por un médico, la cantidad básica que puede reembolsarse es el 50 % para cualquier cantidad que supere la parte de los costes a cargo del paciente [2000: 8,41 EUR (50 FIM) por cada compra de medicamentos]. Para determinadas enfermedades graves y prolongadas, la devolución se eleva hasta el 75 % o el 100 % de la suma total después de que se haya tenido en cuenta la parte a cargo del paciente [2000: 4,20 EUR (25 FIM)].

Existe un límite anual para los costes médicos que debe pagar el paciente [2000: 558,7 EUR (3 319,91 FIM)]. Cuando se supera este límite, se reembolsan íntegramente las cantidades superiores al límite establecido.

● **Indemnización por gastos de viaje**

Se reembolsan para cada viaje las cantidades que superen la parte a cargo del asegurado [2000: 7,57 EUR (45 FIM)]. El viaje puede incluir una visita para recibir tratamiento o una visita del médico especialista al paciente. Si, durante 1 año civil, los gastos de viaje superan la cantidad anual a cargo del asegurado [2000: 151,37 EUR (900 FIM)], se reembolsan íntegramente las cantidades superiores.

● **Subsidio de enfermedad**

Se paga un subsidio diario de enfermedad a los trabajadores por cuenta ajena o propia que tienen entre 16 y 64 años de edad. El derecho a este subsidio comienza cuando la enfermedad ha durado 9 días laborables (sin contar el día en el cual la persona enfermó). El subsidio de enfermedad se paga por un máximo de 300 días laborables.

El subsidio se determina generalmente según los ingresos declarados y validados del asegurado, o sobre la base de sus ingresos en un semestre. La cantidad del subsidio se incrementa en función de los ingresos. El subsidio se considera renta

imponible. Si no existen ingresos, el asegurado puede percibir un subsidio dependiente de los recursos [2000: un máximo de 10,09 EUR (60 FIM) al día] cuando la persona no ha podido trabajar durante 60 días. La investigación de los medios económicos tiene en cuenta cualquier otra renta que perciba el asegurado y su cónyuge.

- **Cómo solicitar las prestaciones del seguro médico**

Las solicitudes para percibir estas prestaciones deben presentarse a la Oficina Local de la Institución del seguro social o al Fondo del lugar de trabajo, si se trata de miembros de dicho fondo. Las solicitudes de reembolso de los gastos por tratamiento médico deben presentarse en un plazo de 2 meses después del pago del honorario o de los gastos.

- **Vías de recurso para los asuntos relativos al seguro médico**

Siempre es posible recurrir una decisión relativa al seguro médico. El recurso debe presentarse en la Oficina Local de la Institución del seguro social o del Fondo del lugar de trabajo, que examinarán si puede revisarse la decisión. Si estos organismos no pueden revisar la decisión, el Consejo del seguro social del distrito del seguro correspondiente examinará el recurso. Puede presentarse al Consejo de supervisión un recurso contra una decisión del Consejo del seguro social.

3. Accidentes y enfermedades profesionales

El seguro obligatorio de accidentes de Finlandia es el principal régimen de indemnización por enfermedades profesionales y accidentes de trabajo en relación con la cobertura obligatoria del seguro médico y el régimen de pensiones. El seguro de accidentes da derecho al trabajador a percibir una indemnización por la pérdida financiera provocada por un accidente en el trabajo o una enfermedad profesional. La legislación de Finlandia prevé que el seguro de accidentes sea gestionado por compañías de seguros privadas. Una compañía de seguros no puede negarse a conceder y a aplicar un seguro que se le haya pedido según los cauces legales previstos. El seguro de accidentes para agricultores independientes es gestionado por la Institución del seguro social de los agricultores. Los empleados del Estado reciben del Ministerio de Hacienda sus prestaciones por accidente.

Las empresas están obligadas a asegurar a sus trabajadores si el número de días laborables requeridos por la empresa supera 12 días en 1 año civil. Si la empresa no cumple la obligación de asegurar a sus trabajadores, o si no tiene

ninguna obligación de proporcionar un seguro, el trabajador lesionado, a pesar de ello, tendrá derecho a las prestaciones previstas en la Ley del seguro de accidentes. La Federación de instituciones del seguro de accidentes es el organismo responsable en estos casos, y también paga las prestaciones.

De conformidad con la Ley del seguro de accidentes, el derecho a recibir prestaciones se basa en el hecho de poseer un trabajo con contrato en el sector privado o público, o en la función pública en el sector público. El seguro cubre los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales. Se entiende por accidente de trabajo un suceso del que ha sido víctima el trabajador en el trabajo o en condiciones relacionadas con el trabajo, en el trayecto hacia el trabajo o en el trayecto de retorno del trabajo, o mientras llevaba a cabo actividades pedidas por la empresa. Se entiende por enfermedad profesional una enfermedad que, con toda probabilidad, ha sido consecuencia fundamentalmente de factores físicos, biológicos o químicos inherentes al trabajo.

- **Personas aseguradas**

El seguro de accidentes cubre a todas las personas que trabajan con un contrato de trabajo en el sector privado o público, o son funcionarios en el sector público, excluidos los miembros de la familia del empresario y el personal ejecutivo de la empresa que, por sí solos o junto con los miembros de su familia, poseen un máximo del 50 % del capital social de la empresa. Los estudiantes con contratos de formación también suelen estar asegurados. Por regla general, el seguro de accidentes sigue siendo efectivo cuando se envía a los trabajadores a otro país para efectuar un trabajo.

Si bien los trabajadores autónomos, los miembros de su familia y el personal ejecutivo anteriormente mencionado no están cubiertos por el seguro obligatorio de accidentes, pueden hacerse un seguro voluntario, conforme a la Ley del seguro de accidentes, que ofrece las mismas prestaciones que el seguro obligatorio.

- **Indemnización**

El seguro obligatorio de accidentes concede indemnizaciones para cubrir el tratamiento médico básico y la pérdida de ingresos. Puede pagarse un subsidio diario de incapacidad durante un período máximo de 1 año. Durante las 4 primeras semanas tras el accidente, el subsidio equivale al sueldo que habría recibido durante ese período. Posteriormente, el subsidio es de 1/360 de los ingresos anuales de la persona con discapacidad. La renta anual se determina nor-

malmente tomando como base el nivel de renta en el momento del accidente.

Si la incapacidad laboral de la persona lesionada continúa durante un período de 1 año después del accidente, ésta percibirá una pensión por accidente de trabajo. La cuantía de la pensión de accidente para un trabajador con incapacidad total es el 85 % de sus ingresos anuales hasta los 65 años de edad, después de lo cual la pensión será el 70 % de los ingresos anuales.

También pueden pagarse un subsidio parcial y una pensión parcial de accidente de trabajo en caso de incapacidad parcial para el trabajo. El subsidio y la pensión son rentas imponibles. Las cantidades reembolsadas por tratamiento médico están libres de impuestos.

También se paga un subsidio de discapacidad por una incapacidad laboral permanente provocada por una lesión o una enfermedad. El subsidio de discapacidad es un ingreso libre de impuestos. En caso de fallecimiento, se paga una indemnización y una pensión de supervivencia al viudo o la viuda y a los hijos de la persona fallecida si son menores de 18 años o, si son estudiantes, de 25. La pensión de supervivencia es una renta imponible.

Los costes médicos y de rehabilitación profesional también están cubiertos por el seguro de accidentes. El objetivo de la rehabilitación consiste, fundamentalmente, en promover la reincorporación de la persona incapacitada a un trabajo apropiado y facilitarle la realización de sus funciones diarias normales. Se reembolsan a la persona afectada todos los gastos razonables efectuados durante la rehabilitación así como la pérdida de ingresos. En términos generales, las prestaciones consisten en una pensión de accidente.

● **Cómo solicitar la indemnización**

El trabajador debe informar a su empresa inmediatamente después del accidente, para obtener de ella un certificado de seguro. Al presentar el certificado, el trabajador recibirá el tratamiento y los medicamentos necesarios prescritos por un médico y el coste correrá a cargo de la institución del seguro de accidentes. La empresa debe comunicar el accidente a una institución del seguro a fin de que puedan iniciarse las diligencias para la concesión de las prestaciones.

● **Vías de recurso**

Si la persona que solicita la prestación no está satisfecha con la decisión de una institución del seguro, puede presentar un recurso ante el Consejo de indemnización de accidentes. La institución del seguro también tiene derecho a revisar su propia decisión. Una decisión del Consejo de indemnización de accidentes puede

remitirse al Tribunal de seguros y, en algunos casos, la decisión del Tribunal de seguros puede remitirse al Tribunal Supremo.

4. Rehabilitación

Los programas de rehabilitación son organizados por la Institución del seguro social, la asistencia sanitaria pública, las instituciones de las pensiones contributivas y las autoridades de la administración del trabajo.

● **Rehabilitación organizada por la Institución del seguro social**

Para poder acogerse a la rehabilitación organizada por la Institución del seguro social, la persona debe tener una discapacidad específica que le impida trabajar o llevar a cabo sus tareas diarias normales. La discapacidad específica puede ser la consecuencia de una enfermedad o una lesión que la rehabilitación permita reducir o eliminar. La rehabilitación consiste en una rehabilitación profesional para las personas con discapacidades menos importantes y una rehabilitación médica para los discapacitados graves. Además, la Institución del seguro social puede organizar, según considere necesario, otras formas de rehabilitación profesional y médica en el marco de un subsidio que se examine anualmente. Por norma general, los gastos provocados por la rehabilitación se pagan directamente a los organizadores.

Se paga un subsidio de rehabilitación durante el período de duración de la misma, si el objetivo de la rehabilitación es permitir que la persona siga trabajando, vuelva a trabajar o se incorpore al mercado laboral. La cuantía del subsidio de rehabilitación se determina generalmente de la misma manera que el subsidio pagado por el seguro médico. El subsidio de rehabilitación se considera una renta imponible.

Las solicitudes de rehabilitación y de subsidio de rehabilitación deben presentarse a la Oficina Local de la Institución del seguro social. Pueden presentarse recursos contra las decisiones ante el Consejo de supervisión, cuya decisión puede someterse al Tribunal de seguros.

● **Rehabilitación organizada por las instituciones de pensiones contributivas**

Cuando resulte necesario, las instituciones de pensiones contributivas pueden organizar una rehabilitación para evitar la invalidez o mejorar la capacidad de trabajo y de obtención de ingresos de una persona y facilitar su reincorporación al mercado de trabajo. Estas actividades de rehabilitación consisten principalmente en la rehabilitación profesional, que puede completarse con una rehabilitación médica.

Las instituciones de pensiones contributivas pagan a los asegurados un subsidio de rehabilitación durante los meses en que no pueden trabajar durante la rehabilitación. Una persona jubilada que participa en actividades de rehabilitación recibe un complemento de pensión durante el período de rehabilitación.

5. Régimen obligatorio de pensiones

El régimen obligatorio de pensiones de Finlandia consiste en una pensión contributiva y una pensión nacional. Las pensiones de invalidez, desempleo, supervivencia y vejez son prestaciones que forman parte del mismo.

El objetivo de las pensiones contributivas es mantener el nivel de vida que poseía una persona que trabajaba por cuenta ajena o propia. El régimen de pensiones contributivas se basa en diferentes leyes, la principal de las cuales es la Ley de pensiones contributivas. Los trabajadores autónomos, los marineros y los funcionarios tienen sus propias leyes en materia de pensiones.

Por su parte, las pensiones nacionales se basan en la residencia y garantizan una renta de subsistencia mínima para un pensionista que no tiene ninguna otra pensión o tiene una muy reducida. La cuantía de la pensión nacional se reduce cuando se incrementa la pensión contributiva y no se paga ninguna pensión nacional cuando la pensión contributiva supera una determinada cantidad.

Existen relativamente pocos regímenes de pensión complementaria voluntarios en Finlandia, dado que todos los trabajadores por cuenta ajena y por cuenta propia forman parte del régimen de pensiones contributivas. No existe en este régimen ningún límite máximo de los ingresos tenidos en cuenta para la pensión ni de la cuantía de la pensión.

A. PENSIONES DE INVALIDEZ

● Régimen de pensiones contributivas

La pérdida a largo plazo de renta como consecuencia de la incapacidad para el trabajo se cubre con diferentes pensiones de invalidez: pensión de invalidez, subsidio de rehabilitación, pensión de invalidez parcial y pensión de jubilación anticipada.

La pensión de invalidez y el subsidio de rehabilitación completos empiezan generalmente cuando finaliza el pago de subsidios diarios del régimen del seguro médico. A su vez, pueden comenzar a pagarse otras pensiones de invalidez sin un período de subsidio diario de enfermedad.

Se paga una pensión de invalidez a un trabajador por cuenta ajena o por cuenta propia con menos de 65 años de edad que esté incapacitado para trabajar debido a una enfermedad, un defecto o una lesión. Si la capacidad para trabajar de una persona se ve reducida en por lo menos 3/5 partes, se paga una pensión íntegra. Si la capacidad de trabajo se ve reducida en como mínimo 2/5 partes, se concede una pensión parcial. Las pensiones de invalidez pueden concederse temporalmente o por un período fijo.

Para determinar la incapacidad se utiliza como base un informe sobre el estado de salud de la persona. Para examinar la incapacidad para trabajar, se tienen en cuenta no solamente el informe médico, sino también el nivel educativo de la persona, su experiencia laboral, su edad y las oportunidades de trabajo.

La pensión de invalidez se paga en forma de pensión de invalidez o de pensión de jubilación anticipada. La pensión de jubilación anticipada se paga a las personas de entre 60 y 64 años de edad que han tenido una ocupación remunerada durante mucho tiempo y cuya capacidad para trabajar se ha visto permanentemente dañada. Para las personas nacidas en 1943 o en años anteriores, el límite de edad es de 58 años. Esta pensión se concede de forma temporal y su cuantía es la misma que la de la pensión de invalidez completa.

Se paga un subsidio de rehabilitación a las personas que no pueden trabajar y cuya lesión o enfermedad se considera que se curará con mayor probabilidad con terapias o rehabilitación. Para conceder este subsidio, el posible beneficiario debe haber estado incapacitado para el trabajo de forma continua durante un mínimo de 1 año y debe poseer un plan de terapia o de rehabilitación. Este subsidio puede retirarse si se produce un cambio en la capacidad de trabajo o si el beneficiario rechaza la rehabilitación sin aducir ningún motivo adecuado.

● Régimen nacional de pensiones

Una persona de entre 64 y 65 años de edad que resida en Finlandia o en otro Estado miembro de la UE y no pueda trabajar puede percibir una pensión de invalidez. La obtención de esta pensión o la cuantía de la misma no se basan en las cotizaciones a la Seguridad Social ni en el historial de empleo de la persona, sino en el hecho de residir en Finlandia.

La pensión de invalidez se paga en forma de pensión de invalidez o de pensión de jubilación anticipada. Los ciudadanos finlandeses o los ciudadanos de un Estado miembro pueden obtener una pensión de invalidez en el marco del régimen nacional de pensiones si han vivido en Finlandia durante un mínimo de 3 años en total

después de cumplir 16 años de edad. Los ciudadanos de otros países tienen derecho a una pensión después de haber vivido en Finlandia durante los 5 años anteriores al inicio de la pensión. Los menores de 21 años que se han vuelto incapacitados mientras vivían en Finlandia reciben la pensión sin necesidad de que haya transcurrido el período exigido.

Una persona puede percibir una pensión de invalidez si, debido a una enfermedad, un defecto o una lesión, no puede efectuar su trabajo habitual o un trabajo comparable. Siempre se consideran discapacitados los invidentes, las personas sin movilidad o que necesitan una asistencia constante.

Se concede generalmente una pensión de invalidez cuando el solicitante ha recibido el subsidio diario de enfermedad durante 300 días. Si la persona no cumple los criterios para percibir el subsidio de enfermedad, la pensión no puede empezar a abonarse hasta que finalice el período máximo para el pago del subsidio.

Las condiciones para la concesión del subsidio de rehabilitación y la pensión de jubilación anticipada son las mismas que en el régimen de pensiones contributivas.

B. PENSIONES DE SUPERVIVENCIA

● Régimen de pensiones contributivas

Una viuda o un viudo tienen derecho a una pensión de supervivencia, a condición de que el matrimonio se haya celebrado antes de que la persona fallecida (a través de quien se obtiene la prestación) hubiera alcanzado los 65 años de edad. En determinadas circunstancias, un antiguo cónyuge también tiene derecho a la pensión de viudedad.

Una viuda o un viudo siempre tienen derecho a una pensión si la pareja tiene o ha tenido un hijo. Si la pareja no tiene hijos, se aplican las siguientes condiciones:

- la viuda o el viudo debe tener como mínimo 50 años de edad en el momento de la muerte del cónyuge;
- la viuda o el viudo deben haber recibido una pensión de invalidez durante un período mínimo de 3 años.

Además, el matrimonio debe haberse celebrado antes de que la viuda o el viudo alcanzara los 50 años de edad y debe haber durado un mínimo de 5 años.

La pensión de viudedad finaliza si la persona vuelve a casarse antes de cumplir 50 años de edad, en cuyo caso recibe un tanto alzado que equivale a la pensión de 3 años.

● Régimen nacional de pensiones (pensión general de supervivencia)

Una viuda o un viudo tiene derecho a esta pensión si se cumplen las siguientes condiciones:

- la persona fallecida tenía menos de 65 años cuando se celebró el matrimonio;
- la viuda o el viudo tiene menos de 65 años y no recibe ninguna pensión nacional;
- la persona de la que se deriva la pensión ha residido en Finlandia durante el período requerido después de los 16 años de edad: 3 años para los ciudadanos de Finlandia y de los Estados miembros y 5 años antes de la fecha del fallecimiento para los demás;
- la viuda o el viudo es residente en Finlandia o en otro Estado miembro;
- la viuda o el viudo tiene o ha tenido un hijo con la persona fallecida. Si no han tenido hijos juntos, la pensión solamente puede concederse si la viuda o el viudo tenía como mínimo 50 años en el momento de la muerte del cónyuge, si el matrimonio se celebró antes de que la viuda o el viudo hubiera alcanzado los 50 años de edad y si ha durado un período mínimo de 5 años.

La pensión de viudedad se paga en forma de pensión inicial durante 6 meses y después se convierte en una pensión provisional, que finaliza cuando la viuda o el viudo alcanza los 65 años de edad o empieza a percibir su propia pensión del Estado. La pensión también finaliza si la viuda o el viudo vuelve a casarse antes de los 50 años de edad. En ese caso, recibe un tanto alzado que equivale a la pensión de 3 años.

● Pensión de orfandad

De conformidad con la Ley de pensiones contributivas, los hijos menores de 18 años tienen derecho a percibir una pensión. Esta pensión se paga a los hijos de la persona fallecida, a los hijos adoptados y a los hijos del viudo o la viuda, a condición de que vivieran en el mismo domicilio. Los hijos nacidos fuera del matrimonio y reconocidos como tales se consideran iguales a los hijos nacidos dentro del matrimonio. Los niños acogidos en la familia no tienen derecho a pensión.

Con arreglo al régimen nacional de pensiones, esta pensión se paga a un huérfano parcial o absoluto menor de 18 años y que es residente en Finlandia o en otro Estado miembro. Los estudiantes reciben la pensión hasta los 21 años de edad. Un huérfano pleno (un niño que ha perdido a ambos progenitores) recibe dos pensiones diferentes por cada progenitor.

C. PENSIONES DE DESEMPLEO

Existen pensiones de desempleo tanto en el régimen de pensiones contributivas como en el régimen nacional de pensiones.

La pensión de desempleo se concede a un parado mayor de 60 años a condición de que:

- haya recibido el subsidio de desempleo durante el período máximo,
- haya tenido un empleo remunerado durante 5 años como mínimo en los 15 años anteriores,
- no se le pueda asignar un trabajo que, si lo rechazara, provocaría la pérdida del derecho al subsidio de desempleo.

D. PENSIONES DE VEJEZ

La edad normal de jubilación es de 65 años. Cuando la persona alcanza los 65 años de edad, las pensiones de invalidez, desempleo y jubilación anticipada se convierten en una pensión de vejez sin necesidad de solicitarlo específicamente.

Cuando un trabajador cumple 60 años de edad, puede obtener una pensión de jubilación anticipada antes de la edad normal de jubilación. La pensión pagada en este caso es menor, y también lo es después de que la persona haya alcanzado los 65 años de edad. La jubilación puede aplazarse hasta después de la edad normal de jubilación, en cuyo caso se incrementa la cuantía de la pensión.

Una persona residente en Finlandia o en otro Estado miembro que haya cumplido 65 años de edad tiene derecho a una pensión de vejez del régimen nacional de pensiones. Los ciudadanos de Finlandia y de otros Estados miembros deben haber vivido en Finlandia durante un período mínimo de 3 años después de cumplir 16 años de edad. Un ciudadano de otro país tiene derecho a percibir una pensión si ha vivido en Finlandia durante los 5 años anteriores al inicio de la pensión.

El régimen de pensiones contributivas también incluye una pensión a tiempo parcial para los asegurados de al menos 58 años que son transferidos a un trabajo a tiempo parcial y que no perciben ninguna otra pensión obligatoria. El beneficiario de una pensión de supervivencia también puede percibir una pensión a tiempo parcial. El límite de edad se ha reducido temporalmente a 56 años hasta finales de 2002. Se aplica a la pensión una tasa del 50 % de la diferencia entre los ingresos por el trabajo a tiempo parcial y a tiempo completo.

E. CUANTÍA DE LAS PENSIONES

● **Cuantía de las pensiones contributivas**

En el régimen de pensiones contributivas, si se ha efectuado un período de empleo entre los 23 y los 65 años de edad se tiene derecho a una pensión de vejez. Los menores de 23 años pueden tener derecho a una pensión de invalidez y los miembros de su familia a una pensión de supervivencia.

Si se obtiene el derecho a pensión mientras una persona todavía está trabajando o 1 año después de que haya dejado de trabajar, el período desde la fecha de la jubilación (por ejemplo, el inicio de la pensión de invalidez) hasta la fecha en la cual la persona alcanza la edad de jubilación se tiene en cuenta para el cálculo de la pensión de jubilación anticipada, invalidez, desempleo y supervivencia.

La pensión se calcula por separado para cada relación laboral o período de actividad por cuenta propia. La cuantía de la pensión se calcula sobre la base del tiempo real trabajado y de los ingresos obtenidos en el pasado. El derecho a pensión se incrementa en un porcentaje del 1,5 % por cada año trabajado. La tasa de acumulación de la pensión de una persona de 60 años es del 2,5 %. La pensión global máxima es del 60 % del salario obtenido durante un período de 40 años.

La renta que genera derechos a jubilación se basa, por norma general, en los 10 últimos años de cada relación laboral. Este nuevo método de cálculo se introducirá gradualmente, y será plenamente operativo en el año 2006. La renta que genera derecho a jubilación de un trabajador autónomo es la media ponderada de toda su carrera en la actividad por cuenta propia.

La pensión de supervivencia se basa en la pensión recibida por el fallecido o la pensión que habría recibido si hubiera podido trabajar en el día de su muerte. La pensión de viudedad y la pensión de los hijos no pueden superar juntas a la pensión de la persona fallecida. La pensión contributiva de la viuda o el viudo y sus ingresos influirán en la cuantía de la pensión de viudedad. Sin embargo, no influirán en la cuantía de la pensión de supervivencia, siempre y cuando la viuda o el viudo tenga hijos menores de 18 años. La pensión de viudedad se paga siempre sin coordinación durante los 6 primeros meses (pensión inicial) si el beneficiario tiene menos de 65 años.

● **Cuantía de las pensiones nacionales**

Solamente pueden obtenerse pensiones de vejez, invalidez, rehabilitación y jubilación anticipada en el régimen nacional de pensiones si la persona no recibe ninguna otra pensión, o si recibe una pensión reducida. Las pensiones pagadas por Finlandia y otros países y los equivalentes a

pensiones se consideran como rentas por lo que se refiere a la obtención de pensiones en el régimen nacional. La cuantía de la pensión de viudedad se ve afectada no solamente por los ingresos procedentes de pensiones, sino también por los ingresos percibidos de propiedades. No se concede esta pensión si los demás ingresos superan un determinado nivel. No se tienen en cuenta las pensiones pagaderas por otros Estados miembros, tal como se prevé en el Reglamento (CEE) nº 1408/71, con arreglo al seguro de la misma persona. También pueden incluirse en la pensión los subsidios de asistencia y de vivienda.

La cuantía de la pensión nacional también depende del período de residencia en Finlandia entre los 16 y 65 años de edad. Se paga una pensión de vejez completa a una persona que haya vivido en Finlandia durante un mínimo de 40 años. Se paga una pensión de invalidez completa a una persona que haya vivido en Finlandia el 80 % del tiempo transcurrido entre los 16 años de edad y la fecha de inicio de la pensión. Los menores de 21 años que han perdido la capacidad de trabajar mientras residían en Finlandia siempre reciben una pensión completa, independientemente del período de residencia. También pueden incluirse en la pensión los subsidios de asistencia y de vivienda.

La pensión de viudedad consiste en una cantidad básica y una cantidad adicional. La pensión inicial siempre incluye el importe básico y una cantidad adicional fija. Puede obtenerse un suplemento mayor al importe adicional fijo en función de la renta de la viuda o el viudo, de sus medios y de las circunstancias familiares. La pensión provisional incluye la cantidad básica solamente si la viuda o el viudo cuida de un hijo menor de 18 años. El suplemento provisional de la pensión depende de la renta de la viuda o del viudo. Las cuantías iniciales y provisionales de la pensión también dependen del período de residencia en Finlandia de la persona fallecida. También puede incluirse un subsidio de vivienda en la pensión de viudedad.

La pensión de los hijos siempre incluye el importe básico. También puede pagarse un suplemento. La cuantía del suplemento depende de las otras pensiones de supervivencia que recibe el hijo. Los hijos de entre 18 y 20 años de edad solamente reciben el importe básico.

F. PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD DE LA PENSIÓN Y VÍAS DE RECURSO

Las pensiones contributivas y las pensiones nacionales se solicitan con el mismo formulario. La solicitud debe enviarse a la oficina de la Institución del seguro social o de la Institución de las pensiones contributivas. Las pensiones de invalidez y de jubilación anticipada aprobadas

se convierten en pensiones de vejez sin necesidad de presentar una solicitud diferente.

Pueden recurrirse las decisiones en materia de pensiones contributivas y nacionales ante la institución responsable de la decisión, que examinará la posibilidad de revisarla. Si este organismo no puede revisar la decisión, la Institución de las pensiones contributivas someterá el recurso al Consejo de pensiones y al Consejo de supervisión de la institución del seguro social para que la examine. La decisión del Consejo de pensiones y del Consejo de supervisión de la institución del seguro social puede remitirse al Tribunal de seguros.

6. Subsidios de desempleo

A. SUBSIDIO DE DESEMPLEO

La Institución del seguro social paga un subsidio de desempleo en forma de subsidio diario básico [2000: 20,52 EUR (122 FIM)] o bien lo hace un Fondo de desempleo, en forma de subsidio relacionado con la renta. Este último se calcula a partir del salario mensual confirmado del trabajador durante los 10 meses anteriores al desempleo. La pertenencia a un fondo de desempleo es voluntaria.

● Condiciones para la obtención del subsidio

Se paga un subsidio de desempleo a los solicitantes de empleo en paro de entre 17 y 64 años de edad que hayan trabajado durante 26 semanas como mínimo en los 43 meses que preceden al desempleo. Los trabajadores autónomos pueden percibir este subsidio, a condición de que hayan trabajado por cuenta propia durante un período de 24 meses en los 48 meses anteriores al desempleo y de que su actividad económica se considere económicamente válida.

Se paga un subsidio diario relacionado con la renta a los trabajadores por cuenta ajena que hayan pertenecido a un fondo de desempleo durante un período mínimo de 10 meses antes del comienzo del desempleo y que, durante ese período de pertenencia al fondo, hayan cumplido las condiciones relativas al período de empleo. Los trabajadores por cuenta ajena deben haber pertenecido a un fondo de desempleo para autónomos durante 24 meses.

● Duración

Se paga el subsidio diario básico después de que una persona haya estado registrada como demandante de empleo en el servicio de empleo durante un total de 7 días laborables. El subsidio diario se paga por 5 días a la semana durante un período máximo de 500 días laborables. Cuando el

demandante de empleo que satisface las condiciones relativas al período de empleo alcanza los 57 años de edad, pero no ha recibido el subsidio durante el período completo de 500 días, mantiene su derecho al subsidio hasta los 60 años de edad.

El subsidio se considera renta imponible.

B. RÉGIMEN DE APOYO AL MERCADO DE TRABAJO

Un desempleado de entre 17 y 64 años de edad y residente en Finlandia tiene derecho a un subsidio de apoyo al mercado de trabajo:

- si ha recibido el subsidio de desempleo durante el período máximo;
- si no cumple las condiciones relativas al período de empleo.

Una persona que se incorpora al mercado de trabajo por primera vez debe completar el período exigido de 3 meses. El período de espera no se aplica a las personas que han recibido formación en un centro de formación profesional.

El subsidio de apoyo al mercado de trabajo es una prestación dependiente de los recursos que equivale al subsidio básico de desempleo. Al evaluar los recursos de la persona se tienen en cuenta todos los ingresos de la persona, y la renta de su cónyuge cuando se supera un determinado límite. El subsidio de apoyo al mercado laboral dependiente de los recursos se paga sin límite en el tiempo.

El subsidio de apoyo al mercado de trabajo se paga sin examinar los recursos durante 180 días después de que se haya pagado el subsidio de desempleo durante un máximo de 500 días.

Un desempleado que viva en el domicilio de sus padres y que no cumpla las condiciones relativas al período de empleo recibe durante 60 días el subsidio de apoyo al mercado de trabajo dependiente de los recursos.

● Procedimiento de solicitud y vías de recurso

Las solicitudes para percibir el subsidio diario básico y el subsidio de apoyo al mercado de trabajo deben presentarse en la Oficina Local de la Institución del seguro social, y las solicitudes del subsidio dependiente de los recursos, al Fondo de desempleo al que pertenece el solicitante. El servicio de empleo entregará a la Institución del seguro social y al Fondo de desempleo una declaración vinculante en la que se ponen en relación las condiciones del subsidio con la política laboral general.

Los demandantes de empleo de otros países de la UE que ejerzan su derecho a buscar trabajo en

Finlandia deberán registrarse en el servicio de empleo y solicitar en la Oficina Local de la Institución del seguro social que se les pague el subsidio de desempleo.

Los recursos contra las decisiones en materia de subsidios de desempleo tomadas por la Institución del seguro social o el Fondo de desempleo pueden presentarse en la oficina o el fondo responsable de la decisión, que examinará la posibilidad de revisar la decisión. Si estos organismos no pueden revisar la decisión, el Consejo de apelación de asuntos relacionados con el desempleo analizará el recurso. La decisión de este Consejo podrá remitirse al Tribunal de seguros.

7. Subsidios parentales

Las madres tienen derecho a subsidios de maternidad y parentales, y los padres, a subsidios de paternidad y parentales, a condición de que hayan estado cubiertos por la legislación en materia de Seguridad Social de Finlandia durante un período mínimo de 180 días antes de la fecha prevista del nacimiento. Los períodos de seguro efectuados en otros Estados miembros se tienen en cuenta a la hora de evaluar si se han cumplido estas condiciones. Los subsidios de maternidad y parentales se pagan durante un total de 263 días laborables. El período se amplía 60 días laborables en caso de parto múltiple.

Los subsidios de maternidad se pagan a las madres durante los primeros 105 días. El derecho a percibir un subsidio de maternidad comienza entre los 50 y 30 días laborables anteriores a la fecha prevista del nacimiento. Los subsidios parentales se pagan durante los 158 días laborables siguientes a las madres o, en caso contrario, a los padres si permanecen en casa cuidando al niño. El subsidio parental no puede pagarse simultáneamente a ambos progenitores. El subsidio parental se paga también a los padres adoptivos de un niño menor de 7 años.

Las madres tienen derecho a subsidios especiales de maternidad durante su embarazo si se considera probable que cualquier sustancia química, radiación o enfermedad infecciosa relacionada con su trabajo o con las condiciones de su trabajo pone en peligro el desarrollo del feto o puede ser perjudicial para su embarazo. Esto solamente se aplica si no es posible transferir a la trabajadora a otras tareas.

Los padres tienen derecho a subsidios de paternidad durante 6 días consecutivos durante el período del subsidio de maternidad o parental. Los subsidios de paternidad pueden pagarse también a los padres de niños recién nacidos, durante un período de entre 6 y 12 días laborables.

El importe del subsidio de maternidad y parental es equivalente al del subsidio de enfermedad, pero la cantidad mínima es mayor [2000: 10,09 (60 FIM)]. Los padres pueden percibir un subsidio especial de cuidados si participan en el cuidado o la rehabilitación de un hijo menor de 16 años en un hospital o, en determinadas circunstancias, en el domicilio. El subsidio especial de cuidados se paga generalmente durante un período máximo de 60 días laborables por hijo durante el año civil. El importe del subsidio especial de cuidados es el mismo que el del subsidio de enfermedad.

Los subsidios parentales se consideran renta imponible.

- **Procedimiento de solicitud y vías de recurso**

Las solicitudes para percibir estos subsidios deben presentarse a la Oficina Local de la Institución del seguro social o al Fondo del lugar de trabajo, si se trata de un miembro del fondo. El subsidio de maternidad debe solicitarse durante los 2 meses anteriores a la fecha prevista del nacimiento, y el subsidio de paternidad debe solicitarse en un plazo de 2 meses antes de la fecha prevista de inicio del mismo. Las solicitudes para percibir el subsidio parental deben presentarse 1 mes antes de su inicio.

Es posible recurrir una decisión referente al subsidio parental. Los recursos deben presentarse en la Oficina Local de la Institución del seguro social o del Fondo del lugar de trabajo responsable, que examinará la posibilidad de revisar la decisión. Si estos organismos no pueden revisar la decisión, el Consejo del seguro social del distrito pertinente examinará el caso. Puede presentarse un recurso contra una decisión tomada por el Consejo del seguro social ante el Consejo de supervisión.

8. Subsidios de supervivencia

A. SUBSIDIO POR HIJOS

Se paga un subsidio por cada hijo residente en Finlandia hasta que cumple 17 años de edad.

En 2000 el subsidio mensual por un hijo era de 89,98 EUR (535 FIM); por el segundo, de 110,50 EUR (657 FIM); por el tercero, de 131,02 EUR (779 FIM); por el cuarto, de 151,54 EUR (901 FIM); y por el quinto y más hijos, de 172,06 (1 023 FIM). El subsidio por hijos está libre de impuestos.

- **Procedimiento de solicitud y vías de recurso**

Las solicitudes de subsidio por hijos deben presentarse en la Oficina Local de la Institución

del seguro social. Es posible recurrir cualquier decisión de la Institución del seguro social ante el Consejo del seguro social del distrito pertinente. Su decisión puede remitirse al Consejo de supervisión.

B. PRESTACIONES DE MATERNIDAD

Una mujer residente en Finlandia que ha estado embarazada durante como mínimo 154 días y que ha pasado un reconocimiento médico durante los primeros 4 meses tiene derecho a una asignación de maternidad. Los padres adoptivos de un niño de menos de 1 año de edad también tienen derecho a una asignación de maternidad.

La asignación de maternidad se concede, según desee la madre, en efectivo o en forma de paquete de maternidad. En 2000 la asignación en efectivo era de 127,82 EUR (760 FIM) por hijo. El paquete de maternidad contiene material para el cuidado de niños y ropa. La asignación de maternidad está libre de impuestos.

- **Procedimiento de solicitud y vías de recurso**

Las solicitudes de asignación de maternidad deben presentarse a la Institución del seguro social en un plazo de 2 meses antes de la fecha prevista del nacimiento. En caso de adopción de un niño, la solicitud debe presentarse antes que el niño cumpla 1 año de edad.

Puede solicitarse una asignación de maternidad en la misma solicitud que para los subsidios de maternidad, paternidad, parentales y por hijos.

9. Direcciones de contacto

Kansaneläkelaitos (Institución del seguro social)

Cuestiones relativas a casos individuales:

Oficina local de la Institución del seguro social del lugar de residencia

Otros asuntos:

Nordenskiöldinkatu 12

PL 450

FIN-00101 Helsinki

Tel. (358-20) 434 11

Fax (358-20) 434 50 58

International.affairs@kela.fi

<http://www.kela.fi>

Eläketurvakeskus

(Instituto central de pensiones)

FIN-00065 Eläketurvakeskus

Tel. (358-9) 15 11

<http://www.etk.fi>

Tapaturmavakuutuslaitosten liitto
(Federación de instituciones del seguro de accidentes)
Bulevardi 28
FIN-00120 Helsinki
Tel. (358-9) 68 04 01
tv1@vakes.fi
<http://www.tv1.fi>

Työeläkelaitokset (Instituciones de pensiones contributivas):

Eläke-Fennia
FIN-00041 Eläke-Fennia
Tel. (358-10) 50 31

Eläke-Tapiola
PY 30
FIN-02101 Espoo
Tel. (358-9) 45 31

Varma-Sampo
00098 Varma-Sampo
Tel. (358-10) 515 13
FIN-00018 Ilmarinen
Tel. (358-9) 18 41

Pensiones-Alandia
PB 121
FIN-22101 Mariehamn

Verdandi
PY 133
FIN-20101 Turku
Tel. (358-10) 550 10

Eläkekassat ja eläkesäätiöt (Fondos de pensiones y fundaciones de pensiones de los empresarios),
dirección correspondiente al empresario

Esiintyvien taiteilijoiden ja eräiden erityisryhmien
eläkekassa (actores, etc.)
PY 20
FIN-00241 Helsinki
Tel. (358-9) 150 61

LEL Työeläkekassa
PY 20
FIN-00241 Helsinki
Tel. (358-9) 150 61

Maatalousyrittäjien eläkelaitos (Instituto de pensiones de los agricultores)
PY 16
FIN-02101 Espoo
Tel. (358-9) 435 11

Merimieseläkekassa (Fondo de pensiones de los marinos)
PY 327
FIN-00121 Helsinki
Tel. (358-9) 22 85 11

Kirkon keskusrahasto (Kirkkohallitus) (Administración de la Iglesia)
PY 185
FIN-00161 Helsinki
Tel. (358-9) 180 21

Kuntien eläkevakuutus (Institución de pensiones de los entes locales)
PY 425
FIN-00101 Helsinki
Tel. (358-9) 185 71

Valtiokonttori (Ministerio de Hacienda)
PY 77, 00531 Helsinki
Tel. (358-9) 772 51

Vakuutusvalvontavirasto (Autoridad supervisora del seguro)
PY 449
FIN-00101 Helsinki
Tel. (358-9) 415 59 50

1. Introducción

En Suecia el régimen general de la Seguridad Social ofrece las siguientes prestaciones:

- seguro de enfermedad (sección 2);
- seguro de accidente de trabajo y enfermedad profesional (sección 3);
- prestaciones de invalidez (sección 4);
- pensión de vejez (sección 5);
- prestaciones de supervivencia (sección 6);
- seguro de desempleo (sección 7);
- ayudas familiares y seguro parental (sección 8).

● Cotizaciones

La Seguridad Social se financia a través de la imposición fiscal y de las cotizaciones sociales. Las cotizaciones sociales a cargo de los empresarios cubren la mayoría de los gastos y en conjunto representan actualmente el 32,82 % de la masa salarial. Los trabajadores autónomos cotizan personalmente el 31,01 % de la base imponible.

Los trabajadores asalariados deben cotizar igualmente al seguro de jubilación por el 7,0 % de los ingresos procedentes del trabajo, hasta un determinado nivel. Los empresarios deben deducir estas cotizaciones de los salarios e ingresarlas en los servicios de recaudación fiscal. Las personas afiliadas a cajas de desempleo deben pagar su cotización directamente a dichas cajas.

Se aplica un índice reducido a las retenciones a cargo del empresario por personas mayores de 65 años.

● Quién está cubierto por la Seguridad Social

El régimen general de la Seguridad Social es obligatorio, con la sola excepción del seguro de desempleo (véase la sección 7).

La Seguridad Social se divide en un seguro basado en la residencia, que se refiere a las cuantías garantizadas y a los subsidios, y un seguro basado en el empleo referido a las pérdidas de ingresos. Ambos seguros se aplican a todas las personas que residen o trabajan en Suecia.

Se considera que una persona reside en Suecia si cabe suponer que su estancia en el país va a ser superior a 1 año. Asimismo, se considera que sigue residiendo en Suecia si abandona el país y cabe suponer que su estancia en el extranjero no será superior a 1 año.

● Condiciones requeridas

No existen períodos de carencia para el derecho a las prestaciones del seguro. Sin embargo, sí se exigen ciertas condiciones para algunas prestaciones. En relación con el seguro parental y el seguro de desempleo (véanse las secciones 2 y 7) han de cumplirse algunas condiciones con respecto al período de seguro. El derecho a recibir prestaciones de invalidez y pensiones de vejez y supervivencia se supedita a un determinado período de residencia o a la cuantía de los ingresos profesionales (véanse las secciones 4, 5 y 6).

● Cómo se puede obtener el subsidio

Para percibir las prestaciones ofrecidas deberá dirigirse, en la mayoría de los casos, a la caja del seguro de su lugar de residencia, que administra la mayoría de las prestaciones sociales. Sin embargo, para solicitar prestaciones de desempleo, deberá dirigirse a las oficinas de empleo (véase la sección 7).

Los trabajadores asalariados que estén incapacitados para trabajar debido a una enfermedad, deberán informar a los empresarios (véase la sección 2). Para recibir asistencia médica o medicamentos, deberán dirigirse directamente a un centro de salud, a un odontólogo o a cualquier otro profesional sanitario, o a una farmacia. No se obtiene ningún reembolso de los gastos contraídos por este motivo.

Los trabajadores asalariados deberán notificar a los empresarios cualquier accidente de trabajo o enfermedad profesional sufridos. Los empresarios deberán declarar a continuación el accidente o la enfermedad a la caja del seguro. Los trabajadores autónomos deberán presentar personalmente su declaración en la caja del seguro. Los estudiantes deberán informar personalmente a sus escuelas, que a continuación declararán el accidente o la enfermedad a la caja del seguro (véase la sección 3).

● Recursos

Cualquier persona que no esté de acuerdo con una decisión adoptada por una caja de seguro o por una caja de desempleo podrá solicitar a dichas entidades que revisen la decisión en cuestión. En estos casos, las cajas adoptarán una nueva decisión. Si esta nueva decisión sigue sin satisfacerle, podrá presentar un recurso ante el tribunal administrativo provincial. Aún cabe un recurso contra los fallos dictados por este último tribunal ante el tribunal administrativo de apelación. En algunos casos, los fallos de esta

jurisdicción pueden recurrirse ante el tribunal administrativo supremo.

2. Enfermedad y maternidad

A. ASISTENCIA MÉDICA

La asistencia médica abarca fundamentalmente los tratamientos dispensados por médicos, los tratamientos en régimen hospitalario, la rehabilitación y cualquier otro tratamiento médico, así como la asistencia odontológica y los medicamentos.

Existe en Suecia un sistema médico regional independiente en gran medida de los servicios que ofrece la Seguridad Social. Cada gobierno regional debe velar por que todas las personas domiciliadas en la región dispongan de asistencia médica de calidad.

La asistencia médica corre a cargo de los gobiernos regionales en su mayor parte, pero existen igualmente médicos privados concertados con los gobiernos regionales. Los municipios suecos ofrecen asimismo algunos servicios de asistencia médica en el marco de la legislación relativa a la asistencia médica y sanitaria. Se trata principalmente de la asistencia en residencias especiales a personas mayores que, debido a su estado, requieren asistencia médica.

Los gobiernos regionales financian la asistencia mediante la imposición fiscal de las personas residentes en la región y, en cierta medida, mediante las subvenciones del Estado y las cuotas a cargo de los pacientes.

- **Asistencia médica, etc.**

Los gastos contraídos por las personas enfermas que deban consultar a un médico corren a cargo principalmente de los gobiernos regionales, pero los enfermos deben asumir el pago de una parte de dichos gastos, que oscila entre 100 y 250 SEK [coronas suecas].

La mayor parte de los médicos dependen de los gobiernos regionales, pero existe asimismo un gran número de médicos privados, principalmente en las grandes ciudades. Si se elige un médico privado dependiente de la sanidad pública mediante un convenio suscrito con un gobierno regional, se deberá pagar una cuota equivalente a la del régimen público.

Se deberá pagar igualmente una cuota entre 0 y 100 SEK por la consulta a otros profesionales médicos, como enfermeras de distrito o fisioterapeutas.

Los pacientes en régimen hospitalario pagan una suma a tanto alzado, que asciende en la actualidad a un importe máximo de 80 SEK por día de hospitalización.

El régimen del seguro no reembolsa las cuotas a cargo de los pacientes.

En principio, son gratuitas las revisiones preventivas prestadas en el marco de la asistencia pediátrica y de obstetricia, así como las consultas sobre planificación familiar.

- **Gastos de desplazamiento en caso de enfermedad**

El organismo competente en el ámbito de la asistencia médica debe reembolsar los costes de viaje relacionados con determinados servicios de asistencia sanitaria o médica. El reembolso se calcula conforme a los principios establecidos por dicho organismo.

- **Medicamentos y otros productos farmacéuticos**

Cuando un médico le expida una receta, usted deberá pagar todo el coste de los medicamentos hasta un importe de 900 SEK. A partir de las 900 SEK, deberá pagar el 50 % del coste hasta un importe de 1 700 SEK. Si el coste total supera las 1 700 SEK, deberá pagar el 25 % del coste entre un importe de 1 700 SEK y 3 300 SEK y el 10 % de los costes situados entre 3 300 SEK y 4 300 SEK. Esto significa que, si los costes totales de los medicamentos, contando el desembolso propio y las subvenciones, superan las 4 300 SEK durante un período de 12 meses, los medicamentos que se adquieran en la parte restante de ese período de 12 meses serán gratuitos. Se trata de un límite de los gastos que corren a cargo del paciente, según el cual el desembolso propio total durante un período de 12 meses no superará las 1 800 SEK. Dentro de ese límite se incluyen también los artículos de consumo prescritos por el médico necesarios después de una operación. Los artículos de consumo necesarios para la administración de medicamentos son gratuitos.

Corre enteramente a cargo del paciente la adquisición de medicamentos sin receta, así como los medicamentos no cubiertos por el régimen del seguro.

Algunos productos dietéticos destinados a niños menores de 16 años, por ejemplo en caso de alergia al gluten, pueden obtenerse a precio reducido.

Las cuotas pagadas por gastos farmacéuticos constituyen una contribución propia y no son reembolsables.

- **Limitación de costes**

Si ha pagado costes de tratamiento relacionados, entre otros, con la asistencia sanitaria o médica ambulatorias, hasta un máximo de 900 SEK en total, durante el resto del período de 12 meses que

comienza a contarse desde la fecha del primer desembolso, la asistencia que se le preste será gratuita. Si usted ha comprado medicamentos por un importe total de 1 800 SEK en un período de 12 meses, se le entregará una tarjeta de franquicia para los medicamentos equivalente a la tarjeta de franquicia para la asistencia sanitaria o médica.

● **Tratamiento odontológico**

Si usted precisa un tratamiento odontológico, puede consultar a un dentista o a un higienista dental privado, o bien dirigirse al servicio odontológico regional o municipal.

Desde el 1 de enero de 1999 existe una ayuda para el tratamiento odontológico que cubre a todas las personas desde el año que cumplen los 20 años de edad. Los niños y los jóvenes tienen derecho a asistencia odontológica gratuita.

La caja del seguro reembolsa al profesional los gastos de la asistencia odontológica por cada tratamiento en forma de un importe a tanto alzado. Sólo se paga la ayuda para el reconocimiento odontológico si el paciente cumple como máximo 29 años el año en que tiene lugar el tratamiento. Por las prótesis y ortodoncias sólo se paga, en general, la diferencia entre la prestación a tanto alzado y un importe de carencia de 3 500 SEK. La diferencia entre el precio del tratamiento efectuado por el profesional y el reembolso a tanto alzado corre a cargo del paciente.

El precio que paga el paciente por los diferentes tratamientos puede variar en función de la libertad de precios que existe para la asistencia odontológica, lo que implica que los profesionales (por ejemplo, los dentistas, los higienistas dentales u otros miembros de profesiones liberales) deciden ellos mismos el precio que pagará el paciente por el tratamiento.

Los gastos de la asistencia odontológica solamente se reembolsan al profesional por los tratamientos efectuados por un dentista o un higienista dental autorizado que no haya cumplido 65 años de edad. El 1 de septiembre de 2001 se elevó este límite de edad hasta los 67 años.

B. PRESTACIONES EN METÁLICO EN CASO DE ENFERMEDAD

Se prevé un subsidio de enfermedad o, en su caso, un salario de enfermedad para compensar la pérdida de ingresos en caso de incapacidad para trabajar como resultado de una enfermedad.

Si se debe renunciar a la actividad profesional por ser portador de una enfermedad contagiosa, sin padecer la enfermedad, o si se padece una enfermedad contagiosa que no suponga sin embargo incapacidad para trabajar, puede perci-

birse un subsidio por ser portador de gérmenes en lugar del subsidio de enfermedad.

En principio, un trabajador asalariado incapacitado para trabajar como resultado de una enfermedad tiene derecho a un subsidio de enfermedad que correrá a cargo del empresario durante los 14 primeros días. Si el período de enfermedad se prolonga más de 14 días, el pago del subsidio a partir de ese momento correrá a cargo de la caja del seguro.

Los desempleados inscritos como solicitantes de empleo en la oficina de empleo y los trabajadores autónomos perciben por lo general un subsidio de enfermedad de la caja del seguro a partir del comienzo del período de enfermedad. En ciertos casos, los estudiantes pueden obtener asimismo un subsidio en caso de enfermedad.

No existe ningún límite formal al período durante el cual puede cobrarse el subsidio de enfermedad, salvo en caso de enfermedad de larga duración, en el que el subsidio puede ser sustituido por una asignación por enfermedad de larga duración o una pensión de invalidez (véase la sección 4).

● **Condiciones requeridas**

Para percibir el subsidio de enfermedad, no se exige un nivel mínimo de ingresos. No obstante, las personas empleadas por un período inferior a 1 mes deben haber entrado en funciones y haber trabajado al menos 14 días para tener derecho al subsidio de enfermedad.

Para poder recibir el subsidio de enfermedad, es preciso tener unos ingresos profesionales que equivalgan como mínimo al 24 % del índice de precios básico en vigor.

Para tener derecho al subsidio de enfermedad, la capacidad para trabajar deberá verse reducida al menos en un cuarto a causa de enfermedad.

● **Cuantía del subsidio**

En caso de enfermedad, no se paga ningún subsidio el primer día, que se considera período de carencia. Esto se aplica tanto en el caso de subsidios de enfermedad pagados por el empresario como en el de los subsidios que corren a cargo de la caja del seguro.

La cuantía del salario de enfermedad se calcula en función del salario que se hubiera cobrado en caso de no estar enfermo y representa un 80 % de este salario.

La cuantía del subsidio de enfermedad se calcula sobre la base de los ingresos que dan derecho al subsidio de enfermedad, es decir, los ingresos anuales procedentes de una actividad profesional ejercida como trabajador autónomo durante un período de al menos 6 meses consecutivos o de un trabajo estacional regular o de otra naturaleza. Sin

embargo, los ingresos que dan derecho al subsidio de enfermedad se limitan a un nivel máximo anual fijo. Si los ingresos exceden la cantidad de 276 700 SEK al año, no se tienen en cuenta los ingresos por encima de dicha cifra. El subsidio de enfermedad se paga hasta un determinado límite que equivale, como máximo, al 80 % de los ingresos que dan derecho al subsidio de enfermedad.

Estos ingresos deben declararse a la caja del seguro en el momento de presentar la solicitud para obtener el subsidio.

El subsidio puede pagarse completo, o bien el 75 %, el 50 % o el 25 % del mismo, en función de la duración del período durante el cual el interesado debe cesar toda actividad profesional por enfermedad.

● **Declaración de enfermedad**

Los trabajadores asalariados que tengan derecho al subsidio de enfermedad deberán declarar la enfermedad a los empresarios a partir del primer día de ésta. Los trabajadores autónomos que tengan derecho al subsidio de enfermedad deberán hacer la declaración de enfermedad en la caja del seguro.

Deberá presentarse una certificación por escrito en la cual se acredite la incapacidad de trabajar por motivo de enfermedad. Si se percibe el subsidio de enfermedad, deberá presentarse este certificado al empresario. El certificado deberá presentarse a la caja del seguro si corre a su cargo el pago del subsidio de enfermedad.

A partir del séptimo día después de la fecha en que se presentó la declaración de enfermedad, se deberá acreditar mediante un certificado médico la incapacidad de trabajar por motivo de enfermedad.

Cuando un trabajador asalariado con derecho al subsidio de enfermedad esté enfermo durante más de 14 días, el empresario debe presentar una declaración de enfermedad a la caja del seguro el decimoquinto día.

● **Declaración de reincorporación al trabajo**

Se presentará al empresario la declaración de reincorporación al trabajo si el subsidio de enfermedad corre a cargo del empresario. Si el período de enfermedad se prolonga durante más de 14 días, la declaración de reincorporación al trabajo debe hacerse ante la caja del seguro.

Si el subsidio de enfermedad corre a cargo de la caja del seguro desde el principio del período de enfermedad, la declaración de reincorporación al trabajo debe hacerse ante dicha caja.

● **Viajes al extranjero**

Por regla general, no se percibe el subsidio de enfermedad en caso de estancia en el extranjero. No obstante, en determinados casos, la caja del seguro puede conceder esta prestación. No se requiere sin embargo que el viaje impida la curación o suponga un agravamiento de la enfermedad. Es necesario ponerse en contacto cuanto antes con la caja del seguro para comprobar si se puede conservar el derecho al subsidio de enfermedad durante la estancia en el extranjero.

No existe este tipo de limitación para el subsidio de enfermedad.

● **Seguro voluntario de subsidio de enfermedad**

Si no se tiene derecho al subsidio de enfermedad o si el subsidio de enfermedad por el cual se está asegurado es inferior a un determinado importe fijo, se puede suscribir un seguro voluntario de enfermedad.

C. READAPTACIÓN

En ocasiones, para permitir que las personas incapacitadas para ejercer una actividad profesional a causa de enfermedad puedan reincorporarse a la vida activa, es preciso prever medidas específicas de readaptación. Corresponde a distintos organismos de tutela y autoridades públicas la responsabilidad por los distintos tipos de medidas que pueden resultar necesarias. La caja del seguro coordina las medidas de readaptación que considera necesarias para las personas incapacitadas para el trabajo, y puede igualmente pagar un subsidio para compensar la pérdida de ingresos durante el período de readaptación.

En primer lugar, corresponde al empresario la responsabilidad por las distintas medidas de readaptación que pueden resultar necesarias para permitir la reincorporación al trabajo del trabajador asalariado. El empresario está obligado a fijar, en concertación con el asalariado, las medidas de readaptación necesarias si este último:

- se ausentó por enfermedad durante más de 4 semanas consecutivas;
- se ausentó a menudo durante períodos cortos;
- lo solicita personalmente.

Una persona que se encuentre de baja por enfermedad puede, a iniciativa propia, solicitar a la caja del seguro que ponga en práctica medidas de readaptación con el fin de permitir la reanudación de su actividad profesional. La caja del seguro está obligada igualmente a prever medidas de readaptación cuando dichas medidas resulten necesarias, por ejemplo poniéndose en

contacto con el empresario de las personas incapacitadas para trabajar o con un instituto de terapia ocupacional.

El trabajador asalariado que se encuentre de baja por enfermedad de más de 4 semanas debe presentar a la caja del seguro un certificado de enfermedad especial, en el que el médico debe describir las medidas de readaptación que considere necesarias y pronunciarse sobre la previsible prolongación de la baja por enfermedad.

● **Subsidio a lo largo del período de readaptación**

Durante el período de readaptación, la caja del seguro paga un subsidio en forma de subsidio de readaptación.

Puede pagarse un subsidio de readaptación a la persona que se somete a medidas de readaptación profesional. Este subsidio consta de dos partes. La primera es un subsidio de readaptación destinado a cubrir la pérdida de ingresos por someterse a medidas de readaptación. Desde 1996, el subsidio de readaptación tiene un importe equivalente al subsidio de enfermedad. La segunda parte del subsidio consiste en una asignación especial destinada a cubrir los gastos específicos contraídos a raíz de las medidas de readaptación.

3. Accidentes de trabajo y enfermedades profesionales

Se consideran lesiones profesionales los daños provocados por accidentes o por cualquier otra causa que tenga efectos nocivos en el trabajo, así como los daños sufridos en el trayecto directo al trabajo y las enfermedades profesionales causadas por factores nocivos que actúan en el entorno laboral.

Para que un factor que actúa en el entorno laboral pueda considerarse nocivo y en consecuencia susceptible de causar una enfermedad profesional, es necesario que se reconozca que es altamente probable que este factor puede causar la enfermedad en cuestión. Como ejemplo de factores presentes en el lugar de trabajo y que pueden causar enfermedades profesionales se pueden citar el ruido, las vibraciones o sacudidas, los trabajos monótonos o que requieran grandes esfuerzos físicos y diversas sustancias químicas.

Ciertas enfermedades contagiosas pueden considerarse como lesiones profesionales si fueron contraídas por una infección debida al trabajo en un laboratorio, un centro hospitalario u otro similar, tales como la ictericia y las infecciones hospitalarias.

● **Condiciones requeridas**

Pueden acogerse al seguro de accidente y enfermedad profesional todas las personas que ejercen un trabajo fijo o temporal. Este seguro cubre a los trabajadores asalariados, autónomos y contratados. También están cubiertos los estudiantes si su formación presenta riesgos específicos.

Para que un daño se reconozca como lesión profesional, es necesario por una parte determinar que la persona fue víctima de un accidente de trabajo o que se expuso a un efecto nocivo y, por otra, fundamentar con argumentos razonables la relación entre el daño y el accidente o el factor nocivo.

● **Prestaciones y cuantía de los subsidios**

Las prestaciones ofrecidas son las siguientes:

- subsidio de enfermedad;
- asistencia médica;
- readaptación;
- subsidio destinado a prevenir el daño;
- ingresos;
- asignación por defunción.

La indemnización de enfermedad se paga en las mismas condiciones y hasta un total equivalente a la cuantía en caso de cualquier otra enfermedad (véase la sección 2).

Se ofrece igualmente asistencia médica en las mismas condiciones aplicables a cualquier otra enfermedad (véase la sección 2). Por otro lado, se reembolsarán todos los gastos contraídos a raíz de lesiones profesionales en forma de tratamiento hospitalario en el extranjero, asistencia odontológica y accesorios concretos (por ejemplo muletas y prótesis), a condición de que el asegurado haya sido tratado por un médico, un odontólogo u otro profesional sanitario del sector público o afiliado al régimen general del seguro.

Las personas que a raíz de una lesión profesional estén incapacitadas para realizar las actividades que llevaban a cabo con anterioridad podrán acogerse a medidas de readaptación al objeto de reincorporarse al trabajo. Durante el período de readaptación (que, por regla general, no es superior a 1 año) puede concederse un subsidio de readaptación en las mismas condiciones y hasta por una suma equivalente a la que se percibiría por cualquier otra enfermedad (véase la sección 2).

Si debe ausentarse de su trabajo habitual durante un determinado tiempo para prevenir una lesión profesional o impedir la agravación de una lesión, puede obtener un subsidio durante ese período.

Si a raíz de una lesión profesional sufre una reducción permanente de su capacidad profesio-

nal, tiene derecho a una renta que cubra la posible pérdida de ingresos ocasionada por la lesión sufrida. Para calcular el importe de la renta, se comparan los ingresos que hubiera percibido si no hubiera sufrido la lesión y los ingresos que puede percibir a pesar de la lesión. La diferencia entre estas dos sumas constituye el importe de la renta, que puede ser temporal o definitiva.

En caso de fallecimiento ocasionado por una lesión profesional, se concede una asignación para el sepelio. La renta puede pagarse asimismo al cónyuge superviviente.

4. Prestaciones en caso de invalidez

A. PENSIÓN DE INVALIDEZ

Las personas de entre 16 y 65 años de edad cuya capacidad profesional se vea reducida de manera permanente al menos en un 25 % por una enfermedad o como consecuencia de cualquier otra reducción de sus capacidades físicas o psíquicas, pueden obtener una pensión de invalidez.

Si la reducción de la capacidad de trabajo no es permanente pero cabe pensar que persistirá al menos durante 1 año, se puede percibir una asignación de enfermedad de larga duración en lugar de la pensión de invalidez. La cuantía de la asignación de enfermedad de larga duración equivale a la de la pensión de invalidez, pero su duración es limitada.

En función del grado de incapacidad, la pensión de invalidez se concede completa, en un 75 %, un 50 % o un 25 % de la cuantía de la misma.

A partir de 2003, las normas relativas a la pensión de invalidez se adaptarán al régimen reformado de pensiones de vejez.

● Condiciones de concesión y tipos de prestación

Al igual que la pensión de vejez, la pensión de invalidez consta de dos partes: la pensión básica y la pensión complementaria (ATP). Las reglas para calcular el importe de la pensión son *grosso modo* idénticas a las aplicables a la pensión de vejez (véase la sección 5). No obstante, se aplican algunas reglas específicas para calcular el importe de esta pensión.

Para el cálculo de la pensión de invalidez en forma de pensión básica, se puede tener en cuenta, además del tiempo de residencia efectiva en Suecia, el tiempo de residencia futura, lo que significa que se pueden contabilizar los años de residencia a partir del año de apertura del derecho a pensión hasta el momento en que se alcance la edad de 64 años. Para que se consideren tales

períodos de residencia futura debe haberse residido en Suecia durante un determinado tiempo entre los 16 años de edad y el año anterior a la apertura del derecho a pensión. Por apertura del derecho a pensión se entiende el momento en el que la capacidad de trabajo se reduce al menos en un 25 %, dándose por supuesto que este estado debería persistir durante al menos 1 año.

Para el cálculo de la pensión de invalidez en forma de pensión complementaria (ATP) se tiene en cuenta, en general, no sólo el derecho a pensión efectivamente adquirido, sino también un derecho futuro a pensión, el cálculo hipotético del derecho, basado en la actividad profesional que se hubiera podido ejercer durante los años comprendidos entre el momento de la concesión de la pensión de invalidez y el momento en que se cumplan 64 años.

La pensión de invalidez en forma de pensión básica y de pensión complementaria se calcula de la misma manera que la pensión de vejez (véase la sección 5), con la única diferencia de que la persona que no tiene derecho a la pensión complementaria (ATP) o que sólo tiene derecho a una pensión complementaria de escasa cuantía puede obtener un complemento de pensión superior al concedido al titular de la pensión de vejez.

B. SUBSIDIO DE DISCAPACIDAD

Otra prestación que puede ofrecerse en caso de reducción permanente de la capacidad funcional es el subsidio de discapacidad.

El subsidio de discapacidad puede cobrarse junto con la pensión de invalidez o la asignación de larga enfermedad o como prestación independiente. El subsidio de discapacidad que se paga como prestación independiente, es decir, a personas que no perciben la pensión de invalidez o la asignación de larga enfermedad, sólo puede pagarse a las personas que residen de forma permanente en Suecia.

Para tener derecho al subsidio de discapacidad, deben tenerse como mínimo 16 años de edad y debe sufrirse, antes de los 65 años de edad, una reducción de las capacidades funcionales durante al menos 1 año, de forma que:

- sea necesario, durante una gran parte del tiempo, recurrir a la ayuda de otra persona en el marco de la vida diaria;
- sea necesario recurrir, de forma permanente, a la ayuda de otra persona para poder ejercer una actividad profesional o estudiar;
- la discapacidad suponga afrontar, actualmente o en un futuro próximo, gastos extraordinarios considerables.

Para fijar la cuantía del subsidio de discapacidad, se tiene en cuenta la situación general de la

persona afectada, así como las distintas ayudas que necesita y los gastos extraordinarios contraídos. El subsidio de discapacidad asciende a un importe máximo de 2 122 SEK al mes.

C. ASIGNACIÓN POR CUIDADOS A HIJOS CON DISCAPACIDAD

Los padres que se ocupen de un hijo enfermo o con discapacidad en el domicilio familiar tienen derecho a una asignación por cuidados si el hijo tiene necesidad de vigilancia y cuidados específicos durante al menos 6 meses. Para poder recibir esta prestación, deben residir en Suecia de manera permanente.

Esta asignación por cuidados constituye un subsidio destinado a cubrir los esfuerzos particulares que deben desplegar el padre o la madre afectados y los gastos extraordinarios que deben afrontar a causa de la enfermedad o de la invalidez. La cuantía de la asignación por cuidados se calcula teniendo en cuenta los cuidados necesarios y los gastos extraordinarios. Esta asignación puede pagarse completa, en un 75 %, un 50 % o un 25 %. La asignación completa asciende a 7 688 SEK al mes.

D. ASIGNACIÓN POR VEHÍCULO PARTICULAR

Las personas con discapacidad y los padres de hijos con discapacidad menores de 18 años tienen derecho a una asignación para la adquisición de un automóvil, de una motocicleta o de un ciclomotor y/o para adaptar estos medios de transporte a las necesidades de la persona con discapacidad. Para obtener esta ayuda, es necesario que la persona con discapacidad experimente dificultades importantes para desplazarse por sí misma o para utilizar los medios de transporte públicos. Esta ayuda sólo puede renovarse cada 7 años.

5. Pensiones de vejez

A. PENSIÓN DE VEJEZ

Desde el 1 de enero de 1999, Suecia posee un nuevo régimen de pensiones de vejez, que se gestiona paralelamente al antiguo sistema.

Las personas nacidas en 1937 y en años anteriores están íntegramente cubiertas por el antiguo régimen.

Las personas nacidas entre 1938 y 1953 están cubiertas en parte por el antiguo régimen y en parte por el nuevo. El año de nacimiento determina el grado de protección que corresponde al antiguo y al nuevo régimen respectivamente.

Las personas nacidas en 1954 y años posteriores están íntegramente cubiertas por el nuevo régimen.

B. EL ANTIGUO RÉGIMEN DE PENSIONES

El antiguo régimen se compone de la pensión básica y de la pensión complementaria (ATP). En este régimen, la edad de jubilación es de 65 años, tanto para los hombres como para las mujeres. El beneficiario que lo desee puede liquidar su pensión de manera anticipada o bien aplazarla.

● **Pensión básica**

Las personas residentes en Suecia desde al menos 3 años o que perciben ingresos que dan derecho a la pensión complementaria ATP (véase más abajo) desde al menos 3 años tienen derecho a la pensión básica, con independencia de su nacionalidad. Para tener derecho a una pensión básica completa es necesario haber residido en Suecia durante 40 años o haber adquirido derechos a pensión complementaria durante 30 años. Para las personas que acrediten menos de 40 años de residencia o de 30 años de derecho a pensión, la pensión básica se reduce respectivamente en una cuadragésima o en una trigésima parte por cada año que falta. La duración del período de residencia y de percepción de los ingresos que dan derecho a pensión pueden tenerse en cuenta a partir del momento en que se cumplen 16 años de edad y hasta que se cumplen 64 años de edad. El importe máximo de la pensión básica es de 2 952 SEK al mes.

Las personas nacionales de un país de la Unión Europea o del Espacio Económico Europeo que se trasladan de Suecia a otro país de la UE o el EEE tienen derecho a una pensión básica con el mismo importe que si fueran residentes en Suecia. Un nacional sueco que decida residir fuera de la UE o el EEE tiene derecho a una pensión básica que está en función del número de años durante los cuales el interesado ha percibido ingresos que dan derecho a pensión, y la situación es la misma para los nacionales de los países con los que Suecia ha celebrado un convenio en materia de pensiones.

● **Pensión complementaria (ATP)**

Las personas que tengan ingresos profesionales superiores al índice de precios básico realzado, que es actualmente de 37 700 SEK, pueden recibir una pensión complementaria (ATP). Este índice de precios básico es una cantidad que fija el Gobierno por un período de tiempo de 1 año en función del índice general de precios. Los ingresos que dan derecho a pensión pueden tenerse en cuenta entre los 16 y los 64 años de edad. En los ingresos que dan derecho a pensión se tienen en cuenta a la vez los ingresos por la actividad

profesional y las prestaciones de la Seguridad Social, como el subsidio de enfermedad, el subsidio parental y la prestación por desempleo.

Para poder recibir una pensión complementaria, es necesario haber percibido ingresos que den derecho a pensión durante al menos 3 años. Para percibir una pensión complementaria completa, es necesario haber adquirido derechos a pensión durante al menos 30 años. La cuantía de la pensión complementaria se calcula sobre la base de la media de los ingresos que dan derecho a pensión durante los 15 años de ingresos más elevados. La pensión complementaria puede ascender a un importe máximo de 11 993 SEK al mes.

● Complemento de pensión

Los pensionistas que no perciben pensión complementaria o perciben una pensión complementaria de escasa cuantía pueden cobrar un complemento de la pensión básica, por un importe máximo de 1 750 SEK al mes.

Puede concederse un complemento de pensión especial a las personas que renunciaron a su actividad profesional durante al menos 6 años para ocuparse de un hijo enfermo o con discapacidad. Sólo pueden tenerse en cuenta hasta un máximo de 15 años de cuidados para tener derecho al complemento de pensión especial.

Las personas con bajos ingresos pueden tener derecho al subsidio de vivienda para titulares de pensiones (BTP). La cuantía de este subsidio se calcula en función de los ingresos del titular de la pensión y de los costes de la vivienda.

Las mujeres nacidas en 1934 o antes cuyos maridos sean titulares de una pensión básica en forma de pensión de vejez o de pensión de invalidez, o que reciban un subsidio por enfermedad de larga duración, pueden cobrar un complemento por cónyuge a cargo, aunque esta prestación se está suprimiendo gradualmente.

C. EL NUEVO RÉGIMEN DE PENSIONES

El nuevo régimen está compuesto por una pensión de jubilación por ingresos en forma de una pensión por ingresos y una pensión por capitalización, y por una pensión mínima garantizada.

La pensión por ingresos se basará en los ingresos percibidos durante toda la vida profesional. Como ocurre actualmente, se establecerá un límite máximo a los ingresos que dan derecho a pensión.

Se fijará un nivel de garantía en forma de pensión mínima garantizada para las personas que no hayan percibido ingresos que den derecho a pensión o cuya pensión, en función de los derechos adquiridos, sea de escasa cuantía.

La pensión por ingresos no podrá liquidarse antes de los 61 años de edad, pero cuanto más tarde se empiece a percibir, más elevada será la pensión anual. Esto se explica, por una parte, por el hecho de que la pensión podrá basarse en ese caso en una mayor cantidad de ingresos que dan derecho a pensión y, por otra, por el hecho de que la pensión percibida a una edad más avanzada sólo se pagará durante un número menor de años.

La pensión mínima garantizada solamente podrá liquidarse a partir de los 65 años de edad.

El primer pago de una pensión por ingresos con el nuevo sistema tuvo lugar en enero de 2001.

El método de indización de los derechos a pensión adquiridos y de las pensiones fijadas según el coste de la vida será diferente del previsto en el marco del nuevo régimen, teniendo en cuenta especialmente la evolución de los salarios.

D. PENSIÓN PARCIAL

Las personas entre 61 y 64 años que ejercen una actividad profesional pueden, en determinadas condiciones, recibir una pensión parcial si reducen su tiempo de trabajo.

La pensión parcial representa un 55 % de la diferencia entre los ingresos percibidos antes de la reducción del tiempo de trabajo y los percibidos después.

El régimen de pensión parcial desapareció con la introducción del nuevo régimen de pensión de vejez. A partir de 2000 no se concedieron más pensiones parciales.

6. Pensión de supervivencia

La pensión de supervivencia ofrece las siguientes prestaciones:

- pensión de orfandad;
- pensión de adaptación;
- pensión de supervivencia especial;
- pensión de viudedad en aplicación de las disposiciones antiguas.

Los supervivientes residentes en Suecia tienen derecho a una pensión de supervivencia en forma de pensión básica, a condición de que la persona fallecida haya residido en Suecia durante al menos 3 años o haya percibido, durante 3 años, ingresos que den derecho a pensión complementaria (véase la sección 5).

Puede concederse una pensión de supervivencia en forma de pensión complementaria (ATP) si la persona fallecida percibió ingresos que dan derecho a pensión durante al menos 3 años.

A partir del 1 de enero de 2003, las normas relativas a la pensión de supervivencia se adaptarán al régimen reformado de pensiones de vejez,

que estará compuesto tanto por prestaciones en función de los ingresos como por pensiones garantizadas.

A. PENSIÓN DE ORFANDAD

Los hijos menores de 18 años tienen derecho a una pensión de orfandad en caso de fallecimiento de uno o de ambos padres.

Puede concederse una pensión de orfandad prolongada a los hijos entre 18 y 20 años que asisten a una escuela de enseñanza primaria o a un centro de enseñanza secundaria.

● **Cuantía de la pensión de orfandad**

La pensión de orfandad, que es una pensión básica, se paga si uno de los padres, o ambos, han fallecido. Si el padre fallecido no había adquirido derecho a pensión completa, la pensión de orfandad se reduce de forma proporcional al número de años que faltan para tener derecho a la pensión completa. La cuantía mínima es de 764 SEK al mes.

Para cobrar una pensión de orfandad en forma de pensión complementaria (ATP), es necesario que el(los) padre(s) fallecido(s) haya(n) percibido una pensión complementaria o podido tener derecho a dicha pensión. La pensión de orfandad en forma de pensión complementaria asciende al 30 % del importe de la pensión del padre fallecido. Si varios hijos tienen derecho a la pensión, se incrementa el importe en un 20 % por cada hijo más. La suma total se distribuye equitativamente entre los hijos.

No se puede percibir una pensión de supervivencia en forma de pensión complementaria por una suma total superior a la que corresponde a la pensión que cobraba la persona fallecida.

En el régimen reformado, la pensión de orfandad corresponde al 35 % de la base de la pensión de supervivencia de la persona fallecida si el hijo es menor de 12 años. Para los hijos de 12 a 18 años, la pensión de orfandad asciende al 30 % de esa base.

B. PENSIÓN DE ADAPTACIÓN

Para percibir una pensión de supervivencia en forma de pensión de adaptación de conformidad con el régimen básico y el régimen complementario, el superviviente (hombre o mujer) no debe haber alcanzado la edad de 65 años y debía vivir permanentemente con el fallecido en el momento del fallecimiento y, además:

- debía vivir permanentemente, en el momento del fallecimiento, con un hijo de menos de 12 años del que se ocupara uno de los cónyuges, o

- debía vivir con el cónyuge desde un período ininterrumpido de al menos 5 años en el momento del fallecimiento.

La pensión de adaptación se paga durante 6 meses. En el régimen reformado, a partir de 2003 se pagará la pensión de adaptación durante 10 meses. Si se tienen hijos de 12 a 18 años, el pago se efectuará durante 22 meses.

Al vencimiento de la duración normal del derecho a la pensión de adaptación, el cónyuge superviviente que se ocupe de un hijo de 12 años que vive en su domicilio con carácter permanente desde el fallecimiento puede obtener una pensión de adaptación prolongada. La pensión de adaptación prolongada sólo puede pagarse hasta el mes en que el hijo más joven alcanza los 12 años de edad.

● **Cuantía de la pensión de adaptación**

La pensión de adaptación en forma de pensión básica se paga hasta un total equivalente a la cuantía de la pensión de vejez de un titular de pensión que viviera solo si el fallecido tenía derecho a la pensión completa.

La pensión de adaptación en forma de pensión complementaria (ATP) se paga hasta un total equivalente al 20 % de la pensión del cónyuge fallecido si existe un hijo que tiene derecho a la pensión de orfandad y, en caso contrario, hasta un total equivalente al 40 % de la pensión del cónyuge fallecido.

En el régimen reformado, la pensión de adaptación equivale al 55 % de la base de la pensión de supervivencia. Además, como complemento se puede cobrar una pensión garantizada.

C. PENSIÓN DE SUPERVIVENCIA ESPECIAL

Si al vencimiento del derecho a la pensión de adaptación el cónyuge superviviente no puede subvenir a sus necesidades con su actividad profesional y no percibe pensión de vejez, puede tener derecho a una pensión de supervivencia especial.

Para poder percibir la pensión de supervivencia especial, es necesario que se encuentren reducidas al menos en un 25 % las posibilidades del superviviente de subvenir a sus necesidades con su actividad profesional propia desde la muerte del cónyuge y que esta reducción sea causada por dificultades de incorporación al mercado del trabajo, deterioro del estado de salud u otra causa comparable.

A partir del 1 de enero de 2003 no se concederán más pensiones de supervivencia especiales. No obstante, quienes en ese momento la estén cobrando podrán conservarla.

D. PENSIÓN DE VIUDEDAD EN APLICACIÓN DE LAS ANTIGUAS DISPOSICIONES

Antes de 1990, la pensión de supervivencia se regulaba con arreglo a otras normas. Entre otras cosas, los hombres no tenían derecho a la pensión de supervivencia. Antes de la entrada en vigor de las nuevas disposiciones en materia de pensión de supervivencia se establecieron disposiciones transitorias que prevén, para las mujeres de mediana edad, el derecho a percibir una pensión de viudedad en aplicación de las antiguas disposiciones en materia de pensión de viudedad, las cuales resultan, en ciertos aspectos, más favorables.

7. Seguro de desempleo

El seguro de desempleo es gestionado por las cajas del seguro de desempleo, que cubren diferentes ámbitos de actividad (profesiones, sectores, etc.). El seguro cubre esencialmente a los trabajadores por cuenta ajena, aunque, actualmente, algunas cajas aceptan también trabajadores autónomos. La prestación por desempleo se basa en los ingresos o en el importe de base.

La parte de la prestación por desempleo que se basa en los ingresos se paga a las personas que se afilian voluntariamente a una caja del seguro de desempleo. Para tener derecho a afiliarse, deben haberse trabajado como mínimo 4 semanas en un período ininterrumpido de 5 semanas. Por término medio, deben haberse trabajado como mínimo 17 horas por semana y haberse mantenido posteriormente, como mínimo, ese mismo tiempo de trabajo.

La caja del seguro de desempleo a la que se está afiliado es la que abona la prestación por desempleo. Si se trata de personas que no están afiliadas a ninguna de estas cajas, la caja ALFA paga el importe de base.

Los ciudadanos de un Estado miembro no tienen necesidad de permiso de trabajo para trabajar en Suecia. Por el contrario, las personas que llegan a Suecia para trabajar o para buscar un empleo deben solicitar un permiso de estancia en el plazo de 3 meses. La solicitud del permiso de estancia debe presentarse a las autoridades locales de policía. Las personas que reciben una prestación por desempleo y que encuentran un trabajo, o que siguen desempleadas pero dejan de buscar empleo, deben presentar la declaración en la oficinas de empleo.

A. SEGURO DE DESEMPLEO

● Condiciones para la concesión de la prestación por desempleo

Si usted pierde su puesto de trabajo, tiene derecho, bajo determinadas condiciones, a una prestación por desempleo que puede ser una prestación basada en los ingresos o un importe de base.

Para poder percibir una prestación basada en los ingresos, debe cumplir las siguientes condiciones:

- haber estado afiliado durante 12 meses a una caja del seguro de desempleo (condición de afiliación);
- haber tenido, durante un período de referencia de 12 meses inmediatamente anterior al desempleo, una actividad remunerada de un mínimo de 6 meses de al menos 70 horas por mes de calendario, o haber tenido una actividad remunerada de como mínimo 450 horas durante un período ininterrumpido de 6 meses de calendario durante al menos 45 horas en cada uno de esos meses (condición de actividad).

Si usted no cumple la condición de afiliación, pero sí la de actividad, tiene derecho a un importe de base a partir del día en que cumpla 20 años de edad.

También puede tener derecho al importe de base si cumple la condición de estudiante, que implica que haya estado disponible en el mercado de trabajo como solicitante de empleo inscrito oficialmente, o que haya ejercido una actividad remunerada durante como mínimo 90 días de calendario durante un período de referencia de 10 meses, tras haber finalizado un período de formación a tiempo completo de como mínimo 1 año escolar o universitario y que dé derecho a ayudas sociales para estudiantes.

Las condiciones básicas para tener derecho tanto a la prestación basada en los ingresos como al importe de base son las siguientes:

- Carecer de empleo. Se considerarán normalmente desempleadas las personas que no ejercen ninguna actividad remunerada o actividad por cuenta propia. Para ser considerados desempleados, los trabajadores autónomos deben haber cesado su actividad o, dentro de determinados límites, deben haberlas interrumpido temporalmente. Sin embargo, las personas que ejercen una actividad remunerada algunos días o algunas horas por semana y están buscando otro trabajo, pueden ser consideradas desempleadas durante el resto de la semana y percibir una determinada prestación.
- Ser apto para el trabajo.
- Estar libre para aceptar un empleo.

- Estar inscrito como solicitante de empleo en una oficina pública de empleo.
- Estar dispuesto a aceptar un empleo adecuado.
- Cooperar con la oficina de empleo en la elaboración de un plan de acción individual.
- Buscar activamente un empleo adecuado.

● **Cuantía de la prestación**

Desde el 2 de julio de 2001, el importe de base es de 270 SEK al mes, proporcionalmente inferior para quienes hayan trabajado a tiempo parcial. La prestación basada en los ingresos equivale al 80 % de los que se obtenían antes de quedar en paro. Desde el 2 de julio de 2001, la prestación máxima asciende a 680 SEK diarias durante los primeros 100 días del período de cobro, y a 580 SEK durante el restante período de cobro de la prestación. A la prestación se le aplican las correspondientes deducciones si se percibe una pensión de vejez o contributiva. Los sábados y los domingos no cuentan para el pago de la prestación.

El período de cobro de la prestación es, como máximo, de 300 días. Este período comienza con un período de carencia de 5 días que, de lo contrario, darían derecho a la prestación. Si la persona asegurada encuentra trabajo antes de finalizar el período completo, puede tener derecho a los días restantes de ese período si vuelve a quedarse en paro, aunque entonces no cumpla las condiciones requeridas para percibir la prestación.

Si, al finalizar el período de 300 días, la persona desempleada vuelve a cumplir la condición de actividad, se le vuelve a conceder la prestación durante otro período máximo de 300 días. De lo contrario, debe invitarse a esta persona a participar en el programa de política de empleo consistente en una garantía de actividad, o bien prorrogar otros 300 días el período de cobro de la prestación, es decir, hasta 600 días.

● **Desempleo causado por culpa del asegurado**

Todo asegurado pierde su derecho al subsidio durante un determinado período de tiempo si:

- abandona su empleo por su propia voluntad y sin razón válida;
- es despedido debido a una conducta incorrecta.

La prestación diaria del asegurado se reduce durante un determinado período de tiempo si:

- se ha negado a aceptar un empleo adecuado;
- aun sin haber rechazado explícitamente un empleo adecuado, se ha comportado mani-

fiestamente de manera que no se le dé el puesto de trabajo propuesto.

● **Cómo se puede obtener el subsidio**

Si está desempleado deberá inscribirse cuanto antes como solicitante de empleo en una oficina de empleo, donde se le indicarán las formalidades para percibir la prestación por desempleo. Se le facilitarán asimismo algunos formularios, especialmente la declaración a la caja del seguro de desempleo, el certificado del empresario, que deberá cumplimentar su antiguo empresario, y una tarjeta de caja, en la que se indicará que usted está en paro. Estos certificados deberán enviarse a continuación a la caja del seguro de desempleo que le corresponda, que decidirá con respecto a la prestación por desempleo. Si no está de acuerdo con la decisión de la caja, puede solicitar una revisión de la misma. El siguiente paso será recurrir la decisión de la caja ante el tribunal administrativo provincial.

8. Prestaciones familiares

En Suecia se pagan ayudas familiares por los hijos que residen en el país. El subsidio por hijos no está supeditado a un control de los ingresos. Las familias con hijos a su cargo y las familias sin hijos pueden tener derecho al subsidio de vivienda, que consta de dos partes. La primera depende de los costes de la vivienda y sólo puede percibirse si se reside permanentemente en Suecia. La segunda parte, que se trata de continuación, es una asignación por los hijos que viven en el domicilio familiar. El subsidio de vivienda se concede en función de los ingresos. Puede asimismo concederse una ayuda de estudios especial por niños mayores de 16 años que realizan estudios a tiempo completo.

En caso de nacimiento o de adopción, puede cobrarse un subsidio parental, que permite coger un permiso para ocuparse de un hijo en el domicilio familiar durante períodos ininterrumpidos bastante prolongados. Por otro lado, las mujeres embarazadas tienen derecho, en determinados casos, a subsidios prenatales.

Si debe cogerse un permiso para ocuparse durante períodos breves de un hijo que esté, por ejemplo, enfermo, se pueden cobrar subsidios parentales temporales.

En los epígrafes siguientes se describen en detalle los subsidios prenatales y parentales.

A. AYUDAS FAMILIARES

● **Ayudas familiares generales**

Se conceden ayudas familiares desde el mes siguiente al nacimiento del hijo hasta el trimestre en que cumple 16 años de edad. Las ayudas

familiares se pagan automáticamente a la madre pero, en determinadas circunstancias, pueden pagarse al padre o a otra persona que tenga la custodia del niño.

- **Ayudas familiares prolongadas**

Se conceden ayudas familiares prolongadas por los hijos que han cumplido 16 años y asisten a la escuela primaria o a una escuela de tipo similar. Estas asignaciones se pagan hasta el final del mes en que el niño termina su escolaridad.

- **Complemento por familia numerosa**

El complemento por familia numerosa se paga de forma automática a las personas que perciben ayudas familiares por 3 hijos o más. Bajo determinadas condiciones, pueden también tenerse en cuenta para la concesión de este complemento a los hijos de más de 16 años que realizan estudios que dan derecho a ayudas familiares prolongadas o a la concesión de una ayuda de estudios. El complemento por familia numerosa se paga a más tardar hasta el final del segundo trimestre del año en que el hijo cumple los 20 años de edad.

- **Cuántía de la ayuda**

Desde enero de 2001, las ayudas familiares generales ascienden a 11 400 SEK por hijo al año, en pagos mensuales de 950 SEK. Las ayudas familiares prolongadas ascienden igualmente a 950 SEK al mes. El suplemento por familia numerosa asciende a 254 SEK al mes por el tercer hijo, 760 SEK por el cuarto y 950 SEK a partir del quinto hijo.

B. AYUDA DE ESTUDIOS

Se concede una ayuda de estudios para los jóvenes de edades comprendidas entre los 16 y los 20 años que realicen estudios escolares a tiempo completo, hasta un total equivalente al importe aplicable a las ayudas familiares prolongadas. Si el joven o los padres tienen escasos ingresos, puede concederse un complemento.

C. SUBSIDIO DE VIVIENDA PARA FAMILIAS CON HIJOS A CARGO

El subsidio de vivienda consiste en una ayuda concedida en función de los ingresos que se paga, entre otros casos, a las familias con hijos a su cargo. El subsidio de vivienda consta de dos partes. La primera es una ayuda especial por los hijos que viven en el domicilio familiar. El importe de esta ayuda se calcula en función de los ingresos y del número de hijos que viven en el domicilio familiar. La segunda parte es una ayuda por gastos de alojamiento, que sólo pueden cobrar las personas que residen permanentemente en Suecia.

- **Cómo puede obtenerse este subsidio**

Para obtener el subsidio de vivienda, es necesario dirigirse a la caja del seguro. En principio, la decisión adoptada por la caja de seguro es válida, pero solamente durante un máximo de 12 meses. Las personas casadas o que viven juntas deben presentar una solicitud común desde el momento en que se acumularon sus ingresos.

- **Cuántía del subsidio de vivienda**

El subsidio que se calcula únicamente en función del número de hijos se denomina «ayuda especial por hijos que viven en el domicilio familiar». Este subsidio, que se paga mensualmente, asciende a un máximo de 600 SEK para las familias que tienen 1 hijo, a un máximo de 900 SEK para las familias que tienen 2 hijos y a un máximo de 1 200 SEK para las familias que tienen 3 o más hijos.

D. PRESTACIONES POR NACIMIENTO DE HIJOS O ADOPCIÓN

- **Subsidios prenatales**

Las mujeres embarazadas tienen derecho a un subsidio prenatal cuando, debido a su embarazo, tengan que dejar de realizar un trabajo que requiera esfuerzos físicos considerables y no haya la posibilidad de que se les asignen tareas menos duras. El subsidio prenatal sólo puede cobrarse a partir del sexagésimo día anterior a la fecha prevista del parto.

Las mujeres tienen asimismo derecho a recibir un subsidio prenatal cuando no puedan llevar a cabo sus tareas profesionales debido a una prescripción que les prohíba el trabajo durante el embarazo y no puedan ser destinadas a otras tareas. El subsidio prenatal se paga por cada día de prohibición.

El subsidio prenatal se paga como máximo hasta el undécimo día, inclusive, anterior a la fecha prevista del parto, por una cuantía equivalente al subsidio de enfermedad que recibiría la mujer afectada.

- **Subsidios parentales**

Se entiende por subsidio parental el subsidio a que tienen derecho el padre o la madre a raíz del nacimiento o la adopción de un hijo.

El subsidio parental se abona durante un período ininterrumpido de 450 días por el nacimiento de un hijo. En caso de embarazo múltiple, el subsidio parental se cobra durante un período adicional de 180 días por cada hijo además del primero. El subsidio parental no debe necesariamente percibirse durante un período ininterrumpido, sino que puede distribuirse en varios períodos de tiempo hasta que el hijo haya alcanzado los 8 años de

edad o hasta el final de su primer año de escolaridad, si tiene en ese momento más de 8 años. Los padres adoptivos pueden percibir el subsidio parental durante un período de 8 años a partir del día en que se les confió el hijo. No se cobra este subsidio por hijos adoptivos de más de 10 años.

Cuando ambos padres asumen conjuntamente el cuidado del hijo, tienen derecho cada uno a la mitad del número total de días de subsidio parental. No obstante, cada uno de ellos puede renunciar en favor del otro a su derecho a días de subsidio parental, salvo un período de 30 días.

Si ambos padres asumen conjuntamente el cuidado del hijo pero uno de ellos no reúne los requisitos que dan derecho al subsidio parental, el otro tiene derecho al total de 450 días.

La madre tiene derecho a percibir el subsidio parental incluso antes del nacimiento del hijo, a partir del sexagésimo día anterior a la fecha prevista del parto. El padre y la madre pueden percibir simultáneamente el subsidio parental al objeto de participar en cursos de formación parental prenatal o perinatal.

A partir del nacimiento del hijo, cobrará el subsidio parental el padre o la madre que renuncie a su actividad profesional para ocuparse de él. No obstante, la madre tiene siempre derecho al subsidio parental hasta el vigesimonoveno día después del parto, aun cuando no asuma el cuidado del hijo.

Con el subsidio parental se garantiza un nivel mínimo, actualmente de 60 SEK al día. Esta prestación garantizada es un derecho basado en la residencia.

Durante 360 días, el pago de la prestación se efectúa según los ingresos de los padres, y durante 90 días equivale al nivel de garantía. Para tener derecho a los primeros 180 días de cobro del subsidio parental equivalente a la pérdida de ingresos se aplican unas normas especiales; los padres deben haber estado asegurados con derecho al subsidio de enfermedad, es decir, haber desempeñado una actividad remunerada, por un período mínimo ininterrumpido de 240 días antes del nacimiento del hijo.

El subsidio parental puede pagarse completo, en un 50 % o en un 25 %, según el grado en que el padre o la madre hayan renunciado a su actividad profesional.

Por otro lado, el padre tiene derecho a 10 días de subsidio por hijo con motivo del nacimiento o la adopción. Este subsidio no puede percibirse después del sexagésimo día posterior al día en que el niño dejó el hospital o en que los padres adoptivos acogieron a su hijo.

9. Otras informaciones

● Seguros sociales al margen del seguro de desempleo

Las cajas de seguros pueden facilitar información más detallada sobre las prestaciones que ofrece la Seguridad Social. Existen en Suecia 21 oficinas centrales y alrededor de 330 oficinas locales. Deberá dirigirse directamente, en primer lugar, a la Oficina Local de su lugar de residencia. Encontrará su dirección y número de teléfono en la guía telefónica.

La institución competente en materia de pensiones de las personas que residen en el extranjero es:

Stockholms läns allmänna försäkringskassa
Utlandskontoret
S-105 11 Stockholm
Tel. (46-8) 676 10 00
Fax (46-8) 676 19 30

Para las cuestiones relativas a las prestaciones de los marinos embarcados en buques mercantes suecos pero que no están afiliados a una caja de seguro sueca, la institución competente es:

Göteborgs allmänna försäkringskassa
Sjöfartskontoret
S-405 12 Göteborg
Tel. (46-31) 700 50 00
Fax (46-31) 700 52 49

Riksförsäkringsverket (RFV)
(organismo central de la Seguridad Social):

Riksförsäkringsverket
S-103 51 Stockholm
Tel. (46-8) 786 90 00
Fax (46-8) 411 27 89

● Seguro de desempleo

Para las cuestiones relativas al seguro de desempleo, deberá dirigirse en primer lugar a su caja del seguro de desempleo, a su oficina de empleo o a su organización sindical.

Arbetsmarknadsstyrelsen (AMS) es el organismo central responsable del seguro de desempleo y de las prestaciones por desempleo en metálico:

Arbetsmarknadsstyrelsen
Försäkringsenheten
S-113 99 Stockholm
Tel. (46-8) 586 060 00
Fax (46-8) 586 064 99

● Ayudas para estudiantes

Para las cuestiones relativas a las ayudas que se pagan a los estudiantes de entre 16 y 20 años de edad, es necesario dirigirse a las oficinas locales de la Comisión central de apoyo a los estudios

(CSN). Existen 24 oficinas locales. Encontrará su dirección y número de teléfono en la guía telefónica.

La CSN es la autoridad central responsable del sistema de apoyo a los estudios:

Centrala studiestödsnämnden
S-851 82 Sundsvall
Tel. (46-60) 18 60 00
Fax (46-60) 18 61 93

1. Introducción

El sistema de la Seguridad Social en el Reino Unido incluye:

- El régimen general de la Seguridad Social (*National Insurance Scheme*), que proporciona subsidios de enfermedad, de desempleo, de viudedad, jubilación, etc.; el derecho a estos subsidios se adquiere pagando cotizaciones a la Seguridad Social.
- El Servicio nacional de la Salud (*National Health Service*), que proporciona asistencia médica, odontológica y óptica y está por norma general a disposición de los habitantes de Gran Bretaña e Irlanda del Norte.
- El régimen de prestaciones familiares (*Child Benefit Scheme*), que paga los subsidios por hijos.
- Un régimen de prestaciones no contributivas que asiste a determinados grupos de personas con discapacidad o a quienes cuidan de ellas.

● **Cotizaciones al régimen general de la Seguridad Social**

Las cotizaciones al régimen general son de cinco clases diferentes:

- Como trabajador por cuenta ajena se pagarán cotizaciones primarias de la clase 1 si los ingresos superan el límite primario. Estas cotizaciones representan un determinado porcentaje sobre la diferencia entre los ingresos semanales y el límite máximo de ingresos, y serán deducidas de su remuneración. Si los ingresos son inferiores al límite primario pero superan el mínimo, deberá pagarse una contribución para proteger el derecho a prestaciones. Su empresario paga las cotizaciones secundarias de la clase 1 si sus ingresos superan el límite secundario; las cotizaciones de los trabajadores no se deducen del salario de los mismos, sino que son responsabilidad del empresario
- Si se trabaja por cuenta propia (autónomo) y los ingresos superan la denominada «excepción para los ingresos reducidos» (*small earnings exception*), se pagarán cotizaciones de la clase 2. Estas cotizaciones representan un importe fijo. Si los beneficios imponibles rebasan el nivel de la desgravación fiscal por ingresos personales, se deberán pagar además cotizaciones de la clase 4. Las cotizaciones de la clase 4 son recaudadas habitualmente por las autoridades fiscales y no cuentan a efectos de prestaciones.

- Las cotizaciones de la clase 3 son voluntarias y sólo se aplican a la pensión básica de jubilación y a las pensiones básicas de viudedad. Pueden ser pagadas por quien no está obligado a pagar cotizaciones de la clase 1, por los que están exonerados de las cotizaciones de la clase 2 o por aquellas personas cuyo historial de cotizaciones no es suficiente para tener derecho a las prestaciones arriba mencionadas. Las cotizaciones de la clase 3 representan una cuota fija.
- Existen normas especiales que afectan a determinados grupos de personas, como por ejemplo los trabajadores del mar y los aviadores.
- Si el interesado es empresario, es posible que tenga que pagar también cotizaciones de la clase 1 A, aplicables a la mayoría de prestaciones en especie, como, por ejemplo, al uso de vehículos de la empresa para fines privados, gasto de combustible para los mismos, etc.

En las delegaciones locales de las autoridades fiscales se facilitará más información y folletos descriptivos con la lista de las cuotas vigentes.

● **Créditos (cotizaciones ficticias)**

En determinadas circunstancias pueden acreditarse cotizaciones en su historial de seguros aunque usted no las haya pagado efectivamente. Así sucede, por ejemplo, en el caso de que padezca una incapacidad laboral a causa de una enfermedad, o cuando está en situación de desempleo. Las cotizaciones acreditadas pueden servirle para obtener determinadas prestaciones. No obstante, en la mayoría de los casos será necesario haber pagado realmente cierto número de cotizaciones para conseguir las prestaciones solicitadas.

Por regla general, en cuanto alcance la edad de 16 años, le asignarán automáticamente un número de afiliación al régimen general de la Seguridad Social. Si no ha recibido comunicación de ese número al iniciar su vida laboral, debe solicitarlo. Para este fin puede dirigirse a la delegación local del Ministerio de la Seguridad Social (*Social Security Office*), o bien, en Irlanda del Norte, a la delegación local de la Agencia de la Seguridad Social (*Social Security Agency*). Las señas de las delegaciones locales figuran en la guía telefónica; también puede pedir las en cualquier oficina de correos. Su empresa necesita el número para mantener al día el registro de cotizaciones pagadas en su nombre. También tendrá que indicar este número cada vez que se dirija por escrito al Ministerio (*Department of Social Secu-*

riety) o cuando solicite una prestación: esto ayudará a localizar su expediente y a proceder sin demora a los pagos.

- **Consideraciones generales acerca de las prestaciones**

Las prestaciones económicas (pagos) que le hagan bajo el régimen general de la Seguridad Social dependen de su historial de cotizaciones. Antes de tener derecho a un subsidio o pensión debe haber satisfecho un número determinado de cotizaciones. En cambio, el derecho a recibir asistencia médica, odontológica y óptica no depende de sus cotizaciones al régimen general. Los residentes en Gran Bretaña reciben asistencia sanitaria del Servicio nacional de Salud (*National Health Service*), y los residentes en Irlanda del Norte, del Servicio de Salud (*Health Service*).

Las cotizaciones necesarias para tener derecho a las prestaciones económicas por enfermedad, maternidad o desempleo se relacionan más adelante en los apartados B y C de la sección 2 y en la sección 7, respectivamente. El hecho de que haya cotizado en otros Estados miembros de la UE puede tenerse en cuenta para completar los períodos exigidos. El derecho a cobrar una pensión de vejez o de viudedad depende de su historial de seguros en todos los Estados miembros en los que haya trabajado.

Las cotizaciones de la clase 2 (véase el segundo guión de la página anterior) pueden servir para completar los períodos de cotización que se necesitan para obtener prestaciones económicas.

Es importante reclamar las prestaciones económicas cuanto antes en el momento en que se necesitan, pues cualquier retraso puede hacer perder el derecho a cobrarlas.

2. Enfermedad y maternidad

A. ASISTENCIA SANITARIA

Si trabaja por cuenta ajena o busca trabajo en el Reino Unido o si reside habitualmente en el país, el Servicio nacional de la Salud (*National Health Service*, NHS) le proporcionará, tanto a usted como a los familiares que vivan a su cargo, asistencia gratuita de un médico de cabecera y hospitalización gratuita si fuese necesario, sin que se le exija un historial determinado de cotizaciones al régimen general de la Seguridad Social. Normalmente tendrá que pagar cierta contribución al coste de los medicamentos recetados, de la asistencia odontológica y de algunas piezas ortopédicas (por ejemplo, pelucas y protectores textiles), aunque algunas personas están exentas del pago de algunas o de todas estas contribuciones. Sólo determinadas personas pueden beneficiarse de las pruebas de capacidad de visión y las

ayudas para los gastos vinculados a las gafas del Servicio Nacional de la Salud. La mayoría debe costear de forma privada los servicios oftalmológicos.

Encontrará folletos con las tarifas del NHS, en los que se explica quién tiene derecho a subvención de los gastos sanitarios, en la consulta de los médicos de cabecera, los odontólogos, los oftalmólogos y los farmacéuticos, en las oficinas de correos y en las delegaciones locales de la Seguridad Social. Casi todos los médicos de cabecera y ópticos, así como muchos odontólogos, tienen un convenio con el Servicio nacional de la Salud. Las Autoridades Sanitarias (*Health Authorities*) —Comités de salud (*Health Boards*) en Escocia; Agencia Central de Servicios (*Central Services Agency*) en Irlanda del Norte— le proporcionarán el nombre y la dirección de los médicos de cabecera, dentistas y oftalmólogos del NHS de su localidad, que también podrá encontrar en la mayor parte de bibliotecas públicas. Para averiguar el número de la Autoridad Sanitaria local (*Health Board*), se puede llamar al servicio gratuito de información sanitaria, teléfono 0800 66 55 44 (0800 22 44 88 en Escocia). El número de teléfono de la Agencia Central de Servicios en Irlanda del Norte es el (44-28) 90 32 44 31.

Si tiene 16 años de edad puede elegir a su médico de cabecera; póngase en contacto con el consultorio y pida al médico que le inscriba en su lista de pacientes del Servicio nacional de la Salud. Si el médico en cuestión acepta su solicitud, él mismo realizará los trámites necesarios para proporcionarle una tarjeta médica con su número NHS. Los médicos pueden rechazar aceptar pacientes en sus listas sin aducir ningún motivo. Puede cambiar de médico si él o usted cambian de residencia, o por motivos personales. Pida entonces a otro médico de cabecera de su elección que le incluya en su lista. En caso de urgencia, cualquier médico afiliado al Servicio nacional de la Salud le proporcionará tratamiento si no está disponible su propio médico de cabecera.

Puede elegir a su propio odontólogo u óptico afiliado al Servicio nacional de la Salud en cualquier momento en que lo necesite. Dado que los médicos, los odontólogos y los ópticos afiliados al Servicio nacional de la Salud tienen libertad para tratar también a pacientes privados y facturarles sus honorarios, debe asegurarse de que el médico elegido por usted en un momento determinado le facture la consulta como paciente acogido al Servicio nacional de la Salud. El Servicio nacional de la Salud no reembolsará los gastos derivados de tratamiento privado, que son responsabilidad del paciente.

Si le tienen que hospitalizar o ha de consultar a un especialista, su médico del Servicio nacional de

Salud hará de modo gratuito los trámites necesarios. En caso de urgencia, puede ser hospitalizado directamente.

- **Asistencia sanitaria en otro Estado miembro**

Si está asegurado en el Reino Unido y viaja o reside en otro Estado miembro de la UE, usted y sus familiares tendrán derecho a la asistencia sanitaria que proporciona el régimen de la Seguridad Social del país correspondiente. Si proyecta una estancia temporal (vacaciones, viaje de negocios, etc.) en otro Estado miembro, le conviene llevar consigo el formulario T6, que obtendrá en cualquier oficina de correos. Si decide vivir en el extranjero, solicite el formulario SA 29 en su delegación local de la Seguridad Social.

B. SUBSIDIOS DE ENFERMEDAD

- **Paga obligatoria de enfermedad (Statutory Sick Pay, SSP)**

La mayoría de las personas que trabajan por cuenta ajena tienen derecho a una paga obligatoria de enfermedad (SSP). La empresa está obligada a pagarla durante los períodos en que su empleado padece una incapacidad laboral causada por enfermedad si su remuneración semanal alcanza el mínimo a partir del cual deben abonarse cotizaciones de Seguridad Social (NIC). La SSP se paga en lugar del subsidio estatal de incapacidad. Este último no se obtiene durante el período en que la empresa está obligada a satisfacer la SSP, que es de 28 semanas como máximo dentro de un solo período de incapacidad laboral. No tendrá usted que presentar una solicitud formal para obtener la SSP, pero por regla general su empresa tendrá establecidas unas reglas acerca de cuándo y cómo debe notificar la enfermedad y qué clase de comprobantes necesita antes de concederle la SSP. Le conviene estar informado sobre dichas reglas, pues si no las cumple, puede perder una parte de la SSP. Si sigue estando enfermo cuando cesa la obligación de la empresa a concederle la SSP, tendrá que reclamar el pago de un subsidio estatal de incapacidad dirigiéndose al ministerio de la Seguridad Social (*Department of Social Security*, véase más abajo).

Hay personas que trabajan por cuenta ajena sin estar cubiertas por la obligación de la empresa al pago de la SSP, por ejemplo las que tienen más de 65 años de edad.

- **Subsidio estatal de incapacidad a corto plazo**

Si el interesado padece una incapacidad laboral debida a enfermedad o invalidez, puede solicitar un subsidio estatal a corto plazo siempre que su

enfermedad supere los 4 días y siempre que no tenga derecho al cobro de la SSP pagadera por su empresa. Por los primeros 3 días de incapacidad laboral no se cobra subsidio.

Las condiciones requeridas de cotización son las siguientes:

- haber pagado cotizaciones de la clase 1 o de la clase 2, o una combinación de ambas, equivalentes por lo menos a veinticinco veces el límite inferior de ingresos semanales (véase la sección 1) en cualquier ejercicio fiscal (a partir de abril de 2001 estas cotizaciones se deberán haber pagado en uno de los tres últimos ejercicios fiscales anteriores a la solicitud del subsidio); y
- haber pagado o tener acreditadas cotizaciones de la clase 1 o de la clase 2, o una combinación de ambas, equivalentes por lo menos a 50 veces el límite inferior de ingresos semanales, durante los dos ejercicios fiscales (6 de abril a 5 de abril) que terminaron antes del comienzo del año (el primer domingo de enero de un año hasta el sábado anterior al primer domingo de enero del año siguiente) en el cual se presenta la solicitud del subsidio. Por ejemplo, si se solicita un subsidio en junio de 2000, esta solicitud estará basada en las cotizaciones pagadas en los ejercicios fiscales situados entre el 6 de abril de 1997 y el 5 de abril del 1998, y entre el 6 de abril de 1998 y el 5 de abril de 1999.

En las delegaciones locales del Ministerio de la Seguridad Social se facilitarán folletos explicativos con exposición de las bases reguladoras aplicables.

Pueden contabilizarse los períodos de cotización, residencia y empleo completados en otros Estados miembros para ayudar a satisfacer las condiciones requeridas.

- **Incrementos por familiares a cargo**

El interesado puede solicitar un incremento del subsidio estatal de incapacidad a corto plazo por un adulto que viva a su cargo si tiene hijos a su cargo o si su cónyuge tiene 60 años o más. Si su cónyuge reside en otro Estado miembro debe adjuntar a su solicitud el formulario E 105, que obtendrá del organismo que administra el seguro de enfermedad en ese Estado miembro.

Puede solicitarse un incremento del subsidio estatal de incapacidad a corto plazo una vez transcurridas 28 semanas de enfermedad.

- **Cómo solicitar el subsidio si trabaja usted por cuenta ajena**

Cuando cesa la obligación de su empresa de pagarle la SSP o si está excluido de esa prestación,

recibirá de la propia empresa un formulario en el cual se expone por qué no se le concede a usted la SSP. En este formulario se incluye un impreso de solicitud del subsidio por incapacidad que debe cumplimentar, enviando después todo el formulario cuanto antes a la delegación local de la Seguridad Social (*Local Social Security Office*). Adjunte también cualquier certificado médico relacionado con el caso y envíe regularmente los comprobantes médicos mientras dure la baja por enfermedad.

El pago del subsidio de enfermedad se efectúa mediante un cheque postal o un talonario de cupones que pueden cobrarse en cualquier oficina de correos.

- **Cómo solicitar el subsidio de enfermedad si es usted autónomo**

Para este fin debe cumplimentar el formulario SC 1 que conseguirá en consultas médicas, hospitales o delegaciones locales de la Seguridad Social. Si reside en Gran Bretaña, debe remitir cuanto antes dicha solicitud a la delegación local de la Seguridad Social, y si reside en Irlanda del Norte, debe remitirla a la Agencia correspondiente (Social Security Agency, Incapacity Benefits, Castle Court, Royal Avenue, Belfast BT1 1SD, United Kingdom). Si su enfermedad se alarga más allá de 7 días, debe solicitar un certificado médico a su médico o al hospital donde sea tratado y enviarlo a las mismas señas a las que ha remitido el formulario SC 1. En el certificado, el médico expondrá su opinión acerca del tiempo que estará usted de baja.

- **Pago del subsidio de incapacidad en otros Estados miembros**

Puede usted recibir el pago del subsidio de incapacidad del Reino Unido en otro Estado miembro de la UE siempre que esté afiliado al régimen del Reino Unido, si cae enfermo encontrándose en ese otro Estado miembro o bien si ya estaba cobrando el subsidio de incapacidad en el Reino Unido antes de salir del país y cuenta con la aprobación de seguir percibiéndolo por parte del Ministerio de la Seguridad Social (*Department of Social Security*) o del Departamento de Desarrollo Social (*Department for Social Development*).

Si cae usted enfermo mientras se encuentra en otro Estado miembro y no tiene derecho a la SSP de una empresa, debe reclamar en el plazo de 3 días al organismo que administra el seguro de enfermedad en ese otro país. Junto a la solicitud debe entregar un certificado médico y someterse a cualquier procedimiento de inspección que exija dicho organismo.

Si está cobrando un subsidio de enfermedad en el Reino Unido y tiene la intención de trasladarse a

otro Estado miembro de la UE, debe consultar con bastante antelación a la fecha de su partida a la delegación local que le paga el subsidio.

C. SUBSIDIO DE MATERNIDAD

- **Paga obligatoria de maternidad (*Statutory Maternity Pay, SMP*)**

La mayoría de las mujeres embarazadas que trabajan por cuenta ajena tienen derecho a la paga obligatoria de maternidad (SMP) que le corresponde pagar al empresario. Esta paga se satisface durante un máximo de 18 semanas a partir, como muy pronto, de la undécima semana anterior a la semana en la que está previsto el parto (*Expected Week of Confinement, EWC*). Puede usted elegir cuándo quiere dejar de trabajar, pero lo más tarde que se le puede empezar a pagar es durante la semana en la que está previsto el parto.

Para tener derecho a esta paga, debe haber trabajado en la misma empresa durante 26 semanas que incluyen y terminan con la semana decimoquinta (semana de referencia) antes de la EWC (semana en la que está previsto el parto). También debe haber obtenido usted en las últimas 8 semanas de dicho período un promedio de ingresos que alcance como mínimo el límite inferior por el que se cotiza a la Seguridad Social.

Durante las primeras 6 semanas de permiso de maternidad se le pagará el 90 % de sus ingresos semanales medios, después de las cuales sólo tendrá derecho a la tarifa normal.

Para que le concedan la paga obligatoria de maternidad (SMP), debe informar a su empresa de que tiene la intención de dejar de trabajar a causa del embarazo, con 3 semanas como mínimo de antelación. La empresa tendrá unas reglas establecidas acerca de las formalidades que deba usted cumplimentar. También deberá entregar a su empresa, en cuanto lo tenga, el certificado de embarazo (que le dará su médico o la comadrona).

La empresa pagará por regla general la paga obligatoria de maternidad (SMP) en las mismas fechas en que solía pagar el salario habitual. Si no puede obtener la SMP, solicite el subsidio de maternidad (MA).

- **Subsidio de maternidad (*Maternity Allowance, MA*)**

Si no le conceden la SMP puede tener derecho a un subsidio de maternidad (MA). Este subsidio se paga durante un máximo de 18 semanas, que empiezan, como muy pronto, a partir de la undécima semana antes de la EWC (semana en la que está previsto el parto). Si sigue usted

trabajando, el subsidio de maternidad puede empezar a cobrarlo más tarde.

Para tener derecho al subsidio, debe haber trabajado por cuenta propia o por cuenta ajena durante un mínimo de 26 semanas en un período de 66 semanas (período de prueba) que termina la semana anterior a aquella en la que está previsto el parto, con unos ingresos medios de al menos 30 GBP semanales. Presente usted la solicitud como máximo 14 semanas antes de la semana en la que espera el parto (EWC), mediante el formulario MA 1, que debe enviar a su delegación local de la Seguridad Social. Este formulario puede conseguirlo en la misma delegación local o en una clínica maternal o pediátrica. Adjunte también las nóminas y el certificado de embarazo que le entregará su médico o la comadrona.

Si sus ingresos semanales medios son como mínimo equivalentes al límite mínimo de ingresos (*Lower earnings limit*, LEL) que se aplica al principio del período de prueba, recibirá el importe fijo del MA. Si sus ingresos semanales son de al menos 30 GBP pero inferiores al LEL, recibirá el 90 % de sus ingresos semanales medios, pero no podrá recibir una cantidad superior al importe fijo.

3. Accidentes laborales y enfermedades profesionales

El asegurado que contrae una lesión como resultado de haber sufrido un accidente de trabajo o contraído una enfermedad profesional de las que son reconocidas como tales, tiene derecho a una indemnización por lesiones laborales. Este derecho a una indemnización no depende del número de cotizaciones que haya pagado al seguro, pero sólo se le concede al trabajador por cuenta ajena. Puede concedérsele tanto si queda incapacitado como si no queda incapacitado para trabajar, como consecuencia del accidente laboral o de la enfermedad profesional.

● Subsidio por incapacidad (Disablement Benefit)

Se le pagará un subsidio por incapacidad si sigue incapacitado para trabajar 15 semanas después de la fecha en que ocurrió el accidente laboral o 15 semanas después de iniciarse la enfermedad. La cuantía de este subsidio depende del grado de discapacidad, establecido en forma de porcentaje. Este subsidio es compatible con el cobro adicional de cualquier otro subsidio de enfermedad o invalidez.

En las delegaciones locales de la Seguridad Social se facilitará un folleto explicativo con las cuantías vigentes del subsidio.

Además del subsidio puede cobrarse un complemento en caso de:

- necesitar asistencia de una tercera persona: este complemento está previsto en los casos en que se necesite la asistencia de una tercera persona y cuando el grado de discapacidad alcanza el 100 %;
- discapacidad excepcionalmente grave: este complemento está destinado a los que necesitan asistencia continua por una tercera persona y cobran ya el complemento de asistencia en uno de sus dos grados más elevados, y cuando la necesidad de tal complemento amenaza con convertirse en permanente.

Puede obtenerse una ayuda por reducción de ingresos si el accidente laboral o la enfermedad profesional se inició antes del 1 de octubre de 1990, y si debido a la discapacidad no puede ejercerse una actividad laboral normal o una actividad de nivel equivalente.

En Gran Bretaña debe solicitarse el subsidio en la delegación local de la Seguridad Social, en cuanto aparezcan los primeros síntomas de discapacidad. En Irlanda del Norte debe presentarse la solicitud ante la sección de accidentes laborales correspondiente (Industrial Injuries Branch of the Northern Ireland Social Security Agency, Castle Road, Royal Avenue, Belfast BT1 1SD, United Kingdom).

En general, tendrá derecho al subsidio de discapacidad si su discapacidad se ha establecido en un 14 % o más en relación con todos los accidentes y las enfermedades más diagnosticadas. Por lo que se refiere a las enfermedades respiratorias, como neumoconiosis, bisinosis y mesotelioma difuso, el subsidio de discapacidad se pagará si existe una discapacidad de, como mínimo, un 1 %. Podrá cobrar el subsidio directamente mediante ingreso en su cuenta bancaria cada 4 semanas o mediante un talonario de cupones semanales, que podrá canjear en la oficina de correos.

El subsidio de discapacidad y los dos complementos relacionados con el subsidio seguirán pagándose aunque el interesado se traslade a otro Estado miembro. En este caso debe consultarse a la delegación local que paga el subsidio y el complemento con suficiente antelación a la fecha de partida, de modo que puedan gestionarse los trámites y puedan recibirse tanto los pagos como la asistencia sanitaria que se necesiten en el otro Estado miembro.

Hay normas especiales que regulan la concesión del subsidio cuando la enfermedad profesional ha sido contraída como resultado de haber trabajado en más de un Estado miembro de la UE, y también para el caso de que se produzca un agravamiento de la enfermedad. Si cree que podrían afectarle

estas normas, debe consultar al organismo pertinente, cuyas señas encontrará más abajo, en la sección 11.

4. Invalidez

● Subsidio por incapacidad a largo plazo

El subsidio de incapacidad a largo plazo sustituirá normalmente al subsidio de incapacidad a corto plazo una vez transcurridos 364 días de incapacidad, incluidos los días de paga obligatoria de enfermedad (véase el apartado B de la sección 2) con derecho subyacente al subsidio de incapacidad a corto plazo, si subsiste la incapacidad de trabajar. El subsidio de incapacidad a largo plazo no se paga una vez alcanzada la edad de jubilación.

Se paga un complemento de edad adicional al subsidio básico de incapacidad a largo plazo en función de la edad del asegurado en el primer día en que comenzó la incapacidad. Hay dos tarifas: la baja, cuando la incapacidad comenzó antes de los 45 años de edad, y la alta, cuando empezó antes de los 35.

Si el interesado ha estado asegurado alguna vez en Austria, Dinamarca, Finlandia, Francia (si trabajaba en el sector minero o trabajaba por cuenta propia en otro sector que no fuera el agrícola), Alemania, Grecia (excepto en el régimen del seguro agrícola), Islandia, Italia, Liechtenstein, Luxemburgo, Noruega, Portugal o Suecia o si cobra un subsidio de enfermedad o una pensión de invalidez de alguno de estos países, puede tener derecho a cobrar prestaciones por invalidez de ese otro Estado miembro y el subsidio de incapacidad a largo plazo en el Reino Unido al mismo tiempo. En tal caso debe informar a la Dirección de Pensiones y Prestaciones Extranjeras (*Pensions and Overseas Benefits Directorate*), cuyas señas hallará más abajo, en la sección 11. La cuantía de los pagos que se percibirán en este caso se calculará según las normas comunitarias.

Quien ha estado asegurado previamente en Bélgica y/o en Francia (salvo en los sectores mencionados previamente), y/o en el régimen del seguro agrícola en Grecia, y/o en Irlanda, y/o en los Países Bajos, y/o en España tendrá por regla general derecho a cobrar el subsidio de incapacidad a largo plazo exclusivamente del Reino Unido (a condición de que haya estado asegurado por último en este país).

Si recibe un subsidio de incapacidad a largo plazo exclusivamente del Reino Unido, éste puede verse incrementado si tiene usted un cónyuge que depende de usted o alguien que cuide de su hogar y viva a su cargo. También hay aumentos por hijo(s), si tiene usted derecho a cobrar el subsidio por hijos en el Reino Unido (véase la

sección 8). En cambio, si cobra una pensión de invalidez de otro Estado miembro, se le aplicarán normas especiales. En las señas que ofrecemos en la sección 11 podrá recabar información acerca de la aplicación de dichas normas.

Se le concederá automáticamente el derecho a un subsidio de incapacidad a largo plazo (es decir, sin tener que presentar más solicitudes) si ha estado cobrando durante 364 días el subsidio de incapacidad a corto plazo. No obstante, debe seguir remitiendo sus certificados médicos como lo hacía anteriormente.

El subsidio de incapacidad a largo plazo se paga mediante cheque postal que puede cobrarse en cualquier oficina de correos.

● Subsidio por discapacidad grave (*Severe Disablement Allowance, SDA*)

Las condiciones para el pago de un subsidio por discapacidad grave son iguales para hombres y mujeres. Si tiene entre 16 y 65 años de edad y no cumple las condiciones de cotización requeridas para obtener un subsidio de incapacidad, puede tener derecho al subsidio por discapacidad grave. Para ello tiene que haber estado continuamente incapacitado para trabajar durante 28 semanas (incluyendo los domingos), y si la discapacidad ha comenzado después de haber cumplido los 20 años de edad, tendrá que demostrar que ha padecido una discapacidad de como mínimo el 80 % durante 28 semanas. Debe residir en el Reino Unido y haber estado residiendo en el país durante 26 semanas como mínimo en el período de las 52 semanas anteriores a su solicitud, aunque el hecho de haber residido en otro Estado miembro puede que le ayude a cumplir con esta última condición. En determinadas circunstancias puede concederse el subsidio por discapacidad grave (SDA) después de los 65 años. También se ofrecen complementos de edad e incrementos por familiares a cargo. En las delegaciones locales de la Seguridad Social se facilita el folleto explicativo NI 252. También puede ponerse en contacto con la Dirección de Pensiones y Prestaciones Extranjeras (*Pensions and Overseas Benefits Directorate*), cuya dirección aparece en la sección 11.

A partir de 2001 no se aceptarán nuevas solicitudes de subsidio por discapacidad grave.

A partir de abril de 2001, las personas con discapacidad que soliciten un subsidio antes de los 20 años, o de los 25 años si inmediatamente antes de cumplir 20 años seguían una educación o una formación profesional, podrán solicitar un subsidio por discapacidad sin que tengan que cumplir las condiciones de cotización.

Si tiene la intención de pasar una temporada o irse a vivir a otro Estado miembro de la UE, le

conviene consultar al organismo que le paga el subsidio por discapacidad grave.

- **Crédito fiscal a las personas discapacitadas**
(*Disabled Person's Tax Credit*)

Si tiene más de 16 años de edad y trabaja más de 16 horas a la semana, pero tiene una enfermedad o una minusvalía que le supone una desventaja a la hora de competir por un trabajo, puede solicitar un subsidio por discapacidad laboral parcial. Se trata de un subsidio libre de impuestos y ligado a los ingresos que no está sometido a condiciones de cotización, aunque para solicitarlo debe usted residir y vivir habitualmente en el Reino Unido. En los centros de información de la administración fiscal, en las delegaciones locales de la Seguridad Social y en las oficinas de correos le facilitarán un folleto con más información al respecto.

El subsidio por discapacidad laboral parcial se paga a través de la nómina.

- **Subsidio para personas con discapacidad**
(*Disability Living Allowance*)

Si el interesado padece una enfermedad o una discapacidad que le hace necesitar asistencia por una tercera persona para la vida cotidiana, puede solicitar un subsidio para personas con discapacidad. Este subsidio es compatible con otras ayudas y complementos. No existen condiciones de cotización para obtenerlo, pero es indispensable empezar a necesitar este subsidio y solicitarlo antes de cumplir los 65 años para tener derecho al mismo. También tendrá que responderse a ciertos requisitos, como el de residir y vivir habitualmente en el Reino Unido. En las delegaciones locales de la Seguridad Social se facilita un folleto con más información.

El subsidio para personas con discapacidad se paga cada 4 semanas mediante talonario de cupones que pueden cobrarse en la oficina de correos o mediante ingreso directo en una cuenta bancaria o en una cuenta de vivienda.

- **Subsidio de asistencia**
(*Attendance Allowance*)

Si se tienen 65 años y se necesita asistencia personal debido a una enfermedad o una discapacidad, puede solicitar el subsidio de asistencia. Este subsidio se paga a las personas de edad que necesitan cuidados físicos y atención personal durante el día, o durante la noche, o ambas cosas. Es compatible con otras ayudas y complementos y no existen condiciones de cotización para solicitarlo. En cambio sí se exigen otros requisitos, como el de residir y vivir habitualmente en el Reino Unido. En las delegaciones locales de la Seguridad Social se facilita un folleto con más información.

El subsidio de asistencia se paga por regla general cada semana mediante un talonario de cupones que pueden cobrarse en cualquier oficina de correos o mediante ingreso directo en una cuenta bancaria o en una cuenta de vivienda.

- **Asignación de asistencia a inválidos**
(*Invalid Care Allowance*)

La asignación de asistencia a inválidos es una prestación que se paga cada semana a la persona que trabaja un mínimo de 35 horas semanales asistiendo personalmente a una persona afectada de discapacidad grave y que cobra un subsidio para minusválidos (*Disability Living Allowance*) de grado medio o alto como ayuda para su asistencia personal, o un subsidio de asistencia (*Attendance Allowance*). No existen condiciones de cotización. Sí se exigirán otros requisitos, como el de residir y estar presente habitualmente en el Reino Unido. En la delegación local de la Seguridad Social se facilita un folleto con más detalles.

5. Pensiones de vejez

Puede solicitar una pensión cuando alcance la edad oficial de jubilación (actualmente fijada en 65 años para los hombres y en 60 para las mujeres), tanto si sigue usted trabajando como si se retira. Si decide aplazar la solicitud de una pensión más allá de la edad de jubilación, podrá conseguir más adelante una pensión de mayor cuantía.

Para tener derecho a una pensión básica de jubilación deben cumplirse dos condiciones de cotización:

- para solicitar cualquier pensión, haber pagado realmente 50 cotizaciones fijas de cualquier clase en cualquier época anterior al 6 de abril de 1975, o haber pagado cotizaciones de clase 1, clase 2 o clase 3 en el transcurso de cualquier ejercicio fiscal desde el 6 de abril de 1975, de modo que el factor de ingresos resultante no sea inferior al factor de ingresos requerido ese año (véase la sección 1);
- para obtener una pensión de cuantía normal, haber pagado o tener acreditadas cotizaciones en cada uno de un número determinado de años a lo largo de la vida laboral.

Si el número de años en los cuales ha pagado o tiene acreditadas las cotizaciones requeridas es inferior al número de años necesarios para tener derecho a una pensión de tarifa normal, es posible que tenga usted derecho a una pensión de tarifa reducida.

También puede tener derecho a una pensión adicional relacionada con sus ingresos si ha

pagado cotizaciones de la clase 1 en cualquier ejercicio fiscal posterior al mes de abril de 1978, sobre unos ingresos que hayan superado en más de 52 veces el límite semanal inferior. La cuantía de la pensión dependerá del número de años posteriores al mes de abril de 1978 en los que haya pagado cotizaciones de la clase 1 y de sus ingresos globales en cada uno de dichos años.

En las delegaciones locales de la Seguridad Social le facilitarán folletos explicativos de los diferentes elementos que componen la pensión de jubilación, la forma de calcular ésta y las cuantías vigentes de las pensiones.

- **Pensiones para mujeres casadas, viudas y divorciadas**

Una mujer casada podrá adquirir derecho a una pensión por dos vías. Si paga las cotizaciones normales, obtendrá una pensión básica de la misma manera que cualquier hombre o mujer soltera. En determinadas circunstancias podrá obtener una pensión básica partiendo de las cotizaciones de su marido. Por regla general cobrará una sola pensión, equivalente a la que sea más alta de las dos.

Si su matrimonio termina por defunción, divorcio o anulación en la época en que alcanza la edad de pensionista, le será posible basarse en el historial de cotizaciones de su esposo difunto o ex marido para conseguir una pensión básica.

En las delegaciones locales de la Seguridad Social se facilitan folletos explicativos que contienen más información al respecto.

- **Cotizaciones en más de un Estado miembro**

Si ha estado asegurado en más de un Estado miembro, puede tener derecho a una pensión pagada por cada uno de los Estados en los que ha estado cotizando. En este caso, se aplica la reglamentación comunitaria.

- **Complementos por personas a su cargo**

Si cobra una pensión sólo del Reino Unido, ésta puede verse complementada en el caso de tener familiares a su cargo, del mismo modo que sucede con la pensión de invalidez (véase, más arriba, la sección 4). En la delegación local de la Seguridad Social le facilitarán más detalles al respecto. En cambio, si recibe usted una pensión pagada por otro Estado miembro, se aplican normas especiales. En las señas que ofrecemos en la sección 11 le facilitarán más información acerca de dichas normas.

- **Cómo presentar la solicitud**

La pensión deberá solicitarse 4 meses antes de alcanzar la edad legal de jubilación (65 años para los hombres, 60 para las mujeres). Esta solicitud también puede servirle para reclamar las pensiones que le puedan deber los organismos de seguros de otros Estados miembros. Si no reside en el Reino Unido, debe dirigir la solicitud al organismo que gestiona el seguro de pensiones en el Estado miembro en que reside.

La pensión puede pagarse semanalmente por adelantado, mediante un talonario de cupones que podrá cobrar en la oficina de correos. Como alternativa, puede solicitar que le paguen la pensión trimestralmente o cada 4 semanas, mediante transferencia directa a su cuenta bancaria. Si vive en otro Estado miembro, le pagarán la pensión del Reino Unido por regla general cada trimestre o cada 4 semanas por atrasado, mediante una orden de pago negociable a través de un Banco.

- **Pensionistas de más de 80 años de edad**

Si tiene usted 80 años o más, le pagarán un complemento de edad junto con su pensión de jubilación. Si tiene usted más de 80 años y no ha adquirido el derecho a una pensión o sólo tiene derecho a una pensión muy reducida, puede solicitar una pensión de jubilación no contributiva especialmente destinada a los mayores de 80 años que responden a determinadas condiciones de residencia. En las delegaciones locales de la Seguridad Social le facilitarán un folleto en el que se exponen dichas condiciones.

6. Prestaciones de viudedad y de orfandad

- **Pensión de viudedad**

El régimen actual de las pensiones de viudedad se adoptó el día 11 de abril de 1988. Para las mujeres que han enviudado en o desde esa fecha existen los siguientes tipos de prestaciones de viudedad:

- Ayuda de viudedad (*Widow's Payment, WPT*). Se trata de una ayuda única e inmediata, libre de impuestos, que se concede a la mujer que ha enviudado cuando tiene menos de 60 años y su esposo difunto no ha adquirido el derecho a una pensión oficial básica de jubilación.
- Subsidio de madre viuda (*Widowed Mother's Allowance, WMA*). Este subsidio se concede cuando la viuda tiene un hijo menor de edad o espera un hijo del esposo fallecido. Además, podrá recibir complementos por cada hijo que tenga a su cargo. No obstante, es posible que si el esposo fallecido también estaba asegurado en otro Estado miembro, se

apliquen normas especiales. Podrá obtener información relativa a estas normas en las direcciones mencionadas en la sección 11.

- Pensión de viudedad (*Widow's Pension*, WP). Se concede una pensión de viudedad a la mujer que se queda viuda a la edad de 55 años o más y no tiene hijos a su cargo, o cuando tiene 55 o más años de edad y se le agota el subsidio WMA.
- Pensión de viudedad por edad [*WP age related*, WP(AR)]. Esta pensión representa una ampliación de la pensión de viudedad y se le paga a la mujer que queda viuda entre los 45 y los 55 años de edad. La cuantía de esta pensión depende de la edad que tiene al quedar viuda o al cesar el subsidio WMA. El importe completo de la pensión de viudedad se reduce en un 7 % por cada año que la viuda es menor de los 55 años cuando adquiere el derecho a obtener esta prestación. Por ejemplo, una mujer que enviuda a los 53 años recibirá la pensión de viudedad completa menos un 14 %.
- Pensión adicional. Se trata de una pensión relacionada con los ingresos y que depende de las cotizaciones basadas en los ingresos que pagaba el difunto esposo, y es compatible con la WMA y la WP. También puede compaginarse con la WP(AR), pero se reduce en los mismos tramos del 7 % en que se reduce la WP(AR). Se calcula del mismo modo que la pensión adicional a una pensión de jubilación (véase la sección 5).

Las condiciones de cotización para obtener estas prestaciones deben estar plenamente cumplidas según el historial de seguros del difunto esposo. Para el caso de la pensión de viudedad, el esposo debe o bien haber pagado realmente 25 cotizaciones de cualquier clase y en cualquier momento antes del 6 de abril de 1975, o haber pagado realmente cotizaciones de clase 1, clase 2 o clase 3 en cualquier ejercicio fiscal posterior al 6 de abril de 1975, de modo que el factor de ingresos resultante no sea inferior a veinticinco veces el límite mínimo de ingresos semanales para ese año.

En cuanto al subsidio de madre viuda (WMA) y a la pensión de viudedad (WP), se imponen dos condiciones de cotización similares a las que se han descrito en la sección 5 para las pensiones de jubilación, excepto en que las condiciones deben haberse cumplido según el historial de seguros del difunto esposo.

Si el difunto esposo estuvo asegurado también en otro Estado miembro, se aplicarán al cálculo de las pensiones pagaderas por el Reino Unido y ese otro Estado miembro los reglamentos comunitarios.

● **Cómo presentar la solicitud**

La viuda puede solicitar cualquiera de las prestaciones de viudedad cumplimentando el dorso del certificado de defunción expedido por el Registro Civil de nacimientos, matrimonios y defunciones (*Register of Births, Marriages and Deaths*) y entregándolo o enviándolo a la delegación local de la Seguridad Social. Esta delegación le remitirá entonces un formulario de solicitud que la viuda debe cumplimentar y devolver por vía urgente. Esta misma solicitud puede servir también para reclamar las pensiones que deben ser pagadas por otros Estados miembros. Si la viuda no reside en el Reino Unido, debe presentar la solicitud al organismo que gestiona las pensiones en el Estado miembro en que reside.

Las prestaciones de viudedad se pagan de la misma manera que las pensiones de jubilación (véase la sección 5).

● **Asignaciones por defunción (*Bereavement benefits*)**

Las pensiones de viudedad se sustituirán por las asignaciones por defunción a las que tendrán derecho hombres y mujeres por igual a partir de abril de 2001.

Los cambios consisten en:

- inmediatamente después de la defunción, viudos y viudas recibirán una asignación por defunción consistente en una cantidad fija de 2 000 GBP;
- se pagará un subsidio para padres o madres viudos, denominado *Widowed Parent's Allowance* (equivalente al WMA, pero al que también tendrán derecho los padres viudos) hasta que el hijo más joven de la familia deje de recibir educación a tiempo completo;
- los viudos y las viudas mayores de 45 años o más sin hijos a cargo recibirán una asignación por defunción durante, como máximo, 12 meses.

Los cambios no afectarán a quienes son viudas en la actualidad, que seguirán recibiendo los subsidios que están percibiendo mientras cumplan los requisitos que dan derecho actualmente a los subsidios.

● **Subsidios de orfandad**

Puede solicitarse una ayuda adicional de tutoría (*Guardian's Allowance*) si se tiene derecho a subsidio familiar por haber acogido en su hogar a un menor que ha perdido a ambos progenitores. En algunas circunstancias excepcionales, la ayuda se pagará incluso cuando sigue vivo uno de los progenitores. Para recibir esta ayuda adicional no es indispensable tener la patria potestad sobre el menor. En la delegación local de la Seguridad

Social se facilitará el folleto NI 14: *Guardian's Allowance*, que contiene más detalles.

Cuando la pensión de orfandad es pagada por otro Estado miembro, se aplican normas especiales. Podrá obtener más información al respecto a través del Centro de ayudas a la infancia del Ministerio de la Seguridad Social (*Department's Child Benefit Centre*, véase la sección 11), y, en Irlanda del Norte, de la oficina de ayudas a la infancia del Departamento de Desarrollo Social (*Department for Social Development*), Commonwealth House, Castle Street, Belfast BT1 1DX).

7. Subsidio de desempleo

El subsidio para las personas en busca de empleo (*Jobseeker's Allowance*) es una prestación dependiente de las cotizaciones, que se paga durante un máximo de 26 semanas si está usted parado, es capaz de trabajar, está disponible para aceptar un empleo y busca trabajo activamente. Se le pedirá que cumplimente un Acuerdo para las personas en busca de empleo (*Jobseeker's Agreement*), en el que especificará los pasos que piensa dar para encontrar trabajo. Sólo causarán derecho a este subsidio las cotizaciones de Seguridad Social de los trabajadores por cuenta ajena; las cotizaciones abonadas por los trabajadores por cuenta propia no se tendrán en cuenta. En las delegaciones de la Seguridad Social y en los centros de vacantes de empleo de las Oficinas de Empleo le proporcionarán un folleto con los importes vigentes de los subsidios.

● Condiciones requeridas

Para obtener el subsidio dependiente de las cotizaciones para las personas en busca de empleo (*Jobseeker's Allowance*) debe reunir dos condiciones:

- En primer lugar, debe haber pagado cotizaciones de la clase 1 sobre ingresos de como mínimo veinticinco veces el límite inferior de ingresos semanales en uno de los dos ejercicios fiscales de referencia. Para cumplir con esta condición no se tienen en cuenta las posibles cotizaciones acreditadas.
- En segundo lugar, debe haber pagado o tener acreditadas cotizaciones de la clase 1 sobre unos ingresos que alcancen como mínimo 50 veces el límite inferior de ingresos semanales en los dos ejercicios fiscales de referencia. Para cumplir con esta condición, sí se tienen en cuenta las cotizaciones acreditadas o ficticias.

Los ejercicios fiscales van del 6 de abril al 5 de abril del año siguiente. Por regla general, se considerarán pertinentes los dos ejercicios fiscales que terminan el año anterior al año (que empieza

el primer domingo de enero) en el que se solicita el subsidio.

Por regla general, no se pagará el subsidio para las personas en busca de empleo por los primeros 3 días de desempleo, ni si trabaja 16 horas o más a la semana. Si se encuentra o permanece en situación de desempleo sin causa justa, por ejemplo si deja el empleo por propia voluntad, se le podrá negar el subsidio para las personas en busca de empleo durante un período de hasta 26 semanas.

El subsidio dependiente de las cotizaciones para las personas en busca de empleo es una prestación personal, por lo que no percibirá importes complementarios por pareja o hijo dependientes. Su concesión no depende del capital ni de la mayor parte de ingresos, aunque su importe se puede reducir en función de los ingresos por trabajo a tiempo parcial. Su pago también puede verse afectado si se beneficia usted de una pensión particular o de empresa.

Los períodos de cotización o de empleo completados según el régimen del seguro de desempleo en otro Estado miembro de la UE pueden servir para satisfacer las condiciones de cotización, siempre que haya estado asegurado en el régimen de seguros del Reino Unido (es decir, debe haber trabajado usted normalmente por cuenta ajena y cumplido las condiciones de cotización de la clase 1; véase la sección 1) desde su última llegada o desde su último retorno al Reino Unido. Para que puedan tenerse en cuenta tales períodos de cotización o empleo, debe presentar junto con la solicitud el formulario E 301. Si no le han entregado este formulario antes de venir al Reino Unido, la delegación en la que entregue usted la solicitud del subsidio puede conseguirse.

● Cómo presentar la solicitud

Si queda usted en situación de desempleo, debe solicitar enseguida el subsidio para las personas en busca de empleo acudiendo al centro de vacantes de empleo de la Oficina local de Empleo (*Employment Service Jobcentre*) en Gran Bretaña o a la delegación local de la Seguridad Social en Irlanda del Norte. Le facilitarán las señas de estos organismos en la oficina de correos. Mientras siga en situación de desempleo, se le requerirá para que acuda a la oficina o delegación correspondiente siempre que se considere necesario. Por regla general, el subsidio para las personas en busca de empleo se paga cada 15 días mediante cheque postal que puede cobrarse en la oficina de correos.

Si cobra un subsidio dependiente de las cotizaciones para las personas en busca de empleo en el Reino Unido y desea trasladarse a otro Estado miembro en busca de trabajo, debe consultar los reglamentos comunitarios y el folleto JSAL 22, que

contiene detalles acerca de sus derechos y de lo que debe hacer para cobrar allí el subsidio. En cuanto conozca usted la fecha en que va a ausentarse del Reino Unido, debe comunicarla a la oficina o delegación que le paga el subsidio de desempleo.

8. Subsidio familiar

El subsidio por hijos (*Child Benefit*) es una ayuda económica que se le paga si es responsable de uno o más hijos menores de 16 años, o hasta la edad de 19 años si el hijo realiza estudios de tiempo completo (en cambio no se concede si está realizando estudios universitarios o sigue otro tipo de enseñanza superior). No hay condiciones de cotización, aunque por regla general le exigirán el siguiente requisito de residencia: en el momento de solicitar el subsidio, usted (o su esposo o esposa) y el menor deben encontrarse en el Reino Unido y deben haber estado en el mismo durante más de 182 días en el transcurso de las últimas 52 semanas. No obstante, si usted o su cónyuge empiezan a trabajar en el Reino Unido por cuenta ajena y usted o un miembro de su familia es ciudadano de otro Estado miembro de la UE, puede tener derecho a cobrar inmediatamente el subsidio por hijos.

Se aplican normas especiales en el caso de que reciba ayudas o subsidios familiares de otro Estado miembro. Para más información debe dirigirse al Centro de subsidios por hijos (*Child Benefits Center*; véanse las señas en la sección 11).

El subsidio por hijos es compatible con cualquier incremento u otra ayuda que pueda usted recibir por tener personas a su cargo.

Las solicitudes deben presentarse, en Gran Bretaña, en el Centro de subsidios por hijos (*Child Benefits Centre*; véase más abajo la sección 11), y, en Irlanda del Norte, en la oficina de ayuda a la infancia del Departamento de Desarrollo Social (*Department for Social Development*, Commonwealth House, Castle Street, Belfast BT1 1DX, United Kingdom), incluyendo a ser posible el certificado de nacimiento del menor. En las delegaciones locales de la Seguridad Social le facilitarán los formularios correspondientes.

Si sus hijos viven en otro Estado miembro, debe presentar además el formulario E 401 que le habrán entregado en dicho Estado. Si no tiene este formulario, el organismo de la Seguridad Social puede conseguirlo. El pago del subsidio se realiza mediante transferencia directa a una cuenta bancaria o mediante talonario de cupones que puede cobrar en la oficina de correos. Si su cónyuge y sus hijos viven en otro Estado miembro, el pago también se podrá efectuar mensualmente, mediante un ingreso directo en una cuenta corriente en un banco de otro Estado miembro,

o directamente al cónyuge mediante una orden de pago que podrá cobrar a través de un banco.

● Crédito fiscal a las familias trabajadoras (*Working Families' Tax Credit*)

Existe una ayuda económica semanal y libre de impuestos que se atribuye a trabajadores que crían a sus hijos, siempre que alguno de los progenitores trabaje durante 16 horas o más a la semana. Puede solicitar este crédito fiscal tanto si trabaja por cuenta ajena como si es autónomo. No se exigen condiciones de cotización, pero usted y su cónyuge o compañero(a), si lo tuviere, no pueden tener un patrimonio que entre los dos supere las 8 000 GBP. Tendrá que responder a ciertas condiciones relacionadas con su residencia y su presencia en el Reino Unido. Existen normas especiales en el caso de que usted o su cónyuge o compañero(a) trabajen en otro Estado miembro de la UE. En las delegaciones locales de la Seguridad Social, las oficinas de correos o los centros de información de la administración fiscal le facilitarán un folleto con más detalles al respecto.

Por regla general, el Crédito fiscal a las familias trabajadoras se paga a través de la nómina, aunque en el caso de que la solicitud la haya presentado el cónyuge o compañero/a que no trabaja, se puede pagar mediante un talonario de cupones que se cobran en la oficina de correos, o mediante transferencia directa a una cuenta bancaria o una cuenta de vivienda.

9. Recursos

La solicitud de cualquier prestación económica es estudiada y resuelta por un responsable de la toma de decisiones. El solicitante recibirá una respuesta junto con la indicación de cómo impugnarla, incluido su derecho a recurrir ante un tribunal independiente.

Cualquier cuestión relacionada con las cotizaciones queda reservada a la decisión de las autoridades fiscales. Tiene usted derecho a recurrir las decisiones ante la Comisión de recursos en materia fiscal (*Tax Appeal Commissioners*).

Existen procedimientos especiales para examinar eventuales quejas contra médicos, dentistas, ópticos o farmacéuticos. Si desea presentar una reclamación, el interesado debe ponerse en contacto con la delegación local del servicio sanitario familiar (*Family Health Service*). En el listín de teléfonos encontrará las señas y el número de teléfono. Las quejas contra los servicios sanitarios (*Health Services*) son examinadas por el Comisario de Sanidad (*Health Service Commissioner*) en Gran Bretaña, y por el Comisario de apelaciones (*Commissioner for Complaints*), en Irlanda del Norte.

10. Gibraltar

Gibraltar tiene un sistema de Seguridad Social y de asistencia sanitaria diferente del que se aplica en el Reino Unido. Para más información acerca de los regímenes de la Seguridad Social en Gibraltar, diríjase al Departamento de Seguridad Social de dicho lugar (Department of Social Security, 14 Governor's Parade, Gibraltar). Para más información acerca de los servicios de asistencia sanitaria, póngase en contacto con el Servicio Sanitario de Gibraltar (Gibraltar Health Authority, 17 Johnstone's Passage, Gibraltar).

11. Otras informaciones

Las delegaciones locales de la Seguridad Social proporcionarán información más detallada acerca de las condiciones de cotización y las prestaciones económicas en los diferentes casos. En la oficina de correos le indicarán las señas de la delegación local de la Seguridad Social más cercana a su domicilio.

Las consultas relacionadas con subsidios y pensiones del seguro en dos o más Estados miembros deben dirigirse a:

- En Gran Bretaña (es decir, Inglaterra, Escocia o Gales):
Department of Social Security
Benefits Agency
Pensions and Overseas Benefits Directorate
Newcastle upon Tyne NE98 1YX
United Kingdom
Tel. (44-191) 225 71 80

Department of Social Security
Benefits Agency
Child Benefits Centre
Washington, Tyne and Wear NE88 1 AA
United Kingdom
Tel. (44) 0870 0100547

- En Irlanda del Norte:

Department for Social Development
Overseas Benefits Unit
Block 2
Castle Buildings
Belfast BT4 3SP
United Kingdom
Tel. (44-28) 90 52 21 17

Además le facilitarán más información en la oficina de la Autoridad Sanitaria (*Health Authority*) local —Comité de salud (*Health Board*) en Escocia—. Para conocer el número de la Autoridad Sanitaria local (Comité de Salud en Escocia), se puede llamar al servicio gratuito de información sanitaria, teléfono 0800 66 55 44 (0800 22 44 88 en Escocia).

La información acerca de los servicios de salud (*Health Service*) en Irlanda del Norte puede solicitarse a: Central Services Agency, 25 Adelaide Street, Belfast BT2 8FH, United Kingdom [teléfono (44-28) 90 532 44 31].

1. Introducción

El régimen de Seguridad Social en Islandia se basa en la residencia y comprende las prestaciones siguientes:

- seguro de enfermedad (sección 2);
- seguro de maternidad o paternidad (sección 3);
- seguro de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales (sección 4);
- pensiones de invalidez (sección 5);
- subsidios de invalidez (sección 6);
- pensiones de jubilación (sección 7);
- prestaciones de supervivencia y pensión a los hijos de progenitores con invalidez (sección 8);
- seguro de desempleo (sección 9);
- prestaciones familiares (sección 10).

El Instituto nacional de la Seguridad Social (ISS) administra los seguros de enfermedad, pensiones y accidentes de trabajo de conformidad con la Ley de la Seguridad Social, mientras que el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social se encarga de supervisar todas las actividades del ISS.

Con arreglo a la Ley de los permisos de maternidad, paternidad o crianza, el ISS se ocupa de la administración corriente del seguro de maternidad o paternidad, mientras que el Ministerio de Asuntos Sociales es responsable de la supervisión general.

La sede central del ISS está en Reikiavik, pero existen delegaciones en otras localidades del país.

La Dirección de Trabajo gestiona el seguro de desempleo en virtud de la Ley del seguro de desempleo. El Ministerio de Asuntos Sociales está a cargo de la supervisión general. Existen comisiones de gestión de las prestaciones en todas las regiones administrativas.

El régimen complementario de pensiones profesionales es obligatorio. Su administración está a cargo, por regla general, de diversos fondos de pensiones privados junto con los interlocutores sociales. Los fondos se gestionan bien con arreglo a la Ley sobre el seguro obligatorio de pensiones y las actividades de los fondos de pensiones o bien han sido aprobados por el Ministerio de Hacienda, que también es responsable de su supervisión.

La Dirección de rentas internas administra las prestaciones familiares. El Ministerio de Hacienda está a cargo de la supervisión general.

Todas las ramas del régimen de protección social mencionadas entran dentro del ámbito material de

aplicación de los reglamentos sobre Seguridad Social del Espacio Económico Europeo (EEE).

● **Cotizaciones**

Véase la sección correspondiente.

● **Recursos**

Véase la sección correspondiente.

2. Seguro de enfermedad

A. ASISTENCIA SANITARIA

● **Quién tiene derecho a la prestación**

Se considera que cualquier persona residente en el país durante un mínimo de 6 meses está protegida por el seguro de enfermedad. Por residencia se entiende la residencia legal en virtud de la Ley del mismo nombre. El ISS determina en cada caso particular si se tiene derecho a esta prestación en Islandia.

Los menores de 16 años están cubiertos por el seguro de enfermedad de sus padres.

● **Cómo percibir las prestaciones**

Después de transferir la residencia legal a Islandia, existe un período de carencia de 6 meses antes de tener derecho a percibir las prestaciones del seguro de enfermedad. Para cumplir con esta condición de los 6 meses, al interesado se le computan los períodos de seguro, desempleo o de residencia en otros Estados del EEE. En caso de desplazamiento a Islandia desde otro país del EEE, deberá solicitarse un formulario E 104 (o bien, según proceda, un formulario E 106, E 121 o E 101) a la institución competente en último lugar, el cual habrá de presentarse al ISS o a una de sus delegaciones. A petición del asegurado, este departamento del ISS expide una tarjeta de cobertura sanitaria.

● **Prestaciones**

El seguro comprende la hospitalización, incluyendo los servicios por maternidad, la hospitalización en el extranjero, las consultas con médicos concertados con el ISS fuera de un centro hospitalario, todos los exámenes y tratamientos necesarios llevados a cabo por especialistas y organismos concertados con el ISS, medicamentos, exploraciones y tratamientos por rayos X, la prestación diaria por incapacidad temporal, la asistencia de una comadrona si se da a luz en casa, tratamientos odontológicos y de ortodoncia, gastos de transporte y de desplazamiento, la

asistencia domiciliaria al paciente, material e instrumental médicos, la fisioterapia y los centros residenciales para ancianos.

Dependiendo del servicio de que se trate, el paciente debe contribuir en los gastos.

- **Consultas médicas en general fuera de un centro hospitalario**

El paciente abona una tasa mínima por los servicios de un médico generalista o de un especialista fuera de un centro hospitalario y el seguro cubre el resto de la tarifa. Se sigue este procedimiento con la mayoría de los servicios.

Los jubilados mayores, los beneficiarios de pensiones de invalidez y los menores con discapacidad pagan una tasa más reducida.

- **Certificados de descuento**

Pueden obtener certificados de descuento (*afsláttarkort*) las personas que, durante 1 año civil, hayan abonado una determinada cuantía por servicios de atención médica y asistencia sanitaria.

- **Hospitalización**

Los asegurados tienen derecho a la hospitalización gratuita, también por servicios de maternidad, cuando haya sido prescrita por un médico. La hospitalización está garantizada junto con la atención médica, los medicamentos y los demás servicios del centro durante el tiempo que sea necesario.

- **Hospitalización en el extranjero**

En caso de que un asegurado requiera ser internado en un hospital en el extranjero porque los centros islandeses no disponen de los recursos necesarios para atenderle, el ISS corre con los gastos. El médico responsable del paciente debe presentar una solicitud al respecto a una comisión especial (*Siglinganefnd*). Esta comisión evalúa la necesidad de hospitalización en el extranjero, si el solicitante reúne los requisitos necesarios, así como el centro al que debe enviarse al paciente.

- **Medicamentos**

Se cubren en su totalidad los gastos de los medicamentos tomados habitualmente por un asegurado y vitales para él. Con respecto a los otros medicamentos prescritos, se paga una contribución.

- **Tratamientos odontológicos y de ortodoncia**

El seguro de enfermedad cubre los gastos de los servicios odontológicos, a excepción de los

tratamientos de ortodoncia, con arreglo a un cuadro de tarifas que establece el Ministro.

En el caso de tratamientos odontológicos para menores de 16 años, se cubre un 75 % de los gastos, excluyendo los empastes de oro, las coronas y los puentes.

A partir de los 16 años de edad, se cubre un 50 % de los gastos, excluyendo los empastes de oro, las coronas y los puentes.

Para los beneficiarios de pensiones de jubilación o de invalidez que perciben una pensión complementaria total, se cubre el 75 % de los costes del tratamiento. Si dichas personas perciben una pensión complementaria parcial, se cubre el 50 % de los costes, excluyendo los empastes de oro, las coronas y los puentes.

El seguro no cubre los gastos de tratamientos de ortodoncia salvo en los casos de defectos congénitos, accidentes o enfermedades.

B. PRESTACIONES DIARIAS POR INCAPACIDAD TEMPORAL

- **Requisitos**

El seguro de enfermedad abona prestaciones diarias por incapacidad temporal (*sjúkradagpeningar*) cuando un asegurado mayor de 16 años, que no percibe pensiones de jubilación o invalidez, queda incapacitado totalmente para el trabajo, siempre que deba interrumpir su actividad laboral y ya no reciba salario alguno, si es un trabajador por cuenta ajena.

El asegurado percibe prestaciones diarias por incapacidad a partir del decimoquinto día de enfermedad si su baja laboral es de 21 días como mínimo. El período de carencia se inicia el día en que el médico certifica la incapacidad.

Los convenios colectivos prevén que se continúe el pago del salario durante un determinado período de la incapacidad temporal, que varía en función de cada convenio. Durante este tiempo, no se perciben las prestaciones económicas.

- **Duración de las prestaciones**

Pueden obtenerse estas prestaciones durante un máximo de 52 semanas en un período ininterrumpido de 2 años.

- **Cuantía de las prestaciones**

Esta prestación tiene una tarifa única establecida en la Ley.

Las prestaciones diarias completas se abonan a personas que deben dejar de trabajar en un empleo a tiempo completo. Quienes deben cesar de trabajar en un empleo de ocupación inferior al tiempo completo pero, como mínimo, equivalente

al 50 % de éste, perciben la mitad de las prestaciones diarias previstas.

Se paga un suplemento por cada hijo a cargo menor de 18 años.

● **Cómo percibir las prestaciones**

Para pedir las prestaciones diarias por incapacidad temporal, debe enviarse el impreso de solicitud correspondiente debidamente cumplimentado al ISS o a una de sus delegaciones. Por regla general, estas prestaciones no se abonan con carácter retroactivo por un período superior a 2 meses.

C. PRESTACIONES DE ASISTENCIA SANITARIA POR MATERNIDAD

Las mujeres residentes en Islandia tienen derecho a prestaciones de maternidad gratuitas. El seguro cubre la hospitalización junto con la atención médica, los medicamentos y otros servicios durante el tiempo necesario.

● **Cotizaciones**

La Tesorería del Estado financia los gastos del seguro de enfermedad. El importe total anual de gastos del seguro debe ser acorde con la decisión del *Althing* (Parlamento islandés) respecto a los presupuestos anuales del Estado.

● **Recursos**

En caso de desacuerdo con las bases, los requisitos previstos o el importe de las prestaciones, con arreglo a la Ley de la Seguridad Social, el solicitante dispone de un plazo de 3 meses para presentar un recurso ante la Comisión de litigios de la Seguridad Social, que está compuesta por tres miembros nombrados por el Ministro: dos a propuesta del Tribunal Supremo —uno de ellos debe cumplir los requisitos para el ejercicio de las funciones de juez de distrito y ocupa la presidencia de la Comisión; el otro, encargado de la vicepresidencia, debe pertenecer a la profesión médica— y, por último, se nombra un miembro sin especificación de su cargo.

Si los casos lo requieren, la Comisión puede buscar asesoramiento o asistencia de expertos.

3. Prestaciones de maternidad o paternidad

● **Quién tiene derecho a la prestación**

Tanto el padre como la madre tienen derecho a percibir una prestación económica del Fondo del permiso de maternidad o paternidad cuando el beneficiario ha trabajado en el mercado laboral nacional durante 6 meses consecutivos antes de su primer día de permiso. También tienen derecho

los progenitores en período de estudios o sin relación con el mercado de trabajo.

● **Permiso de crianza**

Tanto el padre como la madre tienen derecho independientemente a un permiso de crianza de hasta 3 meses debido al nacimiento de un hijo, a una adopción o a la acogida permanente de un niño. No obstante, el derecho del padre aumentará progresivamente de 1 a 3 meses entre enero de 2001 y enero de 2003. Además, los progenitores tienen un derecho conjunto a otros 3 meses que puede tomarse globalmente uno de ellos o dividirse entre los dos. El período de permiso puede elegirse libremente en los 18 meses posteriores al nacimiento.

● **Prestaciones**

La cuantía de la prestación equivale al 80 % del salario medio bruto del progenitor que se toma el permiso. Para realizar este cálculo, se tienen en cuenta las retribuciones obtenidas durante un período de 1 año contabilizables hasta 2 meses antes de la fecha prevista de nacimiento. Existe un nivel mínimo de la prestación, pero no un máximo. Los progenitores en período de estudios o sin relación con el mercado de trabajo tienen derecho a un subsidio de maternidad fijo durante 9 meses.

● **Cómo percibir las prestaciones**

Para pedir estas prestaciones, debe enviarse el impreso de solicitud correspondiente debidamente cumplimentado al ISS o a una de sus delegaciones. A la solicitud deberán adjuntarse diversos certificados.

● **Cotizaciones**

El Fondo del permiso de maternidad o paternidad cubre los gastos de este seguro. Este Fondo se financia mediante las cotizaciones a la Seguridad Social (véase la Ley de las cotizaciones a la Seguridad Social).

● **Recursos**

En caso de desacuerdo, de conformidad con la Ley de los permisos de maternidad, paternidad o crianza, el afectado debe presentar su reclamación por escrito a la Junta de apelaciones en un plazo de 3 meses a partir del momento en que reciba la notificación de la decisión pertinente.

La Junta de apelaciones está compuesta por tres miembros nombrados por el Ministro de Asuntos Sociales. Uno de ellos es nombrado sin designación y los otros dos son designados por el Tribunal Supremo.

4. Seguro de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales

● Quién está cubierto por el seguro

El seguro de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales protege a todos los trabajadores por cuenta ajena de Islandia a excepción del personal extranjero que representa a sus países en puestos oficiales. En el caso del personal a bordo de un buque o avión de propiedad islandesa u operado por una compañía islandesa, el trabajo prestado se considera equivalente al trabajo en Islandia si los salarios se pagan en este país. El seguro también cubre a los trabajadores por cuenta propia.

Las personas encargadas de labores domésticas pueden percibir también las prestaciones por accidentes de trabajo ligados a su actividad. Para ello, deben solicitar su inclusión en el seguro en la declaración de la renta a principios de año.

●Cuál es la cobertura del seguro

El seguro protege en caso de accidentes ocurridos durante el trabajo, también con contratos de aprendizaje, las labores de rescate y todas las modalidades de entrenamiento deportivo, exhibiciones y competiciones deportivas con un club reconocido y bajo la supervisión de un entrenador.

Se considera que una persona está trabajando cuando se encuentra en los locales de trabajo en el horario correspondiente, incluyendo las pausas para comer o tomar un café, cuando se desplaza en representación de la empresa o de camino de ida o vuelta al trabajo.

El seguro también cubre las enfermedades provocadas por los efectos de la exposición profesional a sustancias nocivas, radiaciones o condiciones semejantes durante un mínimo de varios días.

● Prestaciones

Las prestaciones incluyen:

- asistencia sanitaria;
- prestaciones diarias por incapacidad temporal;
- prestaciones por incapacidad permanente;
- prestaciones de supervivencia.

Asistencia sanitaria

Si a causa de un accidente de trabajo se contrae una enfermedad o se pierde sencillamente la capacidad de trabajar durante un mínimo de 10 días, el seguro cubre los gastos necesarios de tratamiento médico.

Prestaciones diarias por incapacidad temporal

Las prestaciones diarias por incapacidad temporal (*slysadagpeningar*) pueden percibirse desde el octavo día posterior a un accidente a partir de una incapacidad de trabajar de 10 días como mínimo. Estas prestaciones se abonan hasta que el accidentado está en condiciones de reincorporarse al trabajo, se le reconoce una incapacidad permanente o hasta su fallecimiento, con un tope máximo de 52 semanas.

Prestaciones por incapacidad permanente

Si a consecuencia de un accidente de trabajo resulta una incapacidad permanente de un 75 % o más, el afectado tiene derecho a una pensión completa de invalidez (véase la sección 5). En los casos en que la incapacidad permanente del accidentado es inferior al 75 %, se paga una cantidad proporcional al índice de incapacidad. Si se trata de una incapacidad permanente inferior al 50 %, el ISS puede abonar un importe a tanto alzado equivalente a la pensión que correspondería al afectado durante un número determinado de años.

Cuando el grado de incapacidad sea superior al 50 %, puede percibirse una pensión complementaria por el cónyuge y los hijos menores de 18 años a cargo del beneficiario en el momento del accidente, de acuerdo con determinadas disposiciones.

Prestaciones de supervivencia

Si en el plazo de 2 años a partir del momento de un accidente fallece el afectado a consecuencia del mismo, se abonan prestaciones de supervivencia (*dánarbætur vegna slysa*) con arreglo a disposiciones específicas.

El superviviente recibe entonces una prestación económica mensual durante 8 años.

También se abona una pensión por cada hijo a cargo. En el caso de que el fallecido tuviera hijos con discapacidad a su cargo mayores de 16 años en el momento del accidente, éstos también percibirán una pensión dependiendo del nivel de ayuda que recibieran de su progenitor.

● Solicitud de las prestaciones

En caso de que ocurra un accidente que pueda considerarse hecho causante para la percepción de prestaciones del seguro de accidentes de trabajo, la empresa o, si el responsable está ausente, el propio interesado, debe comunicar inmediatamente el incidente a la Jefatura de policía o a su representación a este efecto (en Reikiavik, directamente al ISS) del modo que establece el ISS. Si es la Jefatura de policía quien recibe el expediente, envía éste con toda la información necesaria al ISS.

La falta de notificación del accidente por parte de la persona responsable no es óbice para que el afectado o sus familiares supervivientes reclamen las debidas prestaciones en el plazo de 1 año a partir del hecho causante. Las prestaciones económicas deben abonarse incluso si se solicitan pasado dicho plazo cuando las circunstancias sean tan claras que el retraso en la tramitación no impida la recogida de pruebas.

- **Cotizaciones**

Los costes del seguro de accidentes de trabajo se financian con los ingresos que obtiene el Estado mediante la recaudación de los impuestos sobre las remuneraciones, las primas y una contribución anual a cargo de los presupuestos del Estado.

- **Recursos**

Véase la sección 2.

5. Pensiones de invalidez

- **Quién tiene derecho a la prestación**

Las personas entre 16 y 67 años residentes en Islandia durante, como mínimo, los 3 años anteriores a la presentación de una solicitud, tienen derecho a percibir una pensión de invalidez (*örorkulífeyrir*) si se les reconoce una incapacidad permanente a partir de un 75 % como consecuencia de una enfermedad o invalidez reconocidas médicamente. El concepto de residencia se refiere a residencia legal, conforme a lo dispuesto en la Ley del mismo nombre.

- **Índice de pensiones**

Las personas residentes en Islandia durante un mínimo de 40 años entre los 16 y los 67 años de edad tienen derecho a una pensión de invalidez total (40/40). En caso de períodos más breves, la cuantía de la pensión se calcula en proporción a los períodos de residencia.

La pensión de invalidez se compone de una pensión básica (*grunnlífeyrir*), una pensión complementaria (*tekjutrygging*) y una pensión asistencial (*tekjutryggingarauki*).

Las tres modalidades se calculan en función de los ingresos del beneficiario.

Pensión básica

La pensión básica de invalidez se reduce si los ingresos anuales del beneficiario superan un determinado nivel. La pensión se abona conforme a la misma normativa que la pensión de jubilación (capítulo 7). A este respecto, los ingresos no incluyen otras prestaciones de la Seguridad Social, como pagos de los fondos de pensiones, prestaciones en virtud de la Ley de asistencia social o ayudas a la vivienda.

Pensión complementaria

Si los ingresos de un beneficiario de una pensión de invalidez no exceden un importe determinado al año, éste tiene derecho a percibir una pensión complementaria. Se aplican normativas especiales a los ingresos conjuntos de las parejas. Entre los ingresos que deben tenerse en cuenta a este efecto no se encuentran las prestaciones de la Seguridad Social, las prestaciones en virtud de la Ley de asistencia social, las ayudas a la vivienda o los subsidios municipales.

A partir de un determinado nivel de ingresos anuales, se pierde el derecho a la pensión de invalidez.

Pensión asistencial

Cuando un pensionista tiene ingresos muy reducidos o nulos paralelamente a la percepción de la pensión, puede tener derecho a una pensión asistencial.

- **Complemento por hijo a cargo**

Los beneficiarios de una pensión de invalidez tienen derecho a percibir un complemento por cada hijo a cargo menor de 18 años si el hijo o al menos uno de sus padres ha residido en Islandia durante, como mínimo, los 3 años inmediatamente anteriores a la presentación de la solicitud. Si los dos progenitores perciben pensiones de invalidez, se abona un complemento doble por hijo a cargo.

- **Cómo solicitar las pensiones**

El interesado debe enviar el correspondiente impreso de solicitud debidamente cumplimentado al ISS. Por otra parte, el médico a cargo debe remitir al ISS un informe sobre el solicitante, a quien se pedirá asimismo que conteste a un cuestionario sobre su grado de incapacidad.

- **Evaluación del grado de incapacidad**

El Médico en jefe evalúa el grado de incapacidad de los solicitantes conforme a una norma, establecida por el ISS, respecto a las consecuencias de las enfermedades y la invalidez reconocidas por la medicina. El Médico en jefe también está autorizado a decretar que el solicitante se someta a un examen de evaluación sobre sus posibilidades de rehabilitación o a que siga un programa de rehabilitación apropiado antes de certificar un determinado grado de incapacidad.

- **Pago de las prestaciones**

Las prestaciones se abonan por adelantado el primer día del mes.

- **Cotizaciones**

La Tesorería del Estado cubre los gastos del seguro de pensiones de la Seguridad Social mediante los ingresos que obtiene de las cotizaciones por dicho concepto.

- **Recursos**

Véase la sección 2.

6. Subsidios de invalidez

Pueden obtener un subsidio de invalidez (*örorkustyrkur*) las personas que hayan perdido, como mínimo, el 50 % de su capacidad laboral y cuyo grado de incapacidad sea la única razón que les impide percibir una pensión de invalidez. Este subsidio depende del nivel de ingresos del beneficiario.

A partir de los 62 años, el beneficiario de un subsidio de invalidez recibe un subsidio equivalente a una pensión básica de invalidez total.

También puede percibir el subsidio de invalidez una persona con un empleo a tiempo completo que tenga unos gastos extraordinarios muy elevados a causa de su incapacidad.

- **Complemento por hijos a cargo**

Puede percibirse un complemento por hijos cuando un progenitor es beneficiario de un subsidio de invalidez.

- **Cómo solicitar un subsidio de invalidez**

El interesado debe remitir el correspondiente formulario de solicitud debidamente cumplimentado al ISS, y su médico ha de elaborar un informe sobre el caso y enviarlo también al ISS.

- **Pago de prestaciones**

Las prestaciones se pagan por adelantado el primer día del mes.

- **Cotizaciones**

Véase la sección 5.

- **Recursos**

Véase la sección 2.

7. Pensiones de jubilación

- **Quién tiene derecho a la prestación**

A partir de los 67 años de edad, tienen derecho a percibir una pensión de jubilación (*ellilífeyrir*) las personas entre 16 y 67 años residentes en Islandia durante, como mínimo, los 3 años civiles anteriores a la presentación de una solicitud.

El concepto de residencia se refiere a residencia legal, conforme a lo dispuesto en la Ley del mismo nombre.

- **Índice de pensiones**

Las personas residentes en Islandia durante un mínimo de 40 años civiles entre los 16 y los 67 años de edad tienen derecho a una pensión de jubilación total (40/40).

En caso de períodos más breves, la cuantía de la pensión se calcula en proporción a los períodos de residencia.

La pensión de invalidez se compone de una pensión básica (*grunnlífeyrir*), una pensión complementaria (*tekjutrygging*) y una pensión asistencial (*tekjutryggingarauki*). Las tres modalidades se calculan en función de los ingresos del beneficiario.

Pensión básica

La pensión básica de jubilación se reduce si los ingresos anuales del beneficiario superan un determinado nivel. Si los ingresos son superiores a dicho tope máximo, la pensión de jubilación se reduce proporcionalmente hasta su supresión total. A este respecto, los ingresos computados no incluyen otras prestaciones de la Seguridad Social, como ingresos de los fondos de pensiones, prestaciones en virtud de la Ley de asistencia social o ayudas a la vivienda.

Se aplican disposiciones especiales a los derechos a la pensión de jubilación de los trabajadores del mar.

Pensión complementaria

Si los ingresos de un beneficiario de una pensión de jubilación no exceden un importe determinado al año, éste tiene derecho a percibir una pensión complementaria. Cuando los ingresos anuales superan dicho importe, se reduce correspondientemente la pensión complementaria. Se aplican normativas especiales a los ingresos conjuntos de las parejas.

Pensión asistencial

Cuando un pensionista tiene ingresos muy reducidos o nulos paralelamente a la percepción de la pensión, puede tener derecho a una pensión asistencial.

- **Complemento por hijo a cargo**

El Consejo de la Seguridad Social puede decidir la concesión a un pensionista de una prestación por hijo a cargo.

- **Cómo solicitar las pensiones**

Para solicitar una pensión de jubilación, debe enviarse al ISS en Reikiavik o a una de sus

delegaciones el correspondiente impreso debidamente cumplimentado.

- **Pago de prestaciones**

Las prestaciones se pagan por adelantado el primer día del mes.

- **Cotizaciones**

Véase la sección 5.

- **Recursos**

Véase la sección 2.

8. Prestaciones de supervivencia y pensión a los hijos de progenitores con invalidez

- **Pensiones de viudedad**

En caso de viudedad de una persona residente en Islandia que no haya cumplido los 67 años, puede percibir una pensión de viudedad (*dánarbætur*) durante los 6 meses siguientes al fallecimiento de su cónyuge.

Si el beneficiario tiene a su cargo un hijo menor de 18 años o en circunstancias especiales, puede concedérsele otra pensión durante un período adicional.

- **Pensiones de orfandad o por invalidez de los progenitores**

Se abona una pensión en favor de los hijos (*barnalífeyrir*) menores de 18 años en caso de que uno de sus progenitores o bien haya fallecido o sea beneficiario de una pensión de invalidez. Requisito para ello es que el hijo o uno de sus progenitores haya residido en Islandia, como mínimo, los 3 años anteriores a solicitar la prestación. Si se trata de orfandad absoluta o ambos progenitores perciben una pensión de invalidez, la pensión en favor de los hijos se duplica.

- **Cómo solicitar las prestaciones**

Para solicitar estas prestaciones, el interesado debe enviar el impreso de solicitud correspondiente debidamente cumplimentado al ISS o a una de sus delegaciones.

- **Pago de prestaciones**

Las prestaciones se abonan por adelantado el primer día del mes.

Las pensiones en favor de los hijos se pagan a la persona responsable de su custodia.

- **Cotizaciones**

Véase la sección 5.

- **Recursos**

Véase la sección 2.

9. Seguro de desempleo

- **Quién tiene derecho a la prestación**

Todos los trabajadores por cuenta ajena y por cuenta propia residentes en Islandia tienen derecho a percibir la prestación en caso de desempleo (los ciudadanos de países no pertenecientes a la UE deben disponer de un permiso de trabajo indefinido). Condición para ello es que estén inscritos en la oficina de desempleo, que busquen activamente un empleo y que estén a disposición del mercado de trabajo.

- **Prestaciones**

Son prestaciones económicas diarias de tarifa fija. Un total de 10 semanas de trabajo a tiempo completo durante el último año da derecho a la prestación mínima, y el trabajo a tiempo completo durante el año anterior a solicitar la prestación da derecho a la prestación máxima. En caso de trabajo a tiempo parcial, la prestación disminuye proporcionalmente. Condición indispensable para los trabajadores por cuenta propia es, además, que hayan abonado su cotización a la Seguridad Social durante el año anterior al abandono de la actividad económica para percibir las prestaciones por desempleo completas. Existe un complemento diario por hijos a cargo.

Las prestaciones se abonan durante un máximo de 5 años. Cuando un beneficiario de prestaciones por desempleo encuentra un nuevo puesto de trabajo, el período de prestaciones se prorroga en consecuencia.

- **Período de carencia**

No existe ningún período de carencia mientras el desempleo sea involuntario y no motivado por una falta del trabajador; si se renuncia voluntariamente al puesto de trabajo o el desempleo se debe a una falta del trabajador, existe un período de carencia de 40 días laborables la primera vez que se da el caso. El período de beneficio de las prestaciones se reduce en consecuencia.

- **Cotizaciones**

El seguro de desempleo se financia mediante la cotización a la Seguridad Social que deben abonar todos los trabajadores por cuenta ajena con cargo a su nómina y la de los trabajadores por cuenta propia, que se estima en función de sus ingresos.

10. Prestaciones familiares

● **Quién tiene derecho a la prestación**

Las prestaciones familiares se pagan por hijos menores de 16 años residentes en Islandia a cargo de personas que, de conformidad con la legislación tributaria, tienen una obligación fiscal ilimitada.

● **Prestaciones**

Estas prestaciones en favor de los hijos se perciben con relación a los ingresos declarados en el ejercicio anterior. Se abonan en pagos por adelantado los días 1 de febrero y 1 de mayo de todos los años. El importe anual de la prestación depende de la edad de los niños y el estado civil de los padres, ya sea de matrimonio, convivencia o crianza monoparental. En caso de que los ingresos imponibles superen un determinado límite, las prestaciones se reducen con arreglo a determinadas normas.

11. Régimen complementario de pensiones profesionales

● **Quién tiene derecho a la prestación**

Todas las personas que ejerzan una actividad económica deben pertenecer a un fondo de pensiones profesionales.

● **Prestaciones**

Las prestaciones de estos fondos son pensiones de invalidez, de jubilación y prestaciones de supervivencia.

La cuantía y los requisitos de las prestaciones varían en función de las normativas de cada fondo de pensiones.

● **Cotizaciones**

El régimen de pensiones profesionales se financia mediante cotizaciones. En el caso de los trabajadores por cuenta ajena, el empleado abona un 4 % de su salario, y la empresa, el 6 % al fondo de pensiones.

12. Otras informaciones

Para mayor información, puede dirigirse a los siguientes organismos:

Tryggingastofnun ríkisins
(Instituto nacional de la Seguridad Social)
Laugavegur 114
IS-150 Reykjavík
Tel. (354) 560 44 00
Fax (354) 562 45 35
<http://www.tr.is>

Úrskurðarnefnd almannatrygginga
(Comisión de litigios de la Seguridad Social)
Laugavegur 103
IS-150 Reykjavík
Tel. (354) 551 82 00
Fax (354) 551 14 44

Úrskurðarnefnd fæðingar- og foreldraorlofsmála
(Junta de apelaciones para los permisos de maternidad, paternidad o crianza)
Félagsmálaráðuneyti
Hafnarhúsinu Tryggvagötu
IS-150 Reykjavík
Tel. (354) 560 91 00
Fax (354) 522 48 04

Vinnumálastofnun
(Dirección de Trabajo)
Hafnarhúsið v/Tryggvagötu
IS-150 Reykjavík
Tel. (354) 515 48 00
Fax (354) 511 25 20
<http://www.vinnumalastofnun.is>

Úrskurðarnefnd atvinnuleysisbóta
(Junta de apelaciones del seguro de desempleo)
Vinnumálastofnun
Hafnarhúsið v/Tryggvagötu
IS-150 Reykjavík
Tel. (354) 515 48 00
Fax (354) 511 25 20

Heilbrigðis og tryggingamálaráðuneyti.
(Ministerio de Sanidad y Seguridad Social)
Laugavegur 116
IS-150 Reykjavík
Tel. (354) 560 97 00
Fax (354) 551 91 65
<http://www.stjr.is/htr>

Félagsmálaráðuneyti
(Ministerio de Asuntos Sociales)
Hafnarhúsinu Tryggvagötu
IS-150 Reykjavík
Tel. (354) 560 91 00
Fax (354) 552 48 04
<http://www.stjr.is/fel>

Ríkisskattstjóri
(Dirección de Rentas Internas)
Laugavegur 166
IS-150 Reykjavík
Tel. (354) 563 11 00
Fax (354) 562 44 40
<http://www.rsk.is>

Landssamtök lífeyrissjóða
(Federación Nacional de Fondos de Pensiones)
Sættún 1
IS-105 Reykjavík
Tel. (354) 563 64 50
Fax (354) 563 64 01
<http://www.ll.is/>

1. Introducción

● Tipo de prestaciones

El régimen de Seguridad Social de Liechtenstein cubre los siguientes tipos de prestaciones:

Prestaciones financiadas básicamente mediante las cuotas de los asegurados o las empresas:

- prestaciones económicas y en especie por enfermedad y maternidad;
- prestaciones por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales;
- prestaciones por incapacidad permanente, jubilación y supervivencia:
 - «primer pilar»: cobertura estatal de la Seguridad Social a los residentes y a todos los trabajadores de Liechtenstein;
 - «segundo pilar»: previsión profesional para todos los trabajadores por cuenta ajena;
- prestaciones por desempleo;
- prestaciones familiares.

Prestaciones financiadas por el Estado con cargo a la recaudación fiscal:

- prestaciones complementarias por jubilación, supervivencia e incapacidad permanente;
- prestaciones de dependencia;
- subsidio de maternidad;
- ayudas a los invidentes.

● Alta en la Seguridad Social

El empresario es responsable de cumplimentar los trámites de inscripción de los trabajadores por cuenta ajena para que estén protegidos por la Seguridad Social. Los trabajadores por cuenta propia y las personas que no ejercen una actividad laboral deben darse de alta por su cuenta en las oficinas competentes de la Seguridad Social. A este efecto, figuran en el apartado 13 las señas de los servicios encargados de administrar los diversos seguros e informar a los interesados.

● Cotizaciones a la Seguridad Social

En el caso de los trabajadores por cuenta ajena, el empresario es responsable de abonar las cuotas corrientes mediante transferencia de las cotizaciones a los organismos competentes de la Seguridad Social. La cotización incluye la reten-

ción que se realiza en la nómina del trabajador de la parte correspondiente y la parte que aporta la empresa.

Los trabajadores por cuenta propia, las personas que no ejercen una actividad laboral y los afiliados voluntarios deben liquidar sus cuotas directamente con los organismos competentes de la Seguridad Social.

● Recursos administrativos

Se pueden recurrir judicialmente las decisiones de los organismos de Seguridad Social. Los procedimientos y los plazos de recurso dependen de la rama de la Seguridad Social de que se trate. Junto con la decisión sobre su caso adoptada por el organismo competente de la Seguridad Social, se informa al afectado acerca de las vías de recurso administrativo de que dispone.

2. Enfermedad y maternidad

El seguro de enfermedad de Liechtenstein protege en las contingencias de enfermedad y maternidad. Se compone de prestaciones en especie, prestaciones económicas por incapacidad temporal y prestaciones por maternidad.

● Seguro obligatorio

Todas las personas residentes en Liechtenstein o que ejercen una actividad laboral en el país (a excepción de los trabajadores fronterizos procedentes de un país no firmante de acuerdos en este ámbito) deben estar aseguradas para la contingencia de enfermedad. Cada persona debe darse de alta en una Caja del seguro de enfermedad, y las cotizaciones (cuotas) se recaudan también individualmente (es el denominado «régimen individualizado»). El asegurado está protegido, sin excepciones ni consideraciones por embarazo o enfermedad anteriores a su afiliación, a partir del primer día de su alta en una caja de seguro de enfermedad.

En lo referente a la prestación económica por incapacidad temporal, deben estar aseguradas todas las personas que trabajan en Liechtenstein por cuenta ajena, mayores de 15 años, cuya empresa tiene su sede o una filial en el país. La empresa es responsable de dar de alta al asegurado y las cotizaciones se calculan, en principio, proporcionalmente al salario percibido.

Actualmente, en Liechtenstein existen cinco cajas (organismos privados de seguros) por concesión estatal entre las que se distribuye el seguro obligatorio de enfermedad.

A. SEGURO DE ENFERMEDAD

● **Categorías de prestaciones**

- Exámenes, tratamientos y asistencia sanitaria a cargo de un médico, quiropráctico o, por prescripción médica, de otro profesional en el ámbito de la salud (como son los fisioterapeutas o las organizaciones que prestan cuidados domiciliarios a los pacientes), incluyendo los medicamentos, productos farmacéuticos y análisis prescritos por un facultativo.
- Exámenes, tratamientos y asistencia sanitaria en centros hospitalarios con carácter residencial o ambulatorio (servicio general).
- Contribución a estancias en balnearios por prescripción médica.
- Transporte de enfermos cuando el estado físico del asegurado lo requiera.
- Contribución a los gastos por encima de la manutención que se derivan de la necesidad de asistencia domiciliaria de un paciente por prescripción médica y que, de no existir los cuidados a domicilio, exigirían el internamiento del asegurado en un centro hospitalario o residencial.

Diversas prestaciones, a excepción de la contribución a estancias en balnearios, se conceden sin limitación temporal.

El asegurado debe abonar una parte de las prestaciones en función de su edad y del régimen de seguro que haya elegido (véase el punto siguiente).

● **Regímenes de seguro**

En Liechtenstein se ofrecen dos regímenes de seguro. En el régimen de libre elección de médico (el denominado *Grundsystem* o sistema general), el asegurado tiene acceso directo a todos los médicos generalistas y especialistas, nacionales y del extranjero. Otra posibilidad es afiliarse al denominado «régimen del médico de familia». En este caso, el asegurado se compromete, en caso de enfermedad, a acudir a su médico de familia, quien constituye en este régimen la base fundamental de atención sanitaria. Si es necesario, éste remite al paciente a un especialista o a otra persona que preste los servicios oportunos.

B. PRESTACIÓN ECONÓMICA POR INCAPACIDAD TEMPORAL

En caso de incapacidad laboral temporal a consecuencia de una enfermedad, a partir del segundo día de baja se tiene derecho a una prestación económica hasta que se esté en condiciones de retornar al puesto de trabajo. Esta prestación es diaria y se abona durante un máximo de 720 días en 900 días consecutivos.

Cuando la incapacidad temporal para trabajar es absoluta, la prestación se sitúa, como mínimo, en el 80 % del salario que deja de recibirse. No tienen obligación de estar aseguradas contra esta contingencia las personas cuyo tiempo de trabajo por cuenta ajena no supera las 8 horas semanales. Estos trabajadores, al igual que los autónomos, pueden afiliarse voluntariamente para tener derecho a esta prestación.

C. PRESTACIONES POR MATERNIDAD

Todas las prestaciones que ofrecen las cajas en caso de enfermedad del asegurado se proporcionan también a las embarazadas. Las mujeres que, en el momento de dar a luz, hayan estado inscritas en una caja un mínimo de 270 días, tienen derecho a percibir una prestación económica durante 20 semanas. De éstas, por lo menos 16 semanas deben tomarse después del parto. La prestación económica en este caso es equivalente a la percibida por incapacidad temporal.

3. Accidentes de trabajo y enfermedades profesionales

El seguro de accidentes protege contra los riesgos de accidentes de trabajo, enfermedades profesionales y accidentes no laborales.

● **Seguro obligatorio**

Todas las empresas están obligadas a asegurar a sus empleados en Liechtenstein contra accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Además, las personas que trabajan un mínimo de 8 horas semanales por cuenta ajena deben estar aseguradas contra accidentes no laborales. Los trabajadores autónomos no están obligados a afiliarse, pero pueden hacerlo voluntariamente.

El seguro de accidentes está en manos de organismos de seguro privados autorizados por el Gobierno de Liechtenstein.

La empresa corre a cargo de las cotizaciones por el seguro de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. En cambio, retiene porcentualmente del salario del trabajador la cotización que debe abonar al seguro de accidentes no laborales.

● **Prestaciones en especie del seguro de accidentes**

El asegurado tiene derecho a las siguientes prestaciones:

- la asistencia sanitaria, que cubre la asistencia sanitaria de un médico, odontólogo o, por recomendación de éstos, de otros profesionales del ámbito de la salud, fuera de un centro hospitalario;

- medicamentos y análisis prescritos por médicos u odontólogos;
- internamiento en un servicio general de un centro hospitalario;
- tratamientos posteriores a una dolencia y estancias en balnearios prescritos por un facultativo;
- prestaciones ortoprotésicas y otros medios que ayudan a subsanar daños físicos o disfunciones;
- los costes necesarios de salvamento y búsqueda, así como los gastos que se requieran de viaje y transporte;
- los costes necesarios de transporte de los restos mortales de un fallecido a su lugar de entierro y los gastos del entierro.

● **Prestaciones económicas del seguro de accidentes**

En caso de incapacidad temporal a causa de un accidente, el asegurado tiene derecho a percibir una prestación económica a partir del segundo día del suceso. La cuantía de la prestación cuando existe una incapacidad absoluta equivale al 80 % de la parte del salario asegurada.

Si a consecuencia de un accidente el asegurado queda en situación de incapacidad permanente, tiene derecho a una pensión. En caso de que por su invalidez requiera ayuda para satisfacer sus necesidades básicas, tiene derecho a una prestación de dependencia (cuya cuantía depende del grado de dependencia del afectado).

Los supérstites de un fallecido por accidente tienen derecho a pensiones de supervivencia (pensiones de viudedad o de orfandad).

4. Incapacidad permanente

● **Estructura de los tres pilares**

La protección por incapacidad permanente se basa en una estructura de tres pilares:

- El denominado «primer pilar» cubre a todos los residentes en Liechtenstein que ejercen una actividad laboral (trabajadores por cuenta propia o ajena) y a todas las personas residentes en el país que no ejercen una actividad laboral (las personas dedicadas a las propias labores domésticas, por ejemplo, también están obligadas a cotizar). Un organismo público independiente se encarga de su administración. El seguro de jubilación y de supervivencia (*AHV*, véase la sección 5), el seguro de incapacidad permanente (*IV*) y la Caja de prestaciones familiares (*FAK*, véase la sección 8) son gestionados conjuntamente por un organismo bajo supervisión del Estado (*AHV-IV-FAK-Anstalten*).

- El denominado «segundo pilar» (previsión profesional) cubre a los trabajadores por cuenta ajena cuyos ingresos superan una cantidad mínima. En el marco del seguro obligatorio, sólo es necesario cotizar tomando como base un tope máximo del salario anual. Los trabajadores por cuenta propia pueden asegurarse voluntariamente en el organismo de previsión profesional en que están dados de alta sus empleados. En este seguro del segundo pilar, se deduce del salario anual lo que se denomina «importe exento» para evitar una duplicidad de seguros respecto al primer y segundo pilar. Existen distintos organismos responsables de la administración del segundo pilar (entidades jurídicamente independientes de las empresas) de conformidad con lo dispuesto en la legislación. Todos ellos se encuentran bajo supervisión estatal.

- El denominado «tercer pilar» es la previsión optativa (por ejemplo, por una cantidad superior al límite obligatorio del segundo pilar o mediante seguros privados de los interesados).

● **Prestaciones del seguro de incapacidad permanente de Liechtenstein (primer pilar)**

El seguro de incapacidad permanente proporciona medidas de inserción profesional y pensiones.

En primer lugar, se trata de reincorporar a la persona con incapacidad a una actividad laboral (por ejemplo, mediante una reorientación profesional hacia otro empleo combinada con un subsidio diario, asesoramiento profesional, servicios de búsqueda de empleo, colocaciones de prueba, complementos salariales para las empresas que proporcionen un empleo a personas discapacitadas, prestaciones ortoprotésicas, etc.).

Si las medidas de inserción profesional no tienen éxito, el asegurado percibe (en caso de que haya cotizado, como mínimo, 1 año completo) a partir de un grado de incapacidad del 40 %, el 25 % de una pensión total; si su incapacidad supera el 50 %, la mitad de dicha pensión; y, a partir de un grado de incapacidad de 66,6 %, percibe la pensión completa.

El cálculo del importe de la pensión que corresponde a cada asegurado se rige por la misma normativa que el de los seguros de jubilación y supervivencia (véase la sección 5). En cualquier caso, sólo se concede una pensión a partir de 1 año de incapacidad permanente, justificada para el cobro de esta prestación, que se prevea de larga duración.

- **Prestaciones de la previsión profesional (segundo pilar)**

La persona que sufre de incapacidad permanente tiene derecho a percibir una pensión de su organismo de previsión profesional hasta que alcance la edad de jubilación. En general, se concede una pensión, pero, en ocasiones, el organismo competente proporciona una indemnización global.

En caso de incapacidad permanente absoluta, el organismo correspondiente aporta una prestación anual que se sitúa, como mínimo, en el 30 % del salario atribuible al afectado (además de una pensión por hijos a cargo). En caso de que la incapacidad permanente sea parcial, el porcentaje del salario que se abona en concepto de pensión disminuye con relación al grado de incapacidad.

5. Jubilación

- **Estructura de los tres pilares**

También para el seguro de jubilación existe la estructura de los tres pilares (véase la sección 4).

- **Prestaciones del seguro de jubilación y supervivencia de Liechtenstein (primer pilar)**

Se tiene derecho a estas prestaciones cuando el asegurado ha cotizado durante 1 año completo como mínimo.

La edad oficial de jubilación actual está en los 64 años, pero existen normativas de transición.

Mujeres

Año de nacimiento	Edad oficial de jubilación
De 1935 a 1940	62
De 1941 a 1945	63
A partir de 1946	64

Hombres

Año de nacimiento	Edad oficial de jubilación
Hasta 1935	65
A partir de 1936	64

Con arreglo a la flexibilidad para acogerse al régimen de jubilación, independientemente del cónyuge, los hombres y mujeres entre 60 y 70 años pueden elegir libremente su edad de retiro. En caso de jubilación anticipada, el importe de la pensión se reduce progresivamente (también después de alcanzarse la edad de jubilación oficial); así, por ejemplo, la pensión disminuye en un 16,5 % en caso de que se perciba a partir de los 60 años; en cambio, una jubilación tardía

conlleva un aumento actuarial de la cuantía de la pensión.

La cuantía de la pensión de jubilación se determina teniendo en cuenta dos factores:

- El período de cotización (es decir, el período de seguro) determina el porcentaje de la base reguladora de pensiones del asegurado.
- El importe de la base reguladora depende de los ingresos totales que se hayan tomado como base para el cálculo de la cotización durante todo el período de seguro, de que se hayan tenido hijos o no (créditos por crianza) y de si se han proporcionado cuidados no remunerados a una persona dependiente (créditos por cuidados); además, en el caso de los matrimonios, se lleva a cabo una división de dicho importe entre ambos cónyuges correspondiente a los años civiles de unión matrimonial si ambos han estado asegurados en Liechtenstein durante el mismo período.

Además de las pensiones de jubilación, se conceden pensiones por hijos a cargo (básicamente para los hijos menores de 18 años; si están en período de formación, hasta la finalización de sus estudios, como máximo, hasta los 25 años). Durante el período transitorio hacia la introducción de la equiparación de mujeres y hombres, los hombres beneficiarios de una pensión de jubilación perciben un complemento a ésta cuando su cónyuge es mayor de 55 años y no tiene derecho a pensión por cuenta propia.

Los residentes en Liechtenstein beneficiarios de pensiones de jubilación tienen además derecho a percibir contribuciones para medios ortoprotésicos, como por ejemplo, aparatos de corrección auditiva, etc.

- **Prestaciones de la previsión profesional (segundo pilar)**

Están obligados a cotizar a la previsión profesional por la contingencia de jubilación todos los trabajadores por cuenta ajena, mayores de 23 años, con un empleo de duración superior a 9 meses.

Para cada asegurado, se genera un capital de jubilación personal que gestiona el organismo competente mediante la acumulación de parte de sus cotizaciones en una cuenta individual de fondos de pensiones. La cuantía de la prestación depende, al final, del importe del capital depositado en dicha cuenta en el momento de la jubilación del interesado.

6. Supervivencia

● Estructura de los tres pilares

También en las prestaciones de supervivencia se aplica la estructura de los tres pilares (véase la sección 4).

● Prestaciones del seguro de jubilación y supervivencia de Liechtenstein (primer pilar)

Los familiares de un fallecido tienen derecho a una pensión de supervivencia cuando éste ha cotizado un mínimo de 1 año completo.

La pensión de viudedad (para hombres o mujeres) se concede de forma limitada o indefinida (dependiendo de diversos factores: hijos, duración del matrimonio, edad); en el caso de personas que ya son beneficiarias de pensiones de jubilación o incapacidad permanente, por el fallecimiento del cónyuge se añade un complemento de viudedad a la otra pensión.

Tienen derecho a una pensión de orfandad los hijos menores de 18 años; o bien, cuando los hijos están en período de formación, hasta la finalización de sus estudios, siendo el tope máximo los 25 años.

● Prestaciones de la previsión profesional (segundo pilar)

En caso de fallecimiento del asegurado antes de alcanzar la edad oficial de jubilación, se concede una pensión de viudedad o de orfandad como máximo hasta el momento en que el asegurado hubiera alcanzado dicha edad.

7. Desempleo

Todos los trabajadores y los aprendices están asegurados contra el desempleo.

El Ministerio de Economía (*Amt für Volkswirtschaft*) es responsable de determinar y abonar las prestaciones de desempleo, entre las que se encuentran principalmente:

- las prestaciones por desempleo y
- el subsidio por desempleo de corta duración.

Además, el Ministerio informa sobre los derechos a prestaciones, facilita puestos de trabajo y promueve la formación y el reciclaje de las personas desempleadas.

● Prestaciones por desempleo

Básicamente, un asegurado tiene derecho a las prestaciones cuando pierde su empleo como trabajador por cuenta ajena y:

- se inscribe como desempleado en el Ministerio de Economía y solicita la prestación;
- se pone a disposición de los servicios de empleo, es decir, está en disposición de aceptar un puesto de trabajo, ajustado a su perfil profesional, que se le ofrezca;
- ha cotizado durante un período de seguro mínimo, es decir, en los 2 años anteriores al inicio de su situación de desempleo, ha estado trabajando y abonando las cuotas del seguro de desempleo.

La duración de las prestaciones depende de la edad. En un máximo de 2 años, se abona durante un mínimo de 250 días (prestaciones diarias) y se eleva a:

- 400 días de prestación a partir de los 50 años de edad; y
- 500 días de prestación desde los 60 años hasta la jubilación.

En determinadas circunstancias, no se abona la prestación durante un período concreto.

● Subsidio por desempleo de corta duración

En caso de interrupción de una actividad laboral por cuestiones económicas o meteorológicas, el asegurado percibe del seguro de desempleo, a través de su empresa, un subsidio por desempleo de corta duración en forma de prestación diaria. En el caso de cese de actividad por inclemencias del tiempo, sólo tienen derecho a acogerse a esta prestación los trabajadores de la construcción y de la jardinería paisajística desde principios de diciembre a mediados de marzo.

● Disposiciones formales

Mientras percibe la prestación, el asegurado está obligado a presentarse en el Ministerio de Economía cuando le sea requerido. Además, debe comunicar inmediatamente cualquier cambio en su situación personal.

● Otras prestaciones por desempleo

Durante el período de paro, el seguro de desempleo paga las cotizaciones que debe abonar la empresa en concepto de pensiones, tanto del primer pilar como de la previsión profesional (en el segundo pilar no se incluyen las cotizaciones del seguro de jubilación). Asimismo, el seguro de desempleo abona las cuotas al seguro de enfermedad. Si el asegurado en paro contrae una enfermedad, el seguro de desempleo paga las prestaciones diarias durante los primeros 30 días de baja.

● Indemnización por insolvencia

En caso de quiebra de la empresa o de procedimiento de ejecución infructuoso, el asegurado recibe del seguro de desempleo una indemnización por insolvencia, que cubre los atrasos salariales de 3 meses como máximo, correspondientes a los 6 meses anteriores al término de la relación contractual.

8. Prestaciones familiares

A cargo de estas prestaciones se encuentra una entidad pública independiente, la Caja de prestaciones familiares de Liechtenstein (*Liechtensteinische Familienausgleichskasse*, FAK). Se encuentra bajo supervisión estatal.

A estas prestaciones tienen derecho los residentes en Liechtenstein, tanto si ejercen una actividad laboral como si no (cuando no se aplican otros convenios interestatales por los que se conceden prestaciones, por ejemplo por trabajar uno de los progenitores en otro país).

Las prestaciones son de los tipos siguientes:

- una prima única por nacimiento (o adopción de niños menores de 5 años),
- un complemento mensual por hijos a cargo (pagadero hasta que éstos cumplan los 18 años),
- un complemento por familia monoparental (pagadero hasta que los hijos cumplan los 18 años),
- una compensación anual a las personas para las que tiene preferencia un complemento por hijos a cargo de una institución extranjera con relación a su derecho a una prestación semejante en Liechtenstein, que sería de mayor cuantía (se paga la diferencia de importe entre ambos complementos).

9. Prestaciones complementarias por jubilación, supervivencia e incapacidad permanente

Tienen derecho a estas prestaciones las personas en edad de jubilación (también los beneficiarios de pensiones de jubilación anticipada), los supérstites (beneficiarios de pensiones de viudedad u orfandad), las personas con incapacidad permanente (con un grado mínimo de incapacidad del 50 %), los beneficiarios de prestaciones diarias del seguro de incapacidad permanente y los beneficiarios de prestaciones de dependencia. Para tener derecho a las prestaciones complementarias, no se requiere que las pensiones percibidas por estos beneficiarios procedan del régimen de Seguridad Social de Liechtenstein.

Las prestaciones complementarias dependen de la residencia, los ingresos y el patrimonio de sus perceptores. Su cuantía se calcula también de acuerdo con la situación económica y personal del beneficiario (composición de la familia).

Las prestaciones complementarias se financian mediante los impuestos. El seguro de jubilación y supervivencia de Liechtenstein es responsable de su administración.

10. Prestaciones de dependencia

Las personas residentes en Liechtenstein tienen derecho a prestaciones de dependencia siempre que no sean beneficiarias de las mismas en virtud de un seguro de accidentes.

La dependencia se mide con relación al grado de necesidad de terceros para satisfacer las necesidades básicas (vestirse y desvestirse; levantarse, incorporarse y tumbarse; comer; cuidado corporal; andar). Se diferencia entre tres grados de dependencia (alta, media y baja). A partir de los 65 años de edad, se tiene derecho a estas prestaciones con un grado de dependencia media o alta (si no se tenía ya un grado de dependencia baja reconocida antes de alcanzar dicha edad).

Estas prestaciones se financian por medio de los impuestos. Su administración está a cargo del seguro de jubilación y supervivencia (AHV) y del seguro de incapacidad permanente (IV).

11. Subsidio de maternidad

A las mujeres que, habiendo dado a luz, no tengan derecho a prestaciones por maternidad del seguro de enfermedad obligatorio durante el permiso de maternidad, el Estado les concede una prima por maternidad deducible de la base imponible. Si las prestaciones económicas por maternidad que percibe una beneficiaria del seguro de enfermedad son inferiores en su conjunto a este subsidio, el Estado abona a la interesada la diferencia entre ambos importes.

La condición previa a la concesión del subsidio de maternidad es la residencia civil de la interesada en Liechtenstein.

La cuantía de este subsidio se rige por los ingresos imponibles de la beneficiaria o de ambos cónyuges, según el caso. El subsidio sólo se concede hasta un nivel máximo de ingresos imponibles.

12. Ayudas a los invidentes

El importe de estas ayudas depende del grado de invidencia (ceguera total, ceguera funcional, deficiencia visual grave). Se tiene derecho a ellas a partir de los 6 años de edad si se es residente en Liechtenstein.

Las ayudas a los invidentes se financian con los impuestos. Su administración está a cargo del seguro de incapacidad permanente (IV).

13. Otras informaciones

Para cualquier otra información (por ejemplo, datos más precisos sobre las prestaciones de la Seguridad Social mencionadas en los apartados anteriores, acerca del propio expediente de seguro de cualquier interesado o respecto a vías y procedimientos de recurso a decisiones de los organismos de Seguridad Social) pueden dirigirse a las autoridades y organismos competentes que figuran a continuación.

- Informaciones relativas a las contingencias de enfermedad, maternidad, accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, desempleo y las prestaciones de la previsión profesional con relación a incapacidad permanente, jubilación y supervivencia (segundo pilar):

Amt für Volkswirtschaft
(Ministerio de Economía)
Gerberweg 5
FL-9490 Vaduz
Tel. (423) 236 68 71
Fax (423) 236 68 89

- Informaciones respecto a los seguros de jubilación y supervivencia (primer pilar), de incapacidad permanente (primer pilar), y a las prestaciones familiares, así como datos referentes a las prestaciones complementarias de los seguros de jubilación, supervivencia e incapacidad permanente, a las prestaciones de dependencia y a las ayudas a los invidentes:

AHV-IV-FAK-Anstalten
(Centros de los seguros de supervivencia e invalidez y Caja de las prestaciones familiares)
Gerberweg 2
FL-9490 Vaduz
Tel. (423) 238 16 16
Fax (423) 238 16 00
<http://www.ahv.li>

1. Introducción

La Seguridad Social en Noruega ofrece las siguientes prestaciones:

- asistencia sanitaria, prestaciones por maternidad y adopción, subsidios de enfermedad y prestaciones de readaptación (sección 2);
- prestaciones por accidentes laborales y enfermedades profesionales (sección 3);
- pensiones de jubilación (sección 4);
- prestaciones y pensiones por invalidez (sección 5);
- auxilios por defunción (sección 6);
- prestaciones por supervivencia (sección 7);
- prestaciones por desempleo (sección 8);
- prestaciones familiares (sección 9);
- prestaciones económicas a familias con hijos pequeños (sección 10).

● Cotizaciones

El Sistema Nacional de la Seguridad Social se financia a través de las cotizaciones de los trabajadores por cuenta ajena, los trabajadores por cuenta propia, los pensionistas y los empresarios y a través de aportaciones del Estado. Compete al Parlamento fijar los índices de cotización y las aportaciones del Estado. Las cifras que figuran en el presente informe corresponden al año 2000.

Las cotizaciones de los trabajadores por cuenta ajena y por cuenta propia se calculan sobre la base de sus ingresos profesionales brutos.

El índice de cotización asciende, para los trabajadores por cuenta ajena, al 7,8 % de la base de cotización de pensiones (ingreso salarial bruto) y, para los trabajadores por cuenta propia, al 10,7 % de la base de cotización de pensiones (procedentes del trabajo autónomo) hasta una suma doce veces superior al salario mínimo interprofesional (49 090 NOK [coronas noruegas] a 1 de mayo de 2000) y al 7,8 % de los ingresos superiores doce veces al salario mínimo. Por regla general, la cotización sobre la base de pensiones no superará el máximo de 16,75 o de 134 veces el salario mínimo interprofesional, respectivamente, conforme a lo dispuesto para determinadas categorías de trabajadores por cuenta propia. El índice de cotización aplicable a otros tipos de rentas de las personas físicas (pensiones, etc.) es del 3,0 %.

Las cotizaciones de los empresarios se calculan en forma de porcentaje sobre los salarios abonados. Las cotizaciones varían según la región en que residan los trabajadores. No obstante, las empre-

sas de determinados sectores deben cotizar la base máxima independientemente del lugar de residencia del trabajador.

● Quién está cubierto por la Seguridad Social

El Sistema Nacional de la Seguridad Social establece un régimen de seguro obligatorio que cubre a todas las personas que residen o trabajan en Noruega. Algunos ciudadanos noruegos que trabajan en el extranjero (funcionarios, etc.) están protegidos asimismo por el régimen de seguro obligatorio.

El Sistema Nacional de la Seguridad Social cubre asimismo todas las contingencias de los marinos noruegos y de los ciudadanos de un país del EEE que trabajan a bordo de buques con bandera noruega, independientemente de su lugar de residencia, salvo el personal de hostelería y restauración a bordo de cruceros registrados en el Registro Noruego de Buques Internacionales.

Los residentes en Noruega que no están asegurados y las personas que, a pesar de encontrarse fuera del país, reúnen una serie de condiciones respecto a períodos anteriores de seguro, pueden afiliarse voluntariamente.

● Qué hacer para obtener prestaciones

Para beneficiarse de las prestaciones ofrecidas por el Sistema Nacional de la Seguridad Social, el interesado debe presentar su solicitud en la Oficina Local de la Seguridad Social de su lugar de residencia, estancia o trabajo, excepto para recibir las prestaciones por desempleo, en cuyo caso debe presentar su solicitud en la oficina de empleo local.

Corresponde a las oficinas locales de la Seguridad Social decidir respecto a la asistencia médica, las prestaciones por enfermedad y maternidad, y el subsidio de readaptación durante el tratamiento médico, las pensiones de jubilación, las prestaciones por invalidez (prestaciones mínimas y de asistencia), las prestaciones por supervivencia y la mayor parte de las prestaciones destinadas a mejorar la capacidad funcional general. Las solicitudes de pensión por invalidez, por accidente de trabajo y algunas solicitudes de prestaciones destinadas a mejorar la capacidad funcional general son atendidas por las oficinas regionales de la Seguridad Social.

Las solicitudes de prestaciones de readaptación son atendidas conjuntamente con la Dirección de Trabajo. Las personas que residen en el extranjero deberán presentar sus solicitudes en la Oficina

Nacional para la Cobertura de la Seguridad Social en el Extranjero (véase la sección 11), bien directamente o a través de un organismo intermedio sito en el Estado donde reside el solicitante.

● Recursos

Cualquier resolución por la que se deniegue una solicitud de prestaciones puede recurrirse ante la Oficina Local de la Seguridad Social en el plazo de 6 semanas.

Las oficinas regionales o la Administración Nacional de la Seguridad Social tramitan las resoluciones adoptadas por la *Oficina Local de la Seguridad Social*. Aún cabe un recurso frente a la decisión de estos organismos en el plazo de 6 semanas ante el Tribunal de Apelación del Sistema Nacional de la Seguridad Social, si bien este Tribunal solo podrá revisar los aspectos jurídicos de la decisión adoptada por las oficinas regionales o la Administración Nacional de la Seguridad Social.

Las decisiones adoptadas por la *oficina regional de la Seguridad Social* pueden recurrirse directamente ante el Tribunal de Apelación del Sistema Nacional de la Seguridad Social, que procederá a un estudio del caso en su totalidad.

Sin embargo, las decisiones adoptadas por la oficina regional de la Seguridad Social relativas a la mejora de la capacidad funcional general pueden recurrirse ante la Administración Nacional de la Seguridad Social, cuyo fallo puede a su vez recurrirse ante el Tribunal de Apelación del Sistema Nacional de la Seguridad Social. Éste procederá a un estudio limitado del caso. Se pueden recurrir los fallos de la Dirección de Trabajo ante el Tribunal de Apelación del Sistema Nacional de la Seguridad Social.

2. Enfermedad, maternidad y adopción

A. ASISTENCIA SANITARIA

Todas las personas aseguradas tienen derecho a tratamiento gratuito en régimen de hospitalización, incluidas las medicinas. En caso de tratamiento extrahospitalario, se aplican las siguientes disposiciones:

El paciente deberá pagar un porcentaje del coste del tratamiento dispensado por médicos generalistas o especialistas y por psicólogos, de las prescripciones de medicamentos costosos y de los gastos de transporte contraídos a raíz de revisiones o tratamientos. La mayor parte de los gastos corren a cuenta de las administraciones locales o del Sistema Nacional de la Seguridad Social. La suma que debe pagar un adulto que reciba tratamiento dispensado por un médico generalista asciende a

110 NOK por cada consulta, más el 36 % del coste de los medicamentos costosos (hasta un máximo de 340 NOK por receta médica). En caso de prescripciones múltiples, el porcentaje de participación de gastos será diferente una vez recibida una cantidad de medicamentos equivalente al consumo de 3 meses.

Se ha introducido un límite máximo, fijado anualmente por el Parlamento, a la participación porcentual que deben pagar los pacientes (1 370 NOK en 2000). Una vez alcanzado dicho límite, se asigna al paciente una acreditación que le garantiza tratamiento, medicamentos y transporte gratuitos para el resto del año.

Para alcanzar este límite, las sumas que se deben pagar por los hijos menores de 16 años se acumulan a las de uno de los padres. Los hijos menores de 7 años están exentos de pago por los tratamientos dispensados por médicos o fisioterapeutas, por ciertos medicamentos y por gastos de viaje.

B. PRESTACIÓN ECONÓMICA POR INCAPACIDAD TEMPORAL (SUBSIDIO DE ENFERMEDAD)

Para los trabajadores por cuenta ajena, la prestación económica por incapacidad temporal se calcula sobre la base del salario antes de enfermar, y para los trabajadores por cuenta propia, sobre la base de sus ingresos procedentes del trabajo autónomo.

● Condiciones requeridas

Una persona asegurada con ingresos anuales equivalentes al menos a la mitad del salario mínimo interprofesional (24 545 NOK) tiene derecho a la prestación en caso de incapacidad temporal debida a enfermedad.

Por lo general, la actividad laboral debe haber durado al menos 14 días.

● Cuantía y duración de la prestación económica por incapacidad temporal

El subsidio de los trabajadores por cuenta ajena equivale al 100 % de la base de cotización de pensiones y se cobra a partir del primer día de baja por un período de 260 días (52 semanas). Los ingresos por encima de una suma seis veces superior al salario mínimo (294 540 NOK) no se toman en consideración.

Durante los primeros 16 días naturales abonará el subsidio de enfermedad el empresario y, a partir de entonces, el Sistema Nacional de la Seguridad Social. En el período en que el pago diario de la prestación corresponde al empresario, no se exige un nivel mínimo de ingresos.

Los trabajadores por cuenta propia tienen derecho a un subsidio de enfermedad equivalente al 65 % de su base de cotización de pensiones a partir del decimoquinto día de baja por un período de 250 días (50 semanas). Se puede optar voluntariamente por índices de cotización más elevados, lo que da derecho a los trabajadores autónomos a percibir el 65 % de su base de cotización de pensiones a partir del primer día de baja, el 100 % a partir del decimoquinto día, o este último porcentaje a partir del primer día de baja.

Los índices de cotización son de 1,6 %, 2,8 % y 8,8 % respectivamente. Los agricultores y los lapones que se dedican a la cría de renos tienen derecho a un subsidio de enfermedad equivalente al 100 % de sus ingresos a partir del decimoquinto día de ausencia del puesto de trabajo y pueden optar por cotizar un índice del 3,7 % a fin de recibir el mismo porcentaje desde el primer día de baja.

C. MATERNIDAD Y ADOPCIÓN

● **Maternidad**

Las mujeres aseguradas que hayan trabajado durante 6 de los 10 meses anteriores al inicio del permiso por maternidad tienen derecho a percibir una prestación económica o subsidio de maternidad.

Las mujeres aseguradas tienen derecho a percibir esta prestación en metálico durante un período de 42 semanas (210 días). El subsidio diario de maternidad equivale al subsidio de enfermedad (100 % de los ingresos). El período de permiso retribuido puede prolongarse voluntariamente hasta 52 semanas (260 días), a cambio de reducir el índice de compensación (80 % de los ingresos).

La madre deberá utilizar obligatoriamente 3 semanas del período de subsidio antes del parto. Si así lo desea, puede cobrar la prestación desde 12 semanas antes del nacimiento.

Una trabajadora legalmente obligada a dejar el trabajo antes del parto, debido a condiciones o entorno de trabajo peligrosos, tiene derecho a un permiso retribuido desde el momento en que dejó de trabajar, sin que ello afecte a su derecho a permiso retribuido después del nacimiento.

En caso de partos múltiples, la mujer tiene derecho a subsidios completos durante 5 semanas adicionales (7 semanas con índice reducido) a partir del segundo hijo.

La madre deberá tomar al menos 6 semanas de permiso inmediatamente después del parto. Si reanuda el trabajo antes de expirar el período de permiso de maternidad retribuido, el padre tiene derecho a cobrar subsidios por el período restante. Se reservan al padre 4 semanas del período total de subsidio a condición de que permanezca en el

hogar al cuidado del hijo y que cumpla el requisito de haber trabajado durante un período anterior. El padre asegurado tiene derecho a percibir esta prestación económica diaria por maternidad sobre la base de sus propios ingresos, independientemente de que la madre tenga derecho a ello o no; condición para ello es sólo que la madre comience una actividad laboral o educativa después del nacimiento y que el padre se ocupe del cuidado diario del hijo. En estos casos, el período de permiso retribuido es de 29 o 39 semanas respectivamente.

La mujer que no tenga derecho a la prestación por maternidad recibirá una ayuda de 32 138 NOK (que también cobrará la mujer que tenga derecho a un subsidio por una suma inferior a dicha ayuda).

● **Adopción**

En el caso de adopción de un hijo menor de 15 años, los padres adoptivos tienen derecho a un subsidio diario durante 39 semanas (195 días), por el mismo importe y en las mismas condiciones aplicables a la prestación económica por incapacidad temporal. Este período puede prolongarse a 49 semanas (245 días) con subsidios de tarifa reducida (80 % de los ingresos).

● **Sistema de compensación temporal**

Un sistema de compensación temporal permite que las personas que tengan o adopten hijos se beneficien de tarifas reducidas del subsidio de maternidad o adopción con una jornada laboral reducida.

D. PRESTACIONES DE READAPTACIÓN

Las prestaciones de readaptación se conceden a las personas que sufren una reducción permanente de su capacidad de trabajo o cuyas oportunidades de elegir empleo o lugar de trabajo se encuentran considerablemente mermadas. Se conceden igualmente ayudas para mejorar la capacidad funcional general cuando ésta se vea seriamente disminuida debido a enfermedad, lesiones o discapacidad.

● **Condiciones requeridas**

Toda persona asegurada menor de 67 años residente en Noruega tiene derecho a prestaciones de readaptación si ha estado asegurada durante los 3 años inmediatamente anteriores a la solicitud de ayuda. Es suficiente un período de seguro de 1 año si durante ese tiempo el solicitante ha estado capacitado física y mentalmente para realizar un trabajo normal.

Se concede un subsidio de readaptación a las personas aseguradas con derecho a cobrar la prestación económica por incapacidad temporal,

una vez expirado el período de legitimación para percibir ésta, así como a las personas aseguradas que no tengan derecho al subsidio de enfermedad pero que hayan estado incapacitadas para trabajar durante 1 año. Generalmente, los subsidios de readaptación se conceden sólo por un período de 52 semanas consecutivas. Se conceden ayudas de readaptación profesional a las personas aseguradas que siguen esta medida de readaptación, así como durante los períodos de espera antes de su inicio o después de su finalización, antes de encontrar un trabajo apropiado. Se conceden ayudas temporales de discapacidad a la espera de que se adopte una decisión definitiva sobre la concesión de pensiones de invalidez (véase la sección 5).

● Prestaciones

La cuantía de los subsidios de readaptación, readaptación profesional y de las ayudas temporales por discapacidad equivale a la de la pensión de invalidez, ya sea total o parcial. En la última fase del período de readaptación, se pueden conceder ayudas parciales de readaptación incluso si la capacidad laboral quedó sólo reducida en un 20 %. No se conceden complementos especiales (véase la sección 4), pero se prevén complementos para el cónyuge y los hijos a cargo.

Estas prestaciones cubren los gastos incurridos por la persona asegurada como consecuencia de medidas de readaptación, tales como enseñanza en centros escolares, cursos o formación en empresas, que tengan una influencia decisiva sobre las oportunidades de empleo de la persona asegurada. Se pueden conceder las prestaciones en especie que sean necesarias y apropiadas (como servicios de interpretación, perros guía, etc.) para mejorar la capacidad de enfrentarse a los problemas cotidianos a las personas que sufran una reducción permanente de su capacidad funcional general.

3. Accidentes de trabajo y enfermedades profesionales

En general, el Sistema Nacional de la Seguridad Social cubre a todos los trabajadores por cuenta ajena. Además, ciertas categorías, como pescadores, escolares y estudiantes, militares y funcionarios, personal de la defensa civil y de los servicios de emergencia y rescate, cuentan asimismo con un régimen de seguro obligatorio. Los trabajadores por cuenta propia pueden acogerse a regímenes de seguro voluntario, siempre que no estén asegurados obligatoriamente con arreglo a las disposiciones aplicables a grupos específicos de trabajadores por cuenta propia. Se aplica un índice de cotización del 0,4 % de sus ingresos procedentes del trabajo autónomo.

Algunas enfermedades contraídas en el entorno laboral reciben una consideración análoga a la de los accidentes de trabajo. Entre ellas figuran las enfermedades enumeradas en el artículo 2 del Convenio nº 42 de la OIT relativo a las indemnizaciones de los trabajadores por enfermedades profesionales, además de por otras enfermedades profesionales, climáticas y epidémicas recogidas en los reglamentos nacionales.

Son asimismo aplicables las normas generales relativas a la asistencia sanitaria, al subsidio de enfermedad, etc., a las prestaciones o pensiones de invalidez y de supervivencia. El beneficiario tiene derecho a tales prestaciones, aunque sometidas a condiciones más favorables, como se indica a continuación.

Por lo que respecta a las pensiones, se aplican siempre las tarifas completas, sin imponer reducciones por no contar con períodos de seguro anteriores (ingresos insuficientes o incumplimiento de los períodos de carencia).

Se pueden conceder asimismo pensiones de invalidez, a condición de que la capacidad de generar ingresos se haya reducido sólo en un 30 % (50 % en otros casos), etc.

La pensión de supervivencia se otorga con independencia de la duración del matrimonio y puede concederse igualmente a una persona que no estuviera casada con la persona fallecida ni conviviera con la misma, a condición de que estuviera a cargo de ésta y cuidara de sus hijos. Se pueden conceder pensiones a los hijos menores de 21 años que prosigan sus estudios (normalmente la pensión se concede sólo hasta la edad de 18 o 20 años y si el hijo es huérfano de ambos progenitores).

Además, el beneficiario no está obligado a contribuir a los costes por tratamiento médico, medicamentos o productos médicos.

Por lo que respecta al subsidio de enfermedad, no se aplica ningún período de carencia en el caso de accidente de trabajo. Por lo general, se calcula el subsidio de la forma más favorable, equivalente al menos al nivel de ingresos del beneficiario en el momento de producirse el accidente.

Se puede conceder asimismo al beneficiario una indemnización por accidente de trabajo por un importe máximo del 75 % del salario mínimo interprofesional anual (36 818 NOK). Éste puede elegir que se le abone la prestación como importe a tanto alzado.

Los trabajadores por cuenta ajena también están cubiertos por la Ley sobre indemnizaciones por accidentes de trabajo, que no se integra en el marco de la legislación nacional en materia de Seguridad Social. Con arreglo a lo dispuesto en esta Ley, los empresarios deberán indemnizar a los

trabajadores por las pérdidas económicas que rebasen las indemnizaciones ofrecidas por el Sistema Nacional de la Seguridad Social en casos de accidentes de trabajo o enfermedades profesionales.

4. Pensiones de jubilación

La edad de jubilación es de 67 años. El Sistema Nacional de la Seguridad Social no prevé la posibilidad de optar por una jubilación anticipada. Las pensiones de jubilación consisten en una pensión básica, una pensión complementaria o un complemento especial, así como eventuales complementos para los hijos y el cónyuge en función de los ingresos.

Se puede aplazar el pago de la pensión de jubilación total o parcialmente hasta la edad de 70 años. Si entre los 67 y los 70 años de edad la persona asegurada mantiene unos ingresos por encima del salario mínimo, la pensión se reducirá en un 40 % de la cantidad por encima de ese mínimo. La suma de la pensión y de los ingresos profesionales no podrá rebasar los ingresos profesionales anteriores.

● **Cuantía de las pensiones**

La pensión de jubilación mínima se compone de una pensión básica y de un complemento especial. La pensión de jubilación mínima para un pensionista soltero es de 88 032 NOK al año (a 1 de mayo de 2000). Para un pensionista casado que recibe un complemento por cónyuge a su cargo de menos de 60 años, la pensión mínima es de 112 572 NOK al año, y de 151 524 NOK si el cónyuge a su cargo rebasa dicha edad. En el caso de que ambos cónyuges sean pensionistas, la pensión mínima es de 75 756 NOK para cada cónyuge.

● **Pensión básica. Condiciones requeridas**

Tienen derecho a una pensión básica las personas que hayan estado aseguradas por un período total de 3 años desde los 16 años hasta el año en que cumplen 66.

La pensión básica se concede con independencia de los ingresos previos o de las cotizaciones abonadas. Sin embargo, para tener derecho a una pensión básica completa, se requiere un período de seguro (es decir, de residencia) de 40 años, reduciéndose proporcionalmente su cuantía en casos de períodos de seguro más cortos.

Para un pensionista soltero o cuyo cónyuge no sea pensionista bajo el Sistema Nacional de la Seguridad Social, la pensión básica completa equivale al salario mínimo interprofesional de ese año (40 090 NOK). Un pensionista con cónyuge a su cargo (o conviviente con el que hubiera estado casado previamente o con el que

tuviera hijos) que no sea pensionista puede tener derecho a un complemento en función de sus ingresos de hasta un 50 % de su pensión básica.

Si ambos cónyuges son pensionistas, la pensión básica completa asciende al 75 % del salario mínimo (36 817 NOK) para cada uno de ellos. Las mismas condiciones se aplican a los convivientes previamente casados o que hubieran tenido hijos juntos. Un pensionista con hijos a su cargo menores de 18 años puede recibir un complemento según ingresos de hasta el 30 % del salario mínimo (hasta un máximo de 14 727 NOK) por cada hijo.

● **Pensión complementaria**

Tienen derecho a una pensión complementaria las personas cuyos ingresos anuales hubieran rebasado en tres ocasiones el salario mínimo de cualquier año desde 1966. Se contabilizan en su totalidad (bonificaciones de pensión) los ingresos hasta seis veces por encima del salario mínimo (294 540 NOK); además, se contabiliza 1/3 de los ingresos entre seis y doce veces por encima del salario mínimo (589 080 NOK) como base de cotización de pensiones en esos años. No se tienen en cuenta los ingresos que superan doce veces el salario mínimo.

El cálculo de la pensión complementaria se realiza sobre la base de los 20 años en los que las bonificaciones de pensión fueron más altas. La cifra depende del número de años en que se devengó el derecho a pensión y de las bonificaciones anuales. Una pensión complementaria completa requiere 40 años de devengo de derecho a pensión, reduciéndose proporcionalmente si no se cumple dicho período. El importe máximo de la pensión complementaria es de 184 014 NOK.

● **Complemento especial**

Las personas aseguradas que no tengan pensión complementaria o que sólo la tengan reducida tienen derecho a cobrar un complemento especial del Sistema Nacional de la Seguridad Social, si el período de seguro es al menos de 40 años, reduciéndose proporcionalmente en el caso de períodos más breves. Se deducen del complemento especial las pensiones complementarias.

Para un pensionista soltero o cuyo cónyuge no sea pensionista bajo el Sistema Nacional de la Seguridad Social, el complemento especial equivale al 79,33 % de la tarifa ordinaria del salario mínimo (38 943 NOK). Si el cónyuge a cargo tiene 60 años o más, el complemento especial equivale al 158,66 % del salario mínimo (77 886 NOK). Si ambos cónyuges reciben una pensión mínima, el complemento especial equivale al de una persona soltera, es decir, 79,33 % del salario mínimo para cada uno (38 943 NOK).

Para un pensionista casado con otro pensionista que disfruta de una pensión complementaria por una cuantía superior al complemento especial, el complemento especial equivale al 74 % del salario mínimo (tarifa mínima) (36 327 NOK). Sin embargo, la suma de la pensión complementaria y del complemento especial no puede ser inferior al doble del complemento especial con tarifa ordinaria, es decir, el 158,66 % del salario mínimo (77 886 NOK). Las mismas condiciones se aplican a los convivientes previamente casados o que tuvieran hijos juntos. El complemento especial y la pensión básica componen la pensión mínima (véase *supra*).

5. Prestaciones y pensiones por invalidez

Las prestaciones por invalidez comprenden la prestación básica, el subsidio de asistencia y la pensión de invalidez. Tienen derecho a la prestación básica y al subsidio de asistencia las personas aseguradas que sufran discapacidad total o parcial.

Se concede una prestación básica si la discapacidad supone gastos extraordinarios considerables. Existen seis tarifas de prestaciones básicas, que son revisadas anualmente por el Parlamento y que para 2000 se situaron en: 6 156 NOK, 9 384 NOK, 12 336 NOK, 18 168 NOK, 24 624 NOK y 30 780 NOK.

Se conceden subsidios de asistencia a las personas con discapacidad que requieren atención o cuidados especiales. Existen cuatro tarifas de subsidios de asistencia, que son revisadas anualmente por el Parlamento y que para 2000 fueron: 11 016 NOK, 22 032 NOK, 44 064 NOK y 66 096 NOK.

La prestación básica y el subsidio de asistencia se reducen proporcionalmente si se disfruta además de una pensión del Sistema Nacional de la Seguridad Social de cuantía reducida debido a que la persona afectada no estuvo asegurada durante todo el período requerido.

● Pensión de invalidez

Se aplican normas especiales al cálculo de esta pensión complementaria para las personas nacidas con una discapacidad o que la adquirieron antes de los 26 años de edad. Las personas entre 16 y 67 años de edad cuya capacidad de trabajo esté permanentemente reducida en al menos un 50 % debido a enfermedad, accidente o discapacidad, tienen derecho a una pensión de invalidez siempre que hubieran estado aseguradas durante al menos 3 años antes de iniciarse la contingencia.

La pensión de invalidez consiste en una pensión básica y una pensión complementaria o un complemento especial (véase la sección 4). Se contabilizan los períodos de seguro y las bonificaciones aún no devengados hasta el año en que la persona cumpla 66 años. Se aplican reducciones en el caso de períodos previos en el extranjero. El cálculo de las bonificaciones aún no devengadas se realiza sobre la base de los ingresos existentes antes de que se produjera la discapacidad. De otro modo, las pensiones básicas y complementarias se calculan de la misma forma que las pensiones de jubilación.

En caso de discapacidad parcial, las pensiones se reducen de forma proporcional.

Bajo ciertas condiciones, se puede conceder un complemento por cónyuge a cargo de hasta el 50 % de la pensión básica. También en determinadas circunstancias, se puede conceder un complemento por cada hijo a cargo menor de 18 años de hasta el 30 % de la pensión básica.

6. Auxilios por defunción

El Sistema Nacional de la Seguridad Social concede una suma a tanto alzado de 4 000 NOK para cubrir los gastos de sepelio.

Dependiendo de los medios del beneficiario, puede concederse un complemento de hasta 8 000 NOK.

7. Prestaciones por supervivencia

A. PRESTACIONES EN FAVOR DE LOS CÓNYUGES SUPERVIVIENTES

El cónyuge superviviente (o conviviente previamente casado con el fallecido o que hubiera tenido hijos con él) de menos de 67 años de edad tiene derecho a una pensión si está asegurado con derecho a pensión y el fallecido hubiera estado asegurado y capacitado para trabajar durante al menos los 3 años inmediatamente anteriores al fallecimiento. El cónyuge superviviente tiene asimismo derecho a prestaciones si el fallecido disfrutó de una pensión por un período de al menos 3 años antes de su fallecimiento. En caso de que el fallecido hubiera disfrutado de una pensión complementaria, no es necesario que esté asegurado el superviviente, quien además percibe una pensión básica. Asimismo, la condición de que el cónyuge superviviente debe estar asegurado para tener derecho a una pensión básica no es necesaria si el cónyuge superviviente o el fallecido han residido en Noruega durante al menos 20 años.

El cónyuge superviviente tiene derecho a una pensión de supervivencia si el matrimonio duró al menos 5 años, tuvo previamente hijos con el

fallecido o se dedica al cuidado de los hijos de éste, siempre que la duración acumulada del período de matrimonio y del período de cuidado después del fallecimiento sea, como mínimo, de 5 años.

Un cónyuge divorciado que no se hubiera vuelto a casar en el momento del fallecimiento de su anterior cónyuge tiene derecho a prestaciones con arreglo a las mismas normas, a condición de que el fallecimiento se produzca en los 5 años posteriores al divorcio y el matrimonio haya durado al menos 25 años, o 15 años si hubo hijos en el matrimonio. No se tiene derecho a prestaciones en caso de que el beneficiario se vuelva a casar.

Si el cónyuge fallecido, debido a la duración de su período de seguro, tuviera derecho o disfrutara de una pensión básica reducida, se reducirá proporcionalmente la pensión básica del cónyuge superviviente.

La pensión de supervivencia se compone de una pensión básica y de una pensión complementaria. Esta última equivale al 55 % de la pensión complementaria de jubilación o invalidez a la que tuviera derecho el fallecido. El complemento especial se fija de la misma forma que para las pensiones de jubilación.

La pensión del cónyuge superviviente depende de sus ingresos. Si el cónyuge superviviente, o su equivalente, dispone o es de esperar que disponga de ingresos anuales superiores en un 50 % al salario mínimo, la pensión será equivalente a la diferencia entre una pensión completa y el 40 % de los ingresos por encima de dicha cifra.

El cónyuge superviviente, o su equivalente, que no pueda mantenerse temporalmente a sí mismo mediante su trabajo tiene derecho a una pensión provisional, fijada con arreglo a las mismas normas que la pensión de supervivencia.

El cónyuge superviviente, o su equivalente, que requiera cursar estudios o realizar una formación profesional para poder mantenerse a sí mismo tiene derecho a una ayuda de formación.

La prestación de crianza se concede al cónyuge superviviente, o su equivalente, que, debido a necesidades de formación o a un trabajo realizado fuera del domicilio familiar, deba confiar a otras personas el cuidado de sus hijos. Esta prestación equivale al 70 % de los gastos de crianza del hijo, pero su cuantía está limitada a 29 076 NOK anuales por el primer hijo, 37 932 NOK por el segundo y a 42 996 NOK anuales por cada hijo siguiente. La prestación se reduce al 50 % si el cónyuge superviviente, o su equivalente, posee ingresos entre seis veces el salario mínimo (281 700 NOK) y ocho veces el salario mínimo (375 600 NOK), y en caso de superar los ingresos

de este último nivel, no se tiene derecho a la prestación.

Cuando el cónyuge superviviente, o su equivalente, deba cambiar su domicilio para encontrar un empleo, tiene derecho a un subsidio de mudanza.

La ayuda de formación, la prestación de crianza y los subsidios de mudanza por cambio de domicilio pueden concederse aun cuando el fallecido no cumpliera el requisito de un período de seguro de 3 años inmediatamente anterior al fallecimiento, a condición de que el cónyuge superviviente esté asegurado y tenga derecho a pensión. Estas prestaciones sólo se abonan mientras que el superviviente siga estando asegurado a este respecto.

B. PENSIONES DE ORFANDAD

Un hijo menor de 18 años, asegurado y con derecho a pensión, puede percibir una pensión de orfandad si es huérfano de uno o ambos progenitores y el fallecido estuvo capacitado para trabajar y estuvo asegurado durante los 3 años inmediatamente anteriores al fallecimiento. El hijo superviviente tiene derecho asimismo a prestaciones si el fallecido disfrutó de una pensión durante al menos los 3 años inmediatamente anteriores a su fallecimiento. No se exige la condición de haber estado asegurado si el fallecido hubiera adquirido el derecho a una pensión complementaria o al menos uno de los progenitores hubiera completado un período de residencia de 20 años. En caso de orfandad absoluta, los hijos que prosiguen sus estudios reciben la pensión hasta la edad de 20 años.

● Cuantía de las pensiones

Si ha fallecido uno de los progenitores, la pensión anual completa equivale al 40 % del salario mínimo (19 636 NOK) por el primer hijo y al 25 % del salario mínimo (12 273 NOK) a partir del segundo hijo.

En caso de orfandad absoluta, el primer hijo recibe una pensión de orfandad equivalente a la pensión de supervivencia que hubiera cobrado el progenitor que tuviera derecho a la pensión de mayor cuantía. La pensión de orfandad completa por el segundo hijo equivale al 40 % del salario mínimo y al 25 % por cada hijo siguiente. En el caso de que hubiera 2 o más hijos, las pensiones se suman y se reparten por igual entre los hijos.

En casos de períodos de seguro incompletos, la pensión de orfandad se concede a una tarifa reducida similar a la que se aplicaría a una posible pensión básica de supervivencia (véase el apartado A).

8. Desempleo

La prestación diaria por desempleo compensa la pérdida de ingresos debida a la pérdida de un empleo. Para tener derecho a la prestación, la jornada laboral debe reducirse, como mínimo, en un 40 % con relación al número de horas trabajadas anteriormente.

El asegurado debe ser un demandante serio de empleo, es decir, una persona capacitada para trabajar e inscrita en la oficina de empleo correspondiente. Deberá también estar disponible a ejercer cualquier actividad laboral o medida de activación del mercado de trabajo que sea capaz de realizar física y mentalmente, a tiempo completo o parcial y en cualquier lugar de Noruega, a partir de un aviso a corto plazo. Esta persona podrá tener derecho a la prestación por desempleo incluso aun cuando no cumpla completamente con los requisitos exigidos debido a circunstancias como la edad, la salud o la necesidad de cuidados. Se puede suspender temporalmente la concesión de las prestaciones si se considera que el beneficiario está en paro por propia voluntad, es decir, si éste ha renunciado voluntariamente a su puesto de trabajo, ha rechazado un empleo adecuado, se niega a participar en medidas de activación del mercado de trabajo o no ha acudido a la oficina de empleo cuando se requirió su presencia en la misma.

Para poder percibir esta prestación diaria, es requisito indispensable haber tenido anteriormente ingresos por una actividad laboral equivalentes, como mínimo, a 1,25 veces el salario mínimo interprofesional (61 363 NOK) el año natural anterior al desempleo o unos ingresos medios por actividad laboral equivalentes, como mínimo, al salario mínimo (49 090 NOK) durante los 3 años naturales previos al desempleo.

Se concede la prestación económica diaria si el beneficiario ha estado en paro 3 de los últimos 10 días a partir del momento en que se dio de alta en la oficina de empleo. El cálculo de las prestaciones diarias en metálico se basa en los ingresos procedentes del trabajo, de medidas de activación del mercado de trabajo o de las prestaciones diarias recibidas por desempleo, enfermedad, maternidad y adopción. La base reguladora corresponde a los ingresos más elevados durante el año natural precedente o a la media de los 3 años naturales anteriores. El tope máximo de la base reguladora es seis veces el salario mínimo interprofesional (294 540 NOK). El importe diario de la prestación equivale al 0,24 % de la base reguladora y se abona 5 días a la semana, lo que normalmente implica una compensación anual del 62,4 % de dicha base.

Se concede un complemento de 17 NOK diarias por cada hijo a cargo menor de 18 años. Si el

beneficiario recibió la prestación durante más de 8 semanas el año anterior, tiene derecho a un complemento por vacaciones equivalente al 9,5 % de la prestación percibida ese año.

El período con derecho a prestación depende de los ingresos anteriores por trabajo. Si los ingresos se sitúan, como mínimo, en el doble del salario mínimo (98 180 NOK), el período con derecho a prestación es de 156 semanas (3 años). Si los ingresos son inferiores a dicha cantidad, el período correspondiente equivale a 78 semanas (1 año y medio). Una vez extinguido el derecho a la prestación, puede concederse inmediatamente un nuevo período si se cumple el requisito de haber percibido ingresos anteriormente.

A los beneficiarios mayores de 64 años, se les garantiza una base reguladora correspondiente, como mínimo, a tres veces el salario mínimo (147 270 NOK), y se abona la prestación sin límite de tiempo hasta los 67 años. Pasados los 64 años, también los trabajadores por cuenta propia tienen derecho a las prestaciones por desempleo.

9. Prestaciones familiares

Se conceden prestaciones familiares por todos los hijos menores de 18 años a cargo que residen en Noruega.

A partir del 1 de enero de 2000, los importes anuales son:

- 9 948 NOK por el primer y el segundo hijos, y
- 10 944 NOK por el tercero y cada hijo siguiente.

Además de los importes ordinarios, por cada hijo entre 13 meses y 3 años de edad se concede un complemento de 7 884 NOK.

Los beneficiarios que viven en las regiones árticas de Noruega reciben un complemento anual de 3 792 NOK por hijo.

Las familias monoparentales tienen derecho a la prestación por un hijo más de los que tienen realmente (es decir, un subsidio extraordinario). Los convivientes con hijos comunes o que hayan vivido juntos durante al menos 12 de los 18 últimos meses no tienen derecho al subsidio extraordinario.

Las familias monoparentales con hijos menores de 3 años, las cuales tienen derecho a un subsidio por un hijo más de los que tienen realmente, de conformidad con la Ley del subsidio familiar, y además a una prestación transitoria completa, con arreglo a la Ley de la Seguridad Social, pueden percibir también un complemento anual extraordinario de 7 884 NOK. Este complemento se concede por progenitor, independientemente del

número de hijos menores de 3 años que se tengan a cargo.

10. Prestaciones en metálico para familias con hijos pequeños

El 1 de agosto de 1998, se creó el régimen de prestaciones en metálico para familias con hijos de entre 1 y 2 años. Los niños de 2 años de edad o más están incluidos en el régimen desde el 1 de enero de 1999. La prestación se concede inde-

pendientemente de los medios económicos y de la carga impositiva. El principal requisito para obtener la cuantía máxima de esta prestación es que el niño no se encuentre en una guardería subvencionada. Según el acuerdo, si el niño pasa en una guardería de este tipo menos de 30 horas semanales, la familia tendrá derecho a percibir una prestación más reducida.

La prestación se calcula con arreglo a los siguientes importes:

Tiempo semanal de permanencia en una guardería	Prestación en metálico como porcentaje del importe máximo	NOK anuales
No se utiliza guardería	100 %	36 000
Hasta 8 horas	80 %	28 800
Entre 9 y 16 horas	60 %	21 600
Entre 17 y 24 horas	40 %	14 400
Entre 25 y 32 horas	20 %	7 200
Más de 33 horas	No se percibe la prestación	0

11. Otras informaciones

Las direcciones de los principales organismos de la Seguridad Social en Noruega son las siguientes:

Rikstrygdeverket
(Administración Nacional de la Seguridad Social)
Drammensveien 60
N-0241 Oslo
Tel. (47-22) 92 70 00
Fax (47-22) 55 70 88
E-mail: etatpost@trygdeetaten.no

Folketrygdkontoret for utenlandssaker
(Oficina Nacional para la Cobertura de la Seguridad Social en el Extranjero)
Postboks 8138 Dep.
N-0033 Oslo
Tel. (47-81) 05 93 38
Fax (47-23) 31 13 01
E-mail: ffu@trygdeetaten.no

Arbeidsdirektoratet (Dirección de Trabajo)
Postboks 8127 Dep.
N-0032 Oslo
Tel. (47-23) 35 24 00
Fax (47-23) 35 27 50
E-mail: aetat.apost@etat.no

Comisión Europea

**Sus derechos de Seguridad Social cuando se desplaza en la Unión Europea
— Actualización de 2002**

Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas

2003 — 223 pp. — 21 x 29,7 cm

ISBN 92-894-2093-6

Venta • Salg • Verkauf • Πωλήσεις • Sales • Vente • Vendita • Verkoop • Venda • Myynti • Försäljning
<http://eur-op.eu.int/general/en/s-ad.htm>

BELGIQUE/BELGIË

Jean De Lannoy

Avenue du Roi 202/Koningslaan 202
B-1190 Bruxelles/Brussel
Tél. (32-2) 538 43 08
Fax (32-2) 538 08 41
E-mail: jean.de.lannoy@infoboard.be
URL: <http://www.jean-de-lannoy.be>

**La librairie européenne/
De Europese Boekhandel**

Rue de la Loi 244/Wetstraat 244
B-1040 Bruxelles/Brussel
Tél. (32-2) 295 26 39
Fax (32-2) 735 08 60
E-mail: mail@libeurop.be
URL: <http://www.libeurop.be>

Moniteur belge/Belgisch Staatsblad

Rue de Louvain 40-42/Leuvenseweg 40-42
B-1000 Bruxelles/Brussel
Tél. (32-2) 552 22 11
Fax (32-2) 511 01 84
E-mail: eusales@just.fgov.be

DANMARK

J. H. Schultz Information A/S

Herstedvang 12
DK-2620 Albertslund
Tlf. (45) 43 63 23 00
Fax (45) 43 63 19 69
E-mail: schultz@schultz.dk
URL: <http://www.schultz.dk>

DEUTSCHLAND

Bundesanzeiger Verlag GmbH

Vertriebsabteilung
Amsterdamer Straße 192
D-50735 Köln
Tel. (49-221) 97 66 80
Fax (49-221) 97 66 82 78
E-Mail: Vertrieb@bundesanzeiger.de
URL: <http://www.bundesanzeiger.de>

ΕΛΛΑΔΑ/GREECE

G. C. Eleftheroudakis SA

International Bookstore
Panepistimiou 17
GR-10564 Athina
Tel. (30-1) 331 41 80/1/2/3/4/5
Fax (30-1) 325 84 99
E-mail: elebooks@net.gr
URL: elebooks@hellasnet.gr

ESPAÑA

Boletín Oficial del Estado

Trafalgar, 27
E-28071 Madrid
Tel. (34) 915 38 21 11 (libros)
913 84 17 15 (suscripción)
Fax (34) 915 38 21 21 (libros),
913 84 17 14 (suscripción)
E-mail: clientes@com.boe.es
URL: <http://www.boe.es>

Mundi Prensa Libros, SA

Castelló, 37
E-28001 Madrid
Tel. (34) 914 36 37 00
Fax (34) 915 75 39 98
E-mail: libreria@mundiprensa.es
URL: <http://www.mundiprensa.com>

FRANCE

Journal officiel

Service des publications des CE
26, rue Desaix
F-75727 Paris Cedex 15
Tél. (33) 140 58 77 31
Fax (33) 140 58 77 00
E-mail: europublications@journal-officiel.gouv.fr
URL: <http://www.journal-officiel.gouv.fr>

IRELAND

Alan Hanna's Bookshop

270 Lower Rathmines Road
Dublin 6
Tel. (353-1) 496 73 98
Fax (353-1) 496 02 28
E-mail: hanna@iol.ie

ITALIA

Licosa SpA

Via Duca di Calabria, 1/1
Casella postale 552
I-50125 Firenze
Tel. (39) 055 64 83 1
Fax (39) 055 64 12 57
E-mail: licosa@licosa.com
URL: <http://www.licosa.com>

LUXEMBOURG

Messengeries du livre SARL

5, rue Raiffeisen
L-2411 Luxembourg
Tél. (352) 40 10 20
Fax (352) 49 06 61
E-mail: mail@mdl.lu
URL: <http://www.mdl.lu>

NEDERLAND

SDU Servicecentrum Uitgevers

Christoffel Plantijnstraat 2
Postbus 20014
2500 EA Den Haag
Tel. (31-70) 378 98 80
Fax (31-70) 378 97 83
E-mail: sdu@sdu.nl
URL: <http://www.sdu.nl>

PORTUGAL

Distribuidora de Livros Bertrand Ld.ª

Grupo Bertrand, SA
Rua das Terras dos Vales, 4-A
Apartado 60037
P-2700 Amadora
Tel. (351) 214 95 87 87
Tel. (351) 214 96 02 55
E-mail: dlb@ip.pt

Imprensa Nacional-Casa da Moeda, SA

Sector de Publicações Oficiais
Rua da Escola Politécnica, 135
P-1250-100 Lisboa Codex
Tel. (351) 213 94 57 00
Fax (351) 213 94 57 50
E-mail: spoce@incm.pt
URL: <http://www.incm.pt>

SUOMI/FINLAND

**Akateeminen Kirjakauppa/
Akademiska Bokhandeln**

Keskuskatu 1/Centralgatan 1
PL/PB 128
FIN-00101 Helsinki/Helsingfors
P./tfn (358-9) 121 44 18
F./fax (358-9) 121 44 35
Sähköposti: sps@akateeminen.com
URL: <http://www.akateeminen.com>

SVERIGE

BTJ AB

Traktorvägen 11-13
S-221 82 Lund
Tlf. (46-46) 18 00 00
Fax (46-46) 30 79 47
E-post: btjeu-pub@btj.se
URL: <http://www.btj.se>

UNITED KINGDOM

The Stationery Office Ltd

Customer Services
PO Box 29
Norwich NR3 1GN
Tel. (44) 870 60 05-522
Fax (44) 870 60 05-533
E-mail: book.orders@theso.co.uk
URL: <http://www.itsofficial.net>

ÍSLAND

Bokabud Larusar Blöndal

Skólavörðustíg, 2
IS-101 Reykjavík
Tel. (354) 552 55 40
Fax (354) 552 55 60
E-mail: bokabud@simnet.is

SCHWEIZ/SUISSE/SVIZZERA

Euro Info Center Schweiz

c/o OSEC Business Network Switzerland
Stampfenbachstraße 85
PF 492
CH-8035 Zürich
Tel. (41-1) 365 53 15
Fax (41-1) 365 54 11
E-mail: eics@osec.ch
URL: <http://www.osec.ch/eics>

BÄLGARIJA

Europress Euromedia Ltd

59, blvd Vitosha
BG-1000 Sofia
Tel. (359-2) 980 37 66
Fax (359-2) 980 42 30
E-mail: Milena@mbox.cit.bg
URL: <http://www.europress.bg>

CYPRUS

Cyprus Chamber of Commerce and Industry

PO Box 21455
CY-1509 Nicosia
Tel. (357-2) 98 97 52
Fax (357-2) 66 10 44
E-mail: demetrap@ccci.org.cy

EESTI

Eesti Kaubandus-Tööstuskoda

(Estonian Chamber of Commerce and Industry)
Toom-Kooli 17
EE-10130 Tallinn
Tel. (372) 646 02 44
Fax (372) 646 02 45
E-mail: info@koda.ee
URL: <http://www.koda.ee>

HRVATSKA

Mediatrade Ltd

Pavla Hatza 1
HR-10000 Zagreb
Tel. (385-1) 481 94 11
Fax (385-1) 481 94 11

MAGYARORSZÁG

Euro Info Service

Szt. István krt.12
III emelet 1/A
PO Box 1039
H-1137 Budapest
Tel. (36-1) 329 21 70
Tel. (36-1) 349 20 53
E-mail: euroinfo@euroinfo.hu
URL: <http://www.euroinfo.hu>

MALTA

Miller Distributors Ltd

Malta International Airport
PO Box 25
Luqa LQA 05
Tel. (356) 66 44 88
Fax (356) 67 67 99
E-mail: gwirth@usa.net

NORGE

Swets Blackwell AS

Hans Nielsen Hauges gt. 39
Boks 4901 Nydalen
N-0423 Oslo
Tel. (47) 23 40 00 00
Fax (47) 23 40 00 01
E-mail: info@no.swetsblackwell.com
URL: <http://www.swetsblackwell.com>

POLSKA

Ars Polona

Krakowskie Przedmiescie 7
Skr. pocztowa 1001
PL-00-950 Warszawa
Tel. (48-22) 826 12 01
Fax (48-22) 826 62 40
E-mail: books119@arspolona.com.pl

ROMÂNIA

Euromedia

Str.Dionisie Lupu nr. 65, sector 1
RO-70184 Bucuresti
Tel. (40-1) 315 44 03
Fax (40-1) 312 96 46
E-mail: euromedia@mailcity.com

SLOVAKIA

Centrum VTI SR

Nám. Slobody, 19
SK-81223 Bratislava
Tel. (421-7) 54 41 83 64
Fax (421-7) 54 41 83 64
E-mail: europ@tbb1.sltk.stuba.sk
URL: <http://www.sltk.stuba.sk>

SLOVENIJA

GV Zalozba

Dunajska cesta 5
SLO-1000 Ljubljana
Tel. (386) 613 09 1804
Fax (386) 613 09 1805
E-mail: europ@gvestnik.si
URL: <http://www.gvzalozba.si>

TÜRKIYE

Dünya Infotel AS

100, Yil Mahallesi 34440
TR-80050 Bagcilar-Istanbul
Tel. (90-212) 629 46 89
Fax (90-212) 629 46 27
E-mail: aktuel.info@dunya.com

ARGENTINA

World Publications SA

Av. Cordoba 1877
C1120 AAA Buenos Aires
Tel. (54-11) 48 15 81 56
Tel. (54-11) 48 15 81 56
E-mail: wpbooks@infovia.com.ar
URL: <http://www.wpbooks.com.ar>

AUSTRALIA

Hunter Publications

PO Box 404
Abbotsford, Victoria 3067
Tel. (61-3) 94 17 53 61
Fax (61-3) 94 19 71 54
E-mail: jpdavies@ozemail.com.au

BRESIL

Livraria Camões

Rua Bittencourt da Silva, 12 C
CEP
20043-900 Rio de Janeiro
Tel. (55-21) 262 47 76
Fax (55-21) 262 47 76
E-mail: livraria.camoes@incm.com.br
URL: <http://www.incm.com.br>

CANADA

Les éditions La Liberté Inc.

3020, chemin Sainte-Foy
Sainte-Foy, Québec G1X 3V6
Tel. (1-418) 658 37 63
Fax (1-800) 567 54 49
E-mail: liberte@mediom.qc.ca

Renouf Publishing Co. Ltd

5369 Chemin Canotek Road, Unit 1
Ottawa, Ontario K1J 9J3
Tel. (1-613) 745 26 65
Fax (1-613) 745 76 60
E-mail: order.dept@renoufbooks.com
URL: <http://www.renoufbooks.com>

EGYPT

The Middle East Observer

41 Sherif Street
Cairo
Tel. (20-2) 392 69 19
Fax (20-2) 393 97 32
E-mail: inquiry@meobserver.com
URL: <http://www.meobserver.com>

MALAYSIA

EBIC Malaysia

Suite 45.02, Level 45
Plaza MBI (Letter Box 45)
8 Jalan Yap Kwan Seng
50450 Kuala Lumpur
Tel. (60-3) 21 62 92 98
Fax (60-3) 21 62 61 98
E-mail: ebic@tm.net.my

MÉXICO

Mundi Prensa México, SA de CV

Río Pánuco, 141
Colonia Cuauhtémoc
MX-06500 México, DF
Tel. (52-5) 533 56 58
Fax (52-5) 514 67 99
E-mail: 101545.2361@compuserve.com

SOUTH AFRICA

Eurochamber of Commerce in South Africa

PO Box 781738
2146 Sandton
Tel. (27-11) 884 39 52
Fax (27-11) 883 55 73
E-mail: info@eurochamber.co.za

SOUTH KOREA

**The European Union Chamber of
Commerce in Korea**

5th Fl. The Shilla Hotel
202, Jangchung-dong 2 Ga, Chung-ku
Seoul 100-392
Tel. (82-2) 22 53-5631/4
Fax (82-2) 22 53-5635/6
E-mail: eucock@eucock.org
URL: <http://www.eucock.org>

SRI LANKA

EBIC Sri Lanka

Trans Asia Hotel
115 Sir Chittampalam
A. Gardiner Mawatha
Colombo 2
Tel. (94-1) 074 71 50 78
Fax (94-1) 44 87 79
E-mail: ebicst@slnet.lk

T'AI-WAN

Tycoon Information Inc

PO Box 81-466
105 Taipei
Tel. (886-2) 87 12 88 86
Fax (886-2) 87 12 47 47
E-mail: eulupe@ms21.hinet.net

UNITED STATES OF AMERICA

Bernan Associates

4611-F Assembly Drive
Lanham MD 20706-4391
Tel. (1-800) 274 44 47 (toll free telephone)
Fax (1-800) 865 34 50 (toll free fax)
E-mail: query@bernan.com
URL: <http://www.bernan.com>

ANDERE LÄNDER
OTHER COUNTRIES
AUTRES PAYS

**Bitte wenden Sie sich an ein Büro Ihrer
Wahl/Please contact the sales office of
your choice/Veuillez vous adresser au
bureau de vente de votre choix**

Office for Official Publications of the European
Communities
2, rue Mercier
L-2985 Luxembourg
Tel. (352) 29 29-42455
Fax (352) 29 29-42758
E-mail: info-info-opoce@cec.eu.int
URL: publications.eu.int



OFICINA DE PUBLICACIONES OFICIALES
DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS

L-2985 Luxembourg

ISBN 92-894-2093-6



9 789289 420938 >