

Le régime allemand de sécurité sociale

Sommaire

Historique

I - Introduction

II - Financement

III - Assurance maladie, maternité

IV - Assurance accidents

V - Assurance dépendance

VI - Assurance pension

VII - Prestations familiales

VIII - Chômage

IX - Assistance sociale

X - Annexes

- Liste des caisses familiales
- Tableau de cotisations sociales
- Institutions compétentes

Historique

Informations disponibles sur le site internet du CLEISS (Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale) http://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_allemande.html

I - Introduction

Le régime légal de sécurité sociale allemand comprend cinq branches d'assurance : l'assurance pension, l'assurance maladie-maternité, l'assurance dépendance, l'assurance accidents (pour les risques accidents du travail et maladies professionnelles) et l'assurance chômage. Chaque branche d'assurance est gérée de manière autonome par des conseils d'administration composés paritairement de représentants des employeurs et de représentants des salariés. Dans le domaine de l'assurance chômage, la représentation est tripartite : employeurs, assurés et État. Outre le régime légal de sécurité sociale, la protection sociale en Allemagne prévoit également de diverses prestations familiales et allocations de logement, une aide sociale publique et des prestations minimales en faveur des demandeurs d'emploi.

La tutelle du régime légal est exercée par:

- le ministère fédéral de la Santé ([Bundesministerium für Gesundheit](#)) compétent en matière d'assurance maladie obligatoire et d'assurance dépendance ;
- le ministère fédéral du Travail et des Affaires sociales ([Bundesministerium für Arbeit und Soziales](#)) compétent en matière de régimes obligatoires des assurances accidents, pension et chômage.

Champ d'application, procédure d'affiliation

En Allemagne, les salariés percevant une rémunération excédant un certain seuil (450 € par mois en 2014) sont obligatoirement assurés aux assurances maladie-maternité, dépendance, pensions (invalidité, vieillesse et survivants) et chômage. Les salariés dont les revenus sont inférieurs au seuil sont également assurés de manière automatique depuis janvier 2013, mais peuvent demander une exemption d'assujettissement (voir également partie II – Financement : *emplois faiblement rémunérés*). S'agissant de l'assurance accidents du travail, il n'existe pas de salaire minimum pour en relever.

Dès le début de l'activité, il appartient au salarié de choisir sa caisse maladie (*krankenkasse*) et d'en informer son employeur qui est tenu d'y faire inscrire le travailleur. Il doit également signaler à l'institution d'assurance maladie la fin de l'activité. Cette obligation est également valable pour les employeurs qui ne sont pas établis en Allemagne. Le choix concerne toutes les caisses maladie à l'exception de la caisse des agriculteurs. La caisse maladie répercute ensuite les informations sur les institutions d'assurance dépendance, pensions et chômage et le salarié recevra un numéro d'assuré social (*versicherungsnummer*). Ces imprimés figurent dans un carnet regroupant les renseignements de sécurité sociale, délivré par l'institution d'assurance pension.

En matière d'assurance accidents du travail, l'employeur a l'obligation d'affilier le salarié à la caisse mutuelle d'assurance accidents (*Berufsgenossenschaft*) compétente en fonction du secteur d'activité de l'entreprise, sous peine d'amende.

Organisation

Assurance maladie, assurance dépendance

Caisses d'assurance maladie :

- Allgemeine Ortskrankenkassen (AOK Bundesverband) : caisses locales générales
- Betriebskrankenkassen (BKK Bundesverband) : caisses d'entreprises
- Landwirtschaftliche Krankenkasse (LSV-Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung): caisses agricoles
- Knappschaft-Bahn-See : caisse des mineurs, des cheminots et des marins
- Innungskrankenkassen (IKK Bundesverband) : caisses corporatives
- Ersatzkassen : caisses maladie libres agréées

Les assurances maladie et dépendance sont gérées par les caisses maladie et les caisses d'assurance dépendance rattachées aux caisses maladie. Il existe six types de caisses maladie : les caisses locales générales, les caisses d'entreprises, les caisses corporatives, la caisse des mineurs, des cheminots et des marins, la caisse des agriculteurs, et les caisses maladie libres agréées.

Toutes ces caisses sont des organismes autonomes de droit public qui fonctionnent selon le principe de l'autogestion, sous la tutelle du Ministère fédéral de la Santé (*Bundesministerium für Gesundheit*). La caisse des agriculteurs, quant à elle, est placée sous la tutelle du Ministère fédéral de l'Alimentation et de l'Agriculture (*Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft*).

Le salarié peut, depuis le 1er janvier 1996, choisir librement sa caisse maladie, à l'exception de la caisse des agriculteurs. Au 1er juillet 2014, il existe 131 caisses d'assurance maladie. Voir [une liste](#) de toutes les caisses d'assurance maladie légale.

En principe, toutes les personnes affiliées à une caisse de maladie du régime légal sont automatiquement assurées auprès de cette caisse pour le risque dépendance (les affiliés volontaires peuvent demander d'en être exemptés, mais doivent dans ce cas souscrire à une assurance dépendance privée).

À noter :

Les personnes affiliées à une assurance maladie privée doivent souscrire à une assurance dépendance privée depuis le 1er janvier 1995.

Plus d'information sur les caisses de maladie privées : www.pkv.de (*Verband der privaten Krankenversicherung*).

Enfin, les caisses d'assurance maladie reçoivent du fonds de financement pour la santé des montants forfaitaires pour chacun de leurs assurés plus des majorations en fonction de l'âge et du risque de ces derniers et destinées à couvrir les dépenses liées aux prestations.

Recouvrement

Les caisses d'assurance maladie sont compétentes pour l'encaissement des cotisations pour tous les risques, à l'exception du risque accidents du travail et maladies professionnelles dont l'encaissement relève des caisses mutuelles d'assurance accidents (*Berufsgenossenschaften*).

Assurance accidents

La gestion de l'assurance accidents, pour le secteur privé, est assurée par les *Berufsgenossenschaften* ; ce sont des institutions de droit public avec un droit à l'autogestion, placées sous la tutelle du Ministère fédéral du Travail et des Affaires sociales. Dans le secteur public, la gestion est assurée par les institutions d'assurance accidents du secteur public (*Unfallkassen, Landesunfallkassen* et les *Gemeindeunfallversicherungsverbände*).

Les *Berufsgenossenschaften* ([voir la liste ici](#)), au nombre de 9 après la fusion de plusieurs d'entre elles en 2011, ont quatre rôles à assumer : la prévention des accidents du travail, la fourniture de prestations de réinsertion professionnelle, qui couvre le traitement au sens large, la réadaptation professionnelle et l'indemnisation sous forme de prestations en espèces.

Assurance pension

Regroupement des différentes institutions d'assurance pension depuis le 1er octobre 2005

La distinction autrefois opérée entre l'assurance des ouvriers et celle des employés a été supprimée. Ainsi, l'Institution fédérale d'assurance invalidité-vieillesse allemande (*Deutsche Rentenversicherung Bund*), ainsi que l'Institution d'Assurance des Travailleurs de l'Industrie minière, des Chemins de fer et des Marins (*Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See*), qui regroupent aujourd'hui les institutions fédérales d'assurance pension, sont issues de la fusion des anciennes institutions suivantes :

- l'Institution fédérale d'assurance des employés (*BfA*) avec la Fédération des institutions d'assurance pension allemandes (*VDR*)

- l'Institution d'assurance des travailleurs de l'industrie minière (*Bundesknappschaft*), l'Institution d'assurance des chemins de fer fédéraux (*Bahnversicherungsanstalt*) et l'Institution d'assurance des marins (*Seekasse*).

Le régime légal d'assurance pension est géré par l'Institution fédérale d'assurance invalidité-vieillesse allemande (*Deutsche Rentenversicherung Bund*) et les organismes régionaux (*regionalträger der Deutschen Rentenversicherung*) ainsi que l'Institution d'Assurance des Travailleurs de l'Industrie minière, des Chemins de fer et des Marins (*Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See*) et les Caisses de retraite des agriculteurs (*Landwirtschaftliche Alterskassen*).

Les institutions d'assurance pension sont des établissements de droit public régis selon le principe de l'autogestion et soumis à la tutelle de l'État.

Enfin, le régime légal d'assurance vieillesse, qui est le principal pilier de la prévoyance vieillesse, est complété par une prévoyance individuelle complémentaire d'initiative privée bénéficiant de l'aide de l'État. La prévoyance individuelle complémentaire s'applique tant aux formules de prévoyance privée qu'aux régimes de retraites des entreprises.

Assurance chômage

Organisation de l'assurance chômage :

- Agence fédérale pour l'emploi (*Bundesagentur für Arbeit*)
- Directions régionales du travail
- Agences locales pour l'emploi

L'Agence fédérale pour l'emploi (*Bundesagentur für Arbeit*) - collectivité de droit public jouissant de l'autonomie administrative - est l'organe gestionnaire de l'assurance chômage allemande. Parmi ses missions, on trouve la promotion de l'insertion professionnelle, le versement des prestations de remplacement de la rémunération et une mission d'information et d'orientation professionnelle.

Les directions régionales du travail (*regionaldirektionen*), qui composent l'instance intermédiaire ainsi que les agences locales pour l'emploi (*agenturen für arbeit*) forment la base de l'organisation. C'est à ces organismes que l'assuré doit s'adresser dans ses démarches d'inscription et de demande de prestations.

Prestations familiales et les aides au logement

Depuis février 2005 un service spécifique (caisse familiale - *Familienkasse*) a été mis en place au sein des agences pour l'emploi. Ce sont donc les caisses familiales instituées auprès de l'Agence fédérale pour l'emploi qui versent les allocations familiales.

Suite à une réorganisation des caisses familiales allemandes le 1er mai 2013, les 102 caisses familiales locales ont été réunies en 14 caisses (voir la liste : [Annexe 1](#)). Toutes les anciennes caisses sont maintenues, mais ne constituent plus que des agences non autonomes de chacune des nouvelles caisses familiales.

Quant à l'allocation parentale (*elterngeld*) et l'avance sur pension alimentaire (*unterhaltsvorschuss*), ce sont les services désignés par les gouvernements des *länder* qui en sont responsables. Le Ministère fédéral de la Famille, des Personnes Âgées, de la Femme et de la Jeunesse (*Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend*) assure la tutelle de ces prestations. Le Ministère fédéral des Finances (*Bundesministerium der Finanzen*) quant à lui a la responsabilité des allocations familiales sous forme d'allègement fiscal.

Enfin, l'allocation de logement (*wohngeld*) est servie par les bureaux d'allocation de logement des villes et des communes. La tutelle est assurée par le Ministère fédéral des Transports et des Infrastructures numériques (*Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur*).

Aide sociale

Le droit de l'aide sociale a fait l'objet d'une réforme profonde en 2003 et a été intégré au Code social dont il est devenu le livre XII. En présence d'un revenu et d'un patrimoine insuffisant, l'aide sociale couvre le besoin socioculturel minimum, nécessaire pour mener une existence acceptable dans la société.

Placé sous la tutelle du ministère fédéral du Travail et des Affaires sociales, le service de l'aide sociale est assuré au niveau des *länder* par les bureaux d'aide sociale des districts et les villes autonomes ainsi que par les institutions intercommunales de l'aide sociale.

II - Financement

Les assurances sociales sont financées en majeure partie par les cotisations des salariés et des employeurs. Le recouvrement des cotisations pour les assurances maladie-maternité, dépendance, pensions et chômage est effectué par les caisses d'assurance maladie. Les cotisations sont supportées à répartition égale entre le salarié et l'employeur (sauf pour les assurances accidents de travail, maladie-maternité et dans le land du Saxe pour l'assurance dépendance) et elles sont versées dans la limite d'un plafond. L'employeur est responsable du paiement des cotisations patronales et salariales. La caisse maladie reverse aux institutions d'assurance compétentes la part leur revenant.

Le tableau ci-dessous reprend les cotisations patronales et salariales pour l'année 2014 :

Taux de cotisation au 1er janvier 2014

Risques	Employeur	Salarié	Plafond mensuel - anciens <i>länder</i>	Plafond mensuel - nouveaux <i>länder</i>
Maladie-maternité	7,3 %	8,2 % ^{(1) (2)}	4 050 €	4 050 €
Vieillesse, invalidité, décès	9,45 %	9,45 % ⁽²⁾	5 950 €	5 000 €
Accidents du travail	% en fonction du risque	-	-	-
Chômage	1,5 %	1,5 % ⁽²⁾	5 950 €	5 000 €
Assurance dépendance	1,025 % ⁽²⁾	1,025 % ^{(2) (3)}	4 050 €	4 050 €
Total (hors accidents du travail)	19,275 %	20,175 % (20,425 %) ^{(2) (3)}		

(1) L'obligation d'affiliation à l'assurance maladie légale ne s'applique pas au salarié dont la rémunération annuelle dépasse 53 550 € (48 600 € pour les membres d'une assurance privée au 31 décembre 2002). Depuis le 31 décembre 2010, il suffit que la rémunération de travail ait dépassé une fois le plafond annuel d'assujettissement pour que l'obligation d'affiliation au régime légal se termine. Ces personnes doivent obligatoirement contracter une assurance maladie auprès d'un assureur privé si elles n'optent pas pour une assurance volontaire dans le régime d'assurance maladie légale.

(2) Les salariés ayant des rémunérations mensuelles comprises entre 450,01 € et 850 €, bénéficient d'un allègement des cotisations sociales (proportionnel au salaire). La cotisation patronale reste inchangée.

(3) - Une cotisation supplémentaire à l'assurance dépendance de 0,25 % est versée par les assurés sans enfant, âgés de 23 ans ou plus.

- Dans le land du Saxe, le salarié cotise au taux de 1,525 % et les employeurs au taux de 0,525 %.

Les cotisations sont prélevées mensuellement. Si les cotisations sont versées avec retard, la caisse maladie peut prélever des majorations de retard.

Emplois faiblement rémunérés

Les salariés percevant une rémunération brute inférieure à 450 € par mois (2014) peuvent demander d'être exemptés du versement de cotisations aux assurances maladie-maternité, dépendance, pensions (invalidité, vieillesse et survivants) et chômage. Toutefois, l'employeur est tenu d'acquitter une cotisation forfaitaire pour l'assurance pensions, égale à 15 % du revenu (5 % pour les mini-jobs dans les ménages privés). S'agissant de l'assurance accidents du travail, il n'existe pas de salaire minimum pour en relever. En ce qui concerne l'assurance vieillesse, le travailleur peut compléter la cotisation de l'employeur en versant une cotisation personnelle correspondant à la différence entre le montant de la cotisation obligatoire et celui de la cotisation forfaitaire versée par l'employeur.

Lorsque le salaire mensuel est compris entre 450,01 € et 850 €, un taux croissant linéaire commençant à environ 11 % est prévu pour la totalité des cotisations salariales. La cotisation s'applique uniquement à la partie de rémunération située dans la fourchette. C'est seulement lorsque le salaire est supérieur à 850 € que les taux de cotisations s'appliquent normalement pour le salarié. Pour l'employeur le taux de cotisation normal s'applique dès 450 €.* Enfin, le salarié a la possibilité de cotiser sur la totalité du salaire, y compris dans la fourchette (le salaire sera alors entièrement pris en compte pour le calcul des pensions).

* Ces dispositions ne s'appliquent pas aux apprentis.

Assurance maladie-maternité

Cotisations de l'assurance maladie-maternité

Taux employeur : 7,30 %
Taux salarié : 8,20 %
Plafond mensuel : 4 050 €

Les cotisations forment la quasi-totalité des ressources des caisses de l'assurance maladie. Le montant des cotisations est calculé afin de couvrir les dépenses et de pouvoir constituer des réserves.

L'assiette des cotisations est calculée sur le salaire brut ou sur la pension, dans la limite d'un plafond fixé à 4 050 € par mois en 2014.

Depuis le 1er janvier 2009, le Gouvernement fédéral a fixé le taux de cotisation du régime légal d'assurance maladie, il est ainsi devenu uniforme pour toutes les caisses d'assurance maladie légale. Le taux de cotisation correspond à 15,50 %, payée d'une part par l'employeur et d'une autre part par le salarié (7,30 % pour l'employeur et 8,20 % pour le salarié).

À noter :

Depuis le 1er janvier 2009, l'ensemble de la population est soumis à une obligation générale d'affiliation au régime légal d'assurance maladie ou à l'assurance maladie privée.

- Les assurés dont le salaire dépasse le plafond d'assujettissement obligatoire au régime légal d'assurance maladie, bénéficient d'une contribution de l'employeur à concurrence de la moitié des cotisations qui devraient être versées si les intéressés étaient assurés obligatoires. Cette contribution ne peut pas dépasser la moitié de la somme réellement acquittée par le salarié.
- **Cotisations à l'assurance maladie privée** : Lors de la conclusion du contrat d'assurance maladie privée, le montant des primes dues est déterminé en fonction du risque individuel que représente l'assuré. Si l'intéressé au moment de la conclusion du contrat est atteint de certaines maladies, les primes sont normalement augmentées. Le montant des primes dépend également directement de l'âge de l'assuré au moment de la conclusion du contrat.

Cotisations à l'assurance maladie privée

S'agissant de l'assurance privée, lors de la conclusion du contrat d'assurance maladie privée, le montant des primes dues est déterminé en fonction du risque individuel que représente l'assuré. Si l'intéressé au moment de la conclusion du contrat est atteint de certaines maladies, les primes sont normalement augmentées. Le montant des primes dépend également directement de l'âge de l'assuré au moment de la conclusion du contrat.

Assurance dépendance

Cotisations de l'assurance dépendance

Taux employeur : 1,025 % ⁽¹⁾

Taux salarié : 1,025 % ^{(1) (2)}

(1) Dans le land du Saxe, le salarié cotise au taux de 1,525 % et l'employeur au taux de 0,525 %.

(2) Une cotisation supplémentaire de 0,25 % doit être versée par les assurés sans enfant, âgés de 23 ans ou plus (seulement applicable aux assurés nés après 1939).

Plafond mensuel : 4 050 €

Le financement de l'assurance dépendance est organisé de la même manière que l'assurance maladie obligatoire. L'assurance dépendance était jusqu'en 2012 entièrement financé par les cotisations versées par les assurés et les employeurs. Depuis le 1er janvier 2013, une aide de l'État au titre de la prévoyance dépendance privée est prévue afin de compléter les prestations du régime légal d'assurance dépendance.

Le titulaire de pension paie une cotisation de 2,05 % sur le montant brut de sa pension ainsi que sur des éventuels revenus supplémentaires dans la limite du plafond d'assujettissement.

Des règles spécifiques s'appliquent pour les personnes couvertes par l'assurance maladie agricole.

Les personnes ayant souscrit à une assurance maladie privée doivent également souscrire auprès de cette compagnie un contrat d'assurance dépendance. Les primes ne sont pas fonction des revenus mais de l'âge de l'assuré à la date de souscription du contrat. Le montant maximum de la prime, fixé par la loi, ne doit pas excéder le montant maximum appliqué pour l'assurance légale.

Assurance accident du travail

Cotisations de l'assurance accidents du travail

Taux employeur : % en fonction des risques

Taux salarié : néant

Cotisations assises sur la masse salariale

La cotisation d'assurance accidents est à la charge de l'employeur seul. Les taux de cotisations sont fixés par les associations professionnelles de gestion des accidents du travail (*Berufsgenossenschaft*), selon les risques dans les différentes branches et compte tenu des dépenses de l'année précédente. Chaque employeur est affilié d'office auprès de la *Berufsgenossenschaft* compétente en fonction du secteur d'activité de l'entreprise.

La cotisation repose sur quatre éléments :

- la catégorie de risques dans laquelle se trouve l'entreprise,
- la rémunération des salariés dans l'entreprise,
- un coefficient fonction de la situation financière de la *Berufsgenossenschaft*,
- la fréquence et la gravité des accidents du travail dans l'entreprise.

Catégorie des risques : toute entreprise entre dans une catégorie de risque qui reflète la probabilité d'accidents du travail en fonction de l'activité de l'entreprise. Cette classification est effectuée par l'assemblée des délégués de la caisse compétente et est révisée tous les cinq ans. L'ensemble des catégories de risques est appelé «tarif de risques» et doit être soumis à l'approbation des autorités de tutelle. En règle générale, il existe différentes catégories de risques dans une entreprise (production, partie commerciale, administration, etc.).

Rémunérations brutes : il est tenu compte de toutes les rémunérations brutes versées dans l'entreprise. Les *Berufsgenossenschaft* peuvent opérer un contrôle de ces déclarations par des contrôles dans la comptabilité des entreprises, auxquels l'employeur ne peut pas s'opposer.

Facteur de calcul : le facteur multiplicateur relève de la santé financière de la *Berufsgenossenschaft*. C'est cet élément qui ajuste les recettes aux dépenses. Plus les dépenses de l'année précédente auront été importantes, plus ce facteur

sera élevé. Il est prévu un système de bonification ou d'abattement en fonction de la fréquence des accidents dans l'entreprise ou de la gravité des accidents et des conséquences financières qu'elles entraînent pour la *Berufsgenossenschaft*.

Dans le secteur public, les frais sont assumés par la fédération, les *länder* et les communes.

Assurance pension (Invalidité, vieillesse, survivants)

Cotisations de l'assurance pension

Taux employeur : 9,45 %

Taux salarié : 9,45 %

Plafond mensuel anciens *länder* : 5 950 €

Plafond mensuel nouveaux *länder* : 5 000 €

L'assurance pension, qui vise les risques invalidité, vieillesse et décès (survivants), est essentiellement financée par les cotisations des assurés et des employeurs. L'État fédéral participe également au financement du régime par le biais de subventions.

Les cotisations, au taux de 18,9 % au 1^{er} janvier 2014, sont réparties à parts égales entre l'employeur et le salarié, à l'exception des cotisations des salariés faiblement rémunérés. Elles sont calculées sur le salaire brut dans la limite d'un plafond mensuel de 5 950 € dans les anciens *länder*, et 5 000 € dans les nouveaux *länder*. Les assurés volontaires et les travailleurs indépendants paient la totalité des cotisations.

Les personnes ayant une rémunération brute mensuelle inférieure à 450 € en 2014 peuvent demander d'être exemptées d'assujettissement à l'assurance pension. Cependant, l'employeur est tenu de verser une cotisation forfaitaire de 15 % à l'assurance (ou 5 % pour les mini-jobs dans les ménages privés). Avant 2013, les salariés qui avaient des revenus mensuels inférieurs à 400 € étaient automatiquement exemptés de versement de cotisations aux assurances sociales.

Assurance chômage

Cotisations de l'assurance chômage

Taux employeur : 1,5 %

Taux salarié : 1,5 %

Plafond mensuel anciens *länder* : 5 950 €

Plafond mensuel nouveaux *länder* : 5 000 €

L'Agence fédérale pour l'emploi (*Bundesagentur für Arbeit*) est financée essentiellement par des cotisations. Sa trésorerie est également alimentée par les fonds provenant de contributions recueillies selon un système de répartition auprès des employeurs et des caisses mutuelles d'assurance accidents.

En effet, les mesures et prestations prévues dans la loi sur la promotion du travail sont en principe financées par les cotisations, mais certaines prestations servies aux personnes en situation de chômage sont basées sur d'autres modes de financement ; il s'agit notamment de la prestation dite « minimum individuel aux demandeurs d'emploi » qui est financée par les fonds publics.

Les cotisations sont réparties à égalité entre l'employeur et le salarié. Elles sont calculées dans la limite d'un plafond qui est le même que celui applicable dans l'assurance pension. En 2014, elles s'élèvent à 3 % du salaire brut ou du traitement brut plafonné (1,5 % pour le salarié et 1,5 % pour l'employeur).

Prestation familiales

Les prestations familiales, quant à elles, sont entièrement fiscalisées.

Recouvrement des cotisations, institutions compétentes

Les services du recouvrement des organismes d'assurance maladie sont chargés du recouvrement des cotisations pour toutes les branches sauf l'assurance accidents.

Organisme de liaison :

- Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung - Ausland (DVKA)
Pennefeldsweg 12 c
D-53177 BONN
Allemagne
Tél. : 00.49.228.95.300
Fax : 00.49.228.95.30.600
www.dvka.de
Courriel : post@dvka.de

Les cotisations accidents du travail sont à régler à la Berufsgenossenschaften, compétente en fonction du secteur d'activité de l'entreprise

Organisme de liaison :

- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV)
Alte Heerstraße 111
D-53757 Sankt Augustin
Allemagne
Tel : 00.49.22.41.231.01
Fax : 00.49.22.41.231.13.33
www.dguv.de
Courriel : info@dguv.de

III - Assurance maladie, maternité

Textes fondamentaux :

Code social, livre V, introduit par la loi sur la réforme de la santé du 20.12.1988, et modifié dernièrement par la loi du 22.12.2013.

Assurance maladie

Bénéficiaires

Depuis le 1er janvier 2009, l'ensemble de la population est soumis à une obligation générale d'affiliation au régime légal d'assurance maladie ou à l'assurance maladie privée.

En effet, il existe trois types de couverture maladie en Allemagne : l'assurance maladie légale - GKV - (régime public), l'assurance maladie privée d'une compagnie d'assurance allemande ou étrangère - PKV -, et une combinaison des deux types de protection.

Environ 90 % de la population allemande sont assurés auprès du régime légal d'assurance maladie. Les travailleurs salariés peuvent relever entièrement de plans privés d'assurance maladie lorsque leurs revenus excèdent un certain montant.

Sont obligatoirement assurés au régime légal de l'assurance maladie :

- les salariés (jusqu'à un certain plafond de revenus, voir ci-dessous), les stagiaires et les personnes en formation professionnelle
- les étudiants de l'enseignement supérieur agréé
- les agriculteurs (et membres de famille âgés d'au moins 15 ans ou en formation dans l'exploitation, et pour lesquels le travail à la ferme constitue l'activité professionnelle principale)
- les artistes, journalistes et publicistes

- les pensionnés s'ils ont été affiliés, de façon prépondérante pendant la deuxième partie de leur vie active, au régime légal de l'assurance maladie ou ont bénéficié de l'assurance familiale dans le cadre de celui-ci
- les personnes handicapées exerçant une activité dans un atelier agréé ou participant à des mesures de promotion professionnelle
- les personnes bénéficiant de prestations en espèces de l'assurance chômage.

L'affiliation n'est pas obligatoire auprès d'une caisse maladie légale pour les salariés dont :

- la rémunération annuelle dépasse* 53 550 € (ou 48 600 € pour les membres d'une assurance privée au 31 décembre 2002)
- le revenu mensuel brut est inférieur à 450 €. Jusqu'au 31 décembre 2012, ces salariés étaient automatiquement dispensés de l'obligation d'assurance. Depuis le 1er janvier 2013, il convient de faire une demande afin de se faire dispenser de l'obligation d'assurance.

* Depuis le 31 décembre 2010, il suffit que la rémunération de travail ait dépassé une fois le plafond annuel d'assujettissement mentionné ci-dessus pour que l'obligation d'affiliation au régime légal se termine.

NB : Les personnes dont le salaire dépasse le plafond d'assujettissement au régime légal, ont la possibilité de choisir entre une assurance maladie privée et une assurance volontaire auprès de l'assurance maladie légale. L'adhésion au régime légal d'assurance maladie à titre volontaire est possible dans les mois qui suivent la fin de l'assurance obligatoire en qualité d'assuré ou d'ayant-droit. Il convient de préciser que les personnes qui sont passées dans l'assurance maladie privée ne peuvent revenir vers l'assurance légale que dans des conditions très strictes. Pour plus d'information sur l'assurance maladie privée, voir www.pkv.de (disponible uniquement en allemand).

- [Liste de toutes les caisses d'assurance maladie légale.](#)

Assurance familiale

Sont co-assurés, sans cotisation supplémentaire, au titre de l'assurance familiale (*Familienversicherung*) du régime légal d'assurance maladie :

- le conjoint ou le partenaire enregistré de l'assuré ;
- les enfants de l'assuré, âgés de moins de 18 ans, ou 23 ans s'ils n'exercent aucune activité professionnelle, 25 ans en cas de poursuite d'études ou sans limite d'âge s'ils sont handicapés.

Pour bénéficier de l'assurance familiale, les intéressés ne doivent pas être assurés au titre d'une activité salariée ou en qualité de pensionnés ou assurés à titre volontaire, ne pas exercer à titre principal une activité indépendante et ne pas disposer de revenus totaux mensuels au titre d'une activité de faible importance de plus de 395 € en 2014 ou 450 € en cas d'« activité minimale ».

Stage et fin de droit

Il n'est pas nécessaire d'avoir accompli une durée d'assurance préalable pour pouvoir bénéficier des prestations. Par contre, lorsque le salarié quitte l'assurance, le versement des prestations prend fin en principe au moment où il cesse d'être assuré. Pour les personnes obligatoirement assurées, le droit est prorogé durant un mois après la cessation de l'assurance.

1 - Prestations en nature

Précisions sur la carte de santé électronique :

Les prestations en nature sont servies au vu de la carte de santé électronique (*elektronische Gesundheitskarte*), distribuée par les caisses d'assurance maladie.

La distribution de la nouvelle carte de santé électronique a commencé en octobre 2011, afin de remplacer progressivement l'ancienne « carte d'assuré maladie » jusqu'à la disparition définitive de cette dernière. L'objectif était de munir tous les assurés du système légal d'assurance maladie de la carte de santé électronique avant fin 2013. Durant cette période transitoire, les deux cartes (carte de santé électronique et l'ancienne carte d'assuré maladie) ont été valides. Depuis le 1^{er} janvier 2014, les médecins peuvent encore accepter la « carte d'assuré maladie », toutefois ils n'en ont pas l'obligation.

a) Soins médicaux et soins dentaires

Le patient choisit librement son praticien parmi les médecins et les dentistes conventionnés.

Lorsque les soins sont dispensés par un médecin ou un dentiste conventionné, l'assuré n'a aucune avance de frais à effectuer. Les praticiens sont payés directement par la caisse maladie.

À noter :

La franchise de 10 € par trimestre qui, jusqu'en 2012 était payable lors de la première visite du trimestre chez le praticien, a été supprimée le 1er janvier 2013.

b) Traitements d'orthodontie

Ces traitements peuvent être pris en charge par la caisse maladie s'ils sont considérés comme efficaces, pour les enfants âgés de moins de 18 ans.

c) Médicaments

Les médicaments nécessaires aux traitements prescrits par le médecin ou le dentiste sont fournis à la pharmacie. Pour les médicaments pris en charge par l'assurance maladie, le patient n'a pas d'avance de frais à faire. Il participe à hauteur de 10 % du prix de vente du médicament avec un minimum de 5 € et un maximum de 10 €, sans que cette participation puisse excéder le prix du médicament.

Pour certains groupes de médicaments il est fait application de ce que l'on appelle les «montants fixes». Il s'agit de médicaments figurant sur une liste et pour lesquels un prix maximum est fixé. Si le prix du médicament prescrit ou choisi est supérieur au montant fixe, l'assuré doit supporter, en plus de sa participation, la différence entre le taux fixe et le prix du médicament.

d) Lunettes

Les frais d'optique sont remboursés pour les enfants âgés de moins de 18 ans et pour les personnes dont la vision est gravement atteinte.

e) Hospitalisation

Les frais d'hospitalisation dans un établissement agréé sont pris en charge par l'assurance maladie. En principe, le patient doit simplement supporter le paiement de 10 € par journée d'hospitalisation pendant une durée maximale de 28 jours par année civile (les enfants âgés de moins de 18 ans sont exemptés du paiement de la participation).

Si l'assuré choisit, sans raison l'y contraignant, un hôpital autre qu'un de ceux cités pour l'affection médicale, il peut avoir à sa charge la totalité ou une partie des frais supplémentaires. De plus, s'il demande des services particuliers tels que les soins dispensés par le chef de service lui-même, les prestations médicales dispensées en plus du prix forfaitaire de la journée d'hospitalisation sont facturées à l'assuré et restent à sa charge.

f) Frais de transport

Les frais de transport peuvent être pris en charge, sous certaines conditions, avec une participation du patient de 10 %, avec un minimum de 5 € et un maximum de 10 € par trajet sans que cette participation puisse excéder les frais réels du transport.

g) Réduction ou exemption de participation

La participation aux frais (tous types) peut être réduite partiellement ou totalement en fonction de la situation sociale et des revenus familiaux*. Le plafond de participation dépend de la composition de la famille et de ses ressources brutes.

Pour les malades chroniques en traitement permanent pour la même affection, il existe une exonération des frais restant à leur charge si au cours d'une année civile ils ont dépensé au moins 1 % de leurs ressources brutes. Ils sont alors intégralement exonérés de ces suppléments pour la suite du traitement.

Les assurés qui ne sont pas atteints d'une maladie chronique bénéficient de la clause dite "de surcharge" ; la participation ne doit pas dépasser plus de 2 % des ressources brutes du ménage.

Les enfants et adolescents âgés de moins de 18 ans sont **exemptés de participation** aux frais des prestations en nature, sauf pour les prothèses dentaires et les frais de transport.

* Sont considérées comme revenus familiaux, toutes les ressources financières de l'assuré et des membres de sa famille vivant dans le même ménage.

2 - Prestations en espèces

Comme pour les prestations en nature, il n'existe pas de condition de stage pour l'obtention de l'indemnité de maladie (*krankengeld*).

En règle générale, les salariés en état d'incapacité de travail conservent le droit au paiement de leur rémunération par leur employeur durant les 6 premières semaines d'incapacité.

Les indemnités sont versées sans délai de carence.

Quand le salaire n'est plus maintenu par l'employeur, les indemnités journalières servies par la caisse d'assurance maladie correspondent à 70 % du salaire soumis à cotisations sans pouvoir dépasser 90 % du dernier salaire net de l'assuré.

En règle générale, les indemnités journalières sont servies pour une même maladie pour une période de 78 semaines maximum au cours d'une période de trois ans.

Indemnités journalières en cas de maladie d'un enfant

En cas de maladie d'un enfant âgé de moins de 12 ans* nécessitant une assistance de la part de l'assuré, ce dernier peut percevoir des indemnités journalières pendant au maximum 10 jours ouvrables par enfant et par année civile ou 20 jours si l'assuré élève seul son enfant. Il ne peut pas être accordé plus de 25 jours par parent et par an ou 50 jours pour le parent isolé. Ces indemnités ne sont servies que si l'assuré doit s'absenter de son travail et qu'aucune personne vivant au foyer ne peut assumer cette garde.

La limite de durée de versement ne s'applique pas lorsque l'enfant souffre d'une maladie mortelle.

* La limite d'âge ne s'applique pas lorsqu'il s'agit d'un enfant handicapé.

Assurance maternité

Les femmes affiliées au régime légal de l'assurance maladie à titre d'assurées ou d'ayants-droit, peuvent en cas de maternité prétendre à des prestations en nature et des prestations en espèces liées aux revenus.

Les mères affiliées à l'assurance légale par l'intermédiaire de leur conjoint ou de leur père et les femmes salariées non affiliées à l'assurance maladie légale, peuvent bénéficier de prestations en nature et de prestations en espèces forfaitaires financées par l'État fédéral.

1 - Prestations en nature

Les prestations en nature sont servies sans condition de stage préalable. Les soins médicaux (examens destinés au diagnostic de la grossesse et les examens prophylactiques), les soins auxiliaires ainsi que l'assistance d'une sage-femme pendant la grossesse et après l'accouchement sont gratuits.

2 - Prestations en espèces

Ouvre droit à l'**indemnité de maternité** (*mutterschaftsgeld*), la femme affiliée au régime légal de l'assurance maladie au début du congé, à titre obligatoire ou volontaire, et qui peut prétendre aux indemnités journalières de maladie, ou la femme qui a une relation de travail mais ne peut pas percevoir de rémunération du fait du congé de maternité.

L'indemnité de maternité est versée durant 6 semaines avant l'accouchement et 8 semaines après ou 12 semaines après en cas de naissances multiples ou avant terme. Dans le cas d'un accouchement prématuré, le congé de maternité postnatal est prolongé par le nombre de jours n'ayant pas pu être pris auparavant.

Montant

Salariées : le montant de l'indemnité de maternité pour les femmes salariées correspond à la rémunération nette journalière moyenne des 13 semaines ou des 3 mois précédant immédiatement le congé prénatal, dans la limite de 13 € par jour civil. L'employeur verse la différence entre l'indemnité de maternité et le salaire net antérieur.

Non-salariées : pour les femmes non-salariées volontairement affiliées à l'assurance maladie légale pour les prestations en espèces, le montant de l'indemnité de maternité est égal à celui de l'indemnité journalière versée en cas de maladie.

Les femmes co-assurées ou salariées non assurées à l'assurance maladie légale (par exemple les femmes affiliées à une assurance maladie privée) perçoivent une indemnité égale à 210 € maximum (2014), versée par l'Office fédéral des assurances sociales (*Bundesversicherungsamt*, Mutterschaftsgeldstelle, Friedrich-Ebert-Allee 38, 53113 Bonn, Allemagne, www.mutterschaftsgeld.de).

L'indemnité de maternité n'est pas assujettie à l'impôt ou aux cotisations sociales.

IV - Assurance accidents

Textes fondamentaux :

Code social livre VII du 7 août 1996 et livre IX du 19 juin 2001.

Les salariés, ou assimilés, sont assurés obligatoirement à l'assurance accidents du travail (*unfallversicherung*). L'obligation d'assurance est étendue à certaines autres catégories de personnes : aidants à domicile, personnes en formation professionnelle, agriculteurs, écoliers, étudiants, donneurs de sang ou d'organe, membres de services de protection civile, enfants dans des crèches ou chez des assistantes maternelles qualifiées, certaines catégories de bénévoles et les personnes bénéficiaires de prestations de chômage **ou d'autres prestations sociales**.

Les personnes qui ne sont pas obligatoirement affiliées (par exemple les travailleurs indépendants ou les personnes exerçant une profession libérale) ont la faculté de souscrire à une assurance volontaire, y compris pour leurs conjoints collaborateurs.

Les risques couverts sont l'accident survenu dans l'entreprise et/ou dans l'exercice de l'activité, l'accident de trajet et les maladies professionnelles faisant l'objet d'une liste.

Il existe une possibilité d'indemnisation de la maladie professionnelle lorsque le lien de causalité entre la maladie et les facteurs pathogènes est observé chez un groupe de personnes dans un secteur d'activité.

L'employeur est obligatoirement tenu de déclarer l'accident à l'institution d'assurance accidents compétente lorsque le salarié se trouve en incapacité de travail pendant plus de 3 jours à la suite d'un accident du travail.

L'assurance accidents assure :

- la prise en charge du traitement curatif ;
- les prestations servies au titre de la participation à la vie active (dont reconversion s'il le faut) ;
- des prestations au titre de la participation à la vie sociale et des prestations complémentaires ;
- des prestations financières aux assurés et aux survivants.

1 - Prestations en nature

L'assurance accidents du travail couvre les traitements médicaux, paramédicaux et dentaires, les médicaments et tout autre traitement ou moyens auxiliaires, les prothèses, les soins en établissement de cure ou en centre de réadaptation ainsi que l'hospitalisation.

En principe, la victime est tenue de se présenter au médecin d'orientation (*Durchgangsarzt*) désigné par l'association professionnelle. Le traitement médical ultérieur est ensuite effectué par des spécialistes agréés.

L'assuré ne supporte pas la charge du ticket modérateur et les prestations sont servies sans limite de durée.

2 - Prestations en espèces

a) Incapacité temporaire

Allocation pour incapacité (verletztengeld)

Le travailleur bénéficie de prestations d'incapacité temporaire tant qu'il est dans l'incapacité de pratiquer l'activité jusqu'alors exercée, ou qu'il ne peut le faire sans aggraver son état de santé. Il ne doit pas ouvrir droit à l'allocation de transition.

L'allocation pour incapacité est versée à partir du moment où l'employeur, ou l'institut de chômage, cesse de maintenir le salaire ou les prestations. Le montant de cette allocation correspond à 80 % du montant de la rémunération brute antérieure, dans la limite du salaire net et tant qu'aucune rémunération n'est versée au titre du maintien du salaire.

L'allocation peut être servie pendant une durée maximum de 78 semaines.

Prestations au titre de la participation à la vie active

Ces prestations visent en premier lieu le maintien dans l'ancien emploi ou l'obtention d'un nouvel emploi. Si les prestations n'ont pas le résultat escompté, l'assuré peut demander une reconversion ou une formation accélérée à un nouveau métier. Durant la période de formation une allocation de transition peut être versée. Le montant de celle-ci est réduit par le montant éventuel de tout bénéfice simultané d'un salaire.

Allocation de transition

Le travailleur bénéficiant de prestations de réadaptation professionnelle a droit à une allocation de transition destinée à indemniser la perte de sa capacité de gain. Le montant de cette allocation est fonction de la situation antérieure au début de la réadaptation. Elle est versée tout le temps que dure cette dernière.

Tout salaire perçu simultanément est pris en compte pour le calcul du montant de l'allocation.

Prestations visant une participation à la vie au sein de la collectivité et prestations complémentaires

Ces prestations concernent l'adaptation des véhicules automobiles, l'aide en matière de logement, l'aide ménagère, l'encadrement psychosocial et le sport de réadaptation.

b) Incapacité permanente

L'assuré victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle bénéficie d'une rente (*versicherungrente*) lorsqu'un taux de perte de la capacité de gain au moins égal à 20 %* a été constaté après la 26^{ème} semaine qui suit la réalisation du risque.

* les entrepreneurs agricoles, leurs conjoints/partenaires et leurs membres de famille travaillant dans l'exploitation doivent justifier d'une incapacité permanente à un taux au moins égal à 30 %.

Le montant de la rente est déterminé en fonction du degré de l'incapacité de gain et de la rémunération perçue au cours des 12 mois précédant immédiatement la réalisation du risque.

La rente peut être majorée d'une **allocation mensuelle pour soins** (*pflegegeld*) lorsque la victime ne peut pas se passer de l'assistance d'une tierce personne (montants mensuels en vigueur depuis le 1er juillet 2013 : entre 318 € et 1 270 € dans les anciens *länder* et entre 287 € et 1 148 € dans les nouveaux *länder*).

NB : dans certains cas, un montant forfaitaire (*rentenabfindung*) peut se substituer à la rente d'accidents. Pour plus d'information, se renseigner auprès des caisses mutuelles d'assurance accidents (les *Berufsgenossenschaft*) ou auprès du [Ministère fédéral du Travail et des Affaires Sociales](#). Voir également www.dguv.de.

c) Décès

Conjoint survivant

En cas de décès survenu suite à un accident de travail, le veuf ou la veuve peut prétendre à une rente (*hinterbliebenenrente*) en fonction de son âge, de sa capacité de gain ou de sa capacité professionnelle, ainsi que du nombre d'enfants à sa charge.

Le montant annuel de la rente correspond à 40 % de la rémunération annuelle de la personne décédée, dans les cas suivants :

- le décès est survenu avant le 1er janvier 2012 (pour le conjoint survivant âgé d'au minimum 45 ans) ;
- le conjoint survivant présente une capacité de travail entièrement ou partiellement réduite ;
- le conjoint survivant a un enfant à charge bénéficiaire d'une rente d'orphelin.

À noter :

Pour les décès survenus après le 31 décembre 2011, la limite d'âge est progressivement relevée pour passer de 45 à 47 ans.

Le veuf ou la veuve sans enfant, âgé(e) de moins de 45 (47) ans à la date de la survenance du décès, reçoit une rente annuelle égale à 30 % de la rémunération annuelle du conjoint décédé, pendant 24 mois maximum. Cependant, lorsque le mariage a eu lieu avant le 1er janvier 2002, et lorsque l'un des conjoints était âgé d'au moins 40 ans au moment du mariage, la rente sera versée jusqu'à un éventuel remariage.

Cumul :

Les ressources personnelles (revenus, rentes, pensions, etc.) sont prises en compte jusqu'à 40 % pour le calcul de la rente de survivant, après application d'un abattement de base.

Orphelins

Chaque orphelin, jusqu'à l'âge de 18 ans, ou 27 ans dans certains cas (formation professionnelle, études, service social ou écologique volontaire ou infirmité) reçoit une rente (*waisenrente*) égale à 20 % du salaire annuel préalablement perçu par l'assuré, s'il est orphelin de père ou de mère, ou une rente égale à 30 % de ce même montant s'il est orphelin de père et de mère.

Cumul :

Le montant de la pension peut être réduit lorsque l'orphelin âgé de plus de 18 ans perçoit des revenus supérieurs à un certain montant (voir *Conjoint* ci-dessus : *Cumul*).

Autres

Les ascendants à l'entretien desquels subvenait l'assuré ont droit à une rente correspondant à 20 % de la rémunération (de l'année précédant le décès) de l'assuré décédé (30 % dans le cas d'un couple).

Montant total des rentes

L'ensemble des rentes de survivants ne peut pas excéder les 80 % de la rémunération annuelle de la victime.

d) Frais funéraires

En cas de décès, il est accordé aux ayants-droit survivants une indemnité funéraire représentant 1/7e de la rémunération moyenne de référence au moment du décès (montants en 2014 : 4 740 € dans les anciens *länder* et 4 020 € dans les nouveaux *länder*).

V - Assurance dépendance

Textes fondamentaux :

Code social, livre XI, dans sa version modifiée du 15.07.2013.

L'assurance dépendance obligatoire a été instituée le 1er janvier 1995. Toute personne affiliée à une assurance maladie privée est tenue de souscrire à une assurance dépendance. Les personnes affiliées à l'assurance maladie publique sont automatiquement affiliées à l'assurance dépendance, indépendamment de leurs statuts de salarié, ayant-droit, titulaire d'une pension ou d'une rente ou d'assuré volontaire. Les assurés volontaires de l'assurance maladie publique ont la possibilité de demander à en être exemptés, mais doivent dans ce cas souscrire une assurance dépendance privée.

Pour ouvrir droit aux prestations de l'assurance dépendance, l'intéressé doit avoir été assuré à titre personnel ou assuré familial* durant au moins 2 ans avant la constatation du besoin de soins.

* Les enfants à charge, le conjoint ou le partenaire sont co-assurés dans le cadre de l'assurance familiale, si leur revenu mensuel est égal ou inférieur à 395 € (450 € pour les personnes exerçant une « activité minime »).

Les prestations de cette assurance varient en fonction du type de soins accordés et du degré de dépendance. Pour les soins ambulatoires il existe des prestations en nature et en espèces dont les montants sont déterminés en fonction du degré de dépendance de la personne ayant besoin de soins.

Les prestations de l'assurance dépendance ne sont pas soumises à condition de ressources.

1 - Définition

Est considéré comme dépendant, l'assuré ou l'ayant-droit qui, souffrant de maux physiques, mentaux ou psychiques ou d'un handicap, nécessite pour une période présumée d'au moins six mois, une aide pour exécuter les actes courants et périodiques de la vie quotidienne. La constatation de l'état de dépendance fait suite à une évaluation effectuée sur quatre domaines : l'hygiène corporelle, l'alimentation, la mobilité et l'entretien du ménage.

2 - Détermination de la prestation

Les prestations de dépendance sont fonction de la catégorie de dépendance et de la nécessité de dispenser des soins à domicile ou en établissement. On tient compte des deux principes suivants :

- la prévention et la réadaptation (toutes les mesures tendant à surmonter ou atténuer la dépendance ou à empêcher son aggravation) ont priorité sur les soins ;
- les soins à domicile ont priorité sur les soins en établissement.*

* Ministère fédéral du Travail et des Affaires sociales ([Bundesministerium für Arbeit und Soziales](#)) : [La protection sociale - vue d'ensemble](#). Juin 2014.

À noter :

Depuis le 1er janvier 2013, une nouvelle catégorie de dépendance - catégorie 0 - a été introduite en complément aux trois catégories déjà existantes afin de mieux couvrir les besoins spécifiques des personnes dépendantes. Cette mesure s'inscrit dans un contexte de vieillissement de la population se traduisant notamment par une augmentation constante du nombre de personnes souffrant de démence.

Les quatre degrés de dépendance sont les suivants :

- catégorie 0 : sont visées, indépendamment de leur âge, les personnes qui en raison d'une démence, d'un handicap mental ou de troubles psychiques sont fortement limitées dans l'exercice des actes de la vie quotidienne, sans que le besoin d'aide et d'assistance n'atteigne celui d'une personne visée dans la catégorie I ;
- catégorie I : sont visées dans cette catégorie, les personnes ayant besoin d'une aide au moins une fois par jour pour les soins corporels, l'alimentation et la mobilité ;
- catégorie II : sont visées, les personnes dont la dépendance est lourde et qui ont besoin d'aide au moins trois fois par jour pour les soins de base et à différents moments de la journée ;
- catégorie III : sont visées, les personnes dont la dépendance est absolue et qui ont besoin d'aide tous les jours, 24 h sur 24, de manière permanente.

Dans l'assurance publique, l'assuré a le choix entre la prestation en nature (soins dispensés par une institution liée à la caisse d'assurance) et les prestations en espèces pour lesquelles il s'assure lui-même de recevoir les soins appropriés. Il est également possible de combiner les prestations en espèces et en nature. L'assurance dépendance privée obligatoire garantit des prestations équivalentes à celles de l'assurance dépendance publique.

3 - Montants

a) soins à domicile

Les montants maximum de la prestation en nature (dispensée par un centre d'action sociale ou service de soins à domicile, etc.), servie sans limitation de durée, sont les suivants (montants au 1er janvier 2014) :

- catégorie 0 : 225 € par mois
- catégorie I : 665 € par mois
- catégorie II : 1 250 € par mois
- catégorie III : 1 550 € par mois (jusqu'à 1 918 € par mois pour les cas particulièrement graves).

Si les soins sont assurés par un membre de la famille ou une personne non active, selon la catégorie de dépendance, l'indemnité de soins en espèces mensuelle est égale à :

- catégorie 0 : 120 €
- catégorie I : 305 €
- catégorie II : 525 €
- catégorie III : 700 €

Il est possible de combiner l'indemnité de soins et la prestation en nature. De plus, en cas de congé ou d'empêchement de la personne qui prodigue les soins, l'assurance dépendance contribue une fois par an, pour quatre semaines, aux frais entraînés par l'engagement d'un remplaçant et ce, à concurrence de 1 550 €.

Complément pour besoins particuliers : les personnes recevant des soins à domicile et dont les capacités à exercer les actes courants de la vie quotidienne sont particulièrement limitées, ouvrent droit à une allocation supplémentaire pouvant atteindre 100 € par mois (montant de base) ou 200 € par mois (montant élevé). Depuis 2013, les personnes relevant de la catégorie de dépendance « 0 » peuvent également y ouvrir droit.

Par ailleurs, l'assurance dépendance prend à sa charge les dépenses de matériel spécialisé (fauteuil roulant, lit de soins, etc.) et assume, dans la limite de 2 557 € maximum (par mesure effectuée), les frais de transformation du logement, nécessaires au maintien à domicile du malade. Les personnes visées dans la catégorie 0 de dépendance peuvent également y ouvrir droit.

En outre, des cours gratuits de soins sont dispensés aux membres de la famille et aux personnes bénévoles prodiguant des soins. L'assurance dépendance prend en charge les cotisations d'assurance pension des personnes donnant des soins à domicile bénévolement pendant au minimum 14 heures par semaine. Le montant de cette prise en charge dépend de l'ampleur des soins prodigués et de la catégorie à laquelle appartient la personne assistée. Enfin, les personnes prodiguant des soins sont également couvertes par l'assurance accidents.

b) soins en établissement

Pour les soins prodigués dans un établissement, il convient de distinguer différents niveaux de dépendance pour la détermination de la prise en charge par l'assurance. Les montants maximum en 2014 sont les suivants :

- 1 023 € (catégorie I)
- 1 279 € (catégorie II)
- 1 550 € (catégorie III)
- 1 918 € par mois (cas exceptionnels).

Dans tous les cas, la caisse d'assurance dépendance prend en charge au maximum 75 % du montant fixé par l'établissement.

Les frais d'hébergement et de nourriture sont à la charge de l'assuré, comme pour les soins à domicile.

VI - Assurance pension

L'assurance **pension légale (*Rentenversicherung*)** comprend les pensions de vieillesse, d'invalidité et de survivants. À côté du régime légal, il existe deux systèmes de retraite complémentaire, à savoir l'épargne retraite d'entreprise et l'épargne retraite individuelle (retraite complémentaire : [Cf. 4. ci-dessous](#)).

Personnes assurées

Sont soumis à l'obligation d'assurance pension :

- la plupart des travailleurs salariés*, y compris les personnes en formation professionnelle et les personnes handicapées travaillant dans des ateliers agréés ;
- les personnes au service militaire ou civil ;
- les personnes effectuant à titre volontaire une année de service social ou écologique ;
- les personnes dispensant des soins à domicile à un membre de famille atteint d'un certain niveau de dépendance ;
- les personnes bénéficiaires de certaines prestations sociales (les prestations de maladie et d'assurance chômage, etc.) à condition d'avoir été obligatoirement assurées au cours de l'année précédente.

Contrairement à l'assurance maladie, l'obligation d'affiliation à l'assurance pensions ne se termine pas lors d'un dépassement d'une certaine rémunération.

De plus, certaines catégories de travailleurs indépendants sont obligatoirement assurées ; il s'agit notamment des enseignants, des professeurs et des éducateurs indépendants, des sages-femmes ainsi que des artistes, des journalistes et des rédacteurs indépendants ayant des revenus annuels supérieurs à 3 900 €.

S'agissant des artisans indépendants, l'obligation d'assurance cesse après 18 ans d'assujettissement.

Les agriculteurs sont obligatoirement assujettis au régime de [prévoyance vieillesse des agriculteurs](#).

Enfin, il existe des possibilités d'assurance volontaire au régime des pensions.

* Les personnes exerçant une activité de courte durée sont exemptées d'assujettissement à l'assurance (emplois limités à une durée de deux mois ou 50 jours ouvrés au cours d'une année, indépendamment du salaire). Depuis 2013, les salariés percevant une rémunération brute inférieure à 450 € par mois sont automatiquement assujettis à l'assurance pensions mais ont la possibilité de demander une dispense de l'obligation d'assurance (avant 2013, les salariés dont les revenus mensuels étaient inférieurs à 400 € étaient automatiquement exemptés de l'assurance). La demande de dispense doit être faite auprès de l'employeur, qui la transmet à la caisse d'assurance pension légale.

Relèvement progressif de l'âge de la retraite

Aux termes de la loi sur l'adaptation de l'âge légal de la retraite à l'évolution démographique et au renforcement financier de l'assurance retraite légale (*RV Altersgrenzenanpassungsgesetz* du 20.04.2007), l'âge de départ à la retraite sera relevé afin de stabiliser à long terme le niveau des prestations et les taux des cotisations de l'assurance retraite légale. De 2012 à 2029, l'âge normal du départ à la retraite est progressivement relevé jusqu'à 67 ans pour les personnes nées à partir de 1947. L'âge légal de la retraite sera d'abord relevé d'un mois par an (de 65 à 66 ans), puis de 2 mois par an (de 66 à 67 ans), pour les personnes nées à partir de 1959. La première génération concernée par le relèvement de l'âge de la retraite sera celle de 1947 et pour les générations postérieures à 1963 la limite d'âge de départ à la retraite sera de 67 ans.

Les assurés nés en 1949 atteignent l'âge légal de la retraite en 2014, âgés de 65 ans et trois mois.

Il existera des possibilités d'anticipation sans abattement à partir de l'âge de 65 ans pour les personnes ayant payé des cotisations pendant au moins 45 ans (voir ci-dessous).

Enfin, afin de ne pas mettre en péril l'équilibre du régime de base, depuis 2002 l'État favorise la constitution d'une retraite complémentaire par capitalisation, notamment par le biais de subventions financières et d'avantages fiscaux.

1. Pension de vieillesse

a) Âge

Pour les personnes nées avant 1947, l'âge normal de liquidation de la pension de vieillesse est fixé à 65 ans. Pour les personnes nées de 1947 à 1963, il est progressivement relevé de 65 à 67 ans depuis 2012 et jusqu'en 2029. Cf. ci-dessus – *Relèvement progressive de l'âge de la retraite*.

La pension peut actuellement être liquidée par anticipation à partir de l'âge de 60 ans (un relèvement progressif de la pension anticipée est prévu).

À noter :

Les lois intervenues depuis le début des années 1990 ont supprimé progressivement les possibilités de liquidation de la pension de manière anticipée sans application d'un coefficient d'anticipation pour les chômeurs, les « assurés de longue durée », les personnes handicapées et les femmes.

Enfin, après l'âge normal de la retraite, l'assuré bénéficie d'une majoration pour report (Cf. ci-dessous : *Montant de la pension*).

Pension anticipée avec coefficient d'anticipation

La pension peut actuellement être liquidée au plus tôt à partir de 60 ans avec application d'un coefficient d'anticipation* dans les conditions suivantes :

- à partir de l'âge de 60 ans pour les personnes gravement handicapées (degré de handicap d'au moins 50 %) ayant accompli au moins 35 ans d'assurance et qui bénéficiaient du statut de personne gravement handicapée au moment du départ à la retraite. Pour les personnes nées après le 31.12.1951, la limite d'âge pour la mise à retraite anticipée est progressivement majorée de 60 à 62 ans ;
- à partir de l'âge de 60 ans pour les femmes nées avant 1952, ayant versé plus de 10 ans de cotisations après leur 40ème anniversaire (au titre d'un emploi ou une activité assujettie à l'assurance obligatoire), et ayant accompli une période minimum d'affiliation de 15 ans ;
- à partir de l'âge de 63 ans pour l'assuré né avant 1952, étant au chômage au début de la retraite, justifiant d'une période d'affiliation de 15 ans minimum et qui, après l'âge de 58,5 ans révolus, a été au chômage pendant une période totale de 52 semaines ou a exercé un travail à temps partiel à la veille de la retraite pendant 2 ans en ayant accompli au moins 8 ans de cotisations obligatoires au cours des 10 dernières années précédant le début de la retraite ;
- à partir de l'âge de 63 ans pour toute personne justifiant d'une période minimum d'affiliation de 35 ans.

* Dans tous les cas mentionnés ci-dessus, le **coefficient est de 0,3 % par mois d'anticipation**.

Pension anticipée sans coefficient d'anticipation

Les possibilités de pension anticipée sans application de coefficient d'anticipation ont été progressivement réduites depuis le début des années 1990. Il existe toutefois encore quelques cas où la pension peut être liquidée par anticipation, sans application d'un coefficient d'anticipation. C'est le cas à partir de l'âge de :

- 63 ans pour les personnes gravement handicapées (degré de handicap d'au moins 50 %), nées avant le 1er janvier 1951, ayant accompli au moins 35* ans d'assurance et qui bénéficiaient du statut de personne gravement handicapée au moment du départ à la retraite. Pour les personnes nées après le 31 décembre 1951, la limite d'âge exempté d'abattement est progressivement relevée de 63 à 65 ans ;

- 65 ans si l'assuré justifie de 45 années de cotisations obligatoires durant ses périodes d'emploi, d'activité libérale et d'assistance ou d'éducation d'un enfant âgé de moins de 10 ans.

* Sont également prises en compte: des périodes non-cotisées (périodes consacrées à une formation, périodes de maladie ou de chômage, etc.) et des périodes créditées au titre de l'éducation d'enfants.

Textes fondamentaux :

Livre VI du Code d'assurance sociale, introduit par la loi sur la réforme des retraites du 18.12.1989, dans sa version publiée le 19.02.2002, dernièrement modifiée par la loi du 19.10.2013.

b) Durée d'assurance

La durée minimum d'assurance pour ouvrir droit à pension est fixée à 60 mois civils. Sont prises en compte: les périodes de cotisations obligatoires ou volontaires, les périodes d'éducation d'enfants et les périodes exonérées.

c) Montant de la pension

Le montant de la pension est déterminé à partir de trois éléments :

- PEP - la somme des points de rémunération personnels (*persönliche entgeltpunkte*)
 - RAF - le multiplicateur (*rentenartfaktor*)
 - AR - la valeur actuelle de la pension (*aktueller rentenwert*).
- $PEP \times RAF \times AR =$ montant mensuel de la pension

Les points de rémunération personnels reflètent les cotisations versées par l'assuré au cours d'une année civile par rapport à la rémunération moyenne de tous les assurés pour la même période.

Le multiplicateur détermine dans quelle proportion les points de rémunération personnels doivent être pris en compte. Il est égal à 1 lorsque la pension est liquidée à l'âge normal de la retraite.

La valeur actuelle de la pension reflète la valeur d'une pension mensuelle de vieillesse résultant de cotisations prélevées sur une rémunération moyenne versée pendant une année civile. La valeur actuelle de la pension est, en 2014, fixée à 28,14 € par mois dans les anciens *länder*, et 25,74 € dans les nouveaux *länder*.

Chaque assuré peut choisir entre la liquidation de la totalité de sa pension au taux plein, ou seulement d'un tiers, de la moitié, ou de deux tiers. Il est possible de cumuler l'intégralité ou une partie de la pension avec un revenu professionnel (voir ci-dessous : d) *cumul*).

Il n'existe ni de pension minimum, ni de pension maximum fixée par la loi.

Majoration pour report

En cas de report de la liquidation de la pension de vieillesse, le montant de la prestation est majoré de 0,5 % par mois de report à compter de l'âge légal de départ à la retraite applicable en fonction de l'année de naissance de l'assuré.

d) Cumul

L'assuré ayant atteint l'âge légal de la retraite peut, sans limite, cumuler la pension avec un revenu tiré d'une activité professionnelle.

Jusqu'à l'obtention de l'âge normal de la retraite en cas de retraite anticipée au taux plein, le revenu pouvant être cumulé avec la pension est limité en 2014 à 450 € bruts par mois. En cas de retraite partielle, il existe un plafond général et un plafond individuel dépendant des revenus des dernières activités exercées.

À noter :

Les institutions de l'assurance pension légale vous renseigneront sur les plafonds individuels de revenu s'appliquant à votre cas.

Les pensionnés sont tenus d'informer ces institutions du dépassement du plafond des revenus.

2. Pensions d'invalidité

Textes fondamentaux :

Livre VI du Code d'assurance sociale, introduite par la loi sur la réforme des retraites du 18.12.1989 dans sa version publiée le 19.02.2002, modifiée dernièrement par l'article 12 de la Loi du 19.10.2013.

a) Définition

Pour ouvrir droit à une pension d'invalidité, la capacité de travail résiduelle dans les conditions normales du marché général de l'emploi doit être inférieure à 6 heures par jour pour des raisons de santé. C'est ainsi qu'en fonction de la capacité de travail résiduelle, l'assuré peut obtenir une pension d'invalidité pour incapacité partielle ou une pension d'invalidité pour incapacité totale :

- Incapacité totale : la capacité de travail est inférieure à trois heures par jour
- Incapacité partielle : la capacité de travail est comprise entre trois et six heures.

Au titre des droits acquis, les assurés nés avant le 2 janvier 1961 pourront prétendre à une pension d'invalidité pour incapacité partielle lorsqu'ils ne sont plus en mesure de travailler pendant au moins six heures par jour dans leur profession actuelle ou dans une autre profession « convenable ».

b) Conditions d'attribution

La pension d'invalidité est attribuée à l'assuré qui, avant la survenance du risque, a accompli :

- au moins 5 ans d'affiliation à l'assurance pension dont 3 ans de cotisations obligatoires au cours des 5 années précédant la réalisation du risque*

ou

- au moins 5 ans d'affiliation à l'assurance pensions avant 1984 lorsqu'il justifie à partir de 1984, de périodes ouvrant droit à pension pour chaque mois écoulé jusqu'au moment de la réalisation du risque.

* Dans certains cas, la période de référence de 5 ans peut être prolongée, ou la condition peut être supposée remplie (par exemple lorsque l'incapacité survient peu de temps après une période de formation).

La pension d'invalidité (totale ou partielle) est en principe accordée pour une durée limitée de 3 ans. Ce n'est que dans le cas où l'on constaterait que l'état du titulaire ne pourra plus s'améliorer, qu'une pension pourrait être accordée à titre illimité. La pension d'invalidité est servie jusqu'à l'âge normal de départ à la retraite en fonction de l'année de naissance (ensuite le montant de la pension de vieillesse ne pourra pas être inférieur au montant de la pension d'invalidité).

c) Montant

Le montant de la pension d'invalidité, comme celui de la pension de vieillesse, est déterminé à partir de trois facteurs : la somme des points de rémunération personnels, le multiplicateur (*rentenartfaktor*) et la valeur actuelle de la pension. Le montant de la pension d'invalidité en cas de perte totale de la capacité de gain correspond à celui de la pension de vieillesse pour personnes gravement handicapées prise de façon anticipée (voir ci-dessus : 1. *Pension de vieillesse*). En cas de diminution partielle de la capacité de gain, le montant de la pension est égal à 50 % de la pension pour perte totale de la capacité de gain.

Les assurés nés avant le 2 janvier 1961 qui ne peuvent plus travailler 6 heures par jour dans leur profession ou dans une autre profession convenable, peuvent bénéficier d'une pension pour incapacité professionnelle dont le montant correspond à celui de la pension pour cause de diminution partielle de la capacité de gain.

d) Cumul

En cas d'exercice simultané d'une activité professionnelle, il existe des possibilités de cumul avec la pension d'invalidité. Les gains d'appoint mensuels des personnes percevant le montant intégral d'une pension pour perte totale de la capacité de gain, sont limités à 450 € bruts en 2014. Pour les personnes titulaires d'une pension partielle, les possibilités de cumul avec des revenus tirés d'une activité professionnelle sont soumises à un plafond individuel proportionnel au dernier salaire soumis à cotisation et à un plafond général valable pour tous les assurés (dépassement du plafond mensuel possible maximum 2 fois au cours d'une année civile).

Les titulaires d'une pension d'invalidité sont tenus d'informer les institutions de l'assurance pension légale en cas de prise d'un emploi.

Enfin, la pension de l'assurance accidents du travail et la pension d'invalidité peuvent se cumuler dans la limite de l'ancien revenu net de travail revalorisé ayant servi de base au calcul de la rente pour accidents du travail.

3. Pensions de survivants

Les pensions de survivants comprennent les pensions de veuve ou de veuf, de conjoint divorcé et les pensions d'orphelins. Pour ouvrir droit à l'un de ces avantages, l'assuré décédé doit avoir accompli au moins 60 mois d'assurance.

a) Pensions de réversion

Conditions générales, montants

NB : La dernière législation sur les pensions de réversion est entrée en vigueur le 1er janvier 2002. Cependant, l'ancienne législation reste applicable aux couples déjà mariés au 1er janvier 2002, et dont au moins l'un des conjoints est né avant le 2 janvier 1962. **Pour les autres, la nouvelle législation est applicable.**

Peut prétendre à une pension de réversion (*witwen-/witwerrente*), le conjoint survivant ou le partenaire d'une union civile enregistrée ayant duré au moins un an, ou le conjoint divorcé avant le 1er juillet 1977 qui était à la charge du défunt.* En règle générale, le conjoint survivant devait être marié depuis au moins un an avec le défunt au moment du décès.

* Lorsque le divorce est postérieur au 30 juin 1977, il existe, sous certaines conditions, des possibilités pour les survivants qui élèvent des enfants de bénéficier d'une pension dite d'éducation. Cf. *b) Pension d'éducation.*

En cas de remariage après le décès de l'assuré, le droit à la pension de réversion est suspendu.

On distingue deux pensions de veuvage :

- **la pension entière** ou la "grande" pension (*die große witwenrente*) qui est versée aux personnes remplissant les conditions énoncées ci-dessus, âgées d'au moins 45 ans* ou atteintes d'une invalidité professionnelle ou générale ou qui élèvent au moins un enfant âgé de moins de 18 ans (sans limite d'âge si l'enfant est atteint d'un handicap). Le montant de la pension correspond à 55 % de la pension qui aurait été attribuée à l'assuré décédé (au titre de l'ancien régime le taux est de 60 %). La pension est majorée de 2 points de rémunération pour le 1er enfant dont l'éducation a été assurée et de 1 point de rémunération supplémentaire pour le 2ème enfant et les suivants ;
- **la pension réduite** ou la "petite" pension (*die kleine witwenrente*) qui vise le veuf ou la veuve qui remplit les conditions générales mais pas les conditions (mentionnées ci-dessus) pour avoir droit à la pension entière. Son montant s'élève à 25 % de la pension dont aurait bénéficié l'assuré décédé. Pour les personnes visées par la réforme de 2002, la durée de versement de la pension est de maximum 24 mois. Pour les personnes soumises à l'ancienne législation (voir ci-dessus) il n'existe pas de limite.

* Depuis 2012, l'âge d'ouverture de droits à la pension de réversion est progressivement relevé pour passer de 45 à 47 ans. À partir de 2029, il sera fixé à 47 ans.

Calcul de la pension

Pour le calcul de la pension du défunt, tant dans l'ancien régime que dans le nouveau, si l'assuré n'avait pas atteint l'âge de 63 ans, la pension est réduite pour chaque mois écoulé entre celui où l'assuré est décédé et celui où il aurait atteint

cet âge (jusqu'à 10,8 % maximum). Conformément à la Loi sur l'ajustement de l'âge légal de la retraite, l'âge de référence est progressivement relevé de 63 à 65 ans depuis 2012. Toutefois, pour les assurés qui justifient de 35 ans de cotisations obligatoires (40 ans de cotisations obligatoires à compter de 2024), l'âge de référence actuel de 63 ans continue à s'appliquer.

Il n'existe pas de pension maximum ou minimum fixée par la loi. Cependant, la somme de l'ensemble des pensions de survivant ne peut pas excéder 100 % de la pension de l'assuré décédé.

Pour le calcul des pensions du conjoint survivant, sont également pris en compte les revenus propres de ce dernier. Si les revenus issus du travail ou les revenus de remplacement (revenus issus de la fortune également compris pour les personnes visées par la nouvelle législation) du veuf ou de la veuve dépassent un certain plafond (en 2014, il est fixé à 742,90 € majoré de 157,58 € dans les anciens *länder* et 679,54 € majoré de 144,14 € dans les nouveaux *länder* pour chaque enfant ouvrant droit à une pension d'orphelin), le montant de la pension est réduit de 40 % du montant excédant ce plafond.

À noter :

Pendant les trois premiers mois qui suivent le décès, la veuve ou le veuf reçoit la pension entière de l'assuré. En cas de remariage, la pension est supprimée et il est versé une indemnité forfaitaire égale à 24 fois le montant mensuel moyen de la pension versée au cours des 12 derniers mois. Pour les personnes visées par la réforme pour la "petite" pension (Cf. ci-dessus), en cas de remariage l'indemnité est minorée du nombre de mois pour lesquels la pension a déjà été servie.

b) Pension d'éducation

Pour les personnes divorcées après le 30 juin 1977, lors du divorce, les droits à pension acquis par les deux époux durant le mariage sont totalisés, puis divisés par deux et les sommes ainsi obtenues sont reportées au compte de chacun des époux. De ce fait, les intéressés n'ouvrent plus droit à la pension de veuvage. Toutefois, l'instrument du partage du crédit pose un problème lorsque l'époux survivant n'est pas en mesure de subvenir à ses besoins en raison de l'éducation et de la charge d'un ou de plusieurs enfants. C'est pour cette raison que la pension d'éducation (*erziehungsrente*) a été instituée.

Le conjoint divorcé peut prétendre à une pension d'éducation lorsque toutes les conditions suivantes sont remplies :

- le divorce est postérieur au 30 juin 1977 dans les anciens *länder* et au 31 décembre 1991 dans les nouveaux *länder*
- le conjoint survivant élève son enfant ou celui de l'assuré décédé
- le conjoint survivant n'est pas remarié et remplit les conditions de cinq ans d'assurance compte tenu, le cas échéant, du partage des droits à pension au moment du décès.

La pension d'éducation, qui est une pension personnelle, est calculée de la même manière que la pension de vieillesse. Elle est soumise à la prise en compte des revenus de l'intéressé, identique à celle de la pension de veuvage.

c) Partage des droits à pension entre conjoints

Afin de permettre aux femmes d'améliorer leurs droits personnels en matière d'assurance vieillesse, la réforme entrée en vigueur au 1er janvier 2002 permet aux conjoints qui ont accompli des périodes ouvrant droit à pension d'au moins 25 ans, de demander sur déclaration commune de partager les droits en cours de formation, acquis pendant la période de mariage. Cette réglementation s'applique à tous les mariages conclus après le 31 décembre 2001. Les membres d'un partenariat enregistré ont également droit au partage des droits à pension.

d) Pensions d'orphelin

Peuvent prétendre à une pension d'orphelin (*waisenrente*), les orphelins de père et/ou de mère, y compris les enfants adoptés, les beaux-enfants et les enfants placés.

Condition d'âge

La pension d'orphelin est versée jusqu'à l'âge de 18 ans ou 27 ans en cas de formation professionnelle, de poursuite d'études ou de handicap physique, psychique ou mental, ou lorsque l'orphelin effectue à titre volontaire une année de service social ou écologique.

Montant de la pension

La pension d'orphelin est égale à 10 %* de la pension de l'assuré décédé (plus une éventuelle majoration).

Comme pour la pension de conjoint survivant, si l'assuré au moment de son décès n'avait pas atteint l'âge de 63 ans, la pension est réduite pour chaque mois écoulé entre celui où l'assuré est décédé et celui où il aurait atteint cet âge (jusqu'à 10,8 % maximum). Conformément à la Loi sur l'ajustement de l'âge légal de la retraite, l'âge de référence est progressivement relevé de 63 à 65 ans depuis 2012.

Pour les orphelins âgés de plus de 18 ans, la pension intégrale est servie dans la mesure où les revenus de l'orphelin ne dépassent pas un certain plafond (au 1er janvier 2014, ce plafond est fixé à 495,26 € dans les anciens *länder* et 453,02 € dans les nouveaux *länder*). Adapté à la valeur actuelle de la pension, ce plafond est régulièrement revalorisé.

* Pour l'orphelin de père **et** de mère, le pourcentage de la pension s'élève à 20 %.

4. Retraites complémentaires

Le système de retraite est composé de plusieurs piliers. À côté de la retraite du régime légal d'assurance invalidité-vieillesse, il existe deux systèmes de retraites complémentaires :

- L'épargne retraite d'entreprise
- L'épargne retraite individuelle

L'épargne retraite d'entreprise

Jusqu'en 2002, l'épargne retraite d'entreprise était une prestation que chaque employeur était libre d'offrir à ses salariés. Depuis cette date les salariés ont le droit de convertir, à concurrence d'un plafond, une fraction de leur salaire en vue de la constitution d'une épargne retraite d'entreprise. Les modalités de l'épargne d'entreprise doivent faire l'objet d'un accord établi au niveau de l'entreprise ou de la convention collective. En l'absence d'accord, chaque salarié bénéficie d'un droit minimum à la conversion d'une partie de son salaire en assurance vie.

L'encouragement de l'État pour l'épargne retraite d'entreprise, est assuré par le biais d'exonération d'impôts et de cotisations sociales des sommes consacrées à l'épargne.

En 2014, 4 656 € peuvent en principe être investis dans une épargne retraite d'entreprise et être exonérés d'impôts. Les fractions de la rémunération converties en épargne sont exonérées de cotisations sociales à concurrence de 2 856 €.

L'épargne retraite individuelle

L'encouragement de l'État à l'épargne retraite individuelle se fait au moyen de subventions financières (primes) et d'avantages fiscaux (déductions supplémentaires au titre de dépenses exceptionnelles). Bénéficiaires d'encouragements les placements suivants :

- Plans d'épargne bancaires qui conviennent particulièrement aux personnes d'un certain âge dont la période de constitution d'épargne est plus courte ainsi qu'aux personnes souhaitant des placements très sûrs ;
- Assurances retraite privées qui sont destinées aux personnes jeunes souhaitant des placements sûrs ;
- Plans d'épargne basés sur des fonds communs de placement. Ces fonds comportant une part élevée d'actions conviennent plutôt aux investisseurs jeunes ayant le goût du risque, leur âge leur permettant de compenser les chutes provisoires des cours ;
- Intégration dans l'épargne retraite privée encouragée par l'État d'un bien immobilier utilisé par son propriétaire pour se loger.

En plus de l'âge, d'autres critères doivent également être pris en compte avant d'effectuer le choix du mode d'épargne individuelle tels que les frais, les risques à assurer, la situation dans la phase de versement et la situation en cas d'héritage.

VII - Prestations familiales

En application de la loi fédérale sur les allocations familiales (*Bundeskindergeldgesetz*), la demande de prestations familiales doit être présentée auprès de la caisse d'allocations familiales (*Familienkasse*) de l'Agence fédérale pour l'emploi, ou pour les membres de l'administration publique auprès de leur administration.

Allocations familiales

Textes fondamentaux :

- Loi fédérale sur les allocations familiales du 14.04.1964 dans sa version du 28.01.2009, dernièrement modifiée par la loi du 26.06.2013.
- Loi sur l'avance sur le terme de pension alimentaire du 23.07.1979 dans sa version du 17.07.2007, dernièrement modifiée par la loi du 03.05.2013.
- Loi sur l'allocation parentale et le congé parental dans sa version du 05.12.2006, dernièrement modifiée par la loi du 15.02.2013.
- Loi sur l'impôt sur le revenu dans sa version du 08.10.2009, dernièrement modifiée par la loi du 18.12.2013.

Les allocations familiales (*kindergeld*) sont allouées sous forme de bonification fiscale destinée à garantir le bénéfice pour le revenu d'une exonération fiscale d'un montant équivalent au minimum vital d'un enfant. Les allocations familiales permettent une exonération de l'impôt sur le revenu et ce jusqu'à un montant minimum par enfant à charge. Durant l'année civile, les allocations familiales sont versées au titre de bonification fiscale. À l'occasion de l'établissement de l'assiette de l'impôt sur le revenu, le service des impôts examine, à posteriori, si l'exonération fiscale du minimum par enfant est bien obtenue. Les personnes non imposables perçoivent directement les allocations familiales.

À noter :

- L'octroi des allocations familiales n'est pas soumis à des conditions de ressources ou de revenus des parents (sauf la majoration pour enfant ; voir ci-dessous).
- Si l'un des parents ouvre droit aux allocations familiales selon la loi relative à l'impôt sur le revenu et l'autre parent y ouvre droit selon la loi fédérale sur les allocations familiales, c'est le droit fondé sur la loi relative à l'impôt sur le revenu qui prime.

Les allocations familiales sont versées pour les :

- enfants âgés de moins de 18 ans sans condition ;
- enfants âgés de 18 à 21 ans, sans travail et inscrits en tant que demandeurs d'emploi auprès d'une agence pour l'emploi ;
- enfants âgés de 18 à 25 ans
 - en formation scolaire ou professionnelle. Si en cours d'apprentissage d'un métier, le temps de travail hebdomadaire ne doit pas excéder 20 heures
 - lorsqu'ils accomplissent une année de service social ou écologique volontaire
 - lorsque, faute de manque de place de formation, ils ne sont pas en mesure de commencer ou de poursuivre leur formation professionnelle ;
- étudiants ou apprentis âgés de plus de 25 ans, si l'apprentissage ou les études a/ont été prolongé(es) par cause de service militaire, de service civil ou d'un service similaire (dans ce cas, la limite de 25 ans est repoussée de la durée du service) ;
- enfants quel que soit leur âge, incapables de subvenir à leurs besoins en raison d'un handicap, à condition que le handicap soit survenu avant le 25ème anniversaire.

L'enfant doit résider en Allemagne, dans un autre État membre de l'UE/l'EEE ou en Suisse (sauf exceptions).

Montants :

Le montant des allocations familiales, versées mensuellement, varie en fonction du rang de l'enfant. Ils sont fixés à :

- 184 € par mois pour chacun des deux premiers enfants,
- 190 € par mois pour le troisième enfant,
- 215 € par mois pour chaque enfant supplémentaire au-delà du troisième enfant.

Pour l'enfant orphelin de mère et de père, le montant mensuel des allocations familiales correspond à 184 €, à condition qu'un droit à une allocation familiale ne soit pas ouvert au titre d'une autre personne.

Peuvent bénéficier d'une **majoration pour enfant** (*kinderzuschlag*), les parents ayant un ou plusieurs enfants non marié(s) âgé(s) de moins de 25 ans vivant sous leur toit, et lorsque leur revenus sont inférieurs à 900 € bruts pour les couples (ou inférieurs à 600 € bruts pour les parents isolés). La majoration mensuelle correspond au maximum à 140 € par enfant. Les revenus de l'enfant sont imputés à la majoration.

- Pour plus d'information sur la majoration pour enfant : www.kinderzuschlag.de, ou s'adresser auprès des caisses de prestations familiales des agences pour l'emploi.

Allocation parentale

L'allocation parentale (*elterngeld*) est versée sous condition de revenus* aux parents qui ne travaillent pas ou qui travaillent à temps partiel (jusqu'à 30 heures par semaine) et s'occupent eux-mêmes de leur enfant jusqu'à l'âge de 14 mois. Elle est versée pendant 12 mois si un seul parent demande l'allocation. Si les deux parents partagent le droit, la durée de versement de l'allocation est de 14 mois (deux mois sont réservés à l'autre parent). Peuvent également y prétendre dans les mêmes conditions, les conjoints ou les partenaires qui s'occupent de l'enfant, ou en cas de décès, maladie ou de handicap grave des parents, les membres de famille jusqu'au 3ème degré.

* Les couples dont le revenu total imposable était supérieur à 500 000 € (250 000 € pour un parent seul) dans l'année précédant la naissance de l'enfant, n'ouvrent pas droit à l'allocation parentale.

Lorsqu'il s'agit d'un enfant adopté, l'allocation parentale est versée à partir du moment où l'enfant est accueilli (au plus tard avant que l'enfant ait obtenu l'âge de 8 ans).

La prestation remplace le revenu antérieur à la garde de l'enfant à raison de :

- 65 % lorsque le revenu était égal ou supérieur à 1 240 € ;
- 66 % pour un revenu compris entre 1 220 € et 1 240 € ;
- 67 % pour un revenu compris entre 1 000 € et 1 200 €.

Cependant, le montant de l'allocation ne peut pas être inférieur à 300 €. Le montant maximum de l'allocation est égal à 1 800 €. Le taux de remplacement passe graduellement de 67 % à 100 % si le revenu mensuel avant l'accouchement était inférieur à 1 000 €.

Les familles nombreuses (2 enfants ou plus) reçoivent un « bonus de fratrie » égal à 10 % de l'allocation parentale, sans pouvoir être inférieur à 75 € par mois. En cas de naissances multiples, le montant de l'allocation parentale est augmenté de 300 € par mois pour le 2ème enfant et chaque enfant supplémentaire.

Avance sur pension alimentaire

L'avance sur pension alimentaire (*unterhaltsvorschuss*) peut être versée pendant 72 mois au maximum et jusqu'aux 12 ans de l'enfant pour lequel un des parents ne participe pas à l'entretien.

Elle est servie au parent assumant la charge de l'enfant. Son montant mensuel varie en fonction de l'âge de l'enfant, et correspond, au 1er janvier 2014, à :

- 133 € jusqu'au 6ème anniversaire de l'enfant ;
- 180 € à partir de l'âge de 6 ans et jusqu'au 12ème anniversaire.

Allocation de logement

Une allocation de logement (*wohngeld*) peut être servie au locataire ou au propriétaire d'un logement occupé par ce dernier lorsque la capacité financière des intéressés n'est pas suffisante pour couvrir le montant des loyers ou des remboursements d'emprunts.

Le montant et l'octroi de l'allocation sont déterminés à partir des ressources totales du ménage, du nombre de membres le composant et du montant du loyer (ou du montant des charges de propriétaire).

L'allocation de logement est, en règle générale, servie pour une période de 12 mois, susceptible d'être renouvelée (le bénéficiaire doit refaire la demande lui-même).

L'allocation de logement n'est pas servie aux titulaires du minimum individuel aux demandeurs d'emploi (*grundsicherung für arbeitsuchende /arbeitslosengeld II*) ou de prestations garanties minimum. En effet, l'aide au logement est imputée sur ces prestations.

Où faire la demande d'allocation de logement ?

La demande d'allocation doit être déposée auprès du bureau des allocations de logement de la commune, de la ville ou du district de résidence.

VIII - Chômage

Les travailleurs salariés, y compris les travailleurs en formation professionnelle, sont soumis à l'obligation d'assurance chômage. Il existe également un minimum individuel (*grundsicherung für arbeitsuchende*) servi aux demandeurs d'emploi qui ne peuvent pas prétendre à des prestations d'assurance parce qu'ils ne remplissent pas les conditions d'admission à celles-ci ou qu'ils ont épuisé leurs droits.

Assurance chômage

Conditions, durée d'indemnisation

Peut prétendre à des prestations de l'assurance chômage (*arbeitslosengeld*), le travailleur en situation de chômage involontaire (ou exerçant un travail, salarié ou indépendant, à raison de moins de 15 heures par semaine), apte à exercer une activité professionnelle et inscrit auprès des services pour l'emploi. Pour l'inscription, le chômeur doit se présenter personnellement à l'agence pour l'emploi.

Le chômeur doit justifier d'une durée préalable d'affiliation (versement de cotisations, perception d'indemnités journalières) d'au moins 12 mois au cours des deux années précédant l'inscription comme demandeur d'emploi (période de référence).

À noter :

Les travailleurs indépendants ne sont pas assurés contre le risque chômage.

La durée d'indemnisation dépend de la durée d'assurance préalable et de l'âge du demandeur :

Âge	Durée de travail dans la période de référence* prolongée de 3 ans	Durée d'indemnisation
-	12 mois	6 mois
-	16 mois	8 mois
-	20 mois	10 mois
-	24 mois	12 mois

Âge	Durée de travail dans la période de référence* prolongée de 3 ans	Durée d'indemnisation
50 ans	30 mois	15 mois
55 ans	36 mois	18 mois
58 ans	48 mois	24 mois
* Les deux années précédant l'inscription comme demandeur d'emploi.		

L'indemnité est versée mensuellement.

En principe, les prestations de chômage sont servies sans délai de carence.

Montant de l'indemnité chômage

Le montant de l'indemnité dépend du salaire moyen au cours de l'année précédant l'ouverture du droit aux prestations (dans la limite du plafond des cotisations) et s'il y a des enfants à charge ou non. Il s'élève à 60 % du salaire net pour les bénéficiaires sans enfant, et à 67 % du même salaire pour les bénéficiaires ayant au moins un enfant à charge.

À noter :

Lorsque le chômeur a rompu la relation de travail sans motif grave ou lorsqu'il a provoqué par son comportement la rupture du contrat de travail, les prestations ne sont servies qu'après un délai d'attente *pouvant atteindre* 12 semaines. Par ailleurs, le chômeur qui refuse un travail qui lui est proposé ou qui ne se présente pas pour un emploi, voit ses prestations de chômage suspendues (jusqu'à 12 semaines).

Minimum individuel aux demandeurs d'emploi (*Grundsicherung für Arbeitsuchende*)

Le demandeur d'emploi qui n'ouvre pas droit aux prestations d'assurance chômage ou qui a épuisé ses droits au regard de cette assurance, peut prétendre au minimum individuel servi sous conditions de ressources.

Cette allocation, servie par le *Jobcenter* local, est versée mensuellement sous conditions de ressources au chômeur âgé entre 15 ans et l'âge légal de la retraite, qui est apte au travail (en capacité de travailler pendant au minimum 3 heures par jour), se trouve dans le besoin et réside en Allemagne. La prestation sert à aider le bénéficiaire à prendre ou à conserver un travail.

Les membres de la famille du demandeur d'emploi qui n'ouvrent pas droit à des prestations d'assurance peuvent bénéficier de l'allocation sociale (*sozialgeld*). Les prestations sont, en règle générale, accordées pour une période de 6 mois, renouvelable.

Le minimum individuel servi sous condition de ressources et de capital, garantit un minimum vital socio-culturel. Les coûts de logement et de chauffage peuvent également être intégralement couverts.

Le montant de la prestation est fonction des besoins et du degré d'aide requis du demandeur. Les personnes vivant seules, les personnes assurant seules l'éducation d'un enfant ainsi que les personnes dont le partenaire est mineur, ont droit au taux dit « normal » de la prestation, soit 391 € par mois en 2014. Pour une personne vivant en couple dont les deux sont majeures, le taux maximum de la prestation correspond à 353 € par mois. Le montant de la prestation peut être complété par d'autres prestations, à savoir des « prestations uniques » qui sont accordées sous forme de prêt ou de prestations en nature ou en espèces.

Par ailleurs, il existe une prestation dite majoration pour enfant (*kinderzuschlag*) dont le montant maximum mensuel est égal à 140 € par enfant. La demande de majoration pour enfant doit être déposée auprès de la caisse familiale compétente. L'évaluation du droit à la majoration est basée sur le montant du loyer des familles et leurs éventuels droits à des aides supplémentaires.

En cas de refus d'un travail, une formation, un stage ou une mesure d'insertion proposée, l'allocation peut être réduite ou supprimée.

IX - Assistance sociale

Loi de base :

Code social livre XII du 27.12.2003, dans sa version modifiée par la Loi du 01.10.2013.

L'assistance sociale (*sozialhilfe*) garantit un revenu minimum aux personnes non couvertes par les régimes d'assurance et qui ne peuvent pas subvenir à leurs besoins.

L'aide sociale offre une aide aux personnes qui ne peuvent pas couvrir leurs besoins par leurs propres moyens et qui ne disposent pas de droits suffisants à des prestations servies par d'autres systèmes d'assurance ou d'assistance. L'aide sociale couvre le besoin socioculturel minimum. Elle apporte également une compensation en fournissant des prestations d'assistance nécessaires lorsque le demandeur se trouve face à des charges telles que le handicap ou autres difficultés particulières. C'est ainsi que lorsque le demandeur dispose de ressources inférieures au minimum garanti, une allocation différentielle peut lui être servie.

Une « aide à la subsistance » peut également être servie aux personnes qui vivent en établissement.

Les prestations servies en raison de l'aide sociale sont octroyées sous forme de prestations de services, de prestations en espèces ou en nature (les prestations en espèces étant prioritaires sur les prestations en nature). Les prestations, en dehors de celles servies sous forme d'assistance financière, comprennent également des mesures d'activation, de conseils, et d'autres formes d'assistance.

Les cotisations en Allemagne

Les assurances sociales en Allemagne sont pour la plus grande partie financées par les cotisations salariales et patronales.

Les prestations familiales sont entièrement financées par l'État.

Les cotisations sont versées sur la totalité ou sur une partie du salaire ou du traitement brut en fonction des risques (voir tableau).

Les salariés percevant une rémunération brute inférieure à 450 € par mois (2014) peuvent demander d'être exemptés du versement de cotisations aux assurances maladie-maternité, dépendance, pensions (invalidité, vieillesse et survivants) et chômage. Jusqu'à la fin 2012, ce plafond était fixé à 400 € par mois et les salariés ayant des revenus inférieurs étaient automatiquement exemptés. Toutefois, l'employeur est tenu d'acquitter une cotisation forfaitaire pour l'assurance pensions, égale à 15 % du revenu (5 % pour les mini-jobs dans les ménages privés). S'agissant de l'assurance accident du travail, il n'existe pas de salaire minimum pour en relever.

Taux de cotisation au 1er janvier 2014

Risques	Employeur	Salarié	Plafond mensuel - Anciens <i>länder</i>	Plafond mensuel - Nouveaux <i>länder</i>
Maladie-maternité	7,3 %	8,2 % ⁽¹⁾ ⁽²⁾	4 050 €	4 050 €
Vieillesse, invalidité, décès	9,45 %	9,45 % ⁽²⁾	5 950 €	5000 €
Accidents du travail	% en fonction du risque	-	-	-

Taux de cotisation au 1er janvier 2014

Risques	Employeur	Salarié	Plafond mensuel - Anciens <i>länder</i>	Plafond mensuel - Nouveaux <i>länder</i>
Chômage	1,5 %	1,5 % ⁽²⁾	5 950 €	5000 €
Assurance dépendance	1,025 % ⁽³⁾	1,025 % ^{(2) (3)}	4 050 €	4 050 €
Total (hors accidents du travail)	19,275 %	20,175 % (20,425 %) ^{(2) (3)}	-	-

(1) L'obligation d'affiliation à l'assurance maladie légale ne s'applique pas au salarié dont la rémunération annuelle dépasse 53 550 € (48 600 € pour les membres d'une assurance privée au 31 décembre 2002). Depuis le 31 décembre 2010, il suffit que la rémunération de travail ait dépassé une fois le plafond annuel d'assujettissement pour que l'obligation d'affiliation au régime légal se termine. Ces personnes doivent obligatoirement contracter une assurance maladie auprès d'un assureur privé si elles n'optent pas pour une assurance volontaire dans le régime d'assurance maladie légale.

(2) Les salariés ayant des rémunérations mensuelles comprises entre 450,01 € et 850 €, bénéficient d'un allègement des cotisations sociales (proportionnel au salaire). La cotisation patronale reste inchangée.

**(3) - Une cotisation supplémentaire à l'assurance dépendance de 0,25 % est versée par les assurés sans enfant, âgés de 23 ans ou plus.
- Dans le land du Saxe, le salarié cotise au taux de 1,525 % et les employeurs au taux de 0,525 %.**

Les cotisations des assurances maladie-maternité, dépendance, chômage et pensions sont versées par l'employeur et recouvrées par le service recouvrement des caisses d'assurance maladie.

L'organisme de liaison assurance maladie :

- DEUTSCHE VERBINDUNGSSTELLE KRANKENVERSICHERUNG – AUSLAND (DVKA)
Pennefeldsweg 12 c
D-53177 Bonn
Allemagne
Tel : 00 49 228 953 00
Fax : 00 49 228 953 06 00
www.dvka.de
post@dvka.de

Les cotisations accidents du travail sont à régler à la *Berufsgenossenschaften* compétente en fonction de l'activité de l'entreprise.

Organisme de liaison en matière d'assurance accident du travail :

- DEUTSCHE GESETZLICHE UNFALLVERSICHERUNG (DGUV)
Alte Heerstraße 111
D-53757 Sankt Augustin
Allemagne
Tel : 00 49 22 41 231 01
Fax : 00 49 22 41 231 13 33
www.dguv.de
info@dguv.de

Procédure de recouvrement pour les employeurs qui n'ont pas d'établissements en Allemagne

Dès le début de l'activité, vous devez vous enregistrer auprès de la caisse d'assurance maladie⁽¹⁾ du lieu de résidence du salarié afin d'y ouvrir un compte cotisation et y inscrire votre salarié.

Par la suite, l'agence nationale pour l'emploi « Arbeitsamt » vous communiquera un code entreprise et un numéro d'affiliation qui vous permettra de verser les cotisations sociales en Allemagne.

Les cotisations sociales sont recouvrées par la caisse d'assurance maladie⁽¹⁾ à l'exception de la cotisation accident du travail et maladies professionnelles qui doit être versée auprès de la *Berufsgenossenschaften*⁽²⁾ dont relève le secteur d'activité de l'entreprise.

De plus, un accord peut être conclu avec votre salarié afin que ce dernier se charge du versement des cotisations sociales conformément à l'article 21§2 du règlement (CE) n°987/2009. Vous devez alors en informer la caisse d'assurance maladie compétente⁽¹⁾.

⁽¹⁾ Caisse d'assurance maladie compétente du lieu de résidence choisie par le salarié :

<https://www.gkv-spitzenverband.de/ITSGKrankenkassenListe.gkvnet>

⁽²⁾ Organisme de liaison en matière d'assurance accident du travail :

DEUTSCHE GESETZLICHE UNFALLVERSICHERUNG (DGUV)

Alte Heerstraße 111

D-53757 Sankt Augustin

Allemagne

Tél : 00 49 22 41 231 01

Fax : 00 49 22 41 231 13 33

www.dguv.de

info@dguv.de

Liste des institutions compétentes

Autorités compétentes

- Bundesministerium für Gesundheit (Ministère Fédéral de la Santé)
Rochusstrasse, 1
53123 Bonn
Allemagne
Tél. : 00.49.30.18.44.10
Fax : 00.49.30.18.44.14.900
info@bmg.bund.de
www.bmg.bund.de
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Ministère Fédéral du Travail et des Affaires sociales)
Wilhelmstrasse 49
10117 Berlin
Tél.: 00.49.30.18.52.70
Fax: 00.49.30.18.52.71.830
info@bmas.bund.de

Recouvrement des cotisations

Organisme d'assurance maladie légal, service du recouvrement.

Détermination de la législation applicable

Dans le cadre de la pluriactivité, pour les assurés du régime allemand résidant en Allemagne :

- GKV - Spitzenverband
Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung - Ausland (DVKA)
Pennefeldsweg 12
53177 Bonn
Allemagne

Tél. : 00.49.228.95.300
Fax : 00.49.228.95.30.600
post@dvka.de
www.dvka.de

Dans le cadre de la pluriactivité, pour les assurés du régime allemand ne résidant pas en Allemagne :

- Deutsche Rentenversicherung Bund
10704 Berlin
Allemagne
Tél. : 00.49.30.865.0
Fax: 00.49.30.865.272.40
www.deutsche-rentenversicherung.de

Dérogations exceptionnelles

- GKV - Spitzenverband
Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung - Ausland (DVKA)
Pennefeldsweg 12
53177 Bonn
Allemagne
Tél. : 00.49.228.95.300
Fax : 00.49.228.95.30.600
post@dvka.de
www.dvka.de

Maladie, maternité

Organisme de liaison

- GKV - Spitzenverband
Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung - Ausland
(DVKA)
Postfach 20 04 64
53134 Bonn
Allemagne
Tél. : 00.49.228.95.300
Fax : 00.49.228.95.30.600
post@dvka.de
www.dvka.de

Organismes utiles

Caisses d'assurance maladie compétentes du lieu de résidence choisie par l'intéressé :

<https://www.gkv-spitzenverband.de/ITSGKrankenkassenListe.gkvnet>

- Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK) : caisses locales générales
- Betriebskrankenkasse (BKK) : caisses d'entreprises
- Seekrankenkasse (SEEKK) : caisses d'assurance maladie des gens de mer
- Landwirtschaftliche Krankenkassen (LKK) : caisses agricoles
- Bundesknappschaft : caisses des mines
- Innungskrankenkasse (IKK) : caisses du commerce
- Angestellten-Ersatzkassen : caisses maladie libres agréées - employés (DAK, BEK, HEK, KKH, TK, HMK)
- Arbeiter-Ersatzkassen : caisses maladie libres agréées - ouvriers (GEK, KEH, HZK)

Invalidité, vieillesse, décès (pensions)

Organisme de liaison et organisme utile

1. Deutsche Rentenversicherung Bund
Ruhrstraße, 2
D-10709 Berlin
Allemagne
Tél. : 00.49.30.865.0
Fax : 00.49.30.86.52.72.40
www.deutsche-rentenversicherung-bund.de
2. Deutsche Rentenversicherung
Rheinland-Pfalz (Rhénanie Palatinat)
Postfach 1580
Eichendorffstrasse, 4-6
67340 Speyer
Allemagne
Tél. : 00.49.62.32.170
Fax : 00.49.62.32.17.25.89 / 29.49
www.deutsche-rentenversicherung-rlp.de
3. Deutsche Rentenversicherung
Für Das Saarland (Sarrel)
Martin Luther Strasse, 2-4
66111 Saarbrücken
Allemagne
Tél. : 00.49.681.30.93.0
Fax : 00.49.681.30.93.1.99

Travailleurs des mines, travailleurs marins et chemins de fer

Organisme de liaison et organisme utile

4. Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (KBS)
Pieperstraße, 14-28
D-44789 Bochum
Allemagne
Tél. : 00.49.234.30.40
Fax : 00.49.234.30.46.60.50
rentenversicherung@kbs.de
www.kbs.de

Agriculteurs

Organisme de liaison et organisme utile

- Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung
Weissensteinstraße 70/72
D-34131 Kassel
Allemagne
Tél. : 00.49.561.93.59.131
Fax : 00.49.561.93.59.244
info@lsv.de
www.lsv.de

Assurance complémentaire des travailleurs de la sidérurgie

Organisme de liaison et organisme utile

- Deutsche Rentenversicherung Saarland
Abteilung Hüttenknappschaftliche - Pensionversicherung
Martin Luther Strasse, 2-4

66111 Saarbrücken 3
Allemagne

Professions libérales

Organisme de liaison

- Arbeitsgemeinschaft Berufständischer Versorgungseinrichtungen
Geschäftsstelle Köln
Luisenstrasse 17
10117 Berlin
Allemagne
Tél. : 00.49.30.800.93.100
Fax : 00.49.30.800.93.1029
www.abv.de

Accidents du travail et maladies professionnelles

Organisme de liaison

- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV)
Alte Heerstraße, 111
D-53757 Sankt Augustin
Allemagne
Tél. : 00.49.22.41.231.01
Fax : 00.49.22.41.231.13.91
info@dguv.de
www.dguv.de

Organisme utile

- Institution chargée de l'assurance accidents dans le cas dont il s'agit (en général, il s'agit des Berufsgenossenschaften).

Chômage

Organisme de liaison

- Bundesagentur für Arbeit
Zentrale
Regensburger Straße, 104
D-90478 Nürnberg
Allemagne
Tél. : 00.49.911.179.0/179.53.61
Fax : 00.49.911.179.21.23/13.43
hotline@service.arbeitsagentur.de
www.arbeitsagentur.de

Organisme utile

- Office de l'emploi compétent du lieu de résidence ou de séjour de l'intéressé (Arbeitsamt).

Prestations familiales

Organisme de liaison

- Bundesagentur für Arbeit
Familienkasse direktion

Regensburger Straße, 104
90327 Nürnberg
Allemagne
Tél. : 00.49.911.179.25.61
Fax : 00.49.911.179.11.14
Familienkasse-Direktion@arbeitsagentur.de
www.arbeitsagentur.de

Organisme compétent

- Familienkasse Baden-Württemberg West
77643 Offenburg
Allemagne
Tél.: 00.49.0800/4.55.55.30
Fax : 00.49.0781/93.93.697
Familienkasse-Baden-Wuerttemberg-West@arbeitsagentur.de
www.arbeitsagentur.de

Remboursement des prestations entre institutions

En règle générale

- GKV - Spitzenverband
Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland (DVKA)
Postfach 20 04 64
53134 Bonn
Allemagne
Tél. : 00.49.228.95.300
Fax : 00.49.228.95.30.600
post@dvka.de
www.dvka.de

Accidents du travail et maladies professionnelles

- Hauptverband der Gewerblichen Berufsgenossenschaften
Verbindungsstelle
Dynamostr., 7-11
68165 Mannheim
Allemagne