



Comisión
Europea

La Seguridad Social

en Francia

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

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

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

ÍNDICE

Capítulo I. Introducción, organización y financiación	5
Introducción.....	5
Organización de la protección social	6
Financiación	7
Capítulo II. Asistencia sanitaria	8
Nacimiento del derecho a la asistencia sanitaria.....	8
Alcance de la cobertura	8
¿Cómo se accede a la asistencia sanitaria?.....	9
Capítulo III. Prestaciones de enfermedad en metálico	11
Nacimiento del derecho a las prestaciones de enfermedad en metálico	11
Alcance de la cobertura	11
¿Cómo se accede a las prestaciones de enfermedad en metálico?	11
Capítulo IV. Prestaciones de maternidad y paternidad	12
Nacimiento del derecho a las prestaciones de maternidad y paternidad	12
Alcance de la cobertura	12
¿Cómo se accede a las prestaciones de maternidad y paternidad?.....	13
Capítulo V. Prestaciones de invalidez.....	14
Nacimiento del derecho a las prestaciones de invalidez.....	14
Alcance de la cobertura	14
¿Cómo se accede a las prestaciones de invalidez?.....	14
Capítulo VI. Pensiones y prestaciones de vejez	15
Nacimiento del derecho a las prestaciones de vejez.....	15
Alcance de la cobertura	15
¿Cómo se accede a las prestaciones de vejez?.....	16
Capítulo VII. Prestaciones de supervivientes	17
Nacimiento del derecho a las prestaciones de supervivientes.....	17
Alcance de la cobertura	17
Auxilio por defunción	18
¿Cómo se accede a las prestaciones de superviviente?	18
Capítulo VIII. Prestaciones de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales ..	19
Nacimiento del derecho a las prestaciones	19
Alcance de la cobertura	19
¿Cómo se accede a las prestaciones de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales?	20
Capítulo IX. Prestaciones familiares	21
Nacimiento del derecho a las prestaciones familiares.....	21
Beneficiarios	21
¿Cómo se accede a las prestaciones familiares?.....	22
Capítulo X. Desempleo	23
Nacimiento del derecho a las prestaciones de desempleo	23
Alcance de la cobertura	23
¿Cómo se accede a las prestaciones de desempleo?	23
Capítulo XI. Recursos mínimos	24
Nacimiento del derecho a prestaciones relativas a los recursos mínimos	24
Alcance de la cobertura	25
¿Cómo se accede a las prestaciones de recursos mínimos?	25
Capítulo XII. Dependencia	27
Nacimiento del derecho a las prestaciones de dependencia	27
Alcance de la cobertura	27
¿Cómo se accede a las prestaciones de dependencia?.....	28

Anexo. Direcciones de instituciones y sitios web útiles.....29

Capítulo I. Introducción, organización y financiación

Introducción

El sistema de la Seguridad Social en Francia consta de cinco grandes apartados:

- el régimen general, que cubre a la mayoría de los trabajadores por cuenta ajena, así como a otras categorías de personas (estudiantes, beneficiarios de determinadas prestaciones, residentes) que, a lo largo de los años, han estado afiliados;
- los regímenes especiales de los trabajadores por cuenta ajena de los cuales algunos cubren todos los riesgos y otros solo el seguro de vejez (los nacionales dependen en dicho caso del régimen general para cubrir los demás riesgos);
- el régimen agrícola, que engloba todos los riesgos, pero en dos líneas distintas: los agricultores autónomos y los trabajadores agrícolas por cuenta ajena;
- los regímenes de trabajadores autónomos no agrícolas: existen tres regímenes para el seguro de vejez de los trabajadores autónomos (artesanos, comerciantes e industriales así como profesiones liberales) y un régimen del seguro de enfermedad;
- los regímenes del desempleo y los regímenes obligatorios de las pensiones complementarias.

El régimen general se organiza en torno a cuatro ramas:

- la rama de enfermedad, maternidad, invalidez y fallecimiento;
- la rama de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales;
- la rama de vejez;
- la rama de la familia.

Además de este, existen regímenes colectivos extraordinarios, de afiliación obligatoria o voluntaria. Estos regímenes se han creado en el marco profesional (empresas o sectores), fundamentalmente de vejez, enfermedad o invalidez.

Estos distintos regímenes pueden complementarse a título personal mediante seguros individuales.

Cómo afiliarse

Si el asegurado trabaja por cuenta ajena, la empresa realizará las formalidades necesarias para afiliarlo a la Seguridad Social, al seguro de desempleo y al régimen de pensión complementaria. Si trabaja por cuenta propia, deberá realizar él mismo las formalidades de afiliación.

Vías de recurso

En caso de litigio con la caja del seguro (*caisse*), el asegurado tiene derecho a recurrir ante la Comisión de Arbitraje (*commission de recours amiable, CRA*) a la que pertenezca. La reclamación deberá presentarse en un plazo de 2 meses a partir de la notificación de la decisión que se quiere recurrir. Si la Comisión de Arbitraje rechaza la solicitud, el asegurado puede recurrir al Tribunal de Asuntos de la Seguridad Social (*tribunal des affaires de la sécurité sociale*) en un plazo de 2 meses. Si el interesado

no recurre en este plazo, la decisión de la Comisión de Arbitraje de su caja será definitiva.

Organización de la protección social

Los regímenes mencionados anteriormente están a cargo de los ministerios competentes en materia de Seguridad Social, agricultura, trabajo y presupuesto.

La Caja Nacional del Seguro de Enfermedad de los Trabajadores por Cuenta Ajena (*Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, CNAMTS*) gestiona las dos primeras ramas de forma independiente, de la siguiente manera. En el ámbito local y bajo la tutela de la *CNAMTS* existen dos tipos de organismos sin vínculos jerárquicos entre sí: las cajas del seguro de pensiones y de salud en el trabajo (*caisses d'assurance retraite et de la santé au travail, CARSAT*) y las cajas primarias del seguro de enfermedad.

La rama de vejez está gestionada por la Caja Nacional del Seguro de Vejez (*Caisse nationale d'assurance vieillesse, CNAV*), que ha delegado algunas de sus funciones en las cajas del seguro de pensiones y de salud en el trabajo (*caisses d'assurance retraite et de la santé au travail, CARSAT*).

La rama de la familia está gestionada por la Caja Nacional de las Prestaciones Familiares (*Caisse nationale des allocations familiales, CNAF*), responsable de las cajas de prestaciones familiares.

El cobro de las cotizaciones se realiza a nivel local por las Uniones de Recaudación de las Cotizaciones de la Seguridad Social y Prestaciones Familiares (*URSSAF*), que están bajo la tutela de la Agencia Central de Organismos de la Seguridad Social (*ACOSS*), que tiene la responsabilidad de supervisar el flujo de caja de cada rama en lo que se refiere a asignaciones y gasto corriente reflejado en la contabilidad.

El régimen convencional del seguro de desempleo está gestionado por la Unión Nacional por el Empleo en la Industria y el Comercio (*Union nationale pour l'emploi dans l'industrie et le commerce, Unedic*), que delega el pago de las prestaciones en la Oficina de Empleo (*Pôle Emploi*) y la recaudación de las cotizaciones en las *URSSAF*.

Además del seguro de vejez de base, existen regímenes complementarios de reparto obligatorios para los trabajadores por cuenta ajena, a saber, los regímenes convencionales de la Asociación de Regímenes de Jubilación Complementaria (*Association des régimes de retraite complémentaire des salariés, ARRCO*) y de la Asociación General de las Instituciones de Jubilación de Ejecutivos (*Association générale des institutions de retraite des cadres, AGIRC*). Los regímenes obligatorios del seguro de vejez, tanto de base como complementario, están gestionados por diferentes cajas, en particular por el Régimen de Protección Social de los Trabajadores Autónomos (*Régime social des indépendants, RSI*), la Caja de la Mutualidad Social Agrícola (*Mutualité sociale agricole, MSA*) y la Caja Nacional del Seguro de Vejez de las Profesiones Liberales (*Assurance vieillesse des professions libérales, CNAVPL*).

Financiación

El sistema de la Seguridad Social se financia con las cotizaciones nacionales de afiliación pagadas por las empresas y por los trabajadores por cuenta ajena, así como con tributación e impuestos finalistas.

Cotizaciones

El asegurado debe cotizar a la Seguridad Social un importe equivalente a un porcentaje de su salario. La empresa retiene estas cotizaciones de su salario y las abona al organismo de recaudación competente. Si el interesado es trabajador autónomo, debe abonar él mismo las cotizaciones, que se calculan en función de sus ingresos profesionales.

Capítulo II. Asistencia sanitaria

Nacimiento del derecho a la asistencia sanitaria

Tienen derecho a percibir asistencia sanitaria quienes ejerzan una actividad profesional (por cuenta ajena o por cuenta propia) o, en su defecto, quienes residan de forma estable y habitual en territorio francés, así como las personas a su cargo.

Requisitos para tener derecho a las prestaciones

El nacimiento del derecho surge, en primer lugar, de un criterio profesional o asimilado. Está subordinado al cumplimiento de los siguientes requisitos: cuotas de horas trabajadas o importes de las cotizaciones. Quienes dejan de cumplir las condiciones de pertenencia a un régimen de la Seguridad Social en calidad de afiliado o en calidad de beneficiario conservan su derecho a las prestaciones en especie del régimen anterior durante 4 años, salvo que vuelvan a cumplir las condiciones de pertenencia al régimen obligatorio.

Otras personas afiliadas al régimen general por el criterio de residencia pueden estar obligadas, o no, en función de sus ingresos, a la cotización específica de la cobertura universal de enfermedad (CMU).

En materia de asistencia sanitaria, el régimen general cubre al 85 % de la población de trabajadores por cuenta ajena del sector privado y a los funcionarios, así como a las personas que residen en Francia de manera estable y habitual y que no tienen ninguna otra cobertura. Las prestaciones en especie de los nacionales del régimen agrícola y del régimen de trabajadores por cuenta propia no agrícolas están alineadas bajo las prestaciones del régimen general.

Alcance de la cobertura

El asegurado tiene derecho, para sí mismo y para las personas a su cargo (cónyuge, hijos menores de 20 años, pareja de hecho, persona a cargo que vive en el domicilio del trabajador afiliado, etc.) al reembolso de los gastos de asistencia sanitaria.

Los distintos regímenes básicos cubren aproximadamente el 75 % de los gastos médicos de las familias.

El paciente debe abonar una cuota del coste, es decir, el copago («*ticket modérateur*»), si bien puede quedar exento de este pago en determinadas circunstancias, en especial en el caso de padecer alguna de las enfermedades para las que se considera necesario un tratamiento prolongado y una terapia particularmente costosa. Esta cotización del paciente será mayor si no cumple el denominado «itinerario de cuidados» (*parcours de soins*).

Además de este copago, hay una serie de costes que asume el paciente, en concreto: el copago fijo de las intervenciones médicas graves (*forfait actes lourds*); el copago fijo de cada intervención médica (*participation forfaitaire sur les actes médicaux*) y la franquicia médica (*franchise médicale*) relativa a medicamentos, intervenciones paramédicas y los transportes médicos.

Cobertura complementaria

Si el interesado no dispone de un seguro complementario colectivo a través de su empresario o su empresa, tiene derecho a contratar un seguro complementario con una mutualidad, una institución de seguros y previsiones o una compañía de seguros, a fin de cubrir total o parcialmente el porcentaje de los gastos de asistencia sanitaria que no cubre el régimen obligatorio.

Si el interesado dispone de escasos recursos, podrá beneficiarse gratuitamente de la cobertura universal de enfermedad complementaria (*couverture maladie universelle complémentaire*), que le permitirá estar totalmente cubierto sin necesidad de realizar pagos por anticipado. Por último, si los recursos superan solo ligeramente el límite máximo que determina el derecho a esta cobertura universal de enfermedad complementaria, el interesado puede percibir ayuda para financiar parcialmente la cobertura complementaria.

¿Cómo se accede a la asistencia sanitaria?

Los pacientes mayores de 16 años tienen derecho a elegir a su médico tratante, que les orientará en relación con los distintos tratamientos sanitarios y que coordinará los historiales médicos personales. Los niños no están afectados por estas medidas. El médico tratante puede ser un generalista o un especialista; basta con que el interesado acepte asumir esta función. Es posible cambiar de médico tratante; basta con hacer una nueva declaración por escrito en la Caja del Seguro de Enfermedad.

El médico tratante mantiene actualizado el historial médico y prescribe los exámenes médicos complementarios o remite a otro médico (*médecin correspondant*) o a un servicio hospitalario o a otro o profesional sanitario (masajista fisioterapeuta, asistente técnico sanitario, etc.). Cuando los actos médicos son realizados o recomendados por el médico tratante, se reembolsan al tipo normal: el asegurado se encuentra, pues, en la trayectoria de atención coordinada.

Por el contrario, si el asegurado no ha elegido a un médico tratante o si consulta directamente a un especialista, el reembolso será menor y la cuantía de los gastos a su cargo será mayor que si hubiera pasado por el médico tratante.

No obstante, en caso de urgencia médica, ausencia del médico tratante o de su sustituto, o en caso de alejamiento del domicilio, el asegurado puede consultar a otro médico distinto de su médico tratante. Por último, los ginecólogos, oftalmólogos y psiquiatras pueden ser consultados directamente sin pasar por el médico tratante. En cada caso el médico consultado hará constar en la hoja de tratamiento cuál es la situación particular del asegurado.

Pago de las prestaciones

El asegurado abonará los honorarios al profesional sanitario y le presentará su tarjeta (*carte vitale*). Se trata de una tarjeta inteligente que muestra las prestaciones a las que tiene derecho, se suministra a toda persona de 16 años o más e incluye toda la información administrativa necesaria para el reembolso de los gastos de tratamiento.

Ello permite generar hojas de tratamiento electrónicas que se envían directamente por medios informáticos a la Caja del Seguro de Enfermedad. Este procedimiento acelera los plazos de reembolso. Si el profesional sanitario no tiene los equipos necesarios

para utilizar la tarjeta vital, redactará una hoja de tratamiento en papel, que el asegurado deberá remitir a su Caja del Seguro de Enfermedad.

Su Caja del Seguro de Enfermedad le reembolsará los honorarios en función de la tarifa de responsabilidad. Algunos actos o tratamientos especiales requieren el acuerdo previo de la Caja del Seguro de Enfermedad. El profesional sanitario le informará de la necesidad de hacer una solicitud de aprobación previa.

Los productos farmacéuticos deben ser prescritos por el médico. Asimismo, el asegurado tiene la posibilidad de que se asuma directamente la parte de los gastos (principio del «tiers payant pharmaceutique») presentando su tarjeta (carte vitale). En dicho caso, solo tendrá que pagar al farmacéutico la parte de los gastos que no reembolsa su Caja del Seguro de Enfermedad.

Hospitalización

El asegurado puede ser hospitalizado en el establecimiento que elija, pero, si se trata de un establecimiento privado concertado que no pertenece al régimen de la Seguridad Social, tendrá que pagar anticipadamente todos los gastos. Infórmese en la Caja del Seguro de Enfermedad.

Si los gastos de hospitalización se reembolsan al 100 %, el asegurado deberá pagar un tanto alzado diario (*forfait journalier*) por cada día que pase en un hospital o en una institución médico-social. No obstante, algunas categorías de personas están exentas de este pago, fundamentalmente las mujeres embarazadas en los 4 últimos meses de gestación y los recién nacidos, los niños discapacitados, los jóvenes discapacitados que acuden a instituciones especiales de formación profesional o de enseñanza, quienes reciban tratamiento debido a un accidente de trabajo o una enfermedad profesional, así como los beneficiarios de la cobertura universal de enfermedad.

Capítulo III. Prestaciones de enfermedad en metálico

Nacimiento del derecho a las prestaciones de enfermedad en metálico

Se conceden prestaciones de enfermedad en metálico (subsidijs diarios) a quienes tengan una incapacidad constatada médicamente para ejercer una actividad profesional. Estos subsidijs equivalen a un porcentaje de los ingresos perdidos.

Todos los trabajadores por cuenta ajena tienen derecho a percibir subsidijs diarios durante un periodo de incapacidad para el trabajo debido a una enfermedad a partir del cuarto día de baja. Los desempleados que perciben la prestación de desempleo pueden asimismo solicitar subsidijs diarios. Si la persona pierde su calidad de afiliado, mantendrá su derecho a percibir prestaciones económicas del seguro de enfermedad durante un año, siempre que no pertenezca a otro régimen obligatorio.

Los artesanos y comerciantes e industriales pueden asimismo percibir subsidijs diarios en caso de enfermedad, siendo las prestaciones ligeramente distintas de las que perciben los trabajadores por cuenta ajena.

Requisitos para tener derecho a las prestaciones

Los subsidijs diarios están sujetos a requisitos de pago de las cotizaciones o una duración mínima de actividad. Para conceder subsidijs diarios, la Caja del Seguro de Enfermedad puede solicitar al interesado que se someta a controles médicos.

Alcance de la cobertura

El subsidio diario corresponde a un porcentaje (el 50 % o el 66,66 % en el caso de los beneficiarios con tres hijos a partir del 31º día desde la interrupción de la actividad laboral) de los ingresos previos (retribución diaria), teniendo en cuenta determinados límites máximos.

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

En caso de baja laboral (baja inicial o prórroga), el asegurado deberá:

- cumplimentar el impreso de la baja de trabajo remitido por el médico y
- enviar en un plazo de 48 horas las dos primeras hojas de este documento a la Caja del Seguro de Enfermedad y la tercera a su empresa si el interesado es un trabajador por cuenta ajena.

Cobertura complementaria

Si el interesado no dispone de un seguro complementario colectivo a través de su empresario o su empresa, tiene derecho a contratar un seguro complementario con una mutualidad, una institución de seguros y previsiones o una compañía de seguros, a fin de completar el importe del subsidio diario asignado por el régimen obligatorio.

Capítulo IV. Prestaciones de maternidad y paternidad

Nacimiento del derecho a las prestaciones de maternidad y paternidad

La asegurada (o el afiliado directo, es decir, la persona cuyo seguro también cubre a la asegurada) debe haber estado cubierta durante al menos 10 meses antes de la fecha del parto y cumplir, en la fecha supuesta del parto o en la fecha del descanso prenatal, las condiciones requeridas para tener derecho a la asistencia sanitaria y a los subsidios diarios en caso de enfermedad.

Alcance de la cobertura

El seguro por maternidad asegura la asunción total de determinados gastos relacionados con el embarazo y el parto así como el servicio de prestaciones en metálico durante el periodo de descanso pre y posparto de la madre, la excedencia por adopción del padre o la madre y la excedencia por paternidad del padre.

El seguro por maternidad sin aplicación del copago (*ticket modérateur*) cubre todos los gastos relacionados con el embarazo. Las prestaciones abonadas a las trabajadoras por cuenta propia (agrícolas y no agrícolas) son idénticas a las del régimen general.

Asistencia sanitaria

La asegurada tiene derecho al reembolso del 100 % de los gastos relacionados con el embarazo, el parto y puerperio, a saber: los gastos médicos, farmacéuticos, de hospitalización, de exámenes prescritos en el marco de la vigilancia médica del embarazo y el puerperio (exámenes pre y posparto obligatorios).

Subsidio diario

Las prestaciones en metálico se abonan siempre que cese toda actividad por cuenta ajena. La interesada está obligada a tomarse un mínimo de 8 semanas de descanso, y tiene derecho a 16 semanas (en principio, 6 semanas antes del parto y 10 después) y, a partir del tercer hijo, a 26 semanas. En caso de adopción, la excedencia puede ser compartida entre el padre y la madre.

La duración de la excedencia por paternidad está fijada en 11 días consecutivos o 18 en caso de parto múltiple.

La duración de la excedencia por adopción está fijada en 10 semanas, o en 22 en caso de adopción múltiple.

El importe de los subsidios diarios es igual al salario diario medio de los 3 últimos meses, con el límite máximo establecido por la Seguridad Social. El importe del subsidio diario no puede ser inferior a un mínimo determinado. Este salario de referencia no incluye las cotizaciones legales y convencionales obligatorias ni la contribución social generalizada.

Los trabajadores por cuenta propia, agrícolas y no agrícolas, pueden asimismo solicitar prestaciones de maternidad o paternidad en metálico. Se trata de ayudas a tanto alzado o de subsidios diarios a tanto alzado.

Para todas las formalidades y documentos a aportar, el asegurado debe dirigirse a su Caja del Seguro de Enfermedad y a su Caja de Prestaciones Familiares. Asimismo, deberá consultar a estos organismos si se desplaza o traslada a otro Estado miembro.

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

Para percibir prestaciones de maternidad en metálico, la interesada debe informar a su Caja del Seguro de Enfermedad por medio de un certificado médico que le será entregado por su médico y que acreditará que está embarazada.

Capítulo V. Prestaciones de invalidez

Nacimiento del derecho a las prestaciones de invalidez

Se considerará que tiene derecho a las prestaciones de invalidez el afiliado a la Seguridad Social con una reducción de dos tercios de su capacidad para el trabajo que haya estado afiliado un mínimo de 12 meses y que justifique ejercer un empleo por cuenta ajena.

Alcance de la cobertura

Si el asegurado puede ejercer una actividad remunerada, su pensión será igual al 30 % de su salario anual medio de los 10 mejores años dividido por 10 si ha trabajado 10 años (o menos si no ha trabajado 10 años), sin superar determinado máximo. Si está incapacitado para desempeñar cualquier profesión, la pensión será igual al 50 % del salario calculado como se ha indicado antes, sin superar un determinado máximo. Se incrementará la pensión si el asegurado se ve obligado a solicitar asistencia de un tercero para realizar las actividades de la vida diaria.

Asistencia sanitaria

Si el asegurado percibe una pensión de invalidez, tiene derecho al reembolso de la asistencia sanitaria para él y los miembros de su familia en caso de enfermedad y maternidad. Para el asegurado, este reembolso se realizará al tipo del 100 % de la tarifa de responsabilidad.

¿Cómo se accede a las prestaciones de invalidez?

El asegurado debe presentar la solicitud de la pensión de invalidez ante la Caja Primaria del Seguro de Enfermedad de su lugar de residencia o la Caja Regional del seguro de Enfermedad de la Región de Île-de-France si reside en la región parisina.

Cobertura complementaria

Si el interesado no dispone de un seguro complementario colectivo a través de su empresario o su empresa, tiene derecho a contratar un seguro complementario con una mutualidad, una institución de seguros y previsiones o una compañía de seguros, a fin de completar el importe de la pensión de invalidez asignada por el régimen obligatorio.

Capítulo VI. Pensiones y prestaciones de vejez

Nacimiento del derecho a las prestaciones de vejez

El seguro de vejez se aplica a los trabajadores por cuenta ajena del sector privado que perciben una prestación de base concedida dentro del régimen general o del régimen agrícola, y una prestación complementaria abonada por las instituciones reagrupadas en el marco de la Asociación General de las Instituciones de Jubilación de Ejecutivos (AGIRC) y la Asociación de Regímenes de Jubilación Complementaria (ARRCO). La afiliación al régimen complementario es obligatoria.

Los trabajadores por cuenta propia tienen asimismo regímenes de base y regímenes complementarios obligatorios. Las pensiones de base asignadas por los regímenes de los artesanos, comerciantes al por menor y fabricantes, así como de los agricultores autónomos, están alineadas con las del régimen general.

Para obtener una pensión completa, el interesado deberá cumplir un periodo mínimo de cotización y un requisito de edad: esta aumenta de forma progresiva de 60 a 62 años (en 2017) y, si no se cumple el requisito relativo al periodo de cotización, de 65 a 67 (en 2022); no obstante, se aplican disposiciones especiales para trabajadores por cuenta ajena con períodos de cotización más prolongados.

El derecho a la pensión comienza tan pronto como las cotizaciones pagadas son suficientes para garantizar al menos la afiliación de un trimestre. Se alcanza un trimestre de seguro cuando el afiliado recibe una retribución equivalente al importe de 200 horas laborales de salario mínimo.

Los regímenes de pensión complementarios se rigen por las mismas normas en lo referente a la edad de jubilación. No obstante, no se exige ningún periodo de cotización mínimo.

Alcance de la cobertura

La pensión de vejez se calcula en función de tres elementos: el salario anual medio (25 mejores años), el tipo de liquidación (entre el 27,5 % y el 50 %) y la duración de afiliación acumulada en el régimen.

El salario anual medio se calcula en función de los 25 mejores años para las personas afiliadas nacidas con posterioridad a 1947.

De los 60 a los 62 años, para obtener la liquidación de su pensión de vejez al tipo máximo (50 %), el asegurado debe tener acumulados entre 160 y 165 trimestres en uno o varios regímenes de jubilación de base (160 trimestres para los nacidos antes de 1949 y 166 trimestres para los nacidos en 1955). Se obtiene sistemáticamente este tipo del 50 %, con independencia del periodo de cotización, cuando el asegurado cumple de 65 a 67 años.

Si el asegurado sigue trabajando mientras cumple los requisitos relativos a la edad y el periodo de cotización para tener derecho a la pensión completa, su pensión de vejez de base se incrementará (con una bonificación) con arreglo al número de trimestres de trabajo adicionales.

El importe de la pensión complementaria se calcula sobre la base de un sistema de puntos. El número de puntos obtenidos en el régimen o regímenes correspondientes se multiplica por el valor del punto fijado en los regímenes *AGIRC* y *ARRCO*. La edad a la que se abona la pensión es la misma que en el sistema de base.

Pensiones mínimas y máximas

Todo asegurado cuya pensión se calcula al tipo máximo puede solicitar una pensión mínima denominada mínima contributiva (*minimum contributif*). No obstante, cuando la pensión se calcula al tipo máximo, pero en función de una duración de afiliación al régimen inferior al número de trimestres necesarios en función de la edad, la pensión mínima se calcula a prorrateo de la duración efectiva de la afiliación al régimen general.

La pensión concedida no puede superar un importe máximo fijado en la mitad del salario máximo sujeto a cotización.

En determinadas condiciones, la pensión se incrementa si:

- el pensionista ha tenido o criado a al menos tres hijos;
- el pensionista ha llevado a cabo alguna actividad mientras sufría una discapacidad;
- el pensionista recurre, antes de una determinada edad, a la ayuda de un tercero para realizar las actividades de la vida diaria;

¿Cómo se accede a las prestaciones de vejez?

Las solicitudes de la pensión de vejez deben dirigirse a la caja del seguro de pensiones y de salud en el trabajo (*CARSAT*) del lugar de residencia o a la Caja Nacional del Seguro de Vejez (*CNAV*), si el interesado vive en la región de París.

Para los asegurados pertenecientes a otro régimen distinto del régimen general, véanse las direcciones que figuran [más adelante](#).

Si el asegurado reside en Francia, al mismo tiempo que solicita la jubilación en la caja de base debe dirigirse asimismo a la última caja de jubilación complementaria a la que haya pertenecido.

La fecha más temprana en que se puede abonar la pensión es el primer día del mes siguiente a la solicitud.

Capítulo VII. Prestaciones de supervivientes

Nacimiento del derecho a las prestaciones de supervivientes

En el régimen general y los regímenes alineados, la pensión de superviviente se abona al cónyuge supérstite de 55 años o más (la pensión de superviviente propiamente dicha, *pension de réversion*), o a los menores de 55 años (la pensión de invalidez para el viudo o la viuda, *pension de veuf ou de veuve invalide*). En algunos regímenes especiales y en los regímenes complementarios los huérfanos pueden, en determinados supuestos, solicitar una prestación de orfandad.

Se concede una pensión de superviviente si se cumplen determinados requisitos de recursos, al cónyuge supérstite o al cónyuge divorciado que tenga al menos 55 años (51 años si el asegurado falleció antes del 1 de enero de 2009).

En los regímenes complementarios *ARRCO* (para trabajadores por cuenta ajena) y *AGIRC* (para ejecutivos), la prestación de superviviente se abona a una persona viuda que no haya vuelto a contraer matrimonio y que tenga al menos 55 años (*ARRCO*) o 60 años (*AGIRC*). Si la persona viuda presenta una invalidez o tiene al menos dos hijos dependientes, no se aplican las condiciones de la edad.

Auxilio por defunción

El seguro de fallecimiento prevé el pago de una suma a tanto alzado, con arreglo a determinadas condiciones, a quienes estaban, en el día del fallecimiento, a cargo efectivo, total y permanente del asegurado. Si no se indica ninguna prioridad en el plazo de un mes, el auxilio por defunción se asigna al cónyuge supérstite o a la pareja en virtud de un Pacto Civil de Solidaridad (*PACS*), o, en su defecto, a los descendientes, ascendientes y a toda persona a cargo del asegurado (pareja civil, cohabitante, etc.).

Alcance de la cobertura

El importe de la pensión de base es igual al 54 % de la pensión de vejez del cónyuge fallecido. Está sujeta a la comprobación de recursos y es compatible, con determinados límites, con las prestaciones personales de vejez o de invalidez. Si la persona viuda está divorciada, la pensión se divide proporcionalmente al número de años de matrimonio.

La pensión de invalidez para el viudo o la viuda se concede al cónyuge supérstite menor de 55 años afectado de una invalidez que reduzca su capacidad de trabajo o de generación de ingresos en un 66,66 %. El asegurado fallecido debe haber percibido, o haber tenido derecho a percibir, una pensión de vejez o de invalidez en el momento de su fallecimiento.

Cuando el cónyuge supérstite tiene al menos un hijo a su cargo menor de 16 años, se añade a la pensión de viudedad un subsidio que corresponde a una cantidad fija por hijo. La pensión abonada incrementa su importe en un 10 % si el beneficiario ha tenido o ha criado al menos tres hijos durante 9 años antes de que alcanzaran los 16 años de edad.

La prestación de viudedad garantiza al cónyuge superviviente de un asegurado fallecido la percepción, en determinadas condiciones, de una ayuda temporal abonada para permitirle insertarse o reinsertarse en la vida profesional. Se abona por un periodo máximo de 2 años a toda persona menor de 55 años que disponga de recursos personales limitados.

En los regímenes complementarios *ARRCO* y *AGIRC*, las pensiones de supervivientes ascienden al 60 % de la pensión del cónyuge fallecido. En caso de divorcio, la pensión se divide entre los cónyuges supervivientes que no hayan vuelto a contraer matrimonio, proporcionalmente al número de años de matrimonio.

Auxilio por defunción

El auxilio por defunción asciende a 90 veces el salario de base diario del asegurado, que se calcula con los mismos criterios que las prestaciones de enfermedad. Su cuantía no puede ser inferior al 1 % de la cuantía máxima anual de la Seguridad Social, y no puede ser superior a la cuarta parte de dicho máximo anual. Para más información, el asegurado debe dirigirse a su Caja del Seguro de Enfermedad.

¿Cómo se accede a las prestaciones de superviviente?

Las solicitudes de la pensión de superviviente deben dirigirse a la caja del seguro de pensiones y de salud en el trabajo (*CARSAT*) del lugar de residencia o a la Caja Nacional del Seguro de Vejez (*CNAV*), si el interesado vive en la región de París.

El asegurado debe presentar la solicitud de la pensión de invalidez de viudo o viuda ante la Caja Primaria del Seguro de Enfermedad de su lugar de residencia, o a la Caja Regional del Seguro de Enfermedad de la región de Île-de-France si reside en la región parisina.

Para los asegurados pertenecientes a otro régimen distinto del régimen general, véanse las direcciones que figuran [más adelante](#).

Si el asegurado reside en Francia, al mismo tiempo que solicita la jubilación en la caja de base debe dirigirse asimismo a la última caja de jubilación complementaria a la que el asegurado fallecido haya pertenecido.

La fecha más temprana en que se puede abonar la pensión es el primer día del mes siguiente a la solicitud.

Auxilio por defunción

La solicitud de un auxilio por defunción debe dirigirse a la caja a la que estuviera afiliado el fallecido.

Capítulo VIII. Prestaciones de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales

Nacimiento del derecho a las prestaciones

Los trabajadores por cuenta ajena (agrícolas y no agrícolas) y los agricultores autónomos pertenecen obligatoriamente a un seguro de accidentes de trabajo.

El seguro de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales cubre los accidentes de trabajo que derivan de su trabajo o son provocados por este, los accidentes en el desplazamiento al trabajo (ida y vuelta) y las enfermedades contraídas en el trabajo e incluidas en las listas oficiales de enfermedades profesionales o que están causadas directamente por el trabajo habitual según el dictamen de un comité de reconocimiento de enfermedades profesionales.

Alcance de la cobertura

Tras padecer un accidente de trabajo o una enfermedad profesional, el asegurado tiene derecho a asistencia sanitaria y a subsidios diarios y, en su caso, a una pensión por incapacidad permanente. En caso de fallecimiento, sus derechohabientes pueden asimismo percibir la pensión.

Subsidio diario

Si el asegurado es trabajador por cuenta ajena, tiene derecho a un subsidio diario a partir del primer día de su incapacidad para el trabajo. Este subsidio es igual al 60 % del salario diario íntegro durante los 28 primeros días y, a continuación, al 80 % de dicho salario, con el límite del 0,834 % del límite anual máximo de la Seguridad Social. El subsidio diario de los agricultores autónomos es una cuantía a tanto alzado que se abona a partir del octavo día de baja.

Pensión de incapacidad permanente

Si, debido a un accidente o una enfermedad, el asegurado tiene una incapacidad para el trabajo permanente parcial (de al menos el 10 % en el caso de los trabajadores por cuenta ajena o el 30 % en el caso de los agricultores autónomos) o total, tiene derecho a percibir una pensión. El importe de la pensión dependerá del salario percibido en los 12 meses anteriores a la incapacidad y del grado de incapacidad permanente.

Pensiones en caso de fallecimiento

El régimen de los trabajadores por cuenta ajena paga pensiones al cónyuge, a la pareja o a la persona vinculada a la víctima por un Pacto Civil de Solidaridad (*pacte civil de solidarité, PACS*), a los hijos menores de 20 años y, en determinados supuestos, a los padres del asegurado fallecido. Las pensiones son iguales a un porcentaje del salario anual del asegurado fallecido. Este porcentaje asciende al 40 % para el cónyuge (o al 60 % en determinados supuestos), al 25 % para cada uno de los dos primeros hijos y al 20 % para cada hijo posterior al segundo.

La cuantía total de las pensiones de superviviente de la víctima de algún accidente de trabajo abonada no puede superar el 85 % del ingreso anual de la persona fallecida.

Asistencia sanitaria

Previa presentación del formulario de accidente, el asegurado tiene derecho a percibir de manera gratuita, sin adelantar los gastos (salvo que la cuantía supere la tarifa de responsabilidad), asistencia sanitaria, medicamentos, hospitalización, aparatos y prótesis.

En determinados supuestos, el asegurado tiene derecho a una reeducación profesional o una rehabilitación funcional.

Los titulares de una renta por accidente de trabajo correspondiente a un grado de incapacidad permanente de al menos el 66,66 % tienen derecho y dan nacimiento al derecho, sin aplicación del copago (*ticket modérateur*), a percibir prestaciones en especie del seguro de enfermedad y maternidad. Los titulares de una renta de superviviente perciben asimismo prestaciones en especie del seguro de enfermedad y maternidad.

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

En caso de accidente, el asegurado debe informar de inmediato a su empresa y proporcionarle los nombres y direcciones de los testigos del accidente. La empresa realizará una declaración en la caja a la que pertenezca y le remitirá un formulario de accidente que permitirá al asegurado percibir prestaciones en especie (asistencia sanitaria) sin tener que abonar los gastos por adelantado.

En caso de recaída, el formulario de accidente será emitido por la Caja del Seguro de Enfermedad y no por la empresa.

Si el asegurado contrae una enfermedad profesional, debe informar a su caja en los 15 primeros días de su incapacidad para el trabajo. Su declaración debe dirigirse a la caja e ir acompañada de dos ejemplares del certificado médico. Tras un examen médico, la caja informará de su decisión al asegurado.

En caso de fallecimiento de la víctima, la solicitud de las prestaciones de superviviente debe formularse ante la Caja Primaria del Seguro de Enfermedad (*caisse primaire d'assurance maladie, CPAM*) para los trabajadores por cuenta ajena asegurados en el régimen general y ante la Caja de la Mutualidad Social Agrícola (*caisse de mutualité sociale agricole*) para los trabajadores agrícolas (por cuenta ajena o propia).

Capítulo IX. Prestaciones familiares

Nacimiento del derecho a las prestaciones familiares

El asegurado tiene derecho a percibir las prestaciones familiares francesas si él y su familia residen en Francia y tiene la carga efectiva y permanente de al menos un hijo. Algunas prestaciones se abonan con sujeción a requisitos de recursos.

Las prestaciones familiares propiamente dichas (prestación por hijos a cargo) se conceden a partir del segundo hijo a cargo; no obstante, se pueden conceder asimismo determinadas prestaciones en caso de tener un solo hijo, como la prestación de acogida de un niño pequeño, el subsidio para alojamiento, subsidio por reanudación del curso escolar, el subsidio para educación especial y el subsidio de subsistencia.

Beneficiarios

Para el abono del subsidio para alojamiento y el complemento familiar, la edad límite de los hijos está fijada en 21 años, en vez de 20 años como en las otras prestaciones. Por último, para compensar la pérdida financiera de la familia por tener tres hijos o más cuando el primogénito cumple 20 años, se abona durante un año un subsidio a tanto alzado. Sin embargo, no se paga el complemento familiar por el primer hijo.

Alcance de la cobertura

La legislación francesa prevé las siguientes prestaciones familiares:

- la prestación de acogida de un niño pequeño, que incluye:
 - una prima por nacimiento o adopción,
 - una ayuda de base,
 - un complemento de libre elección del modo de educación de los hijos,
 - un complemento de libre elección del modo de custodia de los hijos;
- las prestaciones familiares propiamente dichas (prestación por hijos a cargo);
- el suplemento familiar;
- el subsidio para alojamiento;
- el subsidio para educación especial;
- el subsidio de subsistencia;
- el subsidio por reanudación del curso escolar;
- el subsidio diario de presencia parental.

El complemento familiar puede incrementarse en función de la edad del hijo.

Para más información sobre las prestaciones familiares, consulte los cuadros de MISSOC.

¿Cómo se accede a las prestaciones familiares?

El asegurado debe dirigir su solicitud a la Caja de Prestaciones Familiares de lugar de residencia de su familia.

Para informarse sobre la lista de los documentos que deben suministrarse para cada una de las prestaciones específicas enumeradas, póngase en contacto con la Caja de Prestaciones Familiares, o con la Caja de la Mutualidad Social Agrícola de su lugar de residencia o consulte sus sitios de Internet.

Capítulo X. Desempleo

Nacimiento del derecho a las prestaciones de desempleo

Sólo tienen derecho a prestaciones por desempleo los trabajadores por cuenta ajena.

Para tener derecho a las prestaciones por desempleo debe cumplir los siguientes requisitos:

- haber perdido involuntariamente su puesto de trabajo;
- estar inscrito como demandante de empleo y aceptar el plan individual de reinserción laboral;
- buscar trabajo de manera probada y continuada;
- estar capacitado físicamente para el trabajo;
- no haber cumplido las condiciones para percibir una pensión completa;
- justificar una duración mínima de afiliación al régimen del seguro de desempleo de al menos 4 meses de los 28 meses anteriores (o 36 meses si el asegurado es mayor de 50 años).

Alcance de la cobertura

El subsidio diario consta de una parte fija y de otra variable que equivale al 40,4 % del salario de referencia; no puede ser inferior al 57,4 % de dicho salario ni superar el 75 %.

La duración del pago de la prestación de desempleo (entre 4 y 24 meses, o 36 meses si el beneficiario ha cumplido 50 años) depende de la duración de la afiliación previa y la edad del demandante de empleo.

¿Cómo se accede a las prestaciones de desempleo?

Si, al trabajar en Francia, el asegurado pierde su trabajo, debe inscribirse de inmediato como demandante de empleo en la Oficina de Empleo (*Pôle emploi*) de su lugar de residencia para poder percibir en su caso las prestaciones por desempleo y conservar sus derechos a las prestaciones de la Seguridad Social.

Se puede realizar una solicitud de prerregistro por teléfono o por vía electrónica en el [sitio web](#) de la Oficina de Empleo. Se dará cita al interesado y se le hará llegar un listado de los documentos que deberá presentar.

Capítulo XI. Recursos mínimos

Nacimiento del derecho a prestaciones relativas a los recursos mínimos

La legislación francesa contempla distintas prestaciones por recursos mínimos para las personas con residencia estable y confirmada en Francia y cuyos medios no superen un determinado límite máximo.

La renta de solidaridad activa

La renta de solidaridad activa (*revenu de solidarité active, RSA*) tiene por objetivo completar la retribución laboral de quienes cuentan con una retribución insuficiente, garantizar unos ingresos mínimos a las personas sin recursos y promocionar la actividad profesional, al tiempo que lucha contra la exclusión.

Se abona a personas mayores de 25 años (o menores de esta edad, si tienen a su cargo al menos a un hijo, aunque no haya nacido todavía, o si pueden justificar un periodo mínimo de actividad laboral) que no hayan cumplido la edad de jubilación.

Los beneficiarios de la renta de solidaridad activa están obligados a buscar trabajo, a adoptar las medidas necesarias para generar una actividad autónoma o a tomar parte en las actividades de integración establecidas.

Subsidio para adultos con discapacidad

El subsidio para adultos con discapacidad (*allocation pour adulte handicapé, AAH*) garantiza unos recursos mínimos a las personas discapacitadas con edades comprendidas entre los 20 y los 60 años de edad.

Subsidio de solidaridad para personas mayores y subsidio de invalidez complementario

El subsidio de solidaridad para personas mayores (*allocation de solidarité aux personnes âgées, ASPA*) y el subsidio de invalidez complementario (*allocation supplémentaire d'invalidité, ASI*) amplían las prestaciones de Seguridad Social a las personas mayores o discapacitadas que carecen de un historial de afiliación suficiente. El *ASPA* se concede a personas que han cumplido la edad de jubilación, y el *ASI* a personas que presenten alguna invalidez y no cumplan los requisitos para solicitar una pensión de vejez.

Subsidio específico de solidaridad

El subsidio específico de solidaridad (*allocation de solidarité spécifique, ASS*) garantiza unos ingresos mínimos a personas que son aptas para trabajar, pero que no cumplen las condiciones para recibir una pensión completa (véase el apartado sobre [pensiones y prestaciones de vejez](#)).

Los beneficiarios deben emprender acciones positivas con el fin de recuperar su empleo.

Subsidio temporal de periodo de carencia

Por último, el subsidio temporal de periodo de carencia (*allocation temporaire d'attente, ATA*) proporciona un ingreso temporal a determinados solicitantes de empleo (las personas en curso de reintegración, los solicitantes de asilo y determinados extranjeros) que no tienen derecho a las prestaciones del seguro de desempleo.

Los beneficiarios deben emprender acciones positivas con el fin de recuperar su empleo.

Alcance de la cobertura

El importe de las prestaciones puede variar en función de la composición y los recursos de la familia del solicitante.

Renta de solidaridad activa

La renta de solidaridad activa se concede para periodos de 3 meses, renovables. Su importe depende de la situación de la familia.

Otras prestaciones

Los importes de otras prestaciones disponibles son los siguientes:

- el subsidio para adultos con discapacidad (*allocation pour adulte handicapé, AAH*) independientemente de la composición de la familia. Existen varios subsidios disponibles. El subsidio para adultos con discapacidad se concede durante un período de tiempo limitado (con posibilidad de renovación), con arreglo al grado de discapacidad;
- el subsidio de solidaridad para personas mayores (*allocation de solidarité aux personnes âgées, ASPA*) se concede mientras el beneficiario cumpla las condiciones de acceso;
- el subsidio complementario de invalidez (*allocation supplémentaire d'invalidité, ASI*) se concede mientras el beneficiario cumpla las condiciones de acceso;
- el subsidio específico de solidaridad (*allocation de solidarité spécifique, o ASS*) se abona durante periodos renovables de 6 meses;
- el subsidio temporal de periodo de carencia (*allocation temporaire d'attente, ATA*) se puede renovar cada mes o puede abonarse durante un periodo máximo de 12 meses, en función de la situación del beneficiario.

¿Cómo se accede a las prestaciones de recursos mínimos?

En el caso de la renta de solidaridad activa (*revenu de solidarité active, RSA*), la evaluación de la solicitud corre a cargo del organismo designado por los Consejos Generales o *conseils généraux*, es decir, las asambleas de los departamentos franceses.

El derecho a percibir un subsidio para adultos con discapacidad (*allocation pour adulte handicapé, AAH*) es examinado por la Comisión de Derechos y de Autonomía de las

Personas Discapacitadas (*Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées*).

La evaluación de las solicitudes del subsidio específico de solidaridad específica (*allocation de solidarité spécifique, ASS*) y el subsidio temporal de periodo de carencia (*allocation temporaire d'attente, ATA*) corresponde al organismo responsable de abonar las prestaciones de desempleo (la Oficina de Empleo o *Pôle emploi*).

La evaluación de las solicitudes para obtener el subsidio de solidaridad para personas mayores (*allocation de solidarité aux personnes âgées, ASPA*) y el subsidio complementario de invalidez (*allocation supplémentaire d'invalidité, ASI*) corresponde a las instituciones (las cajas) responsables de abonar las prestaciones de vejez o de invalidez.

Capítulo XII. Dependencia

Nacimiento del derecho a las prestaciones de dependencia

El sistema francés de Seguridad Social no se basa en un enfoque homogéneo en torno a la pérdida de autonomía y de capacidad para llevar a cabo las actividades cotidianas. En vez de eso, las prestaciones de dependencia se recogen de manera dispersa en las distintas normativas.

Subsidio por ayuda de terceros

Esta legislación establece un subsidio por ayuda de terceros (*majoration pour aide d'une tierce personne*) en caso de:

- una pensión de invalidez (*pension d'invalidité*);
- una pensión de vejez (*pension de vieillesse*), sujeta a determinadas condiciones; o
- una pensión por accidente de trabajo (*rente d'accident de travail*).

Los beneficiarios no deben haber cumplido la edad a la que pueden percibir la pensión completa, con independencia de la duración del seguro, en el momento de la evaluación de sus derechos, y deben necesitar la ayuda de un tercero para llevar a cabo la mayor parte de las actividades cotidianas fundamentales.

Subsidio de educación especial de hijos con discapacidad

El subsidio de educación especial de hijos con discapacidad (*complément d'allocation d'éducation de l'enfant handicapé*) se concede para hijos menores de 20 años que residen en Francia y que presentan una discapacidad mínima del 80 % o, en casos específicos, de entre el 50 % y el 80 %.

Subsidio de compensación por discapacidad y subsidio personalizado de autonomía

Cabe mencionar otros dos subsidios de dependencia.

El primero es el subsidio de compensación por discapacidad (*prestation de compensation du handicap*) para personas con discapacidad menores de 60 años que residan en Francia y cuya discapacidad se ajuste a determinados criterios establecidos.

El segundo es el subsidio personalizado de autonomía (*allocation personnalisée d'autonomie*) para personas mayores de 60 años que residan en Francia y presenten una pérdida de autonomía. Esta prestación no está sujeta a una comprobación de recursos, aunque su importe varía en función del nivel de recursos o de ingresos.

Alcance de la cobertura

Prestaciones en especie

El subsidio de compensación por discapacidad (*prestation de compensation du handicap*) y el subsidio personalizado de autonomía (*allocation personnalisée*

d'autonomie) pueden emplearse para cubrir los gastos de la asistencia a domicilio y de la asistencia residencial parcial.

En relación con la asistencia a domicilio, se evalúa la ayuda necesaria para permanecer en el domicilio. El importe de la prestación depende del plan asistencial aplicado, teniendo en cuenta el grado de participación del beneficiario, que se calculará en función de sus recursos.

En el caso de la asistencia residencial parcial, es posible recibir asistencia de día en un centro especializado. El número de horas concedido se establece en función de una evaluación de la necesidad de asistencia.

Con respecto a la asistencia residencial (es decir, el alojamiento en una institución social o médico-social, la hospitalización en un centro sanitario o en una institución para la residencia de personas mayores dependientes [*Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, EHPAD*]), el importe de las prestaciones equivale al importe de los gastos correspondientes al grado de pérdida de autonomía con arreglo a las tarifas de la institución, descontada la cotización del propio beneficiario.

Prestaciones en metálico

El subsidio por ayuda de terceros (*majoration pour aide d'une tierce personne*) equivale a un incremento de la pensión del 40 %, que no puede ser inferior al importe mínimo fijado por decreto.

El subsidio de educación especial de hijos con discapacidad (*complément d'allocation d'éducation de l'enfant handicapé*) incluye seis categorías de subsidio. Existe un aumento específico por hijos dependientes de un progenitor soltero que percibe el subsidio y un complemento por hijos que presenten una discapacidad de al menos segunda categoría.

Otras prestaciones

Otras prestaciones incluyen ayudas técnicas para adquirir o alquilar equipos específicos, la adaptación de equipos usados con frecuencia, la adaptación de la vivienda, ayudas para facilitar el transporte, ayudas especiales o extraordinarias y animales de asistencia.

¿Cómo se accede a las prestaciones de dependencia?

Si el interesado solicita el complemento por ayuda de terceros (*majoration pour aide d'une tierce personne*), el servicio médico de la caja correspondiente investigará su petición.

Un equipo multidisciplinar evaluará la necesidad del subsidio de educación especial de hijos con discapacidad (*complément d'allocation d'éducation de l'enfant handicapé*) y del subsidio de compensación por discapacidad (*prestation de compensation du handicap*).

En el caso del subsidio personalizado de autonomía (*allocation personnalisée d'autonomie*), la evaluación correrá a cargo de un equipo médico-social.

Anexo. Direcciones de instituciones y sitios web útiles

Para las cuestiones de Seguridad Social que afectan a más de un país de la UE, puede buscar una institución de contacto en el Directorio Público de Instituciones de Seguridad Social Europeas que mantiene la Comisión Europea en la siguiente página: <http://ec.europa.eu/social-security-directory>.

Ministerios

Ministerio de Trabajo, Empleo, Formación Profesional y Diálogo Social
<http://www.travail-emploi-sante.gouv.fr/>

Ministerio de Asuntos Sociales y Sanidad
<http://www.solidarite.gouv.fr/>

Ministerio de Economía y Finanzas
<http://www.budget.gouv.fr/>

Ministerio de Agricultura, Agroalimentación y Montes
<http://agriculture.gouv.fr/>

Textos aplicables

<http://www.legifrance.gouv.fr>

Información general

<http://www.service-public.fr/>

Portal de la Seguridad Social

<http://www.securite-sociale.fr/>

Organismo de enlace

Centro de Enlace Europeo e Internacional de la Seguridad Social
Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale (CLEISS)
11, rue de la Tour des Dames
F-75436 Paris Cedex 09
<http://www.cleiss.fr/>

Recaudación de las cotizaciones y primas de la Seguridad Social

ACOSS
36, rue de Valmy
93108 Montreuil Cedex
<http://www.urssaf.fr/>

Enfermedad, maternidad, paternidad, invalidez, defunción y accidentes laborales de los trabajadores por cuenta ajena

Caja Nacional del Seguro de Enfermedad y Maternidad de los Trabajadores por Cuenta Ajena

Caisse nationale d'assurance maladie maternité des travailleurs salariés
26-50, avenue du Professeur-André-Lemierre
F-75694 Paris Cedex 20
<http://www.ameli.fr/>

Información general sobre la jubilación

GIP Info retraite

<http://www.info-retraite.fr/>

Jubilación de los trabajadores por cuenta ajena

Pensión de Base

Caja Nacional del Seguro de Vejez
Caisse nationale d'assurance vieillesse
110, avenue de Flandre
F-75951 Paris Cedex 19
<http://www.cnav.fr/>

Pensiones complementarias obligatorias

AGIRC ARRCO
16-18, rue Jules-César
F-75592 Paris 12
<http://www.agirc-arrco.fr/>

Desempleo

Unedic

82, rue de Reuilly
F-75012 Paris
<http://www.unedic.org/>

Oficina de Empleo (*Pôle emploi*)

Le Cinétic

1, avenue du Docteur Gley
75020 Paris
<http://www.pole-emploi.fr>

Prestaciones familiares

Caja Nacional de Prestaciones Familiares
Caisse nationale des allocations familiales
32, avenue de Sibelle
F-75685 Paris Cedex 14
<http://www.caf.fr/>

Régimen social de los trabajadores autónomos

RSI
264, avenue du Président Wilson
93457 La plaine Saint Denis Cedex
<http://www.le-rsi.fr/>

Profesiones liberales

CNAVPL
102, rue de Miromesnil
F-75008 Paris
<http://www.cnavpl.fr/>

Régimen agrícola (por cuenta ajena y autónomos) para todos los riesgos, incluyendo el cobro

CCMSA
Les Mercuriales
40, rue Jean Jaurès
F-93547 Bagnolet Cedex
<http://www.msa.fr/>

Información sobre los regímenes especiales

<http://www.regimesspeciaux.org/>