

Ihre Rechte der sozialen Sicherheit

in Frankreich



Soziales Europa



Europäische Kommission



Die Informationen in diesem Leitfaden wurden in enger Zusammenarbeit mit den nationalen Ansprechpartnern des Gegenseitigen Informationssystems für soziale Sicherheit (MISSOC) erstellt und aktualisiert.

Nähere Informationen über das MISSOC-Netzwerk finden Sie unter:
<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=de&catId=815>.

Der vorliegende Leitfaden enthält eine allgemeine Beschreibung der geltenden nationalen Regelungen zur sozialen Sicherheit. Nähere Informationen finden Sie in den verschiedenen MISSOC Veröffentlichungen unter dem oben aufgeführten Link zur MISSOC-Internetseite. Sie können auch die im Anhang I aufgeführten kompetenten Behörden und Einrichtungen kontaktieren.

Weder die Europäische Kommission noch Personen, die in ihrem Namen handeln, sind für die Verwendung der in dieser Veröffentlichung enthaltenen Informationen verantwortlich.



Inhaltsverzeichnis

Kapitel I: Allgemeines, Organisation und Finanzierung	5
Allgemeines.....	5
Organisation der sozialen Sicherheit	6
Finanzierung	6
Ihr Anspruch auf Sozialleistungen im europäischen Ausland.....	7
Kapitel II: Sachleistungen bei Krankheit	8
Anspruch auf Sachleistungen bei Krankheit	8
Abgedeckte Leistungen	8
Bezug von Sachleistungen bei Krankheit	9
Ihr Anspruch auf Leistungen bei Krankheit im europäischen Ausland	10
Kapitel III: Geldleistungen bei Krankheit	11
Anspruch auf Geldleistungen bei Krankheit	11
Abgedeckte Leistungen	11
Bezug von Geldleistungen bei Krankheit	11
Ihr Anspruch auf Geldleistungen bei Krankheit im europäischen Ausland	11
Kapitel IV: Leistungen bei Mutterschaft und Vaterschaft	13
Anspruch auf Leistungen bei Mutterschaft oder Vaterschaft	13
Abgedeckte Leistungen	13
Bezug von Leistungen bei Mutterschaft oder Vaterschaft.....	14
Ihr Recht auf Leistungen bei Mutterschaft und Vaterschaft im europäischen Ausland...	14
Kapitel V: Leistungen bei Invalidität.....	15
Anspruch auf Leistungen bei Invalidität	15
Abgedeckte Leistungen	15
Bezug von Leistungen bei Invalidität	15
Ihr Anspruch auf Leistungen bei Invalidität im europäischen Ausland	15
Kapitel VI: Renten und Leistungen im Alter	17
Anspruch auf Altersrente	17
Abgedeckte Leistungen	17
Bezug von Altersrenten.....	18
Ihr Recht auf Altersrenten im europäischen Ausland.....	18
Kapitel VII: Hinterbliebenenleistungen.....	20



Anspruch auf Hinterbliebenenleistungen	20
Abgedeckte Leistungen	20
Ihr Recht auf Hinterbliebenenleistungen im europäischen Ausland	21
Kapitel VIII: Leistungen bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten	22
Anspruch auf Leistungen	22
Abgedeckte Leistungen	22
Bezug von Leistungen bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten	23
Ihr Anspruch auf Leistungen bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten im europäischen Ausland	23
Kapitel IX: Familienleistungen	25
Anspruch auf Familienleistungen	25
Abgedeckte Leistungen	25
Bezug von Familienleistungen	25
Ihr Recht auf Familienleistungen im europäischen Ausland	26
Kapitel X: Leistungen bei Arbeitslosigkeit	27
Anspruch auf Leistungen bei Arbeitslosigkeit	27
Abgedeckte Leistungen	27
Bezug von Leistungen bei Arbeitslosigkeit	27
Ihr Anspruch auf Leistungen bei Arbeitslosigkeit im europäischen Ausland	27
Kapitel XI: Mindestsicherung	29
Anspruch auf Leistungen zur Mindestsicherung	29
Bezug von Leistungen zur Mindestsicherung	30
Ihr Anspruch auf Leistungen zur Mindestsicherung im europäischen Ausland	30
Kapitel XII: Leistungen bei Pflegebedürftigkeit	32
Anspruch auf Leistungen bei Pflegebedürftigkeit	32
Abgedeckte Leistungen	32
Bezug von Leistungen bei Pflegebedürftigkeit	33
Ihr Anspruch auf Leistungen bei Pflegebedürftigkeit im europäischen Ausland	33
Anhang I: Nützliche Kontaktdaten und Internetadressen	35
Anhang II: Besondere beitragsunabhängige Geldleistungen	38



Kapitel I: Allgemeines, Organisation und Finanzierung

Allgemeines

Das französische Sozialversicherungssystem umfasst fünf große Bereiche:

- das allgemeine System, in dem die meisten Arbeitnehmer versichert sind, aber auch andere Personengruppen (Studierende, Bezieher bestimmter Leistungen, Personen mit ständigem Aufenthalt), die ihm im Laufe der Zeit angegliedert wurden;
- die Sondersysteme für Arbeitnehmer, von denen einige umfassenden Versicherungsschutz bieten, andere jedoch nur im Bereich der Altersversorgung, während die übrigen Bereiche durch das allgemeine System abgedeckt werden;
- das System für Beschäftigte in der Landwirtschaft, das umfassenden Versicherungsschutz bietet, jedoch getrennt nach selbständigen Landwirten und Arbeitnehmern in der Landwirtschaft verwaltet wird;
- die unabhängigen Kassen für Selbständige außerhalb der Landwirtschaft: drei autonome Altersrentenversicherungen (für Handwerker, Selbständige in Handel und Industrie sowie Angehörige freier Berufe) und eine Krankenversicherung;
- die Systeme der Arbeitslosenversicherung und die obligatorischen Systeme für Zusatzrenten.

Das allgemeine System ist in vier Versicherungszweige untergliedert:

- Leistungen bei Krankheit, Mutterschaft, Invalidität und im Todesfall;
- Leistungen bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten;
- Altersleistungen;
- Familienleistungen.

Außerdem gibt es kollektive Zusatzsysteme mit Pflicht- oder freiwilliger Mitgliedschaft für bestimmte Personengruppen (je nach Unternehmens- bzw. Branchenzugehörigkeit gegliedert) insbesondere in den Bereichen Alter, Krankheit oder Invalidität.

Diese verschiedenen Systeme können im Rahmen der persönlichen Vorsorge durch individuelle Versicherungen ergänzt werden.

Mitgliedschaft

Wenn Sie eine Beschäftigung aufnehmen, muss Ihr Arbeitgeber Ihre Anmeldung bei der Sozialversicherung, der Arbeitslosenversicherung und bei der jeweiligen betrieblichen Zusatzrentenversicherung durchführen. Als Selbständiger müssen Sie selbst die Anmeldung in die Wege leiten.

Rechtsbehelfe

Falls Sie mit einer Entscheidung Ihres Versicherungsträgers nicht einverstanden sind, können Sie innerhalb von zwei Monaten nach Zustellung des anzufechtenden Bescheids Widerspruch bei dem für Sie zuständigen Schlichtungsausschuss (*commission de recours amiable, CRA*) einlegen. Wird Ihr Widerspruch abgewiesen, müssen Sie innerhalb von zwei Monaten Klage vor dem Sozialgericht (*tribunal des affaires de la sécurité sociale*) erheben. Andernfalls ist nach Ablauf dieser Frist die Entscheidung des Schlichtungsausschusses rechtskräftig.



Organisation der sozialen Sicherheit

Die oben genannten Systeme unterstehen den für soziale Sicherheit, Landwirtschaft, Arbeit und Finanzen zuständigen Ministerien.

Auf nationaler Ebene werden die ersten beiden Versicherungszweige von der Nationalen Krankenkasse für Arbeitnehmer (*Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, CNAMTS*) getrennt verwaltet. Auf lokaler Ebene gibt es zwei andere Formen von einander gleichgestellten Einrichtungen, die der CNAMTS unterstehen: die Kassen für Rentenversicherungen und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz (*caisses d'assurance retraite et de la santé au travail, CARSAT*) und die Ortskrankenkassen.

Der Bereich Alter wird von der Nationalen Kasse für die Altersversicherung (*Caisse nationale d'assurance vieillesse, CNAV*) verwaltet, die einen Teil ihrer Aufgaben an die Kassen für Rentenversicherungen und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz (*caisses d'assurance retraite et de la santé au travail, CARSAT*) übertragen hat.

Für Familienleistungen ist die Nationale Kasse für Familienbeihilfen (*Caisse nationale des allocations familiales, CNAF*) zuständig, der alle Familienkassen (*Caisses d'allocations familiales*) unterstehen.

Die Einziehung der Beiträge erfolgt auf lokaler Ebene durch die Sammelkassen für den Einzug der Beiträge zur Sozialversicherung und zu den Familienausgleichskassen (*unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales, URSSAF*), die der Zentralagentur der Sozialversicherungsträger (*Agence centrale des organismes de sécurité sociale, ACOSS*) unterstehen. Aufgabe der ACOSS ist es, die Haushaltsplanung und -durchführung eines jeden Versicherungszweiges genau zu verfolgen.

Das System der tarifvertraglichen Vereinbarungen der Arbeitslosenversicherung wird vom Nationaler Verband zur Förderung der Beschäftigung in Industrie und Handel (*Union nationale pour l'emploi dans l'industrie et le commerce, Unedic*) verwaltet. Die Beitragseinbeziehung wird an die URSSAF und die Leistungszahlungen an die Arbeitsvermittlung (*Pôle emploi*) übergeben.

Zusätzlich zu der Altersgrundversorgung gibt es obligatorisches auf dem Umlageverfahren beruhenden Zusatzsystem für Arbeitnehmer, z.B. die Systeme der tarifvertraglichen Vereinbarungen von ARCCO (*Association des régimes de retraite complémentaire des salariés*) und – für Leitungspersonal – AGIRC (*Association générale des institutions de retraite des cadres, AGIRC*). Das obligatorische System für Grund- und Zusatzrenten für Selbstständige wird von anderen Kassen verwaltet, insbesondere das System der sozialen Sicherheit für Selbstständige (*Régime social des indépendants (RSI)*), der gegenseitige Unterstützungsfonds für die Sozialversicherung für Landwirte (*Mutualité sociale agricole (MSA)*) und der nationale Altersversicherungsfonds der Angehörigen der freien Berufe (*Assurance vieillesse des professions libérales (CNAVPL)*).

Finanzierung

Das Sozialversicherungswesen finanziert sich aus Sozialversicherungsbeiträgen der Arbeitgeber und Arbeitnehmer sowie aus allgemeinen Steuereinnahmen.

Beiträge

Als Arbeitnehmer müssen Sie Sozialversicherungsbeiträge entrichten. Dazu führt Ihr Arbeitgeber einen bestimmten Prozentsatz Ihres Arbeitsentgelts an die jeweilige zuständige Einzugsstelle ab. Als Selbständiger sind Sie selbst für die Entrichtung Ihrer Beiträge verantwortlich, die sich aus Ihrem Erwerbseinkommen errechnen.



Ihr Anspruch auf Sozialleistungen im europäischen Ausland

Da die Sozialversicherungssysteme in den europäischen Ländern unterschiedlich gestaltet sind, wurden EU-Bestimmungen zur Koordinierung dieser Systeme eingeführt. Gemeinsame Regeln zur Sicherstellung des Zugangs zu Sozialleistungen sind wichtig, um Nachteile für europäische Arbeitnehmer oder andere versicherte Personen, die von ihrem Recht auf Freizügigkeit Gebrauch machen, zu vermeiden. Diese Regeln basieren auf vier Grundsätzen.

- Bei einem Umzug in ein anderes europäisches Land sind Sie immer nach den Rechtsvorschriften dieses einzelnen Mitgliedstaats versichert: wenn Sie erwerbstätig sind, ist das im Allgemeinen das Land, in dem sie arbeiten; wenn Sie nicht erwerbstätig sind, ist es das Land, in dem Sie wohnen.
- Der Grundsatz der Gleichbehandlung stellt sicher, dass Sie dieselben Rechte und Pflichten haben wie Staatsangehörige des Landes, in dem Sie versichert sind.
- Bei Bedarf können Versicherungszeiten, die in anderen EU-Ländern erworben wurden, auf einen Sozialleistungsanspruch angerechnet werden.
- Wenn Sie in einem anderen Land leben als dem, in dem Sie versichert sind, können Geldleistungen „exportiert“ werden.

Auf die EU-Bestimmungen zur Koordinierung der sozialen Sicherheit können Sie sich in den 27 EU-Mitgliedstaaten sowie in Norwegen, Island, Liechtenstein (EWR) und der Schweiz (insgesamt in 31 Ländern) berufen.

Einen Überblick über die EU-Vorschriften finden Sie jeweils am Ende eines Kapitels. Weitere Informationen zur Koordinierung der Sozialleistungsansprüche bei einem Umzug in ein anderes EU-Land bzw. nach Island, Liechtenstein, Norwegen oder die Schweiz oder bei Reisen dorthin finden sich unter: <http://ec.europa.eu/social-security-coordination>.



Kapitel II: Sachleistungen bei Krankheit

Anspruch auf Sachleistungen bei Krankheit

Anspruch auf Sachleistungen der Krankenversicherung haben (angestellte oder selbstständige) Erwerbstätige oder Personen mit legalem und ständigem Wohnsitz in Frankreich sowie deren Unterhaltsberechtigte.

Voraussetzungen für den Bezug

Ein Leistungsanspruch beruht in erster Linie auf einer Erwerbstätigkeit oder einem entsprechenden Kriterium. Die Leistungsgewährung setzt eine bestimmte Anzahl von geleisteten Arbeitsstunden oder Beitragszahlungen in einem bestimmten Umfang voraus. Bei Personen, die die Voraussetzungen für die Mitgliedschaft in der Versicherung oder die Anspruchsberechtigung nicht mehr erfüllen, bleibt der Anspruch auf Sachleistungen des bisherigen Systems für ein weiteres Jahr bestehen, sofern sie nicht Mitglied einer anderen Pflichtversicherung werden.

Andere Personen, deren Mitgliedschaft im allgemeinen System durch den Wohnsitz begründet ist, haben je nach Einkommenslage einen entsprechenden Beitrag zur allgemeinen Krankenversicherung (*Couverture maladie universelle, CMU*) zu leisten, die so genannte *Cotisation spécifique CMU*.

Im Bereich der Gesundheitsfürsorge sind 85% der abhängig Beschäftigten des privaten Sektors, der Beamten sowie der Personen mit legalem und ständigem Wohnsitz in Frankreich, die nicht anderweitig versichert sind, im allgemeinen System erfasst. Die Sachleistungen für Beschäftigte in der Landwirtschaft und für Selbständige außerhalb der Landwirtschaft erfolgen in Anlehnung an die Leistungen des allgemeinen Systems.

Abgedeckte Leistungen

Wenn Sie versichert sind, haben Sie für sich und Ihre Unterhaltsberechtigten (Ehegatte, Kinder unter 20 Jahren, Lebenspartner, in Ihrem Haushalt lebende unterhaltsberechtigzte Personen usw.) Anspruch auf Erstattung der Krankheitskosten.

Die Pflichtversicherung deckt rund 75% der Gesundheitsausgaben der Haushalte ab.

Der Patient muss einen bestimmten Anteil der Kosten als Zuzahlung (*ticket modérateur*) tragen, kann aber in bestimmten Fällen von der Zuzahlung befreit werden, insbesondere bei bestimmten gelisteten Erkrankungen mit langwierigen und besonders teuren Behandlungen. Werden vom Patienten so genannte „Behandlungswege“ (*parcours de soins*) nicht eingehalten, erhöht sich die Zuzahlung.

Darüber hinaus gibt es weitere Kostenbeteiligungen des Patienten, insbesondere die pauschale Zuzahlung bei aufwändigen Behandlungen (*forfait actes lourds*), die pauschale Zuzahlung pro ärztlicher Leistung (*participation forfaitaire sur les actes médicaux*) und die Eigenbeteiligung (*franchise médicale*) bei Medikamenten, Behandlung durch sonstige Gesundheitsdienstleister und Krankentransporten.

Zusatzversicherung

Wenn Sie nicht über eine kollektive Zusatzversicherung durch ihren Arbeitgeber/Unternehmen verfügen, haben Sie die Möglichkeit eine Zusatzversicherung zur vollständigen oder teilweisen Deckung der Kosten, die nicht von der Pflichtversicherung



übernommen wurden, bei einem Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit (*mutuelle*), einer Vorsorgeeinrichtung oder einer Versicherungsgesellschaft abzuschließen.

Bei Einkünften unterhalb einer bestimmten Grenze erhalten Sie unentgeltlich den zusätzlichen umfassenden Versicherungsschutz durch die allgemeine Krankenversicherung (*couverture maladie universelle complémentaire*). Wenn Ihre Einkünfte nur knapp über der Bemessungsgrenze für diesen zusätzlichen Versicherungsschutz liegen, können Sie Zuschüsse zur Teilfinanzierung dieser Versicherung erhalten.

Bezug von Sachleistungen bei Krankheit

Jeder Patient über 16 Jahre muss einen Hausarzt, den sogenannten „behandelnden Arzt“ (*médecin traitant*) bestimmen, der ihn durch das Leistungsangebot im Gesundheitsbereich führt und seine persönliche Krankengeschichte verwaltet. Kinder sind von dieser Regelung ausgenommen. Der Hausarzt kann Allgemeinmediziner oder Facharzt sein, er muss lediglich zur Übernahme dieser Tätigkeit bereit sein. Ein Wechsel des Hausarztes ist durch die bloße erneute Meldung bei der Krankenkasse möglich.

Der Hausarzt führt die Krankenakte, ordnet ergänzende medizinische Untersuchungen an oder leitet den Patienten einem anderen Arzt (*médecin correspondant*) oder einer Gesundheitseinrichtung bzw. einem Vertreter eines anderen Gesundheitsberufes (Masseur, Krankenpfleger usw.) weiter. Vom Hausarzt erbrachte oder empfohlene medizinischen Leistungen werden zum Gebührensatz erstattet: In diesem Fall bewegen Sie sich im Rahmen der medizinischen Regelbetreuung.

Wenn Sie hingegen keinen Hausarzt bestimmt oder sich direkt an einen Facharzt gewendet haben, erfolgt die Erstattung zu einem geringeren Satz und die von Ihnen zu tragenden Kosten sind höher, als wenn Sie den Weg über den Hausarzt gewählt hätten.

Allerdings können Sie in medizinischen Notfällen, bei Abwesenheit des Hausarztes oder seines Vertreters sowie bei Aufenthalt fern von Ihrem Wohnort einen anderen Arzt als Ihren Hausarzt aufsuchen. Gynäkologen, Augenfachärzte und Psychiater können ohne Umweg über den Hausarzt direkt konsultiert werden. In jedem Fall vermerkt der konsultierte Arzt auf dem Behandlungsschein Ihre besondere Situation.

Zahlung der Leistungen

Sie begleichen die Honorare des Gesundheitsdienstleisters und legen ihm ihre Versichertenkarte (*Carte vitale*) vor. Diese Chipkarte bescheinigt den Leistungsanspruch. Sie wird für alle Personen ab 16 Jahren ausgestellt und enthält sämtliche Verwaltungsinformationen zur Kostenerstattung.

Mithilfe dieser Karte kann der Arzt die Behandlungsscheine auf elektronischem Wege ausstellen und durch Datenübertragung an Ihre Krankenkasse übermitteln. Dadurch wird das Kostenerstattungsverfahren beschleunigt. Sind die technischen Voraussetzungen zur Verwendung der *Carte vitale* nicht gegeben, wird der Behandlungsschein auf Papier ausgestellt. Diesen legen Sie dann Ihrer Krankenkasse vor.

Ihre Krankenkasse erstattet Ihnen die Auslagen entsprechend der Gebührenordnung. Für bestimmte Spezialbehandlungen muss im Vorhinein die Zustimmung der Krankenkasse eingeholt werden. Der jeweilige Angehörige eines Gesundheitsberufs informiert Sie über die Notwendigkeit der Einholung einer vorherigen Zustimmung.

Für die Erstattung von Arzneimitteln ist eine Verschreibung durch den Arzt Voraussetzung. Es besteht aber auch die Möglichkeit einer direkten Kostenübernahme durch die Krankenkasse (Prinzip des „*Tiers payant pharmaceutique*“) durch Vorlage Ihrer



Versichertenkarte (*Carte vitale*). In diesem Fall zahlen Sie in der Apotheke nur den nicht erstattungsfähigen Teil der Kosten.

Stationäre Behandlung

Sie können sich in einer Einrichtung Ihrer Wahl stationär behandeln lassen. Handelt es sich jedoch um eine private Einrichtung, die zwar zugelassen, aber keine Vertragseinrichtung ist, müssen Sie sämtliche Kosten vorstrecken. Genauere Auskünfte erhalten Sie bei Ihrer Krankenkasse.

Übernimmt die Krankenkasse die Kosten der stationären Behandlung zu 100%, müssen Sie für jeden Tag, den Sie in einem Krankenhaus oder einer sozialmedizinischen Einrichtung verbringen, eine pauschale Selbstbeteiligung entrichten (*forfait journalier*). Bestimmte Personengruppen sind allerdings von der Selbstbeteiligung ausgenommen, insbesondere Frauen in den letzten vier Schwangerschaftsmonaten, Neugeborene, behinderte Kinder, in speziellen Bildungs- und Berufsbildungseinrichtungen untergebrachte behinderte Jugendliche, von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten betroffene Personen während ihrer Behandlung sowie Personen, die den Versicherungsschutz der allgemeinen Krankenversicherung genießen.

Ihr Anspruch auf Leistungen bei Krankheit im europäischen Ausland

Wenn Sie sich in einem anderen Land der Europäischen Union, in Island, Liechtenstein, Norwegen oder der Schweiz aufhalten bzw. dort Ihren Wohnsitz haben, können Sie und Ihre Familie die dort angebotenen Sachleistungen bei Krankheit nutzen. Dies bedeutet nicht zwangsläufig, dass die Behandlung unentgeltlich erfolgt; in diesem Zusammenhang sind die nationalen Regeln zu beachten.

Wenn Sie einen vorübergehenden Aufenthalt (Urlaub, Geschäftsreise usw.) in einem anderen EU-Mitgliedstaat, Island, Liechtenstein, Norwegen oder der Schweiz planen, sollten Sie vor Antritt der Reise eine Europäische Krankenversicherungskarte beantragen. Nähere Informationen zur Europäischen Krankenversicherungskarte und zur Beantragung finden Sie unter: <http://ehic.europa.eu>.

Wenn Sie Ihren Wohnsitz dauerhaft in einen anderen EU-Mitgliedstaat verlegen wollen, finden Sie weiterführende Informationen über ihre Ansprüche auf Gesundheitsleistungen unter <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=26&langId=de>.



Kapitel III: Geldleistungen bei Krankheit

Anspruch auf Geldleistungen bei Krankheit

Bei krankheitsbedingter, ärztlich festgestellter Erwerbsunfähigkeit besteht Anspruch auf Krankengeld, das einem bestimmten prozentualen Anteil des entgangenen Arbeitsentgelts entspricht.

Für Arbeitnehmer besteht der Anspruch auf Krankengeld ab dem vierten Fehltag. Auch Empfänger von Arbeitslosengeld haben Anspruch auf Krankengeld. Endet Ihre Mitgliedschaft in der Sozialversicherung, bleibt Ihr Anspruch auf Geldleistungen der Krankenversicherung für ein weiteres Jahr erhalten, sofern Sie nicht Mitglied einer anderen Pflichtversicherung werden.

Handwerker und Selbständige in Handel und Industrie können ebenfalls Krankengeld beanspruchen, in diesem Fall unterscheiden sich die Leistungen geringfügig von den Leistungen für Arbeitnehmer.

Voraussetzungen für die Gewährung von Krankengeld

Um Krankengeld zu beziehen, müssen Sie Beiträge gezahlt und eine gewisse Mindesterwerbsdauer zurückgelegt haben. Die Kasse kann den Bezug des Krankengeldes gegebenenfalls von ärztlichen Kontrolluntersuchungen abhängig machen.

Abgedeckte Leistungen

Das Krankengeld entspricht einem Prozentsatz (50% bzw. 66,66% im Falle von versicherten Personen mit drei Kindern zum 31. Tag nach Beendigung der Arbeit) Ihres vorherigen (täglichen) Arbeitsentgelts unter Berücksichtigung bestimmter Bemessungsgrenzen.

Bezug von Geldleistungen bei Krankheit

Bei (erstmaliger oder verlängerter) krankheitsbedingter Abwesenheit müssen Sie als Arbeitnehmer Folgendes beachten:

- füllen Sie das Formular zur Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit (*Imprimé d'arrêt de travail*) aus, das Sie vom Arzt erhalten haben, und
- übermitteln Sie innerhalb von 48 Stunden die ersten beiden Blätter dieses Formulars Ihrer Krankenkasse, und das dritte Blatt gegebenenfalls dem Arbeitgeber, bei dem Sie beschäftigt sind.

Zusatzversicherung

Wenn Sie nicht über eine kollektive Zusatzversicherung durch ihren Arbeitgeber/Unternehmen verfügen, haben Sie die Möglichkeit eine Zusatzversicherung bei einem Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit (*mutuelle*), einer Vorsorgeeinrichtung oder einer Versicherungsgesellschaft abzuschließen, um den Betrag des Tagegeldes der Pflichtversicherung zu ergänzen.

Ihr Anspruch auf Geldleistungen bei Krankheit im europäischen Ausland

Grundsätzlich werden Krankengeldzahlungen (d. h. Ersatzleistungen für Einkommen, die aufgrund von Krankheit vorübergehend wegfallen) nach den Rechtsvorschriften des



Staates erbracht, in dem Sie versichert sind, unabhängig von Ihrem jeweiligen Wohn- oder Aufenthaltsort.*

Bei Umzug in ein anderes Land der Europäischen Union, nach Island, Liechtenstein, Norwegen oder in die Schweiz und wenn bestimmte Voraussetzungen erfüllt sein müssen, damit ein Anspruch auf Krankengeldleistungen vorliegt, muss der zuständige Träger (d. h. der Träger in dem Land, in dem Sie versichert sind) die Versicherungs-, Wohn- oder Beschäftigungszeiten berücksichtigen, die Sie gemäß den Rechtsvorschriften eines der oben genannten Staaten zurückgelegt haben. Auf diese Weise wird sichergestellt, dass Arbeitnehmer Ihren Krankenversicherungsschutz nicht dadurch verlieren, dass sie Ihre Berufstätigkeit in einem anderen Staat fortsetzen.

Weitere Informationen zur Koordinierung der Sozialleistungsansprüche im Zusammenhang mit Umzügen oder Reisen finden sich unter <http://ec.europa.eu/social-security-coordination>.

* Einige besondere beitragsunabhängige Geldleistungen werden ausschließlich in dem Staat erbracht, in dem der Leistungsempfänger wohnt, und sind somit nicht „exportierbar“. Diese Leistungen sind am Ende dieses Leitfadens in Anhang II aufgeführt.



Kapitel IV: Leistungen bei Mutterschaft und Vaterschaft

Anspruch auf Leistungen bei Mutterschaft oder Vaterschaft

Sie (oder die Person, bei der Sie mitversichert sind) müssen vor dem voraussichtlichen Geburtstermin mindestens 10 Monate versichert gewesen sein. Außerdem muss nachgewiesen werden, dass die Voraussetzungen für die Übernahme der Sachleistungen und die Gewährung von Krankengeld zum mutmaßlichen Zeitpunkt der Empfängnis oder zu Beginn des Mutterschaftsurlaubs erfüllt waren.

Abgedeckte Leistungen

Die Mutterschaftsversicherung übernimmt bestimmte Sachleistungen im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt in voller Höhe. Außerdem gewährt sie Geldleistungen während des Mutterschaftsurlaubs vor und nach der Entbindung, für die Dauer des Adoptionsurlaubs des Mutters oder des Vaters sowie bei Vaterschaftsurlaub.

Die Mutterschaftsversicherung deckt alle Kosten im Zusammenhang mit der Schwangerschaft ab, Selbstbeteiligung ist keine vorgesehen. Die Leistungen für selbständige Landwirte bzw. für Selbständige außerhalb der Landwirtschaft entsprechen denjenigen des allgemeinen Systems (*Régime général*).

Sachleistungen

Die Kosten folgender Leistungen in Zusammenhang mit Schwangerschaft, Entbindung und Nachsorge nach der Geburt werden zu 100% des Tarifs laut Gebührenordnung übernommen: ärztliche Betreuung, Arzneimittel, stationärer Aufenthalt, verpflichtende Vor- und Nachuntersuchungen.

Tagegeld

Geldleistungen werden nur gewährt, solange keinerlei Beschäftigung ausgeübt wird. Ein Mutterschaftsurlaub von mindestens acht Wochen ist verpflichtend, auf 16 Wochen besteht Anspruch (in der Regel sechs Wochen vor und zehn Wochen nach der Entbindung), 26 Wochen ab dem 3. Kind. Bei einer Adoption können sich Mutter und Vater den Urlaub teilen.

Die Dauer des Vaterschaftsurlaubs beträgt 11, bei Mehrlingsgeburten 18 aufeinanderfolgende Tage.

Bei Adoptionen besteht Anspruch auf 10, bei Mehrfachadoptionen auf 22 Wochen Urlaub.

Die Höhe des Tagegeldes entspricht dem Durchschnitt des während der letzten drei Monate bezogenen täglichen Arbeitsentgelts, höchstens jedoch bis zur Beitragsbemessungsgrenze der Sozialversicherung. Das Tagesgeld darf eine bestimmte Mindestgrenze nicht unterschreiten. Vom zugrunde gelegten Arbeitsentgelt werden die gesetzlich und vertraglich festgelegten Pflichtbeiträge und die allgemeine Sozialabgabe (*Contribution sociale généralisée*) abgezogen.

Selbständige in oder außerhalb der Landwirtschaft haben ebenfalls Anspruch auf Geldleistungen bei Mutter- bzw. Vaterschaft, und zwar auf pauschales Wochen- bzw. Tagesgeld.

Bei Fragen zu Formalitäten und beizubringenden Unterlagen können Sie sich an Ihre Krankenkasse (*Caisse d'assurance maladie*) und Ihre Familienkasse (*Caisse d'allocations*



familiales) wenden. Auch vor einer Reise oder der Verlegung Ihres Wohnsitzes in einen anderen Mitgliedstaat sollten Sie mit diesen Kassen Kontakt aufnehmen.

Bezug von Leistungen bei Mutterschaft oder Vaterschaft

Um Mutterschaftsgeld zu erhalten, müssen Sie Ihrer Krankenkasse eine ärztliche Bescheinigung über Ihre Schwangerschaft vorlegen.

Ihr Recht auf Leistungen bei Mutterschaft und Vaterschaft im europäischen Ausland

Die Koordinierungsbestimmungen decken Leistungen bei Mutterschaft und gleichgestellte Leistungen bei Vaterschaft ab. Wenn bestimmte Voraussetzungen erfüllt sein müssen, damit ein Leistungsanspruch vorliegt, muss der zuständige Träger (d. h. die Trägereinrichtung in dem Land, in dem Sie versichert sind) die Versicherungs-, Wohn- oder Beschäftigungszeiten berücksichtigen, die gemäß den Rechtsvorschriften eines anderen Mitgliedstaates der Europäischen Union, Islands, Liechtensteins, Norwegens und der Schweiz zurückgelegt wurden.

Grundsätzlich werden Geldleistungen (d. h. Ersatzleistungen für vorübergehend wegfallende Einkommen) nach den Rechtsvorschriften des Staates erbracht, in dem Sie versichert sind, unabhängig von Ihrem jeweiligen Wohn- oder Aufenthaltsort*. Sachleistungen (z. B. medizinische Versorgung, Arzneimittel und Krankenhauspflege) werden nach den Rechtsvorschriften des Staates erbracht, in dem Sie wohnen, als ob Sie in diesem Staat versichert wären.

Weitere Informationen zur Koordinierung der Sozialleistungsansprüche im Zusammenhang mit Umzügen oder Reisen finden sich unter <http://ec.europa.eu/social-security-coordination>.

* Einige besondere beitragsunabhängige Geldleistungen werden ausschließlich in dem Staat erbracht, in dem der Leistungsempfänger wohnt, und sind somit nicht „exportierbar“. Diese Leistungen sind am Ende dieses Leitfadens in Anhang II aufgeführt.



Kapitel V: Leistungen bei Invalidität

Anspruch auf Leistungen bei Invalidität

Leistungsanspruch bei Invalidität besteht für Versicherte unter 60 Jahren, deren Erwerbsfähigkeit um mindestens zwei Drittel gemindert ist, die mindestens 12 Monate lang versichert waren und eine abhängige Beschäftigung nachweisen können.

Abgedeckte Leistungen

Falls Sie weiterhin in der Lage sind, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen, wird Ihnen eine Rente in Höhe von 30% des mittleren jährlichen Arbeitsentgelts der zehn besten Versicherungsjahre (oder der tatsächlichen Anzahl von Versicherungsjahren, falls es weniger als zehn waren) gewährt, wobei eine bestimmte Obergrenze nicht überschritten werden darf. Bei vollständiger Erwerbsunfähigkeit beträgt die Rente 50% des ebenso ermittelten Durchschnitts, wiederum mit einer festen Obergrenze. Falls Sie auf die Hilfe einer Pflegeperson angewiesen sind, erhalten Sie einen Zuschlag.

Sachleistungen

Als Empfänger einer Invalidenrente haben Sie und Ihre mitversicherten Familienangehörigen Anspruch auf Kostenerstattung bei Sachleistungen der Kranken- und der Mutterschaftsversicherung. Ihnen selbst werden die Kosten zu 100% des Gebührensatzes erstattet.

Bezug von Leistungen bei Invalidität

Anträge auf Invaliditätsrente nimmt Ihre Ortskrankenkasse oder – bei Wohnsitz in der Region Paris – die regionale Krankenkasse der Region Île-de-France entgegen.

Zusatzversicherung

Wenn Sie nicht über eine kollektive Zusatzversicherung durch ihren Arbeitgeber/Unternehmen verfügen, haben Sie die Möglichkeit eine Zusatzversicherung bei einem Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit (*mutuelle*), einer Vorsorgeeinrichtung oder einer Versicherungsgesellschaft abzuschließen, um den Betrag der Invaliditätsrente der Pflichtversicherung zu ergänzen.

Ihr Anspruch auf Leistungen bei Invalidität im europäischen Ausland

Der zuständige Träger des Staates, in dem Sie eine Invaliditätsrente beantragen, berücksichtigt die Versicherungs- und Wohnzeiten, die Sie nach den Rechtsvorschriften eines anderen Mitgliedstaats, Islands, Liechtensteins, Norwegens oder der Schweiz zurückgelegt haben, sofern dies für den Anspruch auf Leistungen bei Invalidität nötig ist.

Leistungen bei Invalidität werden unabhängig davon gezahlt, wo in der Europäischen Union, Island, Liechtenstein, Norwegen oder der Schweiz Sie wohnen oder sich aufhalten.* (Die erforderlichen Verwaltungskontrollen und ärztlichen Untersuchungen werden normalerweise vom zuständigen Träger des Staates, in dem Sie wohnen, durchgeführt. Falls Ihr Gesundheitszustand dies erlaubt, müssen Sie allerdings unter bestimmten Umständen zur Kontrolle in den Staat reisen, der Ihre Rente zahlt.

* Einige besondere beitragsunabhängige Geldleistungen werden ausschließlich in dem Staat erbracht, in dem der Leistungsempfänger wohnt, und sind somit nicht „exportierbar“. Diese Leistungen sind am Ende dieses Leitfadens in Anhang II aufgeführt.



Jedes Land wendet bei der Bemessung des Invaliditätsgrades seine nationalen Kriterien an. Deshalb kann es vorkommen, dass in einigen Staaten der Invaliditätsgrad einer Person mit 70% bemessen wird, während derselben Person in anderen Staaten entsprechend den dort geltenden Rechtsvorschriften kein Invaliditätsgrad zugestanden wird. Dieser Umstand geht auf die Tatsache zurück, dass die nationalen Sozialversicherungssysteme durch die EU-Bestimmungen nicht harmonisiert, sondern nur koordiniert werden.

Weitere Informationen zur Koordinierung der Sozialleistungsansprüche im Zusammenhang mit Umzügen oder Reisen finden sich unter <http://ec.europa.eu/social-security-coordination>.



Kapitel VI: Renten und Leistungen im Alter

Anspruch auf Altersrente

Die Altersversicherung (*Assurance vieillesse*) erfasst die Arbeitnehmer des Privatsektors. Sie beinhaltet eine Grundrente, die vom allgemeinen System oder vom System für Beschäftigte in der Landwirtschaft getragen wird, und eine Zusatzrente, für die die Rentenversicherungsträger der Dachverbände AGIRC (*Association générale des institutions de retraites des cadres*) und ARRCO (*Association des régimes de retraites complémentaires*) zuständig sind. Die Zusatzrentenversicherung ist eine Pflichtversicherung.

Für Selbständige gibt es ebenfalls Grundrenten- und Zusatzrentensysteme mit verpflichtendem Charakter. Die Grundrenten, die von den Systemen für Handwerker, und Gewerbetreibende im Handel und in der Industrie sowie für selbständige Landwirte gewährt werden, sind an die Grundrenten des allgemeinen Systems angelehnt.

Für den Anspruch auf eine volle Rente müssen sowohl der Mindestversicherungszeitraum als auch die Altersbedingungen erfüllt sein: das Alter steigt stufenweise von 60 auf 62 Jahre (bis 2018) an und bei nicht Erfüllen des Mindestversicherungszeitraums von 65 auf 67 Jahre (bis 2023).

Der Anspruch besteht ab dem Zeitpunkt, an dem die eingezahlten Beiträge für mindestens ein anrechenbares Versicherungsquartal ausreichen. Der Erwerb eines Versicherungsquartals erfolgt durch Nachweis eines Arbeitsentgelts in Höhe von 200 der geltenden Stundensätze des Mindestlohns.

Im Zusatzrentensystem gelten die gleichen Regeln in Bezug auf das Rentenalter. Es gibt jedoch keine Mindestversicherungsdauer.

Abgedeckte Leistungen

Die Altersrente hängt von drei Faktoren ab: dem durchschnittlichen Jahresarbeitsentgelt des Versicherten (die 25 höchsten Einkommensjahre), der Rentensatz (zwischen 27,5% und 50%) und der Dauer der zurückgelegten Versicherungszeiten.

Für nach 1947 geborene Personen wird das durchschnittliche Jahresarbeitsentgelt auf der Grundlage der 25 besten Erwerbsjahre errechnet.

Um zwischen 60 und 62 eine volle Altersrente (50%) zu beziehen, müssen Sie in einen oder mehreren Systemen der Altersgrundsicherung zwischen 160 und 165 Versicherungsquartale nachweisen (160 Versicherungsquartale für Versicherte der Jahrgänge bis 1949 und 165 Versicherungsquartale für Versicherte des Jahrgangs 1954). Der Rentensatz von 50% wird unabhängig von der Versicherungsdauer automatisch ab Vollendung des 65. bis 67. Lebensjahres gewährt.

Wenn Sie nach Erfüllung der Bedingungen bezüglich des Alters und der Versicherungsdauer für den Anspruch auf eine volle Altersrente weiter arbeiten, wird Ihre Grundaltersrente entsprechend den zusätzlich gearbeiteten Quartalen angehoben (mit einem Zuschlag).

Die Höhe der Zusatzrente wird basierend auf einem Punktesystem berechnet. Die Anzahl der erworbenen Punkte in den entsprechenden Systemen wird mit dem vom AGIRC und ARRCO festgelegten Punktwert multipliziert. Das Alter für eine Rentenauszahlung folgt dem Grundsystem.



Mindest- und Höchstrenten

Jeder Versicherte, dessen Rente auf der Grundlage des vollen Berechnungssatzes ermittelt wird, hat Anspruch auf eine Mindestrente (*Minimum contributif*). Kann jedoch der Versicherte trotz des vollen Satzes die in Abhängigkeit vom Geburtsjahr variierende maximal anrechnungsfähige Versicherungsdauer nicht nachweisen, wird die Mindestrente um den Anteil der fehlenden Versicherungszeiten gekürzt.

Die Rente darf einen auf die Hälfte der Beitragsbemessungsgrenze festgesetzten Betrag nicht überschreiten.

Die Rente erhöht sich unter folgenden Voraussetzungen:

- Die anspruchsberechtigte Person hat drei oder mehr Kinder geboren oder aufgezogen.
- Die anspruchsberechtigte Person hat mit einer Behinderung eine Beschäftigung ausgeführt.
- Die anspruchsberechtigte Person ist bereits vor Erreichen eines bestimmten Alters pflegebedürftig.

Bezug von Altersrenten

Anträge auf Altersrente sind in Abhängigkeit vom Wohnort an die für Sie zuständige Kasse für Rentenversicherungen und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz (CARSAT) zu richten. Wenn Sie in der Region Paris wohnhaft sind, wenden Sie sich bitte an die Nationale Kasse für Altersversicherung (CNAV).

Wenn Sie nicht im Rahmen des allgemeinen Systems versichert sind, finden Sie die Adressen der zuständigen Stellen in [Anhang I](#).

Bei Wohnsitz in Frankreich müssen Sie gleichzeitig mit dem Antrag auf Altersrente, den Sie bei Ihrer für die Grundsicherung zuständigen Kasse einreichen, auch einen Antrag bei der Zusatzrentenkasse stellen, bei der Sie zuletzt versichert waren.

Der Renteneintritt kann frühestens zum Ersten des auf die Antragstellung folgenden Monats erfolgen.

Ihr Recht auf Altersrenten im europäischen Ausland

Die EU-Bestimmungen für Altersrenten betreffen ausschließlich staatliche und keine betrieblichen, beruflichen oder privaten Rentensysteme. Sie garantieren folgende Rechte:

- In jedem EU-Mitgliedstaat (sowie Island, Liechtenstein, Norwegen und der Schweiz), in dem Sie versichert waren, bleiben die Rentenversicherungsbeiträge erhalten, bis das vorgesehene Rentenalter erreicht ist.
- Jeder EU-Mitgliedstaat (sowie Island, Liechtenstein, Norwegen und die Schweiz), in dem Sie versichert sind, zahlt eine gesonderte Rente, sobald Sie das Rentenalter erreichen. Der Rentenbetrag, den Sie aus jedem Mitgliedstaat erhalten, hängt von Ihrer Versicherungszeit in dem betreffenden Staat ab.
- Sie erhalten Ihre Rente unabhängig davon, in welchem Mitgliedstaat der Europäischen Union (plus Island, Liechtenstein, Norwegen und die Schweiz) Sie wohnen*.

* Einige besondere beitragsunabhängige Geldleistungen werden ausschließlich in dem Staat erbracht, in dem der Leistungsempfänger wohnt, und sind somit nicht „exportierbar“. Diese Leistungen sind am Ende dieses Leitfadens in Anhang II aufgeführt.



Sie müssen ihren Antrag beim Rentenversicherungsträger desjenigen EU-Mitgliedstaates (bzw. Islands, Liechtensteins, Norwegens oder der Schweiz) einreichen, in dem Sie Ihren Wohnsitz haben, es sei denn, Sie haben niemals dort gearbeitet. In diesem Fall sollten Sie Ihren Rentenanspruch in dem Staat stellen, in dem Sie zuletzt erwerbstätig waren.

Weitere Informationen zur Koordinierung der Sozialleistungsansprüche im Zusammenhang mit Umzügen oder Reisen finden sich unter <http://ec.europa.eu/social-security-coordination>.



Kapitel VII: Hinterbliebenenleistungen

Anspruch auf Hinterbliebenenleistungen

Im allgemeinen System und in den angeglichenen Systemen wird dem Überlebenden Ehegatten Hinterbliebenenrente gewährt, wenn er das 55. Lebensjahr vollendet hat (die tatsächliche Hinterbliebenenrente, *pension de réversion*) oder vor der Vollendung des 55. Lebensjahres (die Invaliditätsrente für Witwen bzw. Witwer, *pension de veuf ou de veuve invalide*). In bestimmten Sondersystemen und in den Zusatzsystemen haben Waisen unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch auf eine Waisenrente.

Eine bedarfsabhängige Hinterbliebenenrente wird hinterbliebenen Ehegatten bzw. geschiedenen Ehegatten ab dem vollendeten 55. Lebensjahr gewährt (bzw. ab dem 51. Lebensjahr, wenn der Versicherte vor dem 1.1.2009 gestorben ist).

Nach den Zusatzrentensystemen für Arbeitnehmer (ARRCO) und für leitende Angestellte (AGIRC) haben verwitwete Personen, die nicht wieder geheiratet haben, einen Anspruch auf Hinterbliebenenleistungen ab einem Mindestalter von 55 (ARRCO) bzw. 60 (AGIRC) Jahren. Wenn die verwitwete Person behindert ist oder unterhaltsberechtigter Kinder hat, gibt es keine Altersbedingung.

Sterbegeld

Die Todesfallversicherung zahlt unter bestimmten Umständen pauschales Sterbegeld (*Allocation décès*) an Personen vor, für die der Versicherte zum Zeitpunkt seines Todes umfassend und auf Dauer unterhaltspflichtig war. Werden innerhalb eines Monats keine Einwände gegen die festgesetzte Rangfolge vorgebracht, wird das Sterbegeld dem Überlebenden Ehegatten bzw. der Person zugesprochen, die mit dem Verstorbenen durch eine eingetragene Partnerschaft verbunden war, oder andernfalls den Verwandten in absteigender oder aufsteigender Linie bzw. einer anderen Person (Lebenspartner, Lebensgefährtin usw.), für die der Versicherte unterhaltspflichtig war.

Abgedeckte Leistungen

Die Höhe der Grundrente beträgt 54% der Altersrente des verstorbenen Ehegatten. Die Grundrente unterliegt einer Bedürftigkeitsprüfung und ihr Bezug kann bis zu einer bestimmten Grenze zusätzlich zu eigenen Alters- oder Invaliditätsleistungen erfolgen. Ist ein geschiedener Ehepartner vorhanden, wird die Rente entsprechend der Anzahl der Ehejahre aufgeteilt.

Hinterbliebene Ehepartner unter einem Alter von 55 Jahren, die an einer Erwerbsminderung aufgrund einer Behinderung von mindestens 66,66% leiden, erhalten eine Invaliditätsrente für Witwen bzw. Witwer. Zum Zeitpunkt des Todes sollte die verstorbene versicherte Person eine Altersrente oder Invaliditätsrente bezogen oder Anspruch auf eine dieser Renten gehabt haben.

Unterhält der Überlebende Ehegatte mindestens ein Kind unter 16 Jahren, so wird zur Witwen-/Witwerrente eine pauschale Zulage gewährt. Die Rente wird um 10% angehoben, wenn der Empfänger mindestens drei Kinder unter 16 Jahren neun Jahre lang erzogen hat.

Dem Überlebenden Ehegatten des verstorbenen Versicherten kann unter bestimmten Voraussetzungen eine Übergangsleistung gewährt werden (*Allocation de veuvage*), um ihm die (Wieder-)Eingliederung ins Erwerbsleben zu ermöglichen. Der Bezug dieser Witwen- bzw. Witwerbeihilfe ist für höchstens zwei Jahre möglich. Anspruchsberechtigt sind alle Personen unter 55 Jahren mit eingeschränkten eigenen finanziellen Mitteln.



Die Hinterbliebenenrenten nach den Zusatzrentensystemen ARRCO und AGIRC betragen 60% der Rente des verstorbenen Ehegatten. Bei einer Scheidung, wird die Rente entsprechend der Anzahl der Ehejahre zwischen den hinterbliebenen Ehegatten, die nicht wiederverheiratet sind, aufgeteilt.

Sterbegeld

Das Sterbegeld beträgt das 90fache des täglichen Arbeitsentgelts des Versicherten. Für die Berechnung des täglichen Arbeitsentgelts gelten die gleichen Regelungen wie bei Krankengeld, d. h. es muss zwischen 1% und 25% der jährlichen Beitragsbemessungsgrundlage der Sozialversicherung betragen. Näheres erfahren Sie bei Ihrer Krankenkasse.

Bezug von Hinterbliebenenleistungen

Anträge auf Hinterbliebenenrente sind in Abhängigkeit vom Wohnort an die für Sie zuständige Kasse für Rentenversicherungen und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz (CARSAT) zu richten. Wenn Sie in der Region Paris wohnhaft sind, wenden Sie sich bitte an die Nationale Kasse für Altersversicherung (CNAV)

Anträge auf Invaliditätsrente für Witwen bzw. Witwer nimmt Ihre Ortskrankenkasse (*Caisse primaire d'assurance maladie*) oder – bei Wohnsitz in der Region Paris – die regionale Krankenkasse der Region Île-de-France (*Caisse régionale d'assurance maladie de la région d'Île-de-France*) entgegen.

Wenn Sie nicht im Rahmen des allgemeinen Systems versichert sind, finden Sie die Adressen der zuständigen Stellen in [Anhang I](#).

Bei Wohnsitz in Frankreich müssen Sie gleichzeitig mit dem Antrag auf Altersrente, den Sie bei Ihrer für die Grundsicherung zuständigen Kasse einreichen, auch einen Antrag bei der Zusatzrentenkasse stellen, bei der Sie zuletzt versichert waren.

Der Renteneintritt kann frühestens zum Ersten des auf die Antragstellung folgenden Monats erfolgen.

Sterbegeld

Der Antrag auf Gewährung von Sterbegeld ist bei der Kasse einzubringen, bei der der Verstorbene versichert war.

Ihr Recht auf Hinterbliebenenleistungen im europäischen Ausland

Grundsätzlich gelten für die Zahlung von Hinterbliebenen- oder Waisenrenten und Sterbegeld dieselben Regeln wie für Invaliditäts- und Altersrenten (siehe [Kapitel V und VI](#)). Hinterbliebenenrenten und Sterbegeld müssen ohne Abzug, Änderung oder Aufschub gezahlt werden, unabhängig davon, wo die Hinterbliebenen in der EU, in Island, Liechtenstein, Norwegen oder der Schweiz wohnen*.

Weitere Informationen zur Koordinierung der Sozialleistungsansprüche im Zusammenhang mit Umzügen oder Reisen finden sich unter <http://ec.europa.eu/social-security-coordination>.

* Einige besondere beitragsunabhängige Geldleistungen werden ausschließlich in dem Staat erbracht, in dem der Leistungsempfänger wohnt, und sind somit nicht „exportierbar“. Diese Leistungen sind am Ende dieses Leitfadens in [Anhang II](#) aufgeführt.



Kapitel VIII: Leistungen bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten

Anspruch auf Leistungen

Arbeitnehmer (in und außerhalb der Landwirtschaft) und selbständige Landwirte unterliegen einer Unfall-Pflichtversicherung.

Die Versicherung gegen Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten erstreckt sich auf Unfälle bei der Ausübung der Erwerbstätigkeit oder auf dem Weg von und zu dieser Tätigkeit, sowie auf Krankheiten, die man sich bei dieser Tätigkeit zuzieht und die entweder in amtlichen Listen von Berufskrankheiten enthalten sind oder die laut Gutachten eines Ausschusses zur Anerkennung von Berufskrankheiten unmittelbar durch eine berufsübliche Tätigkeit verursacht wurden.

Abgedeckte Leistungen

Bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten haben Sie Anspruch auf medizinische Sachleistungen und Tagegeld, bei dauerhafter Erwerbsunfähigkeit auch auf eine Rente wegen dauerhafter Erwerbsunfähigkeit. Im Fall des Todes des Versicherten werden auch den Hinterbliebenen Renten gewährt.

Tagegeld

Als Arbeitnehmer haben Sie ab dem ersten Tag der Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf Tagegeld. Es beträgt für die ersten 28 Tage 60%, anschließend 80% Ihres täglichen Bruttoentgelts, höchstens jedoch 0,834% der jährlichen Beitragsbemessungsgrenze der Sozialversicherung. Selbständige Landwirte erhalten ein pauschales Tagegeld, das ab dem 8. Tag der Arbeitsunfähigkeit gewährt wird.

Rente wegen dauernder Erwerbsunfähigkeit

Sind Sie infolge eines Unfalls oder einer Krankheit auf Dauer vermindert erwerbsfähig (Arbeitnehmer um zumindest 10%, selbstständige Landwirte um zumindest 30%) oder vollkommen erwerbsunfähig, haben Sie Anspruch auf eine Rente wegen dauernder Erwerbsunfähigkeit. Die Höhe dieser Rente richtet sich nach dem Entgelt, das Sie in den letzten zwölf Monaten vor Eintritt des Versicherungsfalles bezogen haben, und nach dem Grad der Minderung der Erwerbsfähigkeit.

Hinterbliebenenrente

Kommt ein Arbeitnehmer durch einen Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit ums Leben, erhalten folgende Personen von der Kasse des verstorbenen Versicherten Hinterbliebenenrenten: Ehegatten, Lebenspartner oder mit dem Verstorbenen durch eine eingetragene Partnerschaft (*Pacte civil de solidarité, PACS*) verbundene Personen, Kinder unter 20 Jahren und unter bestimmten Voraussetzungen die Eltern des Verstorbenen. Für die Höhe der Rente ist ein jeweils festgelegter Prozentsatz des Jahresentgelts des Versicherten maßgeblich. Dieser beträgt 40% (in bestimmten Fällen 60%) für den Ehegatten, 25% für jedes der beiden ersten Kinder und zusätzlich 20% für jedes weitere Kind.

Alle bewilligten Hinterbliebenenrenten dürfen zusammen 85% des Jahresentgelts des Versicherten nicht übersteigen.

Sachleistungen

Gegen Vorlage der Unfallbescheinigung haben Sie Anspruch auf kostenlose ärztliche Behandlung, Arzneimittel, stationäre Behandlung sowie Heil- und Hilfsmittel. Sofern die



entsprechenden Kosten den Tarif laut Gebührenordnung nicht übersteigen, ist keine Verauslagung erforderlich.

Unter bestimmten Umständen haben Sie Anspruch auf berufliche und funktionelle Rehabilitation.

Empfängern einer Rente aus der Arbeitsunfallversicherung mit einem Erwerbsminderungsgrad von mindestens 66,66% werden Sachleistungen der Kranken- und Mutterschaftsversicherung unentgeltlich gewährt. Gleiches gilt für Bezieher von Hinterbliebenenrenten.

Bezug von Leistungen bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten

Einen Arbeitsunfall müssen Sie unter Nennung von Namen und Adressen von Zeugen umgehend dem Arbeitgeber melden. Nach Meldung bei Ihrer Kasse durch den Arbeitgeber erhalten Sie von ihm eine Unfallbescheinigung. Gegen Vorlage dieser Bescheinigung werden Ihnen Sachleistungen gewährt, ohne dass Sie die Kosten vorstrecken müssen.

Bei Rückfällen erhalten Sie die Unfallbescheinigung nicht vom Arbeitgeber, sondern von der Krankenkasse.

Bei Berufskrankheiten müssen Sie Ihre Kasse binnen 15 Tagen nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit informieren. Der Meldung an die Kasse ist die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung Ihres Arztes in zweifacher Ausfertigung beizufügen. Nach ärztlicher Begutachtung teilt Ihnen die Kasse ihre Entscheidung mit.

Anträge auf Gewährung von Hinterbliebenenleistungen sind bei Versicherten des allgemeinen Systems an die Ortskrankenkasse (*Caisse primaire d'assurance maladie, CPAM*) zu richten, bei selbstständig und abhängig in der Landwirtschaft Beschäftigten an die Gegenseitigkeitskasse der Sozialversicherung in der Landwirtschaft (*Caisse de mutualité sociale agricole*).

Ihr Anspruch auf Leistungen bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten im europäischen Ausland

Die EU-Bestimmungen über Leistungen bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten sind den Bestimmungen über Leistungen bei Krankheit sehr ähnlich (siehe [Kapitel II und III](#)). Wenn Sie innerhalb der Europäischen Union (einschließlich Island, Liechtenstein, Norwegen und Schweiz) Ihren Wohn- oder Aufenthaltsort in einem Land haben, aber in einem anderen Land gegen das Risiko der Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten versichert sind, haben Sie dort in der Regel einen Anspruch auf medizinische Sachleistungen im Zusammenhang mit einem Arbeitsunfall oder einer Berufskrankheit. Geldleistungen werden in der Regel von Ihrem Versicherungsträger ausgezahlt, auch wenn Sie in einem anderen Land wohnen oder sich aufhalten.*

Wenn bestimmte Voraussetzungen erfüllt sein müssen, damit ein Leistungsanspruch bei Arbeitsunfällen oder Berufskrankheiten vorliegt, muss der zuständige Träger die Versicherungs-, Wohn- oder Beschäftigungszeiten berücksichtigen, die nach den Rechtsvorschriften anderer Mitgliedstaaten der Europäischen sowie Islands, Liechtensteins, Norwegens oder der Schweiz zurückgelegt wurden. Dadurch wird sichergestellt, dass

* Einige besondere beitragsunabhängige Geldleistungen werden ausschließlich in dem Staat erbracht, in dem der Leistungsempfänger wohnt, und sind somit nicht „exportierbar“. Diese Leistungen sind am Ende dieses Leitfadens in Anhang II aufgeführt.



Arbeitnehmer Ihren Versicherungsschutz nicht dadurch verlieren, dass sie Ihre Berufstätigkeit in einem anderen Staat fortsetzen.

Weitere Informationen zur Koordinierung der Sozialleistungsansprüche bei Aufenthalten oder Reisen finden sich unter <http://ec.europa.eu/social-security-coordination>.



Kapitel IX: Familienleistungen

Anspruch auf Familienleistungen

Sie haben Anspruch auf die französischen Familienleistungen, wenn Sie und Ihre Familie Ihren Wohnsitz in Frankreich haben und wenn Sie für mindestens ein Kind tatsächlich voll unterhaltspflichtig sind. Bestimmte Leistungen sind bedarfsabhängig.

Die eigentliche Familienleistung (Kindergeld) ist ab dem zweiten unterhaltsberechtigten Kind möglich. Bestimmte Leistungen wie das Betreuungsgeld für Kleinkinder, Wohngeld, Zulage bei Schuljahresbeginn, Sondererziehungsbeihilfe und Unterhaltsgeld können aber auch schon bei einem Kind gewährt werden.

Leistungsberechtigte

Die Altersgrenze für die Gewährung des Wohngeldes und der Familienzulage ist auf 21 Jahre festgelegt, für alle anderen Leistungen auf 20 Jahre. Außerdem wird zum Ausgleich des Einkommensverlusts, der Familien mit drei und mehr Kindern durch das Erreichen der Altersgrenze von 20 Jahren des ältesten Kindes entsteht, ein Jahr lang eine pauschale Geldleistung gewährt. Für das erste Kind wird allerdings kein Kindergeld gezahlt.

Abgedeckte Leistungen

Die französischen Rechtsvorschriften sehen folgende Familienleistungen vor:

- Kinderbeihilfe (*Prestation d'accueil du jeune enfant*). Sie umfasst:
 - Geburts- bzw. Adoptionsbeihilfe
 - Grundzulage
 - Zusatzleistung im Hinblick auf die freie Wahl der Ausbildungsform
 - Zusatzleistung im Hinblick auf die freie Wahl der Betreuungsform
- Kindergeld
- Familienzulage
- Wohngeld
- Sondererziehungsbeihilfe
- Unterhaltsgeld
- Zulage bei Schuljahresbeginn
- Beihilfe für Elternurlaub.

Im Rahmen des Kindergeldes können altersabhängige Zuschläge gewährt werden.

Nähere Informationen zu anderen Familienleistungen finden Sie in den [MISSOC-Tabellen](#).

Bezug von Familienleistungen

Anträge sind an die Familienkasse (*Caisse d'allocations familiales*) des Wohnorts Ihrer Familie zu richten.

Welche Unterlagen bei der Antragstellung im Einzelnen vorzulegen sind, erfahren Sie in dem Ratgeber zum Thema Familienleistungen Ihrer Familienkasse oder bei der Gegenseitigkeitskasse der Sozialversicherung in der Landwirtschaft Ihres Wohnorts bzw. auf der Website der Familienkasse.



Ihr Recht auf Familienleistungen im europäischen Ausland

Bei Familienleistungen bestehen je nach Land erhebliche Unterschiede im Hinblick auf ihre Ausgestaltung und auf ihre Höhe.* Sie sollten sich deshalb informieren, welcher Staat für die Gewährung dieser Leistungen zuständig ist und welche Anspruchsvoraussetzungen gelten. Allgemeine Grundsätze über die Bestimmung der rechtlichen Zuständigkeit finden sich unter <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=849&langId=de>.

Der für die Zahlung der Familienleistungen zuständige Staat muss die Versicherungszeiten anrechnen, die nach den Rechtsvorschriften eines anderen Mitgliedstaats der Europäischen Union sowie Islands, Liechtensteins, Norwegens oder der Schweiz zurückgelegt wurden, falls dies für die Begründung eines Anspruchs erforderlich ist.

Sofern für eine Familie nach den Rechtsvorschriften mehrerer Staaten Anspruch auf Familienleistungen besteht, erhält sie grundsätzlich den Höchstbetrag der Familienleistungen, der nach den Gesetzen eines dieser Staaten vorgesehen ist. Mit anderen Worten: Die Familie wird so gestellt, als ob alle betreffenden Personen in dem Staat mit den günstigsten Gesetzen wohnhaft und auch dort versichert wären.

Für ein und denselben Familienangehörigen können für ein und denselben Zeitraum nicht zweimal Familienleistungen bezogen werden. Es gibt Prioritätsregeln, nach denen festgelegt ist, dass die Zahlung von Leistungen eines Staates bis zur Höhe der Leistungen desjenigen Staates ausgesetzt wird, der die Hauptzuständigkeit für die Zahlungen trägt.

Weitere Informationen zur Koordinierung der Sozialleistungsansprüche im Zusammenhang mit Umzügen oder Reisen finden sich unter <http://ec.europa.eu/social-security-coordination>.

* Einige besondere beitragsunabhängige Geldleistungen werden ausschließlich in dem Staat erbracht, in dem der Leistungsempfänger wohnt, und sind somit nicht „exportierbar“. Diese Leistungen sind am Ende dieses Leitfadens in Anhang II aufgeführt.



Kapitel X: Leistungen bei Arbeitslosigkeit

Anspruch auf Leistungen bei Arbeitslosigkeit

Nur Arbeitnehmer haben Anspruch auf Leistungen bei Arbeitslosigkeit.

Arbeitslosengeld (*Allocation de chômage*) wird unter folgenden Voraussetzungen gewährt:

- Sie sind unfreiwillig arbeitslos geworden;
- Sie sind als arbeitssuchend gemeldet und verpflichten sich zur Einhaltung eines persönlichen Hilfeplans für die Wiederbeschäftigung;
- Sie sind aktiv auf Arbeitssuche;
- Sie sind arbeitsfähig;
- Sie erfüllen nicht die Anspruchsbedingungen für den Bezug einer vollen Rente;
- Sie können eine Mindestversicherungsdauer im Rahmen der Arbeitslosenversicherung von mindestens 4 der vergangenen 28 Monate (36 Monate, wenn Sie über 50 Jahre alt sind) nachweisen.

Abgedeckte Leistungen

Das Arbeitslosengeld besteht aus einem Fixum und einem variablen Anteil in Höhe von 40,4% des Bezugslohns. Es beträgt mindestens 57,4% und höchstens 75% dieses Bezugslohns.

Die Bezugsdauer des Arbeitslosengeldes liegt zwischen 4 und 24 Monaten (bzw. 36 Monaten ab dem vollendeten 50. Lebensjahr) und hängt von der Vorversicherungszeit und vom Alter des Arbeitssuchenden ab.

Bezug von Leistungen bei Arbeitslosigkeit

Wenn Sie als Arbeitnehmer in Frankreich Ihre Stelle verlieren, sollten Sie sich umgehend bei Ihrer örtlichen Arbeitsvermittlung als arbeitssuchend melden. Nur so haben Sie gegebenenfalls Anspruch auf Leistungen der Arbeitslosenversicherung und wahren Ihren Anspruch auf Leistungen der Sozialversicherung.

Sie können Ihren Antrag auf Voranmeldung telefonisch oder auch online über die Website der [Arbeitsvermittlung](#) stellen. Sie erhalten dann einen Termin und eine Liste mit den Dokumenten, die vorgelegt werden müssen.

Ihr Anspruch auf Leistungen bei Arbeitslosigkeit im europäischen Ausland

Normalerweise ist der Staat Ihrer Erwerbstätigkeit für die Gewährung von Arbeitslosenleistungen zuständig, da Sie grundsätzlich unter dessen Rechtsvorschriften fallen. Für Grenzgänger und sonstige grenzüberschreitende Pendler, die nicht im Staat ihrer Erwerbstätigkeit wohnen, gelten Sonderregelungen.

Zur Erfüllung der Beitragsvoraussetzungen können Versicherungs- oder Beschäftigungszeiten, die nach den Rechtsvorschriften eines anderen Mitgliedstaats der Europäischen Union sowie Islands, Liechtensteins, Norwegens oder der Schweiz zurückgelegt wurden, herangezogen werden.



Wenn Sie in einem anderen Land der Europäischen Union, Island, Liechtenstein, Norwegen oder der Schweiz nach Arbeit suchen wollen, können Sie diese Leistungen unter bestimmten Bedingungen für einen begrenzten Zeitraum ins Ausland mitnehmen.*

Weitere Informationen zur Koordinierung der Sozialleistungsansprüche im Zusammenhang mit Umzügen oder Reisen finden sich unter <http://ec.europa.eu/social-security-coordination>.

* Einige besondere beitragsunabhängige Geldleistungen werden ausschließlich in dem Staat erbracht, in dem der Leistungsempfänger wohnt, und sind somit nicht „exportierbar“. Diese Leistungen sind am Ende dieses Leitfadens in Anhang II aufgeführt.



Kapitel XI: Mindestsicherung

Anspruch auf Leistungen zur Mindestsicherung

Die französischen Rechtsvorschriften sehen verschiedene Leistungen zur Mindestsicherung für Personen mit dauerhaftem und effektivem Wohnsitz in Frankreich vor, deren Einkommen unterhalb einer bestimmten Bemessungsgrenze liegt.

Aktives Solidaritätseinkommen

Das aktive Solidaritätseinkommen (*revenue de solidarité active, RSA*) ist ein ergänzendes Erwerbseinkommen für Personen mit unzureichendem Arbeitseinkommen, zur Sicherstellung eines Mindesteinkommens für mittellose Personen, zur Förderung der Beschäftigung und zur Bekämpfung der Ausgrenzung.

Bezugsberechtigt sind Personen ab 25 Jahren (unter 25 Jahren, wenn mindestens ein Kind unterhalten wird bzw. eine Schwangerschaft besteht oder wenn ein Mindestzeitraum an Beschäftigung nachgewiesen werden kann), die das Rentenalter noch nicht erreicht haben.

Wer RSA bezieht, ist dazu verpflichtet, eine Arbeit zu suchen, die notwendigen Schritte zum Aufbau einer eigenen Beschäftigung zu ergreifen oder an vorgeschriebenen Maßnahmen zur Eingliederung in den Arbeitsmarkt teilzunehmen.

Beihilfe für behinderte Erwachsene

Die Beihilfe für behinderte Erwachsene (*allocation pour adulte handicapé, AAH*) sichert ein Mindesteinkommen für behinderte Personen im Alter zwischen 20 und 60 Jahren.

Solidaritätsleistung für ältere Menschen und zusätzliche Invaliditätsbeihilfe

Die Solidaritätsleistung für ältere Menschen (*allocation de solidarité aux personnes âgées, ASPA*) und die zusätzliche Invaliditätsbeihilfe (*allocation supplémentaire d'invalidité, ASI*) sind ergänzende Sozialleistungen für ältere Personen oder Personen mit Behinderungen, die keine (ausreichenden) Versicherungszeiten nachweisen können. Die ASPA gilt für Personen ab dem Alter, in dem ein Rentenbezug möglich ist, und die ASI für Personen, die die Bedingungen für den Bezug einer Altersrente nicht erfüllen.

Besondere Solidaritätsbeihilfe

Die besondere Solidaritätsbeihilfe (*allocation de solidarité spécifique, ASS*) garantiert ein Mindesteinkommen für Personen, die zwar erwerbsfähig sind, aber die Voraussetzungen für einen vollen Rentenbezug nicht erfüllen (siehe Kapitel VI).

Die Bezugsberechtigten müssen sich aktiv um die Wiederaufnahme einer Beschäftigung bemühen.

Wartezeitbeihilfe

Die Wartezeitbeihilfe (*allocation temporaire d'attente, ATA*) garantiert ein befristetes Einkommen für bestimmte Arbeitssuchende (auf Wiedereingliederung wartende Personen, Asylbewerber, bestimmte Ausländer), die keinen Anspruch auf Leistungen aus der Arbeitslosenversicherung haben.

Die Bezugsberechtigten müssen sich aktiv um die Wiederaufnahme einer Beschäftigung bemühen.



Abgedeckte Leistungen

Der Leistungsbetrag kann entsprechend der Zusammensetzung des Haushalts und der finanziellen Mittel des Haushalts des Antragstellers variieren.

Aktives Solidaritätseinkommen

Das aktive Solidaritätseinkommen wird für einen Zeitraum von 3 Monaten gewährt, der erneuert werden kann. Es wird in der Höhe an die jeweilige Familiensituation angepasst.

Andere Leistungen

Es gibt weitere Leistungen, die wie folgt gezahlt werden:

- Beihilfe für behinderte Erwachsene (*allocation pour adulte handicapé, AAH*), unabhängig von der Zusammensetzung des Haushalts. Verschiedene Zuschläge sind möglich. Bezugsdauer ist mindestens 1 bis höchstens 10 Jahre;
- Die Solidaritätsbeihilfe für ältere Menschen (*allocation de solidarité aux personnes âgées, ASPA*) wird so lange gezahlt, wie die Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind;
- Die zusätzliche Invaliditätsbeihilfe (*allocation supplémentaire d'invalidité, ASI*) wird so lange gezahlt wie die Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind;
- Die besondere Solidaritätsbeihilfe (*allocation de solidarité spécifique, ASS*) umfasst einen erneuerbaren Bezugszeitraum von sechs Monaten;
- Die Wartezeitbeihilfe (*allocation temporaire d'attente, ATA*) ist entweder monatlich erneuerbar oder wird höchstens 12 Monate gewährt, in Abhängigkeit von der Situation des Leistungsempfängers.

Bezug von Leistungen zur Mindestsicherung

Ansprüche auf das aktive Solidaritätseinkommen (*revenu de solidarité active, RSA*) werden durch die von den Generalräten der französischen Départements (*Conseils généraux*) benannte Behörde beurteilt.

Ansprüche auf Beihilfe für behinderte Erwachsene (*allocation pour adulte handicapé, AAH*) werden durch die Kommission für die Rechte von Menschen mit Behinderungen und unabhängiges Leben (*Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, CDAPH*) begutachtet.

Anträge auf besondere Solidaritätsbeihilfe (*allocation de solidarité spécifique, ASS*) und Wartezeitbeihilfe (*allocation temporaire d'attente, ATA*) werden durch die Arbeitsvermittlung (*Pôle emploi*) geprüft, die auch die Leistungen bei Arbeitslosigkeit gewährt.

Anträge auf Solidaritätsbeihilfe für ältere Menschen (*allocation de solidarité aux personnes âgées, ASPA*) und auf zusätzliche Invaliditätsbeihilfe (*allocation supplémentaire d'invalidité, ASI*) werden durch die Einrichtungen (Kassen) geprüft, die für die Zahlung der Alters- und Invaliditätsrente verantwortlich sind.

Ihr Anspruch auf Leistungen zur Mindestsicherung im europäischen Ausland

Einige besondere beitragsunabhängige Geldleistungen werden ausschließlich in dem Staat erbracht, in dem der Leistungsempfänger wohnt, und sind somit nicht „exportierbar“. Diese Leistungen sind am Ende dieses Leitfadens in Anhang II aufgeführt.

Die EU-Koordinierungsbestimmungen beziehen sich ausschließlich auf Leistungen der sozialen Sicherheit und nicht auf Sozialhilfeleistungen.



Weitere Informationen zur Koordinierung der Sozialleistungsansprüche im Zusammenhang mit Umzügen oder Reisen finden sich unter <http://ec.europa.eu/social-security-coordination>.



Kapitel XII: Leistungen bei Pflegebedürftigkeit

Anspruch auf Leistungen bei Pflegebedürftigkeit

Das französische Sozialversicherungswesen hat keinen einheitlichen Ansatz in Bezug auf eingeschränkte Autonomie und Eigenständigkeit bei den Verrichtungen des alltäglichen Lebens. Die Pflegeleistungen sind auf verschiedene gesetzliche Regelungen verteilt.

Zulage für ständige Pflege durch Dritte

Das französische Recht sieht eine Zulage für ständige Pflege durch Dritte (*majoration pour aide d'une tierce personne*) vor für Empfänger:

- einer Invaliditätsrente (*pension d'invalidité*);
- (unter bestimmten Bedingungen) einer Altersrente (*pension de vieillesse*) oder
- einer Arbeitsunfallrente (*rente d'accident de travail*).

Bezugsberechtigte sollten nicht das Alter für einen vollen Rentenbezug erreicht haben, unabhängig von der Versicherungsdauer zum Zeitpunkt der Antragsprüfung, und die Hilfe einer anderen Person zur Ausübung der Mehrheit der grundlegenden Aktivitäten des alltäglichen Lebens benötigen.

Zulage bei Erziehung eines behinderten Kindes

Die Zulage bei Erziehung eines behinderten Kindes (*complément d'allocation d'éducation de l'enfant handicapé*) wird für Kinder bis 20 Jahre gewährt, die ihren Wohnsitz in Frankreich haben und eine Behinderung von mindestens 80% oder in bestimmten Fällen zwischen 50 und 80% aufweisen.

Leistung zum Ausgleich einer Behinderung und persönliche Pflegebeihilfe

Zwei weitere Pflegebeihilfen sind zu erwähnen:

Zum einen ist dies die Leistung zum Ausgleich einer Behinderung (*prestation de compensation du handicap, PCH*) für behinderte Personen unter 60 Jahren mit Wohnsitz in Frankreich, deren Behinderung bestimmten Kriterien entspricht.

Zum zweiten ist dies die persönliche Pflegebeihilfe (*allocation personnalisée d'autonomie*) für ältere Menschen über 60 Jahre mit Wohnsitz in Frankreich und eingeschränkter Eigenständigkeit. Die Gewährung der Leistung unterliegt keiner Bedürftigkeitsprüfung, aber der Betrag ist einkommensabhängig.

Abgedeckte Leistungen

Sachleistungen

Die Leistung zum Ausgleich einer Behinderung (*prestation de compensation du handicap*) und die persönliche Pflegebeihilfe (*allocation personnalisée d'autonomie*) können dazu verwendet werden, die Kosten für die häusliche, teilstationäre und stationäre Pflege zu decken.

Für die häusliche Pflege wird der heimische Pflegebedarf beurteilt. Die Höhe der Leistung ist abhängig vom Pflegeplan und berücksichtigt die Selbstbeteiligung des Leistungsempfängers. Sie wird durch eine Bedürftigkeitsprüfung berechnet.



Bei der teilstationären Pflege ist Tagespflege in einer spezialisierten Einrichtung möglich. Die Anzahl der gewährten Stunden ist abhängig von der Beurteilung des Pflegebedarfs.

Bei der stationären Pflege (d. h. Unterbringung in einer sozialen oder sozialmedizinischen Einrichtung; Krankenhausaufenthalt oder Unterbringung in einer Einrichtung zur Unterbringung von älteren pflegebedürftigen Personen (*Établissement pour hébergement pour personnes âgées dépendantes, EHPAD*)) entspricht der Betrag der Leistung den Ausgaben entsprechend des Grades der Verminderten Eigenständigkeit gemäß den Tarifen der Einrichtung, abzüglich der Selbstbeteiligung des Leistungsempfängers.

Geldleistungen

Die Zulage für ständige Pflege durch Dritte (*majoration pour aide d'une tierce personne*) umfasst Zuschläge zu den Renten in Höhe von 40%, die nicht niedriger sein dürfen als der per Erlass festgelegte Mindestbetrag.

Die Zulage bei Erziehung eines behinderten Kindes (*complément d'allocation d'éducation de l'enfant handicapé*) umfasst sechs Zulagekategorien. Eine besondere Zulage wird für Kinder von Alleinerziehenden gewährt, die von der Leistung profitieren und eine Zulage von mindestens der 2. Kategorie empfangen.

Andere Leistungen

Zu den sonstigen Leistungen gehören technische Hilfsmittel für den Ankauf oder das Mieten von besonderer Ausstattung, die Anpassung von häufig gebrauchter Ausstattung, Haushaltshilfen (Anpassung), Hilfsmittel zur Beförderung, spezielle oder außergewöhnliche Hilfe und Tiere zur Unterstützung.

Bezug von Leistungen bei Pflegebedürftigkeit

Anträge auf Zulage für ständige Pflege durch Dritte (*majoration pour aide d'une tierce personne*) werden von der medizinischen Dienst der betroffenen Kasse geprüft.

Ein fachübergreifendes Team beurteilt die Bedürftigkeit bei Anträgen auf Zulage bei Erziehung eines behinderten Kindes (*complément d'allocation d'éducation de l'enfant handicapé*) und die Leistung zum Ausgleich einer Behinderung (*prestation de compensation du handicap*).

Bei der persönlichen Pflegebeihilfe (*allocation personnalisée d'autonomie*) erfolgt die Beurteilung durch ein medizinisch-soziales Team.

Ihr Anspruch auf Leistungen bei Pflegebedürftigkeit im europäischen Ausland

Bei Leistungen im Pflegefall gelten ebenso wie bei Krankengeldleistungen die EU-Bestimmungen über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit. Geldleistungen im Pflegefall werden nach den Rechtsvorschriften des Staates erbracht, in dem Sie versichert sind, unabhängig von Ihrem jeweiligen Wohn- oder Aufenthaltsort*.

Sachleistungen im Pflegefall werden nach den Rechtsvorschriften des Staates erbracht, in dem Sie wohnen oder sich aufhalten, als ob Sie in diesem Staat versichert wären.

* Einige besondere beitragsunabhängige Geldleistungen werden ausschließlich in dem Staat erbracht, in dem der Leistungsempfänger wohnt, und sind somit nicht „exportierbar“. Diese Leistungen sind am Ende dieses Leitfadens in Anhang II aufgeführt.



Weitere Informationen zur Koordinierung der Sozialleistungsansprüche im Zusammenhang mit Umzügen oder Reisen finden sich unter <http://ec.europa.eu/social-security-coordination>.



Anhang I: Nützliche Kontaktdaten und Internetadressen

Für Fragen der sozialen Sicherheit, die mehr als einen Mitgliedstaat der EU betreffen, können Sie in dem von der Kommission geführten Verzeichnis der Trägereinrichtungen einen Träger für die Kontaktaufnahme in Europa auswählen. Das Verzeichnis finden Sie unter: <http://ec.europa.eu/social-security-directory>.

Ministerien

Ministerium für Arbeit, Beschäftigung und Gesundheit
<http://www.travail-emploi-sante.gouv.fr/>

Ministerium für Solidarität und Sozialzusammenhalt
<http://www.solidarite.gouv.fr/>

Ministerium für Haushalt, öffentliche Mittel und Staatsreformen
<http://www.budget.gouv.fr/>

Ministerium für Landwirtschaft, Ernährung, Fischerei, ländlicher Raum und Flächennutzungsplanung
<http://agriculture.gouv.fr/>

Rechtstexte

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

Allgemeine Informationen

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

Internetportal zur sozialen Sicherheit

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

Verbindungsstelle

Zentrum für europäische und internationale Verbindungen der sozialen Sicherheit (CLEISS)
11 rue de la Tour des Dames
F-75436 Paris Cedex 09
<http://www.cleiss.fr/>

Einziehung der Sozialversicherungsbeiträge und -abgaben

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

Krankheit, Mutterschaft, Vaterschaft, Invalidität, Todesfall, Arbeitsunfälle (Arbeitnehmer)

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/>

Allgemeine Informationen zur Altersrente

Conseil d'orientation des retraites



<http://www.cor-retraites.fr/>

Information

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

Altersrente (Arbeitnehmer)

▪ **Grundrente**

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

▪ **Obligatorische Zusatzrenten**

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

Arbeitslosigkeit

Unedic

82, rue de Reuilly

F-75012 Paris

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

Arbeitsvermittlung (*Pôle emploi*)

Le Cinétic

1, avenue du Docteur Gley

<http://www.pole-emploi.fr>

Familienleistungen

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

Sozialversicherung der Selbständigen

RSI

264, avenue du Président Wilson

93457 La plaine Saint Denis cedex

<http://www.le-rsi.fr/>

Freie Berufe

CNAVPL

102, rue de Miromesnil

F-75008 Paris

<http://www.cnavpl.fr/>

Landwirtschaftliches System (Arbeitnehmer und Selbständige), alle Zweige, einschließlich Einziehung der Beiträge

CCMSA

Les Mercuriales

40, rue Jean Jaurès



F-93547 Bagnolet Cedex
<http://www.msa.fr/>

Informationen zu den Sondersystemen

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



Anhang II: Besondere beitragsunabhängige Geldleistungen

Bestimmte Sozialleistungen, die als besondere beitragsunabhängige Geldleistungen¹ bezeichnet werden, zahlt ausschließlich der Staat, in dem die betroffene Person ihren Wohnsitz hat. Es ist daher auch bei fortgesetztem Versicherungsschutz in Frankreich nicht möglich, diese Geldleistungen in das europäische Ausland zu „exportieren“.

In Frankreich gibt es die folgenden beitragsunabhängigen Leistungen:

- Zusatzbeihilfen:
 - des Invaliditäts-Sonderfonds und
 - des Solidaritätsfonds für Betagte unter Achtung erworbener Rechte (Gesetz vom 30. Juni 1956, kodifiziert in Band VIII des Gesetzes über soziale Sicherheit);
- Beihilfe für erwachsene Behinderte (Gesetz vom 30. Juni 1975, kodifiziert in Band VIII des Gesetzes über soziale Sicherheit);
- Sonderbeihilfe (Gesetz vom 10. Juli 1952, kodifiziert in Band VIII des Gesetzes über soziale Sicherheit) unter Achtung erworbener Rechte;
- Alterssolidarbeihilfe (Erlass vom 24. Juni 2004, kodifiziert in Band VIII des Gesetzes über soziale Sicherheit) vom 1. Januar 2006.

¹ In Anhang X der Verordnung (EG) Nr. 883/2004, geändert durch die Verordnung (EG) Nr. 988/2009.