



TABLEAUX SYNOPTIQUES CONCERNANT LA SECURITE SOCIALE SUISSE

(L'Accord sur la libre circulation des personnes conclu avec la CE et l'Accord amendant la Convention AELE ainsi que les Conventions internationales de coordination en matière de sécurité sociale conclues avec d'autres Etats sont réservés)

Etat au 1.1.2025

- Organisation	p. 2
- Financement.....	p. 3
- Assurance-maladie	p. 8
- Assurance-accidents et maladies professionnelles	p. 13
- Assurance-pensions de base (1er pilier)	p. 18
Assurance-vieillesse	p. 18
Prestations aux survivants	p. 23
Assurance-invalidité	p. 25
- Allocations pour perte de gain en cas de service, de maternité, allocations à l'autre parent, allocations en cas d'adoption et de prise en charge	p. 33
- Prestations complémentaires au 1er pilier.....	p. 38
- Prestations transitoires pour chômeurs âgés.....	p. 39
- Prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité (2e pilier)	p. 40
- Prévoyance individuelle liée (3e pilier a).....	p. 45
- Allocations familiales	p. 46
- Assurance-chômage.....	p. 48

ORGANISATION

Office fédéral de la santé publique (OFSP)		Office fédéral des assurances sociales (OFAS)			OFAS et cantons	Secrétariat d'Etat à l'économie (SECO)
Maladie Maternité (prestations en nature)	Accidents et maladies professionnelles	Vieillesse, survivants et invalidité (1er pilier), allocations pour perte de gain, prestations complémentaires et prestations transitoires pour chômeurs âgés	Prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité (2e pilier)	Prévoyance individuelle liée (3e pilier a)	Allocations familiales	Chômage
– caisses-maladie reconnues (caisses publiques et caisses privées) – entreprises d'assurance privées soumises à la loi du 17.12.2004 sur la surveillance des assurances et bénéficiant de l'autorisation de pratiquer l'assurance-maladie sociale – institution commune qui assume les coûts afférents aux prestations légales en lieu et place des assureurs insolubles – Fondation suisse pour la promotion de la santé	– Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA); elle assure environ 50% des travailleurs – Autres assureurs: - entreprises d'assurance privées soumises à la loi du 17.12.2004 sur la surveillance des assurances - caisses publiques d'assurance-accidents - caisses-maladie au sens de la loi du 26.9.2014 sur la surveillance de l'assurance-maladie – Caisse supplétive, gérée par les assureurs précités (sauf la CNA); elle alloue les prestations légales aux travailleurs victimes d'un accident que la CNA n'a pas la compétence d'assurer et qui n'ont pas été assurés par leur employeur	– caisses de compensation (publiques ou professionnelles) – Centrale de compensation Pour l'invalidité, de surcroît: – Offices cantonaux de l'assurance-invalidité – Office AI pour les assurés résidant à l'étranger Pour les prestations complémentaires et les prestations transitoires pour chômeurs âgés: caisses cantonales de compensation, sauf dans les cantons de Genève, Zurich et Bâle-Ville	– institutions de prévoyance enregistrées – Fonds de garantie (y compris Centrale du 2e pilier) – Institution supplétive	– fondations bancaires (comptes bloqués) – établissements d'assurance (polices d'assurance)	Régime fédéral (travailleurs agricoles et agriculteurs indépendants): caisses cantonales de compensation Régimes cantonaux (hors agriculture): caisses de compensation pour allocations familiales (caisses professionnelles ou interprofessionnelles reconnues et caisses cantonales)	– caisses de chômage publiques (cantonales) et caisses de chômage privées agréées – organe de compensation de l'assurance-chômage (y compris le fonds de compensation) – autorités désignées par les cantons – offices régionaux de placement – commissions tripartites – caisses de compensation de l'AVS – Centrale de compensation de l'AVS – employeurs – Commission de surveillance

FINANCEMENT

	COTISATIONS	PARTICIPATION DES POUVOIRS PUBLICS
Maladie-maternité Assurance des soins	– L'assureur fixe le montant des primes à payer par ses assurés. Le tarif des primes doit être approuvé par l'OFSP. – L'assureur prélève des primes égales auprès de ses assurés. Il échelonne toutefois en principe les montants des primes selon les différences des coûts cantonaux. Il peut également échelonner les primes selon les régions. Les régions sont délimitées uniformément pour tous les assureurs. – Pour les assurés de moins de 18 ans révolus (enfants) et pour les assurés de moins de 25 ans révolus (jeunes adultes), l'assureur doit fixer une prime plus basse que celle des assurés plus âgés (adultes). La prime des enfants doit être inférieure à celle des jeunes adultes. – Formes particulières d'assurance: voir p. 11.	Les cantons financent un système de réduction des primes des personnes de condition économique modeste. Pour les bas et moyens revenus, les cantons réduisent de 80% au moins les primes des enfants et de 50% au moins celles des jeunes adultes en formation. A cette fin, la Confédération accorde aux cantons des subsides annuels correspondant à 7,5% des coûts bruts de l'assurance, répartis selon la population de chaque canton. En 2025, subsides fédéraux: Frs. 3 561 Mio.
Maladie Indemnités journalières	– L'assureur fixe le montant des primes à payer par ses assurés. – Il perçoit des primes égales s'il s'agit de prestations assurées égales. Toutefois, l'assureur peut échelonner les primes d'après l'âge d'entrée et selon les régions. – Si un délai d'attente est applicable au versement de l'indemnité journalière, l'assureur doit réduire les primes de manière correspondante.	

FINANCEMENT (suite)

	COTISATIONS (PRIMES)	PARTICIPATION DES POUVOIRS PUBLICS
Accidents et maladies professionnelles	Accidents non professionnels: Salarié: en pour mille du gain assuré. Les assurés peuvent être répartis en classes de tarif. Employeur: néant. Chômeurs (CNA): 37,7‰[*] Accidents et maladies professionnels: Salarié: néant. Employeur: en pour mille du gain assuré. Primes nettes correspondant au risque et suppléments pour frais administratifs, prévention, etc. Entreprises classées en classes et degrés de tarifs selon risque d'accident et conditions propres de l'entreprise. Gain maximum assuré: Frs. 148 200.— par an.	_____ _____

^{*} 25,1‰ sont directement prélevés sur l'indemnité journalière de l'assurance-chômage, les 12,6‰ restants sont pris en charge par le fonds de compensation de l'assurance-chômage.

FINANCEMENT (suite)

	COTISATIONS	PARTICIPATION DES POUVOIRS PUBLICS
Vieillesse et survivants (1er pilier)	Salarié : 4,35% du revenu (sans plafond). Employeur : 4,35% du revenu (sans plafond). Indépendant : 8,1% (réduction du taux de cotisation selon un barème dégressif). Assurés sans activité lucrative : suivant les conditions sociales, le montant varie entre Frs. 435.– et Frs. 21 750.– par an.	Confédération : 20,20% des dépenses annuelles de l'assurance. TVA : 1,4 point de TVA est affecté à l'AVS. Recettes de la taxe sur les maisons de jeux. <i>L'allocation pour impotent est financée exclusivement par la Confédération.</i>
Invalidité (1er pilier)	Salarié : 0,7% du revenu (sans plafond). Employeur : 0,7% du revenu (sans plafond). Indépendant : 1,4% (réduction du taux de cotisation selon un barème dégressif). Assurés sans activité lucrative : suivant les conditions sociales, le montant varie entre Frs. 70.– et Frs. 3 500.– par an.	Confédération : contribution dépendant de l'évolution conjoncturelle, au plus la moitié et au moins 37,7% des dépenses annuelles de l'assurance. <i>L'allocation pour impotent et les rentes extraordinaires sont financées exclusivement par la Confédération.</i>
Allocations pour perte de gain en cas de service Allocations pour perte de gain en cas de maternité, d'adoption, allocations à l'autre parent et en cas de prise en charge	Salarié : 0,25% du revenu (sans plafond). Employeur : 0,25% du revenu (sans plafond). Indépendant : 0,5% (réduction du taux de cotisation selon un barème dégressif). Assurés sans activité lucrative : suivant les conditions sociales, le montant varie entre Frs. 25.– et Frs. 1 250.– par an.	_____
Prestations complémentaires	_____	Prestations complémentaires annuelles: Dépenses couvertes par la Confédération (5/8) et les cantons (3/8). Remboursement des frais de maladie et d'invalidité: Dépenses couvertes par les cantons.

FINANCEMENT (suite)

	COTISATIONS	PARTICIPATION DES POUVOIRS PUBLICS
Prestations transitoires pour chômeurs âgés	_____	Dépenses couvertes par la Confédération.
Prévoyance professionnelle (2e pilier)	– Selon règlements des institutions de prévoyance (elles doivent toutefois garantir la tenue de leurs engagements). – Cotisations à la charge de l'employeur et du salarié; la somme des cotisations de l'employeur doit être au moins égale à la somme des cotisations de ses salariés. – Le Fonds de garantie est financé par les cotisations annuelles des institutions de prévoyance soumises à la loi sur le libre passage et par le rendement de sa fortune.	_____
Prévoyance individuelle liée (3e pilier a)	Cotisations d'un montant déterminé par le preneur de prévoyance. Elles sont déductibles du revenu imposable jusqu'à concurrence de: – Frs. 7 258.–, pour les salariés. – 20% par an du revenu d'une activité lucrative, au plus Frs. 36 288.–, pour les indépendants.	_____

FINANCEMENT (suite)

	COTISATIONS	PARTICIPATION DES POUVOIRS PUBLICS
Allocations familiales	Régime fédéral salarié : néant. employeur : 2% du salaire. agriculteur : néant. indépendant Régimes cantonaux salarié : néant (sauf en Valais: 0,17% du salaire). employeur : de 1,025 à 2,75% du sa- laire suivant les caisses. indépendant : de 0,85 à 2,95% du re- venu suivant les caisses; plafond: Frs. 148 200.– par an. assurés sans dans 6 cantons (Glaris, activité Soleure, Appenzell lucrative : Rhodes-Extérieures, Saint-Gall, Thurgovie et Tessin), contribution fixée en pour cent des cotisations dues à l'AVS, si celles-ci dépassent la cotisation minimale AVS.	Couverture du déficit par la Confédération (2/3) et les cantons (1/3). Dépenses couvertes par la Confédération (2/3) et les cantons (1/3). Les cantons financent les allocations familiales versées aux personnes sans activité lucrative.
Chômage	Salarié : 1,1% du salaire déterminant. Employeur : 1,1% du salaire déterminant. Salaire maximum assuré : Frs. 12 350.– par mois.	La Confédération participe aux coûts du service de l'emploi et des mesures relatives au marché du travail à raison de 0,159% de la somme des salaires soumis à cotisation. Si nécessaire, la Confédération accorde des prêts de trésorerie aux condi- tions du marché.

ASSURANCE-MALADIE

LEGISLATION	Loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal) Loi fédérale du 26 septembre 2014 sur la surveillance de l'assurance-maladie (LSAMal) Loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA)
CHAMP D'APPLICATION MATERIEL	L'assurance-maladie sociale comprend l'assurance obligatoire des soins et une assurance facultative d'indemnités journalières. <i>Les caisses-maladie ont le droit de pratiquer, en plus de l'assurance-maladie sociale au sens de la LAMal, des assurances complémentaires. Toutefois, celles-ci ne sont pas régies par la LAMal mais par la loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance (LCA).</i>
DEFINITIONS	– par maladie, on entend toute atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui n'est pas due à un accident et qui exige un examen ou un traitement médical ou provoque une incapacité de travail, et par infirmité congénitale, toute maladie présente à la naissance accomplie de l'enfant; – par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort; – la maternité comprend la grossesse et l'accouchement ainsi que la convalescence qui suit ce dernier.
ASSURANCE DES SOINS MEDICAUX ET PHARMACEUTIQUES	
Assurés	Toute personne domiciliée en Suisse (les exceptions figurent dans l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie). Les personnes tenues de s'assurer choisissent librement leur assureur.
Conditions d'octroi	Aucun stage requis.

ASSURANCE-MALADIE (suite)

ASSURANCE DES SOINS MEDICAUX ET PHARMACEUTIQUES (suite)	
Prestations	a) Prestations générales en cas de maladie, de maternité, d'accident (non couvert par une assurance-accidents), d'infirmité congénitale (non couverte par l'assurance-invalidité) et d'interruption non punissable de la grossesse: – les examens et traitements dispensés sous forme ambulatoire, en milieu hospitalier ou dans un établissement médico-social ainsi que les soins dispensés dans le cadre d'un traitement hospitalier par des médecins, des chiropraticiens, des infirmiers ou des personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat médical; – une contribution aux soins dispensés sur la base d'un besoin en soins avéré, sous forme ambulatoire, notamment dans des structures de soins de jour ou de nuit ou dans des établissements médico-sociaux par un infirmier, au sein d'organisations qui emploient des infirmiers, ou sur prescription ou mandat médical; – les soins aigus et de transition qui se révèlent nécessaires à la suite d'un séjour hospitalier, prescrits conjointement par un médecin et un infirmier de l'hôpital, durant deux semaines au plus; – les analyses, médicaments, moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques prescrits par un médecin ou, dans les limites fixées par le Conseil fédéral, par un chiropraticien; – une participation aux frais des cures balnéaires prescrites par un médecin; – les mesures de réadaptation effectuées ou prescrites par un médecin; – le séjour à l'hôpital correspondant au standard de la division commune; – le séjour en cas d'accouchement dans une maison de naissance; – une contribution aux frais de transport médicalement nécessaires ainsi qu'aux frais de sauvetage; – les prestations des pharmaciens (conseils) lors de la remise des médicaments prescrits. b) Mesures de prévention: Prise en charge des coûts de certains examens destinés à détecter à temps les maladies ainsi que des mesures préventives en faveur d'assurés particulièrement menacés. Ces examens ou mesures préventives sont effectués ou prescrits par un médecin. c) Prestations spécifiques de maternité: – les examens de contrôle, effectués par un médecin ou une sage-femme ou prescrits par un médecin, pendant et après la grossesse; – une contribution au cours de préparation à l'accouchement; – l'accouchement à domicile, dans un hôpital ou dans une maison de naissance ainsi que l'assistance d'un médecin ou d'une sage-femme; – les conseils en cas d'allaitement; – les soins accordés au nouveau-né en bonne santé et son séjour, tant qu'il demeure à l'hôpital avec sa mère. d) Soins dentaires: Prise en charge des coûts des soins dentaires: – s'ils sont occasionnés par une maladie grave et non évitable du système de la mastication, ou – s'ils sont occasionnés par une autre maladie grave ou ses séquelles, ou – s'ils sont nécessaires pour traiter une maladie grave ou ses séquelles. Prise en charge également des coûts du traitement de lésions du système de la mastication causées par un accident qui n'est pas couvert par une assurance-accidents.

ASSURANCE-MALADIE (suite)

ASSURANCE DES SOINS MEDICAUX ET PHARMACEUTIQUES (suite)	
Début de la prise en charge	Dès le début de la maladie.
Durée de la prise en charge	Durée illimitée.
Fournisseurs de prestations	– Médecins; – pharmaciens; – dentistes; – chiropraticiens; – sage-femmes; – physiothérapeutes, ergothérapeutes, infirmières et infirmiers, logopédistes-orthophonistes, diététiciens, neuropsychologues, psychologues-psychothérapeutes, podologues, prodiguant des soins sur prescription ou sur mandat médical ainsi que les organisations qui les emploient; – laboratoires; – centres de remise de moyens et d'appareils diagnostiques ou thérapeutiques; – hôpitaux; – maisons de naissance; – établissements médico-sociaux; – établissements de cure balnéaire; – entreprises de transport et de sauvetage; – institutions de soins ambulatoires dispensés par des médecins.
Choix du fournisseur de prestations	L'assuré a le libre choix entre les fournisseurs de prestations admis et aptes à traiter sa maladie. Les cantons limitent, dans un ou plusieurs domaines de spécialité ou dans certaines régions, le nombre de médecins qui fournissent des prestations ambulatoires à la charge de l'assurance obligatoire des soins; les critères et les principes méthodologiques pour fixer les nombres maximaux de médecins sont définis par le Conseil fédéral.
Prise en charge des coûts	En cas de traitement ambulatoire, l'assureur prend en charge les coûts selon le tarif applicable au fournisseur de prestations choisi par l'assuré. En cas de traitement hospitalier, il prend en charge les coûts jusqu'à concurrence du tarif applicable dans le canton où réside l'assuré. Il existe des dispositions spéciales pour les cas d'urgence ou si l'assuré recourt à un autre fournisseur de prestations pour des raisons médicales.

ASSURANCE-MALADIE (suite)

ASSURANCE DES SOINS MEDICAUX ET PHARMACEUTIQUES (suite)	
Participation de l'assuré	Un montant fixe par année civile (franchise), uniquement pour les adultes*, et une quote-part en %. De plus, en cas d'hospitalisation, les assurés de plus de 25 ans versent une contribution aux frais de séjour. Franchise ordinaire: Frs. 300.– par année civile. Quote-part: 10% des coûts qui dépassent la franchise jusqu'à concurrence de Frs. 700.– pour les adultes et Frs. 350.– pour les enfants (Cependant, plusieurs enfants d'une même famille, assurés par le même assureur, payent ensemble au maximum Frs. 1 000.–). La quote-part s'élève à 40% pour les médicaments dont le prix de fabrique est au moins 10% supérieur à la moyenne des prix de fabrique du tiers le plus avantageux de tous les médicaments composés des mêmes substances actives et figurant sur la liste des spécialités. Contribution aux frais de séjour en cas d'hospitalisation: Frs. 15.– par jour (non limitée dans le temps). Aucune participation n'est exigée en cas de prestations de maternité et en cas de prestations fournies à partir de la 13^e semaine de grossesse, pendant l'accouchement, et jusqu'à huit semaines après l'accouchement.
Formes particulières d'assurance impliquant une réduction de primes	– Assurance avec franchise à options: Les assureurs peuvent pratiquer, en plus de l'assurance des soins ordinaire, une assurance dans laquelle les adultes peuvent choisir une franchise plus élevée et les enfants payer une franchise. Les franchises plus élevées se montent à Frs. 500.–, 1 000.–, 1 500.–, 2 000.– et 2 500.–, pour les adultes et à Frs. 100.–, 200.–, 300.–, 400.–, 500.– et 600.–, pour les enfants. – Assurance avec bonus: Les assureurs peuvent pratiquer, en plus de l'assurance des soins ordinaire, une assurance dans laquelle une réduction de prime est accordée lorsque l'assuré n'a bénéficié d'aucune prestation pendant une année. Sont exceptées les prestations de maternité et les mesures de prévention. – Assurances impliquant un choix limité des fournisseurs de prestations: Les assureurs peuvent pratiquer, en plus de l'assurance des soins ordinaire, des assurances impliquant un choix limité des fournisseurs de prestations. L'assureur peut dans ce cas renoncer en tout ou partie au prélèvement de la quote-part et de la franchise.

* Plus de 18 ans.

ASSURANCE-MALADIE (suite)

ASSURANCE INDEMNITE JOURNALIERE	
Adhésion	Toute personne domiciliée en Suisse ou qui y exerce une activité lucrative, âgée de 15 ans révolus, mais qui n'a pas atteint 65 ans, peut conclure une assurance d'indemnités journalières. Une obligation d'assurance peut résulter du contrat individuel de travail, d'un contrat-type de travail ou d'une convention collective de travail. Dans ce cas, l'assurance d'indemnités journalières peut être conclue sous la forme d'un contrat collectif.
Conditions d'octroi	Aucun stage requis.
Réserve d'assurance	Les assureurs peuvent exclure de l'assurance, par une clause de réserve, les maladies existant au moment de l'admission. Il en va de même pour les maladies antérieures si, selon l'expérience, une rechute est possible. Les réserves sont caduques au plus tard après 5 ans.
Changement d'assureur (libre passage)	Le nouvel assureur n'a pas le droit d'instituer de nouvelles réserves si l'assuré a changé d'assureur parce que ses rapports de travail ou la fin de ceux-ci l'exigent, ou qu'il sort du rayon d'activité de son assureur antérieur, ou que son assureur ne pratique plus l'assurance-maladie sociale. Le nouvel assureur peut maintenir en vigueur, jusqu'à échéance du délai initial, des réserves instaurées par l'ancien assureur. L'assuré doit faire valoir son droit au libre passage dans les trois mois.
Délai d'attente	A défaut d'accord contraire, le droit prend naissance le 3e jour qui suit le début de la maladie. Le versement des prestations peut être différé moyennant une réduction correspondante du montant de la prime.
Montant de l'indemnité	L'assureur convient avec le preneur d'assurance du montant des indemnités journalières assurées.
Durée du versement	Durant au moins 720 jours dans une période de 900 jours.

ASSURANCE-ACCIDENTS ET MALADIES PROFESSIONNELLES

LEGISLATION	Loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA) Loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA)
Assurés	– Sont assurés obligatoirement les travailleurs salariés occupés en Suisse, les personnes au chômage qui remplissent les conditions de l'article 8 de la loi fédérale du 25.6.1982 sur l'assurance-chômage (cf. p. 49) ainsi que les personnes qui participent à des mesures de l'assurance-invalidité dans un établissement ou un atelier ou dans une entreprise, dès lors que leur situation est analogue à celle qui résulterait d'un contrat de travail. Est réputé travailleur salarié quiconque exerce une activité lucrative dépendante au sens de la LAVS. – Assurance facultative pour les indépendants domiciliés en Suisse.
Début et fin de l'assurance*	– Elle produit ses effets dès le jour où débute le rapport de travail ou dès que naît le droit au salaire, mais en tout cas dès le moment où le travailleur prend le chemin pour se rendre au travail; – elle cesse de produire ses effets à la fin du 31^e jour qui suit le jour où prend fin le droit au demi-salaire au moins (l'assureur doit offrir à l'assuré la possibilité de prolonger de six mois au plus l'assurance par convention spéciale). Le Conseil fédéral désigne les rémunérations et les prestations de remplacement qui doivent être considérées comme salaire.
Subrogation	Dès la survenance de l'événement dommageable, l'assureur est subrogé jusqu'à concurrence des prestations légales aux droits de l'assuré et de ses survivants contre tout tiers responsable.
Responsabilité du travailleur	– Si l'atteinte à la santé ou le décès a été provoqué intentionnellement, aucune prestation d'assurance n'est allouée, sauf l'indemnité pour frais funéraires; – l'accident non professionnel dû à une négligence grave de l'assuré peut entraîner la réduction des indemnités journalières pendant au plus 2 ans; – si l'assuré a provoqué l'accident en commettant un crime ou un délit, les prestations en espèces peuvent être réduites, voire supprimées.

* Il existe une réglementation spéciale pour les chômeurs.

ASSURANCE-ACCIDENTS ET MALADIES PROFESSIONNELLES (suite)

RISQUES COUVERTS	
Définitions	Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort. Par maladie, on entend toute atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui n'est pas due à un accident et qui exige un examen ou un traitement médical ou provoque une incapacité de travail.
Accident professionnel	Accident dont est victime l'assuré lorsqu'il exécute des travaux sur ordre de son employeur ou dans son intérêt ainsi que, au cours d'une interruption de travail de même qu'avant ou après le travail, lorsqu'il se trouve, à bon droit, au lieu de travail ou dans la zone de danger liée à son activité professionnelle.
Accident non professionnel	Tous les autres accidents, y compris en principe les accidents dits "de trajet".
Maladie professionnelle	Toute maladie due exclusivement ou de manière prépondérante, dans l'exercice de l'activité professionnelle, à des substances nocives ou à certains travaux (liste des substances et des travaux), ainsi que les autres maladies dont il est prouvé qu'elles ont été causées exclusivement ou de manière nettement prépondérante par l'exercice de l'activité professionnelle (clause générale).
PRESTATIONS POUR SOINS ET REMBOURSEMENT DE FRAIS	– Traitement médical approprié: – traitement ambulatoire dispensé par le médecin, le dentiste ou, sur prescription de ces derniers, par le personnel paramédical ainsi que par le chiropraticien, de même qu'au traitement ambulatoire dispensé dans un hôpital; – médicaments et analyses ordonnés par le médecin ou le dentiste; – traitement, nourriture et logement dans la division commune d'un hôpital; – cures complémentaires et cures de bain prescrites par le médecin; – moyens et appareils servant à la guérison. - Libre choix du médecin, du dentiste, du chiropraticien, de la pharmacie et de l'hôpital ou l'établissement de cure. – Moyens auxiliaires destinés à compenser un dommage corporel ou la perte d'une fonction, d'un modèle simple et adéquat remis en prêt ou en toute propriété. – Dommages matériels: l'assuré a droit à l'indemnisation pour les dommages causés par un accident aux objets qui remplacent morphologiquement ou fonctionnellement une partie du corps (les frais de remplacement des lunettes, appareils acoustiques et prothèses dentaires ne sont pris en charge que si la lésion corporelle nécessite un traitement). – Frais nécessaires de sauvetage ainsi que les frais médicalement nécessaires de voyage et de transport. Le remboursement des frais à l'étranger est limité. – Frais de transport du corps et frais funéraires.

ASSURANCE-ACCIDENTS ET MALADIES PROFESSIONNELLES (suite)

PRESTATIONS EN ESPECES	Indemnité journalière, rente d'invalidité, indemnité pour atteinte à l'intégrité, allocation pour impotent, rentes de survivants, indemnité en capital
INDEMNITE JOURNALIERE	
Début et durée du droit	Dès le 3e jour qui suit celui de l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède.
Montant	80% du gain assuré. Si l'incapacité n'est que partielle, il y a réduction en conséquence. Des déductions au titre de la participation aux frais d'entretien peuvent être opérées en cas d'hospitalisation, sauf pour les assurés ayant à leur charge des enfants mineurs ou qui font un apprentissage ou des études. Il existe une réglementation spéciale pour les chômeurs.
Gain assuré pour le calcul de l'indemnité journalière	Dernier salaire que l'assuré a reçu avant l'accident. Ce salaire est converti en gain annuel et divisé par 365. Maximum: Frs. 406.– par jour.
RENTE D'INVALIDITE	
Définition	L'invalidité est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.
Naissance et extinction du droit	Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical, et après exécution des éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité, une sensible amélioration de l'état de l'assuré. Le droit s'éteint lorsque la rente est remplacée en totalité par une indemnité en capital, lorsqu'elle est rachetée ou lorsque l'assuré décède.
Taux minimum d'invalidité	Si l'assuré est invalide à 10% au moins, il a droit à une rente d'invalidité, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge de référence (de la retraite). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.
Montant	Invalidité totale: 80% du gain assuré/invalidité partielle: réduction proportionnelle. Lorsque l'assuré atteint l'âge de référence (de la retraite), la rente d'invalidité et la rente complémentaire (cf. p. 17) sont réduites d'un certain pourcentage en fonction de l'âge de l'assuré au moment de l'accident et de son taux d'invalidité.
Gain assuré pour le calcul de la rente d'invalidité	Salaire que l'assuré a gagné durant l'année qui a précédé l'accident. Maximum: Frs. 12 350.– par mois.

ASSURANCE-ACCIDENTS ET MALADIES PROFESSIONNELLES (suite)

INDEMNITE EN CAPITAL	Lorsqu'on peut déduire de la nature de l'accident et du comportement de l'assuré que ce dernier recouvrera sa capacité de gain s'il reçoit une indemnité unique, les prestations cessent d'être allouées et l'assuré reçoit une indemnité en capital d'un montant maximum de 3 fois le gain annuel assuré.
INDEMNITE POUR ATTEINTE A L'INTEGRITE	Prestation en capital, échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité; elle ne peut excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident.
ALLOCATION POUR IMPOTENT	Est réputée impotente toute personne qui, en raison d'une atteinte à sa santé, a besoin de façon permanente de l'aide d'autrui ou d'une surveillance personnelle pour accomplir des actes élémentaires de la vie quotidienne. L'allocation pour impotent est fixée selon le degré d'impotence.

ASSURANCE-ACCIDENTS ET MALADIES PROFESSIONNELLES (suite)

RENTES DE SURVIVANTS	
Conjoint* survivant Droit	- Veuves et veufs qui, au décès de leur conjoint, ont un ou plusieurs enfants ayant droit à une rente ou qui sont invalides aux 2/3 au moins; - veuves qui ont un ou plusieurs enfants n'ayant plus droit à une rente ou qui ont accompli leur 45e année. Elles ont droit à une indemnité en capital lorsqu'elles ne remplissent pas les conditions d'octroi d'une rente; - le conjoint divorcé est assimilé à la veuve ou au veuf dans la mesure où l'assuré victime de l'accident était tenu à aliments envers lui.
Montant de la rente	40% du gain assuré. La rente du conjoint divorcé s'élève à 20% du gain assuré, mais au maximum à la contribution d'entretien qui est due.
Montant de l'indemnité en capital	Varie selon la durée du mariage: moins d'un an: 1 fois le montant de la rente annuelle plus d'un an mais moins de 5 ans: 3 fois le montant de la rente annuelle plus de 5 ans: 5 fois le montant de la rente annuelle.
Orphelin Droit	Rente d'orphelin de père et/ou de mère.
Montant	Orphelin de père ou de mère: 15% du gain assuré; orphelin de père et de mère: 25% du gain assuré.
Durée d'octroi	Le droit à la rente du conjoint survivant s'éteint par le remariage ou le décès de l'ayant droit ou par le rachat de la rente. Le droit à la rente d'orphelin s'éteint par l'accomplissement de la 18ème année (25 ans révolus en cas d'apprentissage ou d'études), par le décès de l'orphelin ou par le rachat de la rente.
Maximum pour l'ensemble des ayants droit	En cas de concours de plusieurs survivants, les rentes de survivants s'élèvent à 70% du gain assuré au plus et en tout (90% lorsqu'il existe en outre une rente pour conjoint divorcé).
Gain assuré pour le calcul des rentes de survivants	Idem rente d'invalidité.
ADAPTATION	Les rentes de l'assurance-accidents sont ajustées à l'évolution des prix, en même temps que celles de l'assurance-pensions de base (1er pilier).
CONCOURS DE PRESTATIONS	S'il y a concours avec des prestations de l'AVS/AI, l'assurance-accidents n'alloue en principe qu'une rente complémentaire dont le montant correspond à la différence entre 90% du gain assuré et la rente de l'AVS ou de l'AI mais au plus au montant auquel aurai(en)t eu droit (les) l'intéressé(s) de la part de la seule assurance-accidents.

* Pendant toute sa durée, le partenariat enregistré entre personnes du même sexe est assimilé au mariage et sa dissolution judiciaire au divorce; le partenaire enregistré survivant est assimilé à un veuf.

ASSURANCE-PENSIONS DE BASE (1er pilier) ASSURANCE-VIEILLESSE

LEGISLATION	Loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS) Loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA)
But	Selon l'article 112 de la constitution fédérale, les rentes de l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (1 ^{er} pilier) doivent couvrir les besoins vitaux de manière appropriée.
Assurance obligatoire	Toutes les personnes physiques qui sont domiciliées en Suisse ou y exercent une activité lucrative sont obligatoirement assurées. Le sont aussi les ressortissants suisses travaillant à l'étranger au service de la Confédération, au service d'organisations internationales avec lesquelles le Conseil fédéral a conclu un accord de siège, ou au service d'organisations d'entraide privées soutenues de manière substantielle par la Confédération. Quelques exceptions à l'obligation d'assurance sont prévues par la loi. Peuvent rester assurés: - les personnes qui travaillent à l'étranger pour le compte d'un employeur dont le siège est en Suisse et qui sont rémunérées par cet employeur, pour autant qu'il y consente; - les étudiants sans activité lucrative qui quittent leur domicile en Suisse pour effectuer leur formation à l'étranger, jusqu'au 31.12. de l'année où ils ont 30 ans.
Assurance facultative	Les Suisses et les ressortissants des Etats membres de l'UE ou de l'AELE vivant hors du territoire suisse, de l'UE ou de l'AELE et qui cessent d'être soumis à l'assurance obligatoire après une période ininterrompue d'au moins cinq ans peuvent adhérer à l'assurance facultative.
Assujettissement	- Les assurés sont tenus de payer des cotisations tant qu'ils exercent une activité lucrative; - pour les personnes sans activité lucrative, l'obligation commence le 1^{er} janvier de l'année suivant celle où elles ont accompli leur 20^e année et dure jusqu'à la fin du mois où elles atteignent 65 ans (hommes) / 64 ans et 3 mois (femmes)* (âge de référence de la retraite); - deux catégories de jeunes assurés ne sont pas tenues de payer des cotisations; - franchise de cotisation sur les revenus jusqu'à Frs. 1 400 par mois ou Frs. 16 800 par année (à laquelle il est possible de renoncer) pour les personnes exerçant une activité lucrative après l'âge de référence (de la retraite); - sont réputés avoir payé eux-mêmes des cotisations, pour autant que leur conjoint** ait versé des cotisations équivalant au moins au double de la cotisation minimale: a. les conjoints** sans activité lucrative d'assurés exerçant une activité lucrative; b. les personnes qui travaillent dans l'entreprise de leur conjoint** si elles ne touchent aucun salaire en espèces.

* L'âge de référence des femmes est relevé progressivement par paliers de trois mois de 64 à 65 ans. Dès 2028, l'âge de référence sera identique pour les hommes et les femmes, soit 65 ans.

** Pendant toute sa durée, le partenariat enregistré entre personnes du même sexe est assimilé au mariage.

ASSURANCE-PENSIONS DE BASE (1er pilier) ASSURANCE-VIEILLESSE (suite)

RENTES ORDINAIRES DE VIEILLESSE	
Conditions générales d'octroi	- Pour les ressortissants suisses: avoir atteint l'âge de référence (de la retraite) (en 2025: 65 ans pour les hommes, 64 ans et 3 mois* pour les femmes) et avoir la possibilité que soit portée en compte au moins une année entière de cotisations; - pour les étrangers: comme pour les Suisses et conserver son domicile et sa résidence habituelle en Suisse.
Calcul de la rente	Fonction du revenu annuel moyen et des années de cotisations.
Revenu annuel moyen	Il se compose: - des revenus de l'activité lucrative; - des bonifications pour tâches éducatives; - des bonifications pour tâches d'assistance.
Revenus de l'activité lucrative	On prend en considération les revenus d'une activité lucrative sur lesquels des cotisations ont été versées; les cotisations des personnes sans activité lucrative sont converties et comptées comme revenu d'une activité lucrative; les revenus que les époux** ont réalisés pendant les années civiles de mariage** commun sont répartis et attribués pour moitié à chacun des époux** (splitting). Si l'assuré a cotisé après l'âge de référence (de la retraite), il peut demander une fois au plus un nouveau calcul de sa rente, tenant compte des revenus de l'activité lucrative réalisés pendant la période de cotisation supplémentaire et sur lesquels des cotisations ont été versées.
Splitting	La répartition des revenus est effectuée lorsque: - les 2 conjoints** ont atteint l'âge de référence (de la retraite); - une veuve ou un veuf** atteint l'âge de référence (de la retraite); - le mariage est dissous par le divorce**; - les deux conjoints ont droit à une rente d'invalidité, ou - l'un des conjoints a droit à une rente d'invalidité et l'autre atteint l'âge de référence (de la retraite).

* L'âge de référence des femmes est relevé progressivement par paliers de trois mois de 64 à 65 ans. Dès 2028, l'âge de référence sera identique pour les hommes et les femmes, soit 65 ans.

** Pendant toute sa durée, le partenariat enregistré entre personnes du même sexe est assimilé au mariage et sa dissolution judiciaire au divorce; le partenaire enregistré survivant est assimilé à un veuf.

ASSURANCE-PENSIONS DE BASE (1er pilier) ASSURANCE-VIEILLESSE (suite)

RENTES ORDINAIRES DE VIEILLESSE (suite)	
Bonifications pour tâches éducatives	Les assurés peuvent prétendre à une bonification pour tâches éducatives pour les années durant lesquelles ils exercent l'autorité parentale sur un ou plusieurs enfants âgés de moins de 16 ans. Les père et mère qui détiennent conjointement l'autorité parentale ne peuvent prétendre qu'à une bonification. La bonification correspond au triple du montant de la rente de vieillesse annuelle minimale, montant établi au moment de la naissance du droit à la rente. La bonification attribuée pendant les années civiles de mariage* est répartie par moitié entre les conjoints*. Si les parents sont divorcés ou non mariés, mais qu'ils exercent conjointement l'autorité parentale, la totalité de la bonification pour tâches éducatives est attribuée à celui des parents qui assume la plus grande partie de la prise en charge des enfants ou la bonification est partagée par moitié lorsque les deux parents assument à égalité la prise en charge des enfants.
Bonifications pour tâches d'assistance	Les assurés qui prennent en charge des parents de ligne ascendante ou descendante ainsi que des frères et sœurs au bénéfice d'une allocation pour impotent de l'AVS, de l'AI ou de l'assurance-accidents ont droit à une bonification pour tâches d'assistance, à condition qu'ils puissent se déplacer facilement auprès de la personne prise en charge. Sont assimilés aux parents le conjoint, les beaux-parents, les enfants d'un autre lit et le partenaire si l'assuré fait ménage commun avec lui depuis au moins cinq ans sans interruption. S'il existe un droit à bonification pour tâches éducatives, il ne peut être attribué de bonification pour tâches d'assistance durant la même période. Le montant de la bonification correspond au triple du montant de la rente de vieillesse annuelle minimale, montant établi au moment de la naissance du droit à la rente. La bonification est inscrite au compte individuel et il faut faire valoir le droit à cette bonification chaque année par écrit; si l'assuré n'a pas fait valoir son droit dans les 5 ans à compter de la fin de l'année civile pendant laquelle la personne a été prise en charge, l'inscription au compte individuel ne peut plus être faite. La bonification attribuée pendant les années civiles de mariage* est répartie par moitié entre les conjoints*.
Durée de cotisations	Elle est complète lorsqu'une personne présente le même nombre d'années de cotisations que les assurés de sa classe d'âge.
Années de cotisations	Les périodes suivantes sont considérées comme années de cotisations: - celles pendant lesquelles une personne a payé des cotisations; - celles pendant lesquelles le conjoint* d'une personne (cette dernière sans activité lucrative ou sans salaire en espèces si elle travaille dans l'entreprise du conjoint*) a versé au moins le double de la cotisation minimale; - celles pour lesquelles des bonifications pour tâches éducatives ou pour tâches d'assistance peuvent être prises en compte.
Rente complète et rente partielle	La rente est complète lorsque la durée de cotisations est complète, elle est partielle lorsque cette durée est incomplète.
Supplément	Les veuves et veufs* au bénéfice d'une rente de vieillesse ont droit à un supplément de 20% de leur rente. La rente et le supplément ne doivent pas dépasser le montant maximal de la rente de vieillesse.

* Pendant toute sa durée, le partenariat enregistré entre personnes du même sexe est assimilé au mariage et sa dissolution judiciaire au divorce; le partenaire enregistré survivant est assimilé à un veuf.

ASSURANCE-PENSIONS DE BASE (1er pilier) ASSURANCE-VIEILLESSE (suite)

RENTES ORDINAIRES DE VIEILLESSE (suite)	
Revalorisation	Adaptation des rentes, en principe tous les 2 ans, à l'évolution des salaires et des prix, en fixant à nouveau l'indice des rentes. Ajustement anticipé lorsque l'indice des prix à la consommation a augmenté de plus de 4% en une année.
Anticipation, ajournement et retraite partielle	Les personnes qui remplissent les conditions d'octroi d'une rente de vieillesse peuvent obtenir, à partir de 63 ans révolus, le versement anticipé de la totalité de la rente ou d'un pourcentage de celle-ci compris entre 20 et 80%; la rente est réduite de 0,6% à 13,6% en fonction du nombre de mois d'anticipation. Les femmes nées entre 1961 et 1969 peuvent demander le versement anticipé de leur rente à partir de 62 ans révolus, avec des taux de réduction variant entre 0% et 10,5% en fonction du nombre d'années d'anticipation et du revenu annuel moyen déterminant. Les personnes qui ont droit à une rente de vieillesse peuvent faire ajourner d'une année au moins et de 5 ans au plus le début du versement de la totalité de la rente ou d'un pourcentage de celle-ci compris entre 20 et 80%; la rente est augmentée d'un pourcentage compris entre 5,2 et 31,5 en fonction du nombre de mois d'ajournement.
Suppression	Au décès de l'assuré.
Genre et montant des rentes complètes	Rente de vieillesse: minimum Frs. 1 260.– par mois, maximum Frs. 2 520.– par mois; la somme des deux rentes individuelles versées à un couple* ne doit pas excéder 150% du montant maximum de la rente de vieillesse, soit Frs. 3 780.– par mois. Les femmes nées entre 1961 et 1969 qui ne perçoivent pas leur rente de manière anticipée ont droit à un supplément de rente lorsqu'elles perçoivent leur rente de vieillesse. Rente pour enfant: les personnes auxquelles une rente de vieillesse a été allouée ont droit à une rente pour chaque enfant qui, à leur décès, aurait droit à une rente d'orphelin; la rente pour enfant représente 40% de la rente de vieillesse correspondante (minimum: Frs. 504.– par mois; maximum: Frs. 1 008.– par mois); si les 2 parents ont droit à une rente pour enfant, le montant des 2 rentes pour enfant ne peut dépasser 60% du montant maximum de la rente de vieillesse, soit Frs. 1 512.– par mois. Aucune rente pour enfant n'est octroyée pendant la durée du versement anticipé de la rente. En cas d'ajournement d'un pourcentage de la rente de vieillesse, la rente pour enfant est ajournée à raison du même pourcentage.

* Pendant toute sa durée, le partenariat enregistré entre personnes du même sexe est assimilé au mariage.

ASSURANCE-PENSIONS DE BASE (1er pilier) ASSURANCE-VIEILLESSE (suite)

ALLOCATION POUR IMPOTENT			
Définition	Est réputée impotente toute personne qui, en raison d'une atteinte à sa santé, a besoin de façon permanente de l'aide d'autrui ou d'une surveillance personnelle pour accomplir des actes élémentaires de la vie quotidienne.		
Conditions d'octroi	– Etre domicilié en Suisse et y avoir sa résidence habituelle; – être titulaire d'une rente de vieillesse entière ou de prestations complémentaires, présenter une impotence grave, moyenne ou faible et ne pouvoir prétendre l'allocation pour impotent de l'assurance-accidents ou de l'assurance militaire. Le droit à l'allocation pour impotence faible est supprimé lors d'un séjour dans un home. La personne qui était au bénéfice d'une allocation pour impotent de l'AI à la fin du mois où elle a atteint l'âge de référence (de la retraite) ou a fait usage du droit de percevoir une rente anticipée entière touchera une allocation de l'assurance-vieillesse au moins égale.		
Degré d'impotence	Grave	Frs. 1 008.– par mois	(80% du montant minimum de la rente de vieillesse);
	moyen	Frs. 630.– par mois	(50% du montant minimum de la rente de vieillesse);
	faible	Frs. 252.– par mois	(20% du montant minimum de la rente de vieillesse).
CONTRIBUTION D'ASSISTANCE			
Conditions d'octroi	Si une personne a perçu une contribution d'assistance de l'AI jusqu'à l'âge de référence (de la retraite) ou jusqu'au moment où elle a commencé à percevoir une rente de vieillesse anticipée entière, elle continue d'en bénéficier à concurrence du montant accordé jusque-là.		

ASSURANCE-PENSIONS DE BASE (1er pilier) PRESTATIONS AUX SURVIVANTS

LEGISLATION	Loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS) Loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA)
RENTE ORDINAIRE DE VEUVE OU DE VEUF*	
Conditions d'octroi	- Veuves et veufs qui ont, au décès de leur conjoint, un ou plusieurs enfants (dispositions spéciales pour les enfants recueillis); - veuves qui n'ont pas d'enfants (ou recueillis au sens des dispositions spéciales), lorsqu'elles ont accompli leur 45ème année et ont été mariées pendant 5 ans au moins; - la personne divorcée est assimilée à une veuve ou à un veuf si elle remplit certaines conditions.
Naissance du droit	Le premier jour du mois qui suit le décès du conjoint.
Suppression du droit	En cas de remariage ou en cas de décès; en cas de droit à une rente de vieillesse ou d'invalidité, la rente de veuve ou de veuf continue d'être versée si elle est d'un montant plus élevé.
RENTE ORDINAIRE D'ORPHELIN	
Conditions d'octroi	Les enfants dont le père ou la mère est décédé ont droit à une rente d'orphelin. En cas de décès des 2 parents, ils ont droit à 2 rentes d'orphelin.
Naissance du droit	Le premier jour du mois qui suit le décès du père ou de la mère.
Suppression du droit	- Par le décès de l'orphelin; - par l'accomplissement de la 18e année (25 ans en cas d'apprentissage ou d'études); - en cas de droit à une rente AI ou de veuve ou de veuf, si cette dernière est d'un montant plus élevé.

* Pendant toute sa durée, le partenariat enregistré entre personnes du même sexe est assimilé au mariage et sa dissolution judiciaire au divorce; le partenaire enregistré survivant est assimilé à un veuf.

ASSURANCE-PENSIONS DE BASE (1er pilier) PRESTATIONS AUX SURVIVANTS (suite)

RENTES ORDINAIRES DE SURVIVANTS (suite)	
Genre et montant des rentes complètes	Rente de veuve ou de veuf: 80% de la rente de vieillesse correspondant au revenu annuel moyen déterminant; minimum: Frs. 1 008.– par mois; maximum: Frs. 2 016.– par mois. Rente d'orphelin: 40% de la rente de vieillesse correspondant au revenu annuel moyen déterminant; minimum: Frs. 504.– par mois; maximum: Frs. 1 008.– par mois. Si les 2 parents sont décédés, les rentes d'orphelin doivent être réduites dans la mesure où leur somme excède 60% de la rente de vieillesse maximale, soit Frs. 1 512.– par mois.
RENTES EXTRAORDINAIRES	
Conditions d'octroi	La rente extraordinaire est octroyée aux ressortissants suisses qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse, lorsque la condition de durée minimale de cotisations exigible pour l'octroi d'une rente ordinaire n'est pas remplie et que le bénéficiaire de la prestation ou la personne décédée a néanmoins été assuré pendant le même nombre d'années que sa classe d'âge. S'agissant des veuves, veufs* et orphelins, le droit à la rente extraordinaire de survivants ne peut prendre naissance que dans la mesure où l'événement assuré se rapportant à la personne décédée est survenu avant que celle-ci n'ait accompli sa 21e année.

* Le partenaire enregistré survivant est assimilé à un veuf.

ASSURANCE-PENSIONS DE BASE (1er pilier) ASSURANCE-INVALIDITE

LEGISLATION	Loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI) Loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA)
But	Les prestations prévues par la LAI visent à prévenir, réduire ou éliminer l'invalidité grâce à des mesures de réadaptation appropriées, simples et adéquates, à compenser les effets économiques permanents de l'invalidité en couvrant les besoins vitaux dans une mesure appropriée et à aider les assurés concernés à mener une vie autonome et responsable.
Assurés	Les personnes qui sont assurées à titre obligatoire ou facultatif en vertu de la LAVS sont assurées conformément à la LAI.
Assujettissement	La LAVS s'applique par analogie.
Définition	- L'invalidité est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain; il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident; - les assurés de moins de 20 ans sans activité lucrative sont réputés invalides s'ils présentent une atteinte à leur santé physique, mentale ou psychique qui provoquera probablement une incapacité de gain totale ou partielle; - les assurés de plus de 20 ans qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une sont réputés invalides si l'atteinte les empêche d'accomplir leurs travaux habituels. L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.
DETECTION PRECOCE	
But	Prévenir l'invalidité. La détection précoce est facultative.
Communication	Peuvent faire l'objet d'une communication ou s'annoncer en vue d'une détection précoce: - les mineurs dès l'âge de 13 ans et les jeunes adultes jusqu'à ce qu'ils atteignent l'âge de 25 ans qui sont menacés d'invalidité, qui n'ont pas encore exercé d'activité lucrative et qui sont suivis par les instances cantonales chargées du soutien à l'insertion professionnelle des jeunes; - les personnes en incapacité de travail ou menacées de l'être pendant une longue durée.
Procédure	L'Office AI examine la situation personnelle de l'assuré, en particulier les causes et les conséquences de ses difficultés à suivre une formation ou de son incapacité de travail, et détermine si des mesures d'intervention précoce sont indiquées.

ASSURANCE-PENSIONS DE BASE (1er pilier) ASSURANCE-INVALIDITE (suite)

PRESTATIONS	Mesures d'intervention précoce, mesures de réadaptation et indemnités journalières, rentes (ordinaires et extraordinaires), allocation pour impotent, contribution d'assistance.
Réduction et refus des prestations	L'assuré doit entreprendre tout ce qui peut être raisonnablement exigé de lui pour réduire la durée et l'étendue de l'incapacité de travail et pour empêcher la survenance d'une invalidité. Il doit participer activement à la mise en œuvre de toutes les mesures raisonnablement exigibles contribuant au maintien de son emploi actuel, à sa réadaptation à la vie professionnelle ou à l'exercice d'une activité comparable (travaux habituels). S'il ne satisfait pas à son obligation de collaborer, les prestations peuvent être réduites ou refusées.
MESURES D'INTERVENTION PRECOCE	
But	Faciliter l'accès à une formation professionnelle initiale des mineurs dès l'âge de 13 ans atteints dans leur santé et des jeunes adultes jusqu'à l'âge de 25 ans atteints dans leur santé, ainsi que de soutenir leur entrée sur le marché du travail. Maintenir à leur poste les assurés en incapacité de travail ou permettre leur réadaptation à un nouveau poste au sein de la même entreprise ou ailleurs. Nul ne peut se prévaloir d'un droit aux mesures d'intervention précoce.
Genre de prestations	Adaptation du poste de travail, cours de formation, placement, orientation professionnelle, réadaptation socioprofessionnelle, mesures d'occupation, conseils et suivi, etc.
Durée	L'intervention précoce s'achève par: - la décision de mettre en œuvre des mesures de réadaptation; - la communication qu'aucune mesure de réadaptation ne peut être mise en œuvre avec succès et que le droit à la rente est examiné; - la décision selon laquelle l'assuré n'a droit ni à des mesures de réadaptation ni à une rente.
Montant maximum	Le montant des mesures d'intervention précoce ne peut dépasser Frs. 20 000.– par assuré.

ASSURANCE-PENSIONS DE BASE (1er pilier) ASSURANCE-INVALIDITE (suite)

MESURES DE READAPTATION ET INDEMNITES JOURNALIERES	
Conditions d'octroi	– Etre assujetti à l'assurance obligatoire ou facultative (conditions spéciales pour les personnes de moins de 20 ans); – être invalide ou menacé d'une invalidité, dans la mesure où la capacité de gain ou la capacité d'accomplir ses travaux habituels, qu'il y ait eu ou non une activité lucrative préalable, peut être rétablie, maintenue ou améliorée par de telles mesures (exception faite pour les mesures médicales en cas d'infirmité congénitale et les moyens auxiliaires); – pour les étrangers, avoir de surcroît au moins 1 année de cotisations ou 10 années de résidence ininterrompue en Suisse (conditions spéciales pour les étrangers de moins de 20 ans). Les mesures de réadaptation sont appliquées en Suisse (exceptionnellement à l'étranger).
Allocation pour frais de garde et d'assistance	L'assuré sans activité lucrative qui suit des mesures de réadaptation et qui vit en ménage commun avec un ou plusieurs enfants de moins de 16 ans ou avec d'autres membres de sa famille a droit à une allocation pour frais de garde et d'assistance, à certaines conditions.
Genre de prestations:	
Mesures médicales pour les assurés jusqu'à l'âge de 20 ans*	– Mesures médicales qui n'ont pas pour objet le traitement de l'affection comme telle mais sont directement nécessaires à la réadaptation pour pouvoir fréquenter une école obligatoire ou suivre une formation professionnelle initiale, exercer une activité lucrative ou accomplir les travaux habituels; – mesures médicales nécessaires au traitement des infirmités congénitales.
Octroi de conseils et suivi	L'assuré et son employeur peuvent bénéficier de cette prestation avant, pendant et après l'exécution de mesures de réinsertion, de mesures d'ordre professionnel, ainsi que tout au long de la phase d'examen du droit à la rente, et ce jusqu'à trois ans dès la fin de la dernière mesure.
Mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle	– Mesures socioprofessionnelles: mesures d'accoutumance au processus de travail, de stimulation de la motivation au travail, de stabilisation de la personnalité, de socialisation de base et de développement de la capacité de travail; – mesures d'occupation: mesures destinées à maintenir une structuration régulière de la journée et la capacité de travail jusqu'à la mise en œuvre de mesures d'ordre professionnel ou jusqu'au début de rapports de travail sur le marché primaire du travail.
Mesures d'ordre professionnel	Orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement ou placement à l'essai (avec le cas échéant une allocation d'initiation au travail versée à l'employeur ou une indemnité en cas d'augmentation des cotisations à la prévoyance professionnelle obligatoire ou à l'assurance indemnités journalières en cas de maladie), location de service, aide en capital.
Moyens auxiliaires	Appareils orthopédiques, appareils auditifs, véhicules à moteur, chiens pour aveugles, outils spéciaux, etc. (liste établie par le Conseil fédéral) i) pour exercer une activité lucrative ou accomplir ses travaux habituels, pour fréquenter une école ou suivre une formation ou à des fins d'accoutumance fonctionnelle; ii) pour se déplacer, établir des contacts avec l'entourage ou développer l'autonomie personnelle, sans égard à la capacité de gain.

* L'assuré qui accomplit une mesure d'ordre professionnel au moment d'atteindre l'âge de 20 ans a droit à des mesures médicales de réadaptation visant directement la réadaptation à la vie professionnelle jusqu'à la fin de la mesure d'ordre professionnel, mais au plus tard jusqu'à ce qu'il atteigne l'âge de 25 ans.

ASSURANCE-PENSIONS DE BASE (1er pilier) ASSURANCE-INVALIDITE (suite)

MESURES DE READAPTATION ET INDEMNITES JOURNALIERES (suite)	
Indemnités journalières	– L'assuré a droit à une indemnité journalière pendant l'exécution des mesures de réadaptation si celles-ci l'empêchent d'exercer une activité lucrative durant 3 jours consécutifs au moins ou s'il présente une incapacité de travail d'au moins 50% dans son activité habituelle; – L'assuré qui suit une formation professionnelle initiale a droit à une indemnité journalière si la formation est prise en charge par l'AI ou s'il a bénéficié de certaines mesures de l'AI directement nécessaires à cette formation; – L'assuré qui suit une formation professionnelle supérieure ou fréquente une haute école a droit à une indemnité journalière s'il ne peut pas exercer d'activité lucrative parallèlement à sa formation en raison de l'atteinte à sa santé, ou si la durée de sa formation est nettement prolongée en raison de l'atteinte à sa santé.
RENTES ORDINAIRES D'INVALIDITE	
Conditions d'octroi	– La capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation; – l'assuré a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable; – au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins; – l'assuré compte trois années au moins de cotisations; – pour les étrangers: comme pour les Suisses (ou 10 ans de résidence ininterrompue en Suisse) et conserver son domicile et sa résidence habituelle en Suisse.
Genre de rentes	La quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière: – pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69%, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité; – pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70%, l'assuré a droit à une rente entière; – pour un taux d'invalidité compris entre 40 et 49%, la quotité de la rente est comprise entre 25% et 47,5%, selon une échelle fixée par la loi.
Naissance du droit	Au plus tôt six mois après la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit à la rente, mais pas avant le mois qui suit le 18ème anniversaire de l'assuré.
Evaluation de l'invalidité	Le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. L'invalidité des assurés qui n'exercent pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'ils en entreprennent une est évaluée en fonction de l'incapacité à accomplir leurs travaux habituels.

ASSURANCE-PENSIONS DE BASE (1er pilier) ASSURANCE-INVALIDITE (suite)

RENTES ORDINAIRES D'INVALIDITE (suite)	
Calcul de la rente	Fonction du revenu annuel moyen et des années de cotisations. Le revenu annuel moyen se compose des revenus de l'activité lucrative, des bonifications pour tâches éducatives et d'assistance. – Rente complète si l'invalidé a accompli, à la survenance de l'invalidité, le même nombre d'années de cotisations que celui de sa classe d'âge; – rente partielle si la durée de cotisations est incomplète par rapport à celle de sa classe d'âge. Si l'assuré a une durée complète de cotisations et a moins de 25 ans lorsque survient l'invalidité, sa rente d'invalidité s'élève au moins à 133 1/3% du montant minimum de la rente complète correspondante.
Revalorisation	Comme pour les rentes de vieillesse et de survivants.
Cumul	Cumul admis avec les rentes d'invalidité de l'assurance-accidents et maladies professionnelles; ces dernières sont réduites, le cas échéant, s'il y a surassurance.
Extinction du droit	Dès que l'assuré n'est plus invalide ou qu'il perçoit de manière anticipée la totalité de sa rente de vieillesse ou lorsqu'il atteint l'âge de référence (de la retraite) ou en cas de décès.
Révision de la rente	Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de rente subit une modification notable, la rente est augmentée, réduite ou supprimée.
Prestation transitoire	Si un assuré ayant droit à une rente perçoit un nouveau revenu ou que son revenu existant augmente, sa rente n'est révisée que si l'amélioration du revenu dépasse Frs. 1 500.– par an. L'assuré a droit à une prestation transitoire si, au cours des trois ans qui suivent la réduction ou la suppression de sa rente, il présente une incapacité de travail d'au moins 50% qui se prolonge au-delà de 30 jours. Le droit à la prestation transitoire s'éteint au plus tard à la fin du mois au cours duquel l'Office AI a rendu sa décision concernant le taux d'invalidité. La prestation transitoire équivaut à la différence entre la rente en cours et celle que l'assuré percevrait si sa rente n'avait pas été réduite ou à la rente qu'il percevrait si sa rente n'avait pas été supprimée.

ASSURANCE-PENSIONS DE BASE (1er pilier) ASSURANCE-INVALIDITE (suite)

RENTES ORDINAIRES D'INVALIDITE (suite)	
Genre et montant des rentes complètes	Rente d'invalidité: minimum Frs. 1 260.– par mois, maximum Frs. 2 520.– par mois; la somme des deux rentes individuelles versées à un couple* ne doit pas excéder 150% du montant maximum de la rente d'invalidité, soit Frs. 3 780.– par mois. Rente pour enfant: les titulaires de rentes d'invalidité peuvent prétendre à une rente pour enfant en faveur de chaque enfant qui, à leur décès, aurait droit à une rente d'orphelin; la rente pour enfant représente 40% de la rente d'invalidité correspondante (minimum: Frs. 504.– par mois; maximum: Frs. 1 008.– par mois); si les 2 parents ont droit à une rente pour enfant, le montant des 2 rentes pour enfant ne peut dépasser 60% du montant maximum de la rente d'invalidité, soit Frs. 1 512.– par mois.
RENTES EXTRAORDINAIRES	
Conditions d'octroi	La rente extraordinaire est octroyée aux ressortissants suisses invalides qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse, lorsque la condition de durée minimale de cotisations exigible pour l'octroi d'une rente ordinaire n'est pas remplie et que le bénéficiaire de la prestation a néanmoins été assuré pendant le même nombre d'années que sa classe d'âge. Sont mises au bénéfice de la rente extraordinaire d'invalidité, les personnes invalides de naissance ou dès leur enfance, et domiciliées en Suisse.

* Pendant toute sa durée, le partenariat enregistré entre personnes du même sexe est assimilé au mariage.

ASSURANCE-PENSIONS DE BASE (1er pilier) ASSURANCE-INVALIDITE (suite)

ALLOCATION POUR IMPOTENT															
Définition	Est réputée impotente toute personne qui, en raison d'une atteinte à sa santé, a besoin de façon permanente de l'aide d'autrui ou d'une surveillance personnelle pour accomplir des actes élémentaires de la vie quotidienne. L'impotence peut être grave, moyenne ou faible. Est aussi considérée comme impotente la personne vivant chez elle qui, en raison d'une atteinte à sa santé, a durablement besoin d'un accompagnement lui permettant de faire face aux nécessités de la vie. Dans ce cas, l'impotence est réputée faible. Si une personne souffre uniquement d'une atteinte à sa santé psychique, elle doit, pour être considérée comme impotente, avoir droit à une rente.														
Conditions d'octroi	Les assurés impotents qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse ont droit à une allocation pour impotent. Les étrangers doivent, de surcroît, avoir versé des cotisations pendant une année entière au moins ou avoir été domiciliés en Suisse de façon ininterrompue pendant 10 ans au moins. Lorsqu'il séjourne dans un établissement pour l'exécution de mesures de réadaptation, l'assuré n'a pas droit à l'allocation pour impotent. Les mineurs n'ont pas droit à l'allocation pour impotent s'ils ont uniquement besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie.														
Naissance et extinction du droit	L'allocation pour impotent est octroyée au plus tôt à la naissance. Le droit naît dès qu'une impotence de degré faible au moins existe depuis une année sans interruption notable. Pour les assurés âgés de moins d'un an, le droit à l'allocation pour impotent prend naissance dès qu'il existe une impotence d'une durée probable de plus de douze mois. A partir de l'âge d'un an, l'assuré doit avoir présenté une impotence pendant au moins une année sans interruption notable. Le droit à l'allocation pour impotent s'éteint dès que l'assuré anticipe la perception de la totalité de sa rente de vieillesse ou qu'il atteint l'âge de référence (de la retraite).														
Montants	<table><tr><td>Grave</td><td>Frs. 2 016.–</td><td>par mois</td><td>(80% du montant maximum de la rente de vieillesse);</td></tr><tr><td>moyen</td><td>Frs. 1 260.–</td><td>par mois</td><td>(50% du montant maximum de la rente de vieillesse);</td></tr><tr><td>faible</td><td>Frs. 504.–</td><td>par mois</td><td>(20% du montant maximum de la rente de vieillesse).</td></tr></table> Le montant de l'allocation pour impotent versée aux assurés qui séjournent dans un home correspond au quart de ces montants.			Grave	Frs. 2 016.–	par mois	(80% du montant maximum de la rente de vieillesse);	moyen	Frs. 1 260.–	par mois	(50% du montant maximum de la rente de vieillesse);	faible	Frs. 504.–	par mois	(20% du montant maximum de la rente de vieillesse).
Grave	Frs. 2 016.–	par mois	(80% du montant maximum de la rente de vieillesse);												
moyen	Frs. 1 260.–	par mois	(50% du montant maximum de la rente de vieillesse);												
faible	Frs. 504.–	par mois	(20% du montant maximum de la rente de vieillesse).												
Supplément pour soins intenses	L'allocation versée aux mineurs impotents qui, en plus, ont besoin de soins intenses, est augmentée d'un supplément pour soins intenses; celui-ci n'est pas accordé lors d'un séjour dans un home. Le montant de ce supplément s'élève par jour à Frs. 84.– lorsque le besoin de soins est de 8 heures par jour au moins, à Frs. 58,80 lorsque le besoin est de 6 heures par jour au moins et à Frs. 33,60 lorsque le besoin est de 4 heures par jour au moins.														

ASSURANCE-PENSIONS DE BASE (1er pilier) ASSURANCE-INVALIDITE (suite)

CONTRIBUTION D'ASSISTANCE	
Conditions d'octroi	L'assuré majeur qui perçoit une allocation pour impotent de l'AI et qui vit chez lui a droit à une contribution d'assistance (conditions spéciales pour les assurés dont la capacité d'exercice des droits civils est restreinte). L'assuré mineur a droit à une contribution d'assistance s'il remplit l'une des conditions suivantes: - il suit de façon régulière l'enseignement scolaire obligatoire dans une classe ordinaire, une formation professionnelle sur le marché ordinaire de l'emploi ou une autre formation du degré secondaire II; - il exerce une activité professionnelle sur le marché ordinaire de l'emploi à raison d'au moins dix heures par semaine; - il perçoit un supplément pour soins intenses à raison d'un besoin de soins d'au moins six heures par jour. La contribution d'assistance est versée pour les prestations d'aide dont l'assuré a besoin et qui sont fournies régulièrement par une personne physique (assistant) satisfaisant aux conditions suivantes: - elle est engagée par l'assuré ou par son représentant légal sur la base d'un contrat de travail; - elle n'est pas mariée avec l'assuré, ne vit pas avec lui sous le régime du partenariat enregistré ni ne mène de fait une vie de couple avec lui et n'est pas un parent en ligne directe. Le besoin d'aide de l'assuré doit donner lieu à l'engagement d'un ou de plusieurs assistants pour une période supérieure à trois mois.
Naissance et extinction du droit	Le droit à une contribution d'assistance naît au plus tôt à la date à laquelle l'assuré fait valoir son droit aux prestations. Il s'éteint au moment où l'assuré anticipe la perception de la totalité de sa rente de vieillesse, atteint l'âge de référence (de la retraite) ou décède.
Montant	La contribution d'assistance est calculée en fonction du temps nécessaire aux prestations d'aide, jusqu'à un nombre maximal d'heures par mois. Elle s'élève à Frs. 35,30 par heure. Si l'assistant doit disposer de qualifications particulières pour fournir certaines prestations, la contribution d'assistance s'élève à Frs. 52,95 par heure. Pour les prestations de nuit, la contribution d'assistance s'élève au plus à Frs. 169,10 par nuit.

ALLOCATIONS POUR PERTE DE GAIN EN CAS DE SERVICE, DE MATERNITE, ALLOCATIONS A L'AUTRE PARENT, ALLOCATIONS EN CAS D'ADOPTION ET DE PRISE EN CHARGE

LEGISLATION	Loi fédérale du 25 septembre 1952 sur les allocations pour perte de gain (LAPG) Loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA)
Allocataires	Les personnes qui font du service dans l'armée suisse ou dans le Service de la Croix-Rouge, qui effectuent un service civil ou un service de protection civile, qui participent aux cours fédéraux et cantonaux pour moniteurs de Jeunesse et Sport ou aux cours pour moniteurs de jeunes tireurs ont droit à une allocation en cas de service pour chaque jour de service ou de cours. Elles sont désignées sous les termes de "personnes qui font du service". Les mères exerçant une activité lucrative ont droit à une allocation de maternité. Les pères et les épouses des mères exerçant une activité lucrative ont droit à une allocation à l'autre parent. Les personnes exerçant une activité lucrative qui accueillent un enfant en vue de son adoption ont droit à une allocation d'adoption. Les parents d'un enfant mineur gravement atteint dans sa santé en raison d'une maladie ou d'un accident qui exercent une activité lucrative ont droit à une allocation de prise en charge.
ALLOCATIONS EN CAS DE SERVICE	
Sortes d'allocations	
Allocation de base	Les personnes qui font du service ont droit à l'allocation de base.
Allocation pour enfant	Les personnes qui font du service ont droit à une allocation pour chacun de leurs enfants de moins de 18 ans (25 ans en cas d'études ou d'apprentissage).
Allocation pour frais de garde	Les personnes qui font du service et qui vivent en ménage commun avec un ou plusieurs enfants de moins de 16 ans ont droit à une allocation pour frais de garde si elles établissent que des coûts supplémentaires pour de tels frais sont occasionnés par l'accomplissement d'une période de service de 2 jours consécutifs au moins.
Allocation d'exploitation	Les personnes qui font du service et qui dirigent une entreprise en tant que propriétaires, fermiers ou usufruitiers ou comme associés d'une société en nom collectif ou comme associés indéfiniment responsables d'une société en commandite ainsi que, à certaines conditions, les personnes qui font du service et qui exercent leur activité principale dans l'exploitation agricole familiale ont droit à une allocation d'exploitation.

ALLOCATIONS POUR PERTE DE GAIN EN CAS DE SERVICE, DE MATERNITE, ALLOCATIONS A L'AUTRE PARENT, ALLOCATIONS EN CAS D'ADOPTION ET DE PRISE EN CHARGE (suite)

ALLOCATIONS EN CAS DE SERVICE (suite)	
Montant	
Allocation de base	Personnes qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'entrer en service: Frs. 69.– par jour. Personnes qui exercent une activité lucrative: 80% du revenu moyen acquis avant le service (minimum: Frs. 69.– par jour; maximum: Frs. 220.– par jour).
Allocation pour enfant	Frs. 22.– par jour et par enfant.
Allocation pour frais de garde	Seuls les frais effectifs sont remboursés, mais au plus Frs. 75.– par jour de service. Les dépenses inférieures à Frs. 20.– ne sont pas remboursées.
Allocation d'exploitation	Frs. 75.– par jour.
Allocation totale	L'allocation totale comprend l'allocation de base et les allocations pour enfant; elle ne peut pas dépasser Frs. 275.– par jour. L'allocation pour frais de garde et l'allocation d'exploitation s'ajoutent, sans réduction, à l'allocation totale.
ALLOCATION DE MATERNITE	
Conditions d'octroi	- Exercer une activité lucrative salariée ou indépendante; - avoir été assurée obligatoirement selon la LAVS durant les 9 mois précédant l'accouchement (durée réduite en conséquence si l'accouchement intervient avant la fin du 9^e mois de grossesse); - avoir, au cours de cette période, exercé une activité lucrative durant au moins 5 mois.
Début du droit	Le droit à l'allocation prend effet le jour de l'accouchement.
Extinction du droit	Le droit à l'allocation s'éteint le 98^e jour à partir du jour où il a été octroyé. En cas de décès de l'autre parent durant les six mois qui suivent la naissance de l'enfant, la mère a droit à 14 indemnités journalières supplémentaires. Ces indemnités peuvent être prises sous la forme de jours, de semaines ou en une fois et doivent être perçues dans un délai-cadre de six mois à compter du jour qui suit le décès. Si l'enfant doit séjourner à l'hôpital plus de 14 jours immédiatement après la naissance, le droit est prolongé de la durée du séjour à l'hôpital, mais au plus de 56 jours. Le droit à l'allocation s'éteint de manière anticipée si la mère reprend une activité lucrative, quel que soit son taux d'occupation (une exception est prévue pour les députées), ou si elle décède.
Montant	80% du revenu moyen de l'activité lucrative obtenu avant le début du droit à l'allocation. Le montant maximal de l'allocation s'élève à Frs. 220.– par jour.

ALLOCATIONS POUR PERTE DE GAIN EN CAS DE SERVICE, DE MATERNITE, ALLOCATIONS A L'AUTRE PARENT,
ALLOCATIONS EN CAS D'ADOPTION ET DE PRISE EN CHARGE (suite)

ALLOCATION A L'AUTRE PARENT	
Conditions d'octroi	- Exercer une activité lucrative salariée ou indépendante; - être l'autre parent légal de l'enfant au moment de la naissance de ce dernier ou le devenir dans les six mois qui suivent; - avoir été assuré obligatoirement selon la LAVS durant les 9 mois précédant la naissance de l'enfant (durée réduite en conséquence si la naissance intervient avant la fin du 9e mois de grossesse); - avoir, au cours de cette période, exercé une activité lucrative durant au moins 5 mois; - prendre congé.
Début du droit	Le droit à l'allocation naît le jour de la naissance de l'enfant.
Modalités	L'allocation peut être touchée en bloc ou sous la forme de journées.
Extinction du droit	Le droit à l'allocation s'éteint après perception de 14 indemnités journalières, mais au plus tard six mois après la naissance de l'enfant. En cas de décès de la mère le jour de l'accouchement ou durant les 97 jours qui suivent, l'autre parent a droit à 98 indemnités journalières supplémentaires; celles-ci doivent être perçues de manière ininterrompue. En cas de décès de la mère et si l'enfant doit séjourner à l'hôpital plus de 14 jours immédiatement après la naissance, le droit est prolongé de la durée du séjour à l'hôpital, mais au plus de 56 jours. Le droit à l'allocation s'éteint de manière anticipée si l'autre parent ou l'enfant décède ou si la filiation avec l'autre parent s'éteint par jugement.
Montant	80% du revenu moyen de l'activité lucrative obtenu avant le début du droit à l'allocation. Le montant maximal de l'allocation s'élève à Frs. 220.– par jour.

ALLOCATIONS POUR PERTE DE GAIN EN CAS DE SERVICE, DE MATERNITE, ALLOCATIONS A L'AUTRE PARENT,
ALLOCATIONS EN CAS D'ADOPTION ET DE PRISE EN CHARGE (suite)

ALLOCATION D'ADOPTION	
Conditions d'octroi	- Exercer une activité lucrative salariée ou indépendante; - accueillir un enfant de moins de 4 ans en vue de son adoption; - avoir été assuré(e) obligatoirement selon la LAVS durant les 9 mois précédant l'accueil de l'enfant; - avoir, au cours de cette période, exercé une activité lucrative durant au moins 5 mois; - prendre congé.
Début du droit	Le droit à l'allocation naît le jour de l'accueil de l'enfant.
Modalités	L'allocation peut être touchée en bloc ou sous la forme de journées. Si les parents se partagent le congé d'adoption, chacun des parents a droit à l'allocation pendant sa part du congé.
Extinction du droit	Le droit à l'allocation s'éteint après perception de 14 indemnités journalières, mais au plus tard un an après l'accueil de l'enfant. Il cesse avant ce terme si l'ayant droit ou l'enfant décède.
Montant	80% du revenu moyen de l'activité lucrative obtenu avant le début du droit à l'allocation. Si les parents se partagent le congé d'adoption, l'allocation est calculée séparément pour chaque parent. Le montant maximal de l'allocation s'élève à Frs. 220.– par jour.

ALLOCATIONS POUR PERTE DE GAIN EN CAS DE SERVICE, DE MATERNITE, ALLOCATIONS A L'AUTRE PARENT,
ALLOCATIONS EN CAS D'ADOPTION ET DE PRISE EN CHARGE (suite)

ALLOCATION DE PRISE EN CHARGE	
Conditions d'octroi	Interrompre une activité lucrative salariée ou indépendante pour prendre en charge son enfant gravement atteint dans sa santé. L'enfant est réputé gravement atteint dans sa santé: a. s'il a subi un changement majeur de son état physique ou psychique; b. si l'évolution ou l'issue de ce changement est difficilement prévisible ou qu'il faut s'attendre à ce qu'il conduise à une atteinte durable ou croissante à l'état de santé ou au décès; c. si l'enfant présente un besoin accru de prise en charge de la part d'un des parents, et d. si au moins un des deux parents doit interrompre son activité lucrative pour s'occuper de l'enfant.
Début du droit	Le droit à l'allocation naît lorsque les conditions d'octroi sont remplies.
Modalités	L'allocation peut être touchée en bloc ou sous la forme de journées. L'allocation est versée dans un délai-cadre de 18 mois, qui commence à courir le jour pour lequel la première indemnité journalière est versée. Lorsque les deux parents exercent une activité lucrative, chacun a droit à la moitié des indemnités journalières au plus; ils peuvent convenir de se partager les indemnités de manière différente.
Extinction du droit	Le droit à l'allocation s'éteint au terme du délai-cadre ou après perception de 98 indemnités journalières. Il s'éteint prématurément lorsque les conditions ne sont plus remplies; en revanche, il ne s'éteint pas prématurément lorsque l'enfant devient majeur avant l'échéance du délai-cadre.
Montant	80% du revenu moyen de l'activité lucrative obtenu avant le début du droit à l'allocation. Le montant maximal de l'allocation s'élève à Frs. 220.– par jour.

PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES AU 1ER PILIER

LEGISLATION	Loi fédérale du 6 octobre 2006 sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI (LPC) Loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA)																																														
But des PC	L'article 112 de la constitution fédérale prévoit que les rentes de l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (1 ^{er} pilier) doivent couvrir les besoins vitaux des personnes âgées, des survivants et des personnes handicapées de manière appropriée. Si l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité ne couvre pas les besoins vitaux, la Confédération et les cantons versent des prestations complémentaires (art. 112a de la constitution fédérale).																																														
Nature des PC	Les PC sont des prestations non contributives, soumises à condition de revenus, en faveur des personnes âgées, des survivants et des personnes handicapées. Elles se composent: a. de la PC annuelle, versée mensuellement b. du remboursement des frais de maladie et d'invalidité (jusqu'à un montant maximum)																																														
Conditions d'octroi	Elles sont double: des conditions personnelles et des conditions économiques.																																														
Conditions personnelles	Les PC sont, en règle générale, des prestations accessoires aux rentes AVS/AI; dans certains cas, elles sont versées indépendamment de la rente. La personne doit avoir son domicile et sa résidence habituelle en Suisse. Les étrangers ne peuvent prétendre à une PC que s'ils ont résidé légalement en Suisse sans interruption pendant les 10 années précédant immédiatement la date à laquelle ils la demandent (5 ans pour les réfugiés et les apatrides).																																														
Conditions économiques	Seules les personnes dont la fortune est inférieure à Frs. 100 000.– ont droit aux PC. Ce seuil est fixé à Frs. 200 000.– pour les couples et à Frs. 50 000.– pour les enfants. La valeur d'un immeuble qui sert d'habitation à son propriétaire n'est pas prise en compte dans le calcul de ce seuil. La PC correspond à l'excédent des dépenses d'une personne par rapport à ses revenus. Comme il s'agit de couvrir les besoins vitaux, toutes les dépenses d'une personne ne peuvent pas être prises en considération: la LPC dresse la liste exhaustive des dépenses prises en considération. Une distinction est opérée entre les personnes touchant des PC qui séjournent dans un home et les personnes qui vivent à la maison. Les revenus pris en compte de la personne peuvent être des rentes, des pensions et autres prestations périodiques, le rendement de la fortune, la prise en compte de la substance de la fortune, le revenu d'une activité lucrative, les allocations familiales, les pensions alimentaires, les ressources et parts de fortune dont un ayant droit s'est dessaisi. Les dépenses reconnues des personnes vivant à domicile prévoient notamment, outre les dépenses pour le logement (plafonnées), un montant destiné à la couverture des besoins vitaux. A ce titre, les montants prévus sont les suivants: <table border="0"> <tr> <td>- pour une personne seule:</td><td>Frs.</td><td>20 670.–</td><td>par an;</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>- pour un couple*:</td><td>Frs.</td><td>31 005.–</td><td>par an;</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>- orphelin(s) ou 1er enfant:</td><td>Frs.</td><td>7 590.–</td><td>par an (0 à 10 ans);</td><td>Frs.</td><td>10 815.– par an (11 à 25 ans);</td></tr> <tr> <td>- 2e enfant:</td><td>Frs.</td><td>6 325.–</td><td>par an (0 à 10 ans);</td><td>Frs.</td><td>10 815.– par an (11 à 25 ans);</td></tr> <tr> <td>- 3e enfant:</td><td>Frs.</td><td>5 270.–</td><td>par an (0 à 10 ans);</td><td>Frs.</td><td>7 210.– par an (11 à 25 ans);</td></tr> <tr> <td>- 4e enfant:</td><td>Frs.</td><td>4 390.–</td><td>par an (0 à 10 ans);</td><td>Frs.</td><td>7 210.– par an (11 à 25 ans);</td></tr> <tr> <td>- dès le 5e enfant, chacun:</td><td>Frs.</td><td>3 660.–</td><td>par an (0 à 10 ans);</td><td>Frs.</td><td>3 605.– par an (11 à 25 ans).</td></tr> </table>					- pour une personne seule:	Frs.	20 670.–	par an;			- pour un couple*:	Frs.	31 005.–	par an;			- orphelin(s) ou 1er enfant:	Frs.	7 590.–	par an (0 à 10 ans);	Frs.	10 815.– par an (11 à 25 ans);	- 2e enfant:	Frs.	6 325.–	par an (0 à 10 ans);	Frs.	10 815.– par an (11 à 25 ans);	- 3e enfant:	Frs.	5 270.–	par an (0 à 10 ans);	Frs.	7 210.– par an (11 à 25 ans);	- 4e enfant:	Frs.	4 390.–	par an (0 à 10 ans);	Frs.	7 210.– par an (11 à 25 ans);	- dès le 5e enfant, chacun:	Frs.	3 660.–	par an (0 à 10 ans);	Frs.	3 605.– par an (11 à 25 ans).
- pour une personne seule:	Frs.	20 670.–	par an;																																												
- pour un couple*:	Frs.	31 005.–	par an;																																												
- orphelin(s) ou 1er enfant:	Frs.	7 590.–	par an (0 à 10 ans);	Frs.	10 815.– par an (11 à 25 ans);																																										
- 2e enfant:	Frs.	6 325.–	par an (0 à 10 ans);	Frs.	10 815.– par an (11 à 25 ans);																																										
- 3e enfant:	Frs.	5 270.–	par an (0 à 10 ans);	Frs.	7 210.– par an (11 à 25 ans);																																										
- 4e enfant:	Frs.	4 390.–	par an (0 à 10 ans);	Frs.	7 210.– par an (11 à 25 ans);																																										
- dès le 5e enfant, chacun:	Frs.	3 660.–	par an (0 à 10 ans);	Frs.	3 605.– par an (11 à 25 ans).																																										
Montant	Le montant de la PC annuelle correspond à la part des dépenses reconnues qui excède les revenus déterminants.																																														

* Pendant toute sa durée, le partenariat enregistré entre personnes du même sexe est assimilé au mariage.

PRESTATIONS TRANSITOIRES POUR CHOMEURS AGES

LEGISLATION	Loi fédérale du 19 juin 2020 sur les prestations transitoires pour les chômeurs âgés (LPtra) Loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA)																																														
But des prestations transitoires	Les prestations transitoires assurent la couverture des besoins vitaux des personnes qui ont perdu leur emploi peu de temps avant d'atteindre l'âge de référence (de la retraite) jusqu'à ce qu'elles puissent toucher leur rente de vieillesse.																																														
Nature des prestations transitoires	Les prestations transitoires sont des prestations non contributives, soumises à condition de ressources. Elles se composent: - de la prestation transitoire annuelle, versée mensuellement - du remboursement des frais de maladie et d'invalidité (jusqu'à un montant maximum)																																														
Conditions d'octroi	Elles sont double: des conditions personnelles et des conditions économiques.																																														
Conditions personnelles	Ont droit aux prestations transitoires les personnes ayant leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse qui: - sont arrivées en fin de droit dans l'assurance-chômage au plus tôt pendant le mois au cours duquel elles ont atteint l'âge de 60 ans et - ont été assurées à l'AVS pendant au moins 20 ans, dont au moins cinq ans après 50 ans, et - ont réalisé un revenu annuel provenant d'une activité lucrative qui atteint au moins Frs. 28 680.–, ou qui peuvent faire valoir des bonifications pour tâches d'assistance et tâches éducatives correspondantes selon la LAVS.																																														
Conditions économiques	Seules les personnes dont la fortune est inférieure à Frs. 50 000.– ont droit aux prestations transitoires. Ce seuil est fixé à Frs. 100 000.– pour les couples. La valeur d'un immeuble qui sert d'habitation à son propriétaire n'est pas prise en compte dans le calcul de ce seuil. La prestation transitoire correspond à l'excédent des dépenses d'une personne par rapport à ses revenus. Comme il s'agit de couvrir les besoins vitaux, toutes les dépenses d'une personne ne peuvent pas être prises en considération: la LPtra dresse la liste exhaustive des dépenses reconnues. Les revenus pris en compte de la personne peuvent être des rentes, des pensions et autres prestations périodiques, le rendement de la fortune, la prise en compte de la substance de la fortune, le revenu d'une activité lucrative, les allocations familiales, les pensions alimentaires, les ressources et parts de fortune dont un ayant droit s'est dessaisi. Les dépenses reconnues prévoient notamment, outre les dépenses pour le logement (plafonnées), un montant destiné à la couverture des besoins vitaux. A ce titre, les montants prévus sont les suivants: <table border="0" data-bbox="459 1029 1948 1252"> <tr> <td>- pour une personne seule:</td><td>Frs.</td><td>20 670.–</td><td>par an;</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>- pour un couple* :</td><td>Frs.</td><td>31 005.–</td><td>par an;</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>- pour le 1e enfant:</td><td>Frs.</td><td>7 590.–</td><td>par an (0 à 10 ans);</td><td>Frs.</td><td>10 815.– par an (11 à 25 ans);</td></tr> <tr> <td>- pour le 2e enfant:</td><td>Frs.</td><td>6 325.–</td><td>par an (0 à 10 ans);</td><td>Frs.</td><td>10 815.– par an (11 à 25 ans);</td></tr> <tr> <td>- pour le 3e enfant:</td><td>Frs.</td><td>5 270.–</td><td>par an (0 à 10 ans);</td><td>Frs.</td><td>7 210.– par an (11 à 25 ans);</td></tr> <tr> <td>- pour le 4e enfant:</td><td>Frs.</td><td>4 390.–</td><td>par an (0 à 10 ans);</td><td>Frs.</td><td>7 210.– par an (11 à 25 ans);</td></tr> <tr> <td>- pour chacun des autres enfants:</td><td>Frs.</td><td>3 660.–</td><td>par an (0 à 10 ans);</td><td>Frs.</td><td>3 605.– par an (11 à 25 ans).</td></tr> </table>					- pour une personne seule:	Frs.	20 670.–	par an;			- pour un couple* :	Frs.	31 005.–	par an;			- pour le 1e enfant:	Frs.	7 590.–	par an (0 à 10 ans);	Frs.	10 815.– par an (11 à 25 ans);	- pour le 2e enfant:	Frs.	6 325.–	par an (0 à 10 ans);	Frs.	10 815.– par an (11 à 25 ans);	- pour le 3e enfant:	Frs.	5 270.–	par an (0 à 10 ans);	Frs.	7 210.– par an (11 à 25 ans);	- pour le 4e enfant:	Frs.	4 390.–	par an (0 à 10 ans);	Frs.	7 210.– par an (11 à 25 ans);	- pour chacun des autres enfants:	Frs.	3 660.–	par an (0 à 10 ans);	Frs.	3 605.– par an (11 à 25 ans).
- pour une personne seule:	Frs.	20 670.–	par an;																																												
- pour un couple* :	Frs.	31 005.–	par an;																																												
- pour le 1e enfant:	Frs.	7 590.–	par an (0 à 10 ans);	Frs.	10 815.– par an (11 à 25 ans);																																										
- pour le 2e enfant:	Frs.	6 325.–	par an (0 à 10 ans);	Frs.	10 815.– par an (11 à 25 ans);																																										
- pour le 3e enfant:	Frs.	5 270.–	par an (0 à 10 ans);	Frs.	7 210.– par an (11 à 25 ans);																																										
- pour le 4e enfant:	Frs.	4 390.–	par an (0 à 10 ans);	Frs.	7 210.– par an (11 à 25 ans);																																										
- pour chacun des autres enfants:	Frs.	3 660.–	par an (0 à 10 ans);	Frs.	3 605.– par an (11 à 25 ans).																																										
Montant	Le montant des prestations transitoires correspond à la part des dépenses reconnues qui excède les revenus déterminants, mais il est plafonné à Frs. 46 508.– par an pour les personnes seules et à Frs. 69 761.– pour les couples et les personnes qui ont des enfants.																																														

* Pendant toute sa durée, le partenariat enregistré entre personnes du même sexe est assimilé au mariage.

PREVOYANCE PROFESSIONNELLE (2e pilier)

LEGISLATION	Loi fédérale du 25 juin 1982 sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité (LPP) Loi fédérale du 17 décembre 1993 sur le libre passage dans la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité (LFLP) Loi fédérale du 17 décembre 1993 sur l'encouragement à la propriété du logement au moyen de la prévoyance professionnelle
But	Selon l'article 113 de la constitution fédérale, la prévoyance professionnelle (2^e pilier) conjuguée avec l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (1^{er} pilier) doit permettre à l'assuré de maintenir de manière appropriée son niveau de vie antérieur. La LPP fixe les prestations minimales obligatoires. Les institutions de prévoyance peuvent prévoir, dans leur règlement, des prestations allant au-delà du minimum obligatoire. Elles peuvent, notamment, assurer un salaire inférieur au plancher ou supérieur au plafond définis dans la LPP; toutefois, le salaire maximum assurable s'élève à Frs. 907 200.– par an (déduction de coordination comprise).
Modalités de l'assurance obligatoire	Les salariés qui ont plus de 17 ans et reçoivent d'un même employeur un salaire annuel supérieur à Frs. 22 680.– sont assurés à titre obligatoire pour les risques invalidité et décès (24 ans pour le risque vieillesse). Les chômeurs sont également assurés pour les risques invalidité et décès. La partie du salaire annuel comprise entre Frs. 26 460.– (déduction de coordination) et Frs. 90 720.– doit être assurée. Cette partie du salaire s'appelle salaire coordonné. Le salaire coordonné minimal est de Frs. 3 780.–. Tout employeur occupant des salariés soumis à l'assurance obligatoire doit être affilié à une institution de prévoyance inscrite dans le registre de la prévoyance professionnelle.
Assurance facultative	Assurance facultative pour certains salariés et indépendants non soumis à l'assurance obligatoire.
PRESTATIONS D'ASSURANCE	Prestations de vieillesse, prestations pour survivants, prestations d'invalidité, prestations en capital
Calcul des rentes	Les rentes sont calculées en % de l'avoir de vieillesse (taux de conversion). L'avoir de vieillesse comprend: – les bonifications de vieillesse (calculées en % du salaire coordonné, le taux varie selon l'âge de l'assuré) afférentes à la période durant laquelle l'assuré a appartenu à l'institution de prévoyance, avec les intérêts; – les éventuelles prestations de sortie, avec les intérêts; – les éventuels remboursements de versements anticipés octroyés dans le cadre de l'encouragement à la propriété du logement; – les éventuels montants transférés suite à un divorce; – les éventuels montants crédités dans le cadre d'un rachat intervenu après un divorce.

PREVOYANCE PROFESSIONNELLE (2e pilier) (suite)

PRESTATIONS D'ASSURANCE (suite)	
Prestations de vieillesse	
Naissance du droit	Hommes, dès l'âge de 65 ans; femmes, dès l'âge de 64 ans et 3 mois (âge de référence des femmes relevé progressivement, cf. p. 18). – Les institutions de prévoyance sont libres de définir dans leur règlement un autre âge de référence (âge de référence réglementaire; au plus tôt 58 ans); – les règlements des institutions de prévoyance peuvent prévoir un même âge de droit à la rente pour hommes et femmes.
Mesures en faveur des travailleurs âgés	L'institution de prévoyance peut prévoir dans son règlement les possibilités suivantes: – les assurés qui, à partir de 58 ans, réduisent leur taux d'activité lucrative (diminution du salaire de 50% au plus) peuvent maintenir leur salaire assuré au même niveau que précédemment (au plus tard jusqu'à l'âge de référence réglementaire); – les assurés qui poursuivent leur activité lucrative après l'âge de référence (de la retraite) peuvent demander le maintien de leur prévoyance jusqu'à cessation de leur activité lucrative, mais au plus tard jusqu'à l'âge de 70 ans.
Genre de prestations	Rente de vieillesse: calculée en % de l'avoir de vieillesse (taux de conversion minimal, actuellement égal à 6,8%) acquis par l'assuré au moment où il atteint l'âge ouvrant droit à la rente. Prestation en capital: lorsque la rente est inférieure à 10% de la rente minimale de vieillesse de l'AVS ou si le règlement de l'institution de prévoyance le prévoit. L'assuré peut demander que le quart de son avoir de vieillesse lui soit versé sous la forme d'une prestation en capital. Rente pour enfant: les bénéficiaires d'une rente de vieillesse ont droit à une rente complémentaire pour chaque enfant qui, à leur décès, aurait droit à une rente d'orphelin. Son montant équivaut à celui de la rente d'orphelin.
Anticipation et ajournement	L'assuré peut percevoir la prestation de vieillesse de manière anticipée à partir de 63 ans révolus et en ajourner la perception jusqu'à 70 ans au plus tard. L'assuré peut percevoir la prestation de vieillesse en trois étapes au plus.
Prestations pour survivants*	
Naissance du droit	Au décès du salarié assuré (clause d'assurance) ou lorsque est survenue l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine du décès ou au décès d'un pensionné (vieillesse ou invalidité).
Bénéficiaires	– Conjoint survivant qui, au décès de son conjoint, a au moins un enfant à charge ou a atteint l'âge de 45 ans et a été marié durant au moins 5 ans. Le conjoint survivant qui ne remplit aucune de ces conditions a droit à une allocation unique égale à trois rentes annuelles; – enfants du défunt y compris enfants recueillis; – les règlements des institutions de prévoyance peuvent prévoir d'autres bénéficiaires de prestations pour survivants, sous certaines conditions.

* Pendant toute sa durée, le partenariat enregistré entre personnes du même sexe est assimilé au mariage et sa dissolution judiciaire au divorce; le partenaire enregistré survivant est assimilé au conjoint survivant.

PREVOYANCE PROFESSIONNELLE (2e pilier) (suite)

PRESTATIONS D'ASSURANCE (suite)	
Prestations pour survivants* (suite)	
Genre de prestations	Rente du conjoint survivant: 60% de la rente d'invalidité entière ou, pendant la période d'ajournement de la perception de la prestation de vieillesse, de la rente de vieillesse à laquelle l'assuré aurait eu droit; Rente d'orphelin: 20% de la rente d'invalidité entière ou, pendant la période d'ajournement de la perception de la prestation de vieillesse, de la rente de vieillesse à laquelle l'assuré aurait eu droit, pour chaque enfant. Prestations en capital: lorsque la rente du conjoint survivant est inférieure à 6% (la rente d'orphelin à 2%) de la rente minimale de vieillesse de l'AVS ou si le règlement de l'institution de prévoyance le prévoit.
Extinction du droit	Rente du conjoint survivant: en cas de remariage ou décès; Rente d'orphelin: à l'âge de 18 ans (25 ans au plus en cas d'études ou d'apprentissage ou pour un orphelin invalide à raison de 70% au moins et incapable d'exercer une activité lucrative) ou décès.
Prestations d'invalidité	
Naissance du droit	Personnes invalides à 40% au moins au sens de l'AI et assurées lorsqu'est survenue l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité. Les institutions de prévoyance ont la faculté de prévoir une notion plus large de l'invalidité.
Genre de prestations	Rente d'invalidité: calculée avec le même taux de conversion que la rente de vieillesse, mais sur la base de l'avoir de vieillesse acquis par l'assuré à la naissance du droit à la rente d'invalidité additionné de la somme des bonifications de vieillesse afférentes aux années futures jusqu'à l'âge de référence (de la retraite), sans les intérêts. Les bonifications afférentes aux années futures sont calculées sur la base du salaire coordonné de l'assuré durant la dernière année d'assurance auprès de l'institution de prévoyance. La quotité de la rente d'invalidité est fixée en pourcentage d'une rente entière: – pour un taux d'invalidité au sens de l'AI compris entre 50 et 69%, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité; – pour un taux d'invalidité au sens de l'AI supérieur ou égal à 70%, l'assuré a droit à une rente entière; – pour un taux d'invalidité au sens de l'AI compris entre 40 et 49%, la quotité de la rente est comprise entre 25% et 47,5%, selon une échelle fixée par la loi. Prestation en capital: lorsque la rente est inférieure à 10% de la rente minimale de vieillesse de l'AVS ou si le règlement de l'institution de prévoyance le prévoit. Rente pour enfant: les bénéficiaires d'une rente d'invalidité ont droit à une rente complémentaire pour chaque enfant qui, à leur décès, aurait droit à une rente d'orphelin. Son montant équivaut à celui de la rente d'orphelin.

* Pendant toute sa durée, le partenariat enregistré entre personnes du même sexe est assimilé au mariage et sa dissolution judiciaire au divorce; le partenaire enregistré survivant est assimilé au conjoint survivant.

PREVOYANCE PROFESSIONNELLE (2e pilier) (suite)

REVALORISATION	– Les rentes de survivants et d'invalidité en cours depuis plus de trois ans sont adaptées pour la première fois à l'évolution des prix au début de l'année civile qui suit. Les adaptations subséquentes ont lieu en même temps que les adaptations des rentes de l'AVS; – les autres rentes en cours sont adaptées à l'évolution des prix selon les possibilités financières de l'institution de prévoyance.
SURASSURANCE	Réduction des prestations d'invalidité et de survivants qui, ajoutées à d'autres prestations d'un type et d'un but analogues ainsi qu'à d'autres revenus à prendre en compte, dépassent 90% du gain annuel dont on peut présumer que l'intéressé est privé.
LIBRE PASSAGE	
But	Assurer le maintien de la prévoyance en cas de passage d'une institution de prévoyance à l'autre et éviter des lacunes dans la couverture d'assurance.
Prestation de sortie	Si l'assuré quitte l'institution de prévoyance avant la survenance d'un cas d'assurance (cas de libre passage), il a droit à une prestation de sortie. L'assuré a également droit à une prestation de sortie s'il quitte son institution de prévoyance entre l'âge minimal pour la perception de la prestation de vieillesse et l'âge de référence réglementaire, et qu'il continue d'exercer une activité lucrative ou s'annonce à l'assurance-chômage. Dans une institution de prévoyance à primauté de cotisations, si c'est un fonds d'épargne, cette prestation correspond au montant de l'épargne; si c'est une institution d'assurance, elle correspond à la réserve mathématique. Dans une institution de prévoyance à primauté de prestations, elle correspond à la valeur actuelle des prestations acquises. Le montant minimum versé lors de la sortie d'une institution de prévoyance équivaut à la prestation d'entrée de l'assuré, intérêts compris, plus les cotisations qu'il a versées durant la période d'assurance, majorées de 4% par année d'âge dès la 20e année jusqu'à 100% au maximum (déduction faite de la couverture des risques invalidité et décès). La prestation de sortie est utilisée lors de l'entrée dans une nouvelle institution de prévoyance. En cas de non-utilisation de la prestation de sortie (cessation d'activité, par exemple), celle-ci doit être versée sur un compte bloqué ou sur une police d'assurance bloquée.
Paiement en espèces	L'assuré peut exiger le paiement de la prestation de sortie en espèces si: – il quitte définitivement la Suisse; – il s'établit à son propre compte et cesse d'être assuré à titre obligatoire; – le montant de la prestation de sortie est inférieur au montant annuel des cotisations de l'assuré.

PREVOYANCE PROFESSIONNELLE (2e pilier) (suite)

DIVORCE*	
	En cas de divorce, la prévoyance professionnelle acquise durant le mariage par chacun des époux est partagée, en principe par moitié, et attribuée à l'autre époux.
ENCOURAGEMENT A LA PROPRIETE DU LOGEMENT	
	L'assuré peut, pour financer un logement principal servant à ses besoins personnels ou pour amortir une hypothèque grevant ledit logement: – mettre en gage le droit aux prestations de prévoyance; – mettre en gage un montant à concurrence de la prestation de libre passage, à certaines conditions; – percevoir un versement anticipé, à concurrence de sa prestation de libre passage. Des restrictions existent toutefois pour les assurés âgés de plus de 50 ans. En cas de versement anticipé, les prestations de prévoyance subissent une réduction en conséquence. En cas de vente du logement, l'assuré doit, en principe, reverser le montant à l'institution de prévoyance. Le versement anticipé fait l'objet d'une imposition, montant qui est restitué en cas de remboursement à l'institution.

* Pendant toute sa durée, le partenariat enregistré entre personnes du même sexe est assimilé au mariage et sa dissolution judiciaire au divorce; le partenaire enregistré survivant est assimilé au conjoint survivant.

PREVOYANCE INDIVIDUELLE LIEE (3e pilier a)

LEGISLATION	Article 82, alinéa 2, LPP et ordonnance du 13 novembre 1985 sur les déductions admises fiscalement pour les cotisations versées à des formes reconnues de prévoyance (OPP 3)
Assurés	Salariés et indépendants, à titre facultatif.
Modalités	Versement, sur un compte bloqué d'une fondation bancaire ou sur une police d'assurance bloquée, de cotisations d'un montant annuel déterminé par l'assuré. Ces cotisations sont déductibles du revenu imposable jusqu'à concurrence des limites mentionnées p. 6 (salariés: Frs. 7 258.–, indépendants: Frs. 36 288.–). Les personnes qui, certaines années, n'ont pas effectué de versement ou n'ont effectué que des versements partiels peuvent combler leurs lacunes de cotisations pour les dix années précédentes par des rachats. Ces montants sont bloqués jusqu'à la réalisation du risque. Les preneurs de prévoyance continuant de travailler au-delà de l'âge de référence (de la retraite) peuvent continuer à cotiser au 3^e pilier a, pendant 5 ans au plus.
Bénéficiaires	Le preneur de prévoyance et, en cas de décès, les héritiers directs et, à défaut, les personnes qu'il aura désignées.
Versement des prestations	Au plus tôt 5 ans avant que le preneur de prévoyance n'atteigne l'âge de référence (de la retraite). Lorsque le preneur de prévoyance continue de travailler au-delà de l'âge de référence (de la retraite), le versement des prestations peut être différé jusqu'à 5 ans au plus.
Versement anticipé	– En cas d'invalidité, si le preneur de prévoyance bénéficie d'une rente entière de l'AI; – pour l'acquisition par le preneur de prévoyance de son logement; – en cas de départ définitif de Suisse du preneur de prévoyance; – pour un preneur de prévoyance qui s'établit à son compte et n'est pas soumis à l'assurance obligatoire ou s'il change d'activité indépendante; – lorsque le montant de la prestation de sortie est inférieur au montant annuel des cotisations du preneur de prévoyance.

ALLOCATIONS FAMILIALES

ALLOCATIONS FAMILIALES DANS L'AGRICULTURE	
LEGISLATION	Loi fédérale du 20 juin 1952 sur les allocations familiales dans l'agriculture (LFA) Loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA)
Allocataires	Travailleurs agricoles et agriculteurs indépendants.
Enfants ouvrant droit aux allocations	Enfants de parents mariés ou non mariés; enfants adoptés; enfants du conjoint*; enfants recueillis; frères, sœurs et petits enfants de l'ayant droit, s'il en assume l'entretien de manière prépondérante.
Prestations	
Allocation pour enfant	En région de plaine: Frs. 215.– par mois et par enfant. En région de montagne: Frs. 235.– par mois et par enfant.
Allocation de formation professionnelle	En région de plaine: Frs. 268.– par mois et par enfant. En région de montagne: Frs. 288.– par mois et par enfant.
Allocation de ménage	Allocation de ménage de Frs. 100.– par mois, allouée aux travailleurs agricoles uniquement.
Limite d'âge	
Allocation pour enfant	16 ans; 20 ans si l'enfant est incapable d'exercer une activité lucrative.
Allocation de formation professionnelle	25 ans.

* Pendant toute sa durée, le partenariat enregistré entre personnes du même sexe est assimilé au mariage.

ALLOCATIONS FAMILIALES (suite)

ALLOCATIONS FAMILIALES HORS DE L'AGRICULTURE	
LEGISLATION	Loi fédérale du 24 mars 2006 sur les allocations familiales et les aides financières allouées aux organisations familiales (LAFam) Loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) 26 législations cantonales
Allocataires	Travailleurs salariés et indépendants; Mères au chômage qui ont droit à l'allocation de maternité; Personnes sans activité lucrative dont les ressources ne dépassent pas Frs. 44 100.– par an; selon la LAFam, les cantons peuvent élargir ici le cercle des bénéficiaires.
Enfants ouvrant droit aux allocations	Enfants de parents mariés ou non mariés; enfants adoptés; enfants du conjoint*; enfants recueillis; frères, sœurs et petits enfants de l'ayant droit, s'il en assume l'entretien de manière prépondérante.
Prestations	
Allocation pour enfant	Au moins Frs. 215.– par mois et par enfant.
Allocation de formation	Au moins Frs. 268.– par mois et par enfant. Selon la LAFam, les cantons peuvent prévoir des montants plus élevés.
Allocation de naissance et/ou d'adoption	Neuf cantons (Fribourg, Genève, Jura, Lucerne, Neuchâtel, Schwyz, Uri, Valais et Vaud) allouent des allocations de naissance qui varient entre Frs. 1 000.– et Frs. 3 234.– par naissance, suivant les cantons (dans trois cantons, le montant est plus élevé en cas de naissance multiple ou à partir du troisième enfant). Huit de ces cantons (Fribourg, Genève, Jura, Lucerne, Neuchâtel, Uri, Valais et Vaud) allouent une allocation unique en cas d'adoption pour l'enfant placé en vue de son adoption; elle est du même montant que l'allocation de naissance.
Limite d'âge	
Allocation pour enfant	16 ans; 20 ans si l'enfant est incapable d'exercer une activité lucrative. Si l'enfant donne droit à une allocation de formation avant l'âge de 16 ans, cette dernière est versée en lieu et place de l'allocation pour enfant.
Allocation de formation	25 ans.

* Pendant toute sa durée, le partenariat enregistré entre personnes du même sexe est assimilé au mariage.

ASSURANCE-CHOMAGE

LEGISLATION	Loi fédérale du 25 juin 1982 sur l'assurance-chômage obligatoire et l'indemnité en cas d'insolvabilité (LACI) Loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA)
Définitions Chômage total Chômage partiel	Ne pas être partie à un rapport de travail et chercher à exercer une activité à plein temps. - Ne pas être partie à un rapport de travail et chercher à exercer une activité à temps partiel ou - occuper un emploi à temps partiel et chercher à le remplacer par une activité à plein temps ou à le compléter par une autre activité à temps partiel.
Assurés	Travailleurs salariés obligatoirement assurés selon la LAVS (p. 18) qui n'ont pas encore atteint l'âge de référence (de la retraite).
Prestations	Indemnités de chômage, indemnités en cas de réduction de l'horaire de travail, indemnités en cas d'intempéries, indemnités en cas d'insolvabilité de l'employeur. Prestations financières au titre de mesures relatives au marché du travail.
INDEMNITES DE CHOMAGE	
Délais-cadres - d'indemnisation	2 ans, par cas de chômage; il débute le premier jour où toutes les conditions donnant droit à l'indemnité sont réunies. Prolongation de 2 ans pour: - l'assuré qui a entrepris une activité indépendante sans l'aide de l'assurance-chômage, sous certaines conditions; - l'assuré qui s'est consacré à l'éducation de son enfant, sous certaines conditions; - l'assuré qui est devenu chômeur au cours des 4 ans précédant l'âge de référence (de la retraite) et dont le placement est très difficile.
- de cotisation	2 ans, par cas de chômage; il débute 2 ans avant le délai-cadre d'indemnisation. Prolongation de: - 2 ans au maximum, pour l'assuré qui a entrepris une activité indépendante sans l'aide de l'assurance-chômage, sous certaines conditions; - 4 ans pour l'assuré qui s'est consacré à l'éducation de son enfant, sous certaines conditions.

ASSURANCE-CHOMAGE (suite)

INDEMNITES DE CHOMAGE (suite)	
Conditions d'octroi	L'assuré doit: - être sans emploi ou partiellement sans emploi; - avoir subi une perte de travail d'au moins 2 jours consécutifs, assortie d'un manque à gagner; - être domicilié en Suisse; - avoir achevé sa scolarité obligatoire; - ne pas avoir encore atteint l'âge de référence (de la retraite); - remplir les conditions relatives à la période de cotisation ou en être libéré; - être apte au placement; - satisfaire aux exigences du contrôle.
Période de cotisation	12 mois dans les limites du délai-cadre de cotisation. Certaines personnes sont libérées des conditions relatives à la période de cotisation (personnes qui n'ont pas pu être sous contrat de travail en raison d'une formation, une maladie, un accident, une détention, etc.).
Forme	L'indemnité de chômage est versée sous forme d'indemnités journalières (5 indemnités par semaine).
Durée de versement	
Délai d'attente général	5 jours. Pour les personnes qui n'ont pas d'obligation d'entretien envers des enfants de moins de 25 ans, le délai d'attente s'étend à: - 10 jours pour un gain assuré compris entre Frs. 60 001.– et Frs. 90 000.– par an; - 15 jours pour un gain assuré compris entre Frs. 90 001.– et Frs. 125 000.– par an; - 20 jours pour un gain assuré supérieur à Frs. 125 000.– par an. Le délai d'attente général ne s'applique pas aux assurés dont le gain assuré ne dépasse pas Frs. 36 000.– par an ni aux assurés dont le gain assuré se situe entre Frs. 36 001.– et Frs. 60 000.– par an et qui ont une obligation d'entretien envers des enfants de moins de 25 ans.
Délai d'attente spécial	En plus du délai général: - 120 jours pour les personnes libérées des conditions relatives à la période de cotisation en raison d'une formation, une maladie, un accident, une maternité ou une détention; - 5 jours pour les autres personnes libérées des conditions relatives à la période de cotisation; - 1 jour pour l'assuré qui est au terme d'une activité saisonnière ou au terme de l'exercice d'une profession dans laquelle les changements d'employeurs ou les contrats de durée limitée sont usuels.

ASSURANCE-CHOMAGE (suite)

INDEMNITES DE CHOMAGE (suite)	
Durée de versement (suite) Nombre d'indemnités	Dans les limites du délai-cadre d'indemnisation, au maximum: - 200 indemnités journalières pour les personnes âgées de moins de 25 ans qui n'ont pas d'obligation d'entretien envers des enfants; - 260 indemnités journalières si l'assuré justifie d'une période de cotisation de 12 mois au total; - 400 indemnités journalières si l'assuré justifie d'une période de cotisation de 18 mois au total; - 520 indemnités journalières si l'assuré justifie d'une période de cotisation de 22 mois au moins et s'il remplit au moins une des deux conditions suivantes: être âgé de plus de 55 ans ou toucher une rente d'invalidité correspondant à un taux d'invalidité d'au moins 40%; - 90 indemnités journalières pour les personnes libérées des conditions relatives à la période de cotisation. Les assurés qui sont devenus chômeurs au cours des 4 ans précédant l'âge de référence (de la retraite) et dont le placement est très difficile ont droit au plus à 120 indemnités journalières supplémentaires.
Calcul des indemnités Gain assuré	Salaire obtenu en principe au cours des 6 derniers mois de cotisation avant l'indemnisation. Maximum: Frs. 12 350.– par mois. Des règles spéciales s'appliquent aux personnes libérées des conditions relatives à la période de cotisation (montants forfaitaires).
Montant	80% du gain assuré. 70% du gain assuré pour les assurés qui: - n'ont pas d'obligation d'entretien envers des enfants de moins de 25 ans et - bénéficient d'une indemnité journalière entière dont le montant dépasse Frs. 140.– et - ne touchent pas une rente d'invalidité correspondant à un taux d'invalidité d'au moins 40%.
Sanction	Le droit de l'assuré à l'indemnité est suspendu lorsqu'il: - est sans travail par sa propre faute; - a renoncé à faire valoir des prétentions de salaire ou d'indemnisation envers son dernier employeur, cela au détriment de l'assurance; - ne fait pas tout ce qu'on peut raisonnablement exiger de lui pour trouver un travail convenable; - n'observe pas les prescriptions de contrôle du chômage ou les instructions de l'autorité compétente, notamment refuse un travail convenable, ne se présente pas à une mesure de marché du travail ou l'interrompt sans motif valable, ou encore compromet ou empêche, par son comportement, le déroulement de la mesure ou la réalisation de son but; - a donné des indications fausses ou incomplètes ou a enfreint, de quelque autre manière, l'obligation de fournir des renseignements spontanément ou sur demande et d'aviser; - a obtenu ou tenté d'obtenir indûment l'indemnité de chômage; - a touché des indemnités journalières durant la phase d'élaboration d'un projet et n'entreprend pas, par sa propre faute, d'activité indépendante à l'issue de cette phase d'élaboration.
Durée de la suspension	1 à 15 jours en cas de faute légère; 16 à 30 jours en cas de faute de gravité moyenne; 31 à 60 jours en cas de faute grave.

ASSURANCE-CHOMAGE (suite)

INDEMNITES EN CAS DE REDUCTION DE L'HORAIRE DE TRAVAIL	
Conditions d'octroi	- L'assuré a subi une perte de travail inévitable, due à des facteurs d'ordre économique et d'au moins 10% de l'ensemble des heures normalement effectuées par les travailleurs de l'entreprise; - l'assuré n'a pas été licencié; - la réduction de l'horaire de travail est vraisemblablement temporaire et on peut admettre qu'elle permettra de maintenir les emplois en question.
Durée du versement	18 périodes de décompte (1 période de décompte = 1 mois) au maximum dans une période de 2 ans. La période de 2 ans débute le premier jour de la première période de décompte pour laquelle l'indemnité est versée. 4 périodes de décompte pour une perte de travail supérieure à 85% de l'horaire normal de l'entreprise.
Délai d'attente	Fixé par le Conseil fédéral, mais 3 jours au plus, pour chaque période de décompte.
Montant	80% du dernier salaire (maximum: Frs. 12 350.– par mois) avant le début de la réduction de l'horaire de travail.
INDEMNITES EN CAS D'INTEMPERIES	
Conditions d'octroi	- L'assuré a subi une perte de travail annoncée par l'employeur et exclusivement imputable aux conditions météorologiques; - la poursuite des travaux est techniquement impossible en dépit de mesures de protection suffisantes, engendre des coûts disproportionnés ou ne peut être exigée des travailleurs.
Durée du versement	6 périodes de décompte (1 période de décompte = 1 mois) au maximum dans une période de 2 ans.
Délai d'attente	Fixé par le Conseil fédéral, mais 3 jours au plus, pour chaque période de décompte.
Montant	80% du dernier salaire (maximum: Frs. 12 350.– par mois) avant le début de la perte de travail.

ASSURANCE-CHOMAGE (suite)

INDEMNITES EN CAS D'INSOLVABILITE DE L'EMPLOYEUR	
Conditions d'octroi	L'assuré doit: - avoir des créances de salaire envers son employeur au moment où une procédure de faillite est engagée contre ce dernier; - présenter une demande de saisie pour créance de salaire envers son employeur.
Demande d'indemnisation	L'assuré doit présenter sa demande d'indemnisation dans un délai de 60 jours à compter de la date de la publication de la faillite de l'employeur ou, en cas de saisie de l'employeur, dans un délai de 60 jours à compter de la date de l'exécution de la saisie. A l'expiration de ces délais, le droit à l'indemnité s'éteint.
Montant	100% des créances de salaire (maximum: Frs. 12 350.– par mois) effectives portant sur 4 mois au maximum.
MESURES RELATIVES AU MARCHE DU TRAVAIL	
Principes	L'assurance-chômage alloue des prestations financières au titre des mesures relatives au marché du travail. Les mesures relatives au marché du travail visent à favoriser l'intégration professionnelle des assurés dont le placement est difficile pour des raisons inhérentes au marché du travail.
Mesures	Mesures de formation (cours individuels ou collectifs de reconversion, de formation continue ou d'intégration, participation à des entreprises d'entraînement et stages de formation), mesures d'emploi (programmes d'emploi temporaire, stages professionnels, semestres de motivation), mesures spécifiques (allocations d'initiation au travail, allocations de formation, contribution aux frais de déplacement et de séjour, soutien aux assurés qui entreprennent une activité indépendante).