

Soziale Sicherheit in der Schweiz

Soziale Sicherheit in der Schweiz

Abkürzungen

AHV	Alters- und Hinterlassenenversicherung
ALV	Arbeitslosenversicherung
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BBL	Bundesamt für Bauten und Logistik
BSV	Bundesamt für Sozialversicherungen
BV	Berufliche Vorsorge
EFTA	Europäische Freihandelsassoziation
EL	Ergänzungsleistungen
EO	Erwerbsersatzordnung
EU	Europäische Union
FamZ	Familienzulagen
FZA	Freizügigkeitsabkommen zwischen der Schweiz und der Europäischen Union
HMO	Health Maintenance Organization
IK	Individuelles Konto
IV	Invalidenversicherung
MSE	Mutterschaftsentschädigung
KV	Krankenversicherung
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
RAV	Regionale Arbeitsvermittlung
SECO	Staatssekretariat für Wirtschaft
Suva	Schweizerische Unfallversicherungsanstalt
UV	Unfallversicherung
UVG	Bundesgesetz über die Unfallversicherung

Vorbemerkung

Die vorliegende Broschüre richtet sich an alle Personen ungeachtet ihrer Staatsangehörigkeit, die aufgrund ihres Wohnsitzes oder einer Erwerbstätigkeit in der Schweiz dem schweizerischen System der sozialen Sicherheit unterstellt sind.

Sie gibt lediglich einen Überblick über das System der sozialen Sicherheit in der Schweiz. Einzelfälle regelt das Gesetz.

Weitere Informationen finden Sie auf der Internetseite der AHV/IV-Institutionen: www.ahv-iv.info. Der Inhalt dieser Broschüre wird regelmässig überprüft und auf www.ahv-iv.info aktualisiert. Mit dem Newsletter bleiben Sie über alle Änderungen auf dem Laufenden. Schreiben Sie sich jetzt ein unter www.ahv-iv.info>Newsletter.

Inhaltsverzeichnis

Unterstellung unter das schweizerische System der sozialen Sicherheit	4
Grundzüge des schweizerischen Sozialversicherungssystems	18
Die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV)	21
Die Invalidenversicherung (IV)	31
Erwerbsersatz für Dienstleistende und bei Mutterschaft (EO)	45
Berufliche Vorsorge (BV)	49
Die gebundene individuelle Vorsorge (Säule 3a)	60
Krankenversicherung (KV)	63
Die Unfallversicherung gemäss UVG (UV)	76
Die Arbeitslosenversicherung (ALV)	89
Familienzulagen (FamZ)	94
Adressen und Webseiten	98



Unterstellung unter das schweizerische System der sozialen Sicherheit

Allgemeines

**Welche Personen werden
vom schweizerischen
System der sozialen
Sicherheit erfasst?**

**Grundsätzlich jede Person, die in der Schweiz
arbeitet oder wohnhaft ist.**

In der Schweiz erwerbstätige Personen unterstehen dem schweizerischen System der sozialen Sicherheit. Nichterwerbstätige in der Schweiz wohnhafte Personen unterstehen ebenfalls dem schweizerischen System der sozialen Sicherheit. Ausnahmen sind insbesondere in den von der Schweiz mit anderen Staaten abgeschlossenen Abkommen über soziale Sicherheit festgehalten. Jede Person ist grundsätzlich individuell versichert.

Die dem schweizerischen System der sozialen Sicherheit unterstehenden Personen leisten Beitragszahlungen und haben Anspruch auf Leistungen. Einige Personen haben unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch auf Rückerstattung ihrer Beitragszahlungen.

Bilaterale Abkommen der Schweiz über soziale Sicherheit

Was ist ein bilaterales Abkommen über soziale Sicherheit?

Eine Regelung zur sozialen Sicherheit zwischen zwei Staaten.

In einem Abkommen über soziale Sicherheit werden die Rechte und Pflichten der Staatsangehörigen aus einem der Vertragsländer in Bezug auf die soziale Sicherheit im anderen Staat definiert. Grundsatz ist die Gleichbehandlung von Staatsangehörigen der Schweiz und des anderen Vertragsstaates. Die Schweiz hat bilaterale Abkommen über soziale Sicherheit mit verschiedenen Staaten abgeschlossen, die nachfolgend als Vertragsstaaten bezeichnet werden.

Vertragsstaaten 2011

Australien	(AU)	Mazedonien	(MK)
Chile	(CL)	Philippinen	(PH)
Indien***	(IN)	Republik San Marino	(SM)
Israel	(IL)	Türkei	(TR)
Bundesrepublik Jugoslawien*	(YU)	USA	(US)
Kanada**	(CA)		
Kroatien	(HR)		

* Das Abkommen zwischen der Schweiz und der Bundesrepublik Jugoslawien gilt heute für Staatsangehörige von Bosnien und Herzegowina (BA), der Republik Serbien (RS) und der Republik Montenegro (ME).

** Zwischen der Schweiz und Quebec (QC) besteht ebenfalls eine Vereinbarung über soziale Sicherheit.

*** Unterstellung

Die Schweiz hat auch mit Staaten, die heute Mitgliedstaaten der EU oder der EFTA sind, multilaterale Übereinkommen sowie bilaterale Abkommen über soziale Sicherheit abgeschlossen. Es handelt sich um folgende Länder:

EU- und EFTA-Staaten, mit denen die Schweiz bilaterale Abkommen über soziale Sicherheit abgeschlossen hat

Belgien (BE)	Irland (IE)	Schweden (SE)
Bulgarien (BG)	Italien (IT)	Slowakische Republik (SK)
Dänemark (DK)	Liechtenstein (LI)	Slowenien (SI)
Deutschland (DE)	Luxemburg (LU)	Spanien (ES)
Finnland (FI)	Niederlande (NL)	Tschechische Republik (CZ)
Frankreich (FR)	Norwegen (NO)	Ungarn (HU)
Griechenland (GR)	Österreich (AT)	Zypern (CY).
Grossbritannien (GB)	Portugal (PT)	

Die bestehenden zwischenstaatlichen Abkommen zwischen der Schweiz und den einzelnen EU-Mitgliedstaaten im Bereich der sozialen Sicherheit werden grösstenteils durch das Freizügigkeitsabkommen zwischen der Schweiz und der EU (FZA) ersetzt. Sie gelangen nur noch für jene Personen zur Anwendung, die das FZA nicht erfasst. Dies gilt insbesondere für Nichterwerbstätige und für Personen, die weder Staatsangehörige der Schweiz noch eines EU-Mitgliedstaates sind.

Die mit Liechtenstein und Norwegen abgeschlossenen bilateralen Abkommen über soziale Sicherheit werden durch das revidierte EFTA-Abkommen ersetzt. Sie gelten nur noch für Nichterwerbstätige und Personen, die weder Staatsangehörige der Schweiz noch des anderen Vertragsstaates sind.

Welche Versicherungszweige erfassen die Abkommen?

Hauptsächlich die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung.

Sämtliche von der Schweiz abgeschlossenen bilateralen Abkommen über soziale Sicherheit gelten für die gesetzlichen Bestimmungen für folgende Risiken:

- ▶ Alter und Tod (AHV)
- ▶ Invalidität (IV).

Gewisse Abkommen enthalten auch Gesetzesbestimmungen in den Bereichen:

- ▶ Unfallversicherung (UV)
- ▶ Krankenversicherung (KV)
- ▶ Familienzulagen (FamZ).

Die Arbeitslosenversicherung, die berufliche Vorsorge und die Sozialhilfe sind von den bilateralen Abkommen über soziale Sicherheit nicht betroffen.

Welche Personen werden von diesen Abkommen erfasst?

Die bilateralen Abkommen über soziale Sicherheit betreffen grundsätzlich die Staatsangehörigen der Schweiz und des Vertragsstaates. Sie gelten auch für Staatsangehörige von Drittstaaten im Falle einer Entsendung.

Die Abkommen betreffen:

- ▶ Staatsangehörige der Schweiz und des Vertragsstaates sowie deren Familienangehörige und Hinterlassene – grundsätzlich unabhängig von deren Nationalität
- ▶ Flüchtlinge und Staatenlose sowie deren Familienmitglieder und Hinterlassene, wenn sie in der Schweiz oder einem Vertragsstaat wohnen (mit Ausnahme der Abkommen mit San Marino und der Türkei)
- ▶ Staatsangehörige von Drittstaaten, wenn es sich um entsandte Arbeitnehmende handelt.

Personen, die weder Staatsangehörige der Schweiz noch des Vertragsstaates sind (ausser Familienangehörige oder Hinterlassene im obigen Sinn), sind grundsätzlich von den bilateralen Abkommen nicht betroffen.

Die bilateralen Abkommen über soziale Sicherheit zwischen der Schweiz und den verschiedenen EU-Mitgliedstaaten gelten nur noch für Personen, die nicht unter das FZA fallen. Die mit Liechtenstein und Norwegen abgeschlossenen bilateralen Abkommen über soziale Sicherheit gelten nur noch für Personen, die nicht unter das revidierte EFTA-Abkommen fallen.

Welchem Versicherungssystem unterstehen Personen, die nur in einem Land erwerbstätig sind?

Dem Versicherungssystem des Landes, in dem sie arbeiten.

Staatsangehörige der Schweiz oder eines Vertragsstaates, die nur in einem Land erwerbstätig sind, unterstehen grundsätzlich dem Versicherungssystem ihres Beschäftigungslands – auch wenn sie im anderen Land wohnen oder sich der Sitz des Unternehmens oder des Arbeitgebers im anderen Land befindet.

Welchem Versicherungssystem unterstehen Personen, die gleichzeitig in der Schweiz und in einem Vertragsstaat erwerbstätig sind?

Dem Versicherungssystem des Landes, in dem sie die Erwerbstätigkeit ausüben, in Bezug auf die ausgeübte Tätigkeit.

Staatsangehörige der Schweiz oder des Vertragsstaates, die gleichzeitig in beiden Staaten arbeiten, unterstehen der schweizerischen Gesetzgebung in Bezug auf die in der Schweiz ausgeübte Tätigkeit und der Gesetzgebung des Vertragsstaates in Bezug auf die dort ausgeübte Tätigkeit.

Selbständige Erwerbstätigkeit

▶ Die Abkommen mit Kanada/Quebec, den Philippinen und den USA sehen in Bezug auf die Ausübung einer selbständigen Erwerbstätigkeit eine Ausnahme vor. Im Falle einer selbständigen Erwerbstätigkeit in einem Vertragsstaat oder beiden Vertragsstaaten und Wohnsitz in einem der beiden Vertragsstaaten untersteht diese Person ausschliesslich dem Versicherungssystem des Wohnlandes.

Besondere Bestimmungen

▶ Besondere Bestimmungen gelten für das Personal von internationalen Transportunternehmen (Strasse, Bahn, Luft, See), für Beamte sowie für das Personal von Botschaften oder Konsulaten.

Personen ohne Erwerbstätigkeit

▶ Nichterwerbstätige Personen unterstehen dem Versicherungssystem ihres Wohnlandes.

Freizügigkeitsabkommen zwischen der Schweiz und der EU (FZA) und EFTA-Abkommen

Welche Staaten sind vom Freizügigkeitsabkommen zwischen der Schweiz und der EU sowie dem EFTA-Abkommen betroffen?

Die 27 EU-Mitgliedstaaten und die EFTA-Staaten.

Das Freizügigkeitsabkommen, nachfolgend FZA genannt, zwischen der Schweiz und der EU betrifft zum einen die Schweiz und zum anderen die 27 EU-Mitgliedstaaten.

Vom EFTA-Abkommen sind ausschliesslich EFTA-Staaten betroffen.

EU-Mitgliedstaaten

Belgien (BE)	Griechenland (GR)	Malta (MT)	Slowakei (SK)
Bulgarien (BG)	Grossbritannien (GB)	Niederlande (NL)	Slowenien (SI)
Dänemark (DK)	Irland (IE)	Österreich (AT)	Spanien (ES)
Deutschland (DE)	Italien (IT)	Polen (PL)	Tschechische Republik (CZ)
Estland (EE)	Lettland (LV)	Portugal (PT)	Ungarn (HU)
Finnland (FI)	Litauen (LT)	Rumänien (RO)	Zypern (CY).
Frankreich (FR)	Luxemburg (LU)	Schweden (SE)	

EFTA-Staaten

- ▶ Island (IS)
- ▶ Liechtenstein (LI)
- ▶ Norwegen (NO)
- ▶ Schweiz (CH).

Welche Personen sind vom FZA und vom EFTA-Abkommen betroffen?

Das FZA betrifft Staatsangehörige der Vertragsstaaten, die von der Schweiz in die EU ziehen oder umgekehrt. Das EFTA-Abkommen betrifft Staatsangehörige der EFTA-Staaten, die innerhalb der EFTA ab- und zuwandern.

Das FZA betrifft:

- ▶ Personen, die erwerbstätig sind oder waren (Rentnerinnen und Rentner, Arbeitslose)
- ▶ Studierende und ihre Familienangehörigen
- ▶ Familienangehörige oder Hinterlassene von Personen, die erwerbstätig sind oder waren, und zwar ungeachtet ihrer Nationalität
- ▶ Staatenlose und Flüchtlinge, wenn sie in der Schweiz oder einem EU-Mitgliedstaat wohnen.

Nichterwerbstätige Personen sowie Personen, die weder Staatsangehörige der Schweiz noch eines EU-Mitgliedstaates sind (ausser sie sind Familienangehörige oder Hinterlassene im obigen Sinn), sind vom Abkommen nicht betroffen. Für sie gelten weiterhin die zwischenstaatlichen Abkommen über Soziale Sicherheit mit den betreffenden Ländern. Auskunft erteilen die AHV-Ausgleichskassen.

Das EFTA-Abkommen betrifft:

- ▶ Personen, die erwerbstätig sind oder waren (Rentnerinnen und Rentner, Arbeitslose)
- ▶ Studierende und ihre Familienangehörigen
- ▶ Familienangehörige oder Hinterlassene von Personen, die erwerbstätig sind oder waren, und zwar ungeachtet ihrer Nationalität
- ▶ Staatenlose und Flüchtlinge, wenn sie in Island, Liechtenstein, Norwegen oder der Schweiz wohnen.

**Was bedeuten das FZA
und das EFTA-Abkommen
im Hinblick auf die
soziale Sicherheit?**

Die Koordination der verschiedenen nationalen Sozialversicherungssysteme.

Das FZA und das EFTA-Abkommen koordinieren die verschiedenen nationalen Sozialversicherungssysteme. Sie bewirken jedoch keine Vereinheitlichung der einzelnen Systeme. Jedes Land behält die Struktur, die Art und den Umfang der Beiträge und der Leistungen seiner Sozialversicherungen bei.

Die wichtigsten Aspekte der Abkommen sind:

- ▶ Staatsangehörige der Schweiz und der EU-/EFTA-Staaten werden gleich behandelt; ebenso werden isländische, liechtensteinische und norwegische Staatsangehörige Schweizerinnen und Schweizern gleichgestellt;
- ▶ Allfällige nachteilige Auswirkungen des Wechsels des Beschäftigungs- oder Wohnlandes auf den Versicherungsschutz werden gemildert oder beseitigt.

Die bestehenden bilateralen Abkommen zwischen der Schweiz und den einzelnen EU-Staaten im Bereich der sozialen Sicherheit werden durch das FZA und das EFTA-Abkommen ersetzt. Sie gelangen nur noch für jene Personen zur Anwendung, die das FZA oder das EFTA-Abkommen nicht erfassen. Dies gilt insbesondere für Nichterwerbstätige und für Personen, die weder Staatsangehörige der Schweiz noch eines EU- oder EFTA-Staates sind.

Welche Versicherungszweige erfassen das FZA und das EFTA-Abkommen?

Alle aus dem Bereich der sozialen Sicherheit ausser der Sozialhilfe.

Das FZA und das EFTA-Abkommen gelten für alle gesetzlichen Regelungen über den Sozialversicherungsschutz

- ▶ im Alter
- ▶ bei Invalidität
- ▶ im Todesfall (Leistungen an Hinterlassene)
- ▶ bei Krankheit und Mutterschaft
- ▶ bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten
- ▶ bei Arbeitslosigkeit
- ▶ für Familien.

Nicht vom FZA und dem EFTA-Abkommen betroffen ist die Sozialhilfe.

Welchem Sozialversicherungssystem unterstehen erwerbstätige Personen?

In der Regel dem Sozialversicherungssystem eines einzigen Landes.

Erwerbstätige Personen unterstehen in der Regel dem Sozialversicherungssystem eines einzigen Landes, auch wenn sie in mehreren Ländern arbeiten. Das heisst, sie müssen die Versicherungsbeiträge jeweils nur im betreffenden Land bezahlen.

Welchem Versicherungssystem unterstehen Personen, die nur in einem Land erwerbstätig sind?

Dem Versicherungssystem des Landes, in dem sie arbeiten.

Staatsangehörige der Schweiz oder eines EU-/EFTA-Staates, die nur in einem Land erwerbstätig sind, unterstehen dem Versicherungssystem ihres Beschäftigungslandes – auch wenn sie in einem anderen Land wohnen oder sich der Sitz des Unternehmens oder des Arbeitgebers in einem anderen Land befindet.

Welchem Versicherungssystem unterstehen Personen, die in mehreren Ländern erwerbstätig sind?

Dem Versicherungssystem des Wohnsitzlandes, des Arbeitgebersitzlandes oder des Landes, in dem sie der Haupttätigkeit nachgehen.

Personen, die in mehr als einem Land gleichzeitig erwerbstätig sind, unterstehen in der Regel nur dem Versicherungssystem ihres Wohnlands.

Arbeitet eine Person für einen einzigen Arbeitgeber und wohnt sie in keinem der Länder, in denen sie arbeitet, ist sie dem Versicherungssystem jenes Landes unterstellt, in dem sich der Arbeitgebersitz befindet.

Geht eine Person in mehreren verschiedenen Ländern einer selbständigen Erwerbstätigkeit nach, ohne dort zu wohnen, unterliegt sie den Rechtsvorschriften des Landes, in dem sie ihre Haupttätigkeit ausübt.

Ausnahme

► Wer gleichzeitig in einem Land selbständig erwerbstätig und in einem anderen Land unselbständig erwerbstätig ist, unterliegt meistens der Versicherungspflicht beider Länder. Dies gilt etwa, wenn eine Person in der Schweiz eine selbständige und in einem EU- oder EFTA-Staat eine unselbständige Tätigkeit ausübt.

Entsendung

Was ist eine Entsendung?

Die Entsendung bildet eine Ausnahme von den allgemeinen Unterstellungsregeln, vorausgesetzt es besteht ein Übereinkommen oder ein Abkommen über soziale Sicherheit.

Grundsätzlich unterstehen Arbeitnehmende dem Sozialversicherungssystem des Landes, in dem sie ihre Erwerbstätigkeit ausüben. Die Entsendung bildet eine Ausnahme von dieser Regel.

Begibt sich eine Person vorübergehend in ein anderes Land, um dort eine Arbeit zu verrichten, kann sie unter bestimmten Voraussetzungen dem System der sozialen Sicherheit ihres Ursprungslandes unterstellt bleiben.

Welchem Versicherungssystem unterstehen Arbeitnehmende, die gewöhnlich in einem Vertragsstaat versichert sind und die vorübergehend in die Schweiz entsandt werden?

Dem Versicherungssystem des Ursprungslandes.

Die bilateralen Abkommen über soziale Sicherheit, das FZA und das EFTA-Abkommen sehen vor, dass Arbeitnehmende, die für kurze Zeit in die Schweiz entsandt werden und die ursprünglich in einem anderen Land versichert sind, weiterhin dem Versicherungssystem dieses Landes unterstellt bleiben dürfen. Genauso bleiben die vorübergehend von der Schweiz in ein anderes Land entsandten Arbeitnehmenden dem schweizerischen System der sozialen Sicherheit unterstellt.

**Maximale
Entsendungsdauer**

Die maximale Dauer einer Entsendung ist für die verschiedenen Staaten unterschiedlich.

Die Entsendung sieht grundsätzlich eine vorübergehende und ausnahmsweise im Ausland ausgeübte Erwerbstätigkeit vor. In den EU- und EFTA-Staaten gilt eine maximale, verlängerbare Entsendungsdauer von 12 Monaten.

In bestimmten Fällen kann eine Entsendung auf insgesamt maximal fünf bis sechs Jahre verlängert werden.

Maximale Dauer einer Entsendung:

EU-/EFTA-Staaten und Republik San Marino	12 Monate
Israel, Kroatien, Mazedonien, Philippinen und Türkei	24 Monate
Bosnien und Herzegowina, Chile, Montenegro und Serbien	36 Monate
Australien, Kanada/Quebec und USA	60 Monate
Indien	72 Monate

Ist es möglich, einen Arbeitnehmenden für die Ausübung einer vorübergehenden Tätigkeit in ein Land zu senden, mit dem die Schweiz kein Sozialversicherungsabkommen abgeschlossen hat?

Ja. Es handelt sich nicht um eine Entsendung. Die Arbeitnehmenden unterstehen den Rechtsvorschriften über soziale Sicherheit des Landes, in dem sie ihre Erwerbstätigkeit ausüben, auch wenn sie bereits im Ursprungsland versichert sind.

Übt ein Arbeitnehmender, der gewöhnlich dem System der sozialen Sicherheit eines Landes untersteht, mit dem die Schweiz kein Sozialversicherungsabkommen abgeschlossen hat, vorübergehend eine Erwerbstätigkeit in der Schweiz aus, muss er sich für die Dauer dieser Tätigkeit obligatorisch in der Schweiz versichern.

Ein normalerweise in der Schweiz versicherter Arbeitnehmender, der eine vorübergehende Erwerbstätigkeit in einem Land ausübt, mit dem die Schweiz kein Sozialversicherungsabkommen abgeschlossen hat, kann unter bestimmten Voraussetzungen in der Schweiz versichert bleiben. Dies befreit ihn indes nicht von seiner Pflicht, sich obligatorisch im Beschäftigungsland zu versichern.



Grundzüge des schweizerischen Sozialversicherungssystems

**Was bietet das
schweizerische Sozial-
versicherungssystem?**

Schutz vor sozialen Risiken.

In der Schweiz besteht ein engmaschiges Netz von Sozialversicherungen, das den hier lebenden und arbeitenden Menschen und ihren Familienangehörigen einen weit reichenden Schutz vor Risiken bietet, deren finanzielle Folgen sie nicht allein bewältigen können.

**Wie setzt sich das
schweizerische Sozial-
versicherungssystem
zusammen?**

Es werden fünf Grundbereiche unterschieden.

Das schweizerische Sozialversicherungssystem wird in fünf Bereiche unterteilt:

- ▶ die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge (Dreisäulensystem)
- ▶ der Schutz vor Folgen einer Krankheit und eines Unfalls
- ▶ der Erwerbsersatz für Dienstleistende und bei Mutterschaft
- ▶ die Arbeitslosenversicherung
- ▶ die Familienzulagen.

Diese Versicherungen leisten Schutz, indem sie Leistungen wie Renten, Erwerbsersatz und Familienzulagen ausrichten, oder indem sie Kosten bei Krankheit, Mutterschaft und Unfall tragen.

Das Dreisäulensystem

Die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge beruht auf drei Säulen:

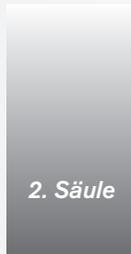
- ▶ Die erste Säule, die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV), ist eine allgemeine Volksversicherung und dient der Existenzsicherung.
- ▶ Als zweite Säule bezeichnet man die berufliche Vorsorge (BV). Sie hat zusammen mit der ersten Säule das Ziel, die Fortführung der gewohnten Lebenshaltung zu gewährleisten.
- ▶ Die dritte Säule umfasst die individuelle freiwillige Vorsorge.

Staatliche Vorsorge (AHV, IV)



Obligatorisch für alle

Berufliche Vorsorge



Obligatorisch für
Arbeitnehmende*

Individuelle Vorsorge



Freiwillig

* Alle der AHV angeschlossenen erwerbstätigen Personen mit einem 20'880 Franken übersteigenden Jahreseinkommen (im Jahr 2012).

Wie wird das schweizerische Sozialversicherungssystem finanziert?

Durch Beiträge vom Erwerbseinkommen, Kopfprämien, Beiträge der öffentlichen Hand.

Die Leistungen der einzelnen Sozialversicherungszweige werden vorab durch die paritätischen Beitragszahlungen der Arbeitnehmenden und Arbeitgebenden sowie durch Beiträge von Selbständigerwerbenden und nicht erwerbstätigen Versicherten finanziert. In der Krankenversicherung zahlt jede versicherte Person eine Prämie. Die öffentliche Hand beteiligt sich in unterschiedlichem Umfang an der Finanzierung der Sozialversicherungen (AHV/IV), oder sie finanziert sie entweder ganz (Ergänzungsleistungen, EL), oder hilft wirtschaftlich schwachen Personen bei der Prämienzahlung (Prämienverbilligung in der Krankenversicherung).

Finanzierung der Sozialversicherungen

Finanzierungsart					
Sozialversicherungs-zweige	Beiträge von Arbeitgebenden und Arbeitnehmenden (Anteile am Erwerbseinkommen)	Beiträge von Selbstständig-erwerbenden	Beiträge von Nichterwerbstätigen	Kopfprämien	Beiträge der öffentlichen Hand
Alters- und Hinterlassenenversicherung	●	●	●		●
Invalidenversicherung	●	●	●		●
Berufliche Vorsorge	●	● **			
Krankenversicherung				●	●
Unfallversicherung	●	● **		●	
Arbeitslosenversicherung	●	●			
Familienzulagen	● *	● *	● *		●

* Gemäss der geltenden kantonalen Gesetzgebung.

** Die Selbständigerwerbenden können sich freiwillig in der beruflichen Vorsorge und der Unfallversicherung versichern.



Die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV)

Allgemeines

Was ist die AHV?

Eine Versicherung, die Schutz im Alter und für Hinterlassene bietet.

Die Alters- und Hinterlassenenversicherung AHV ist der bedeutendste Pfeiler der sozialen Vorsorge in der Schweiz. Die AHV soll den wegen Alter und Tod zurückgehenden oder wegfallenden Arbeitsverdienst wenigstens teilweise ersetzen.

AHV-Ausgleichskassen

► Die AHV-Ausgleichskassen sind zuständig für den Bezug der Beiträge und die Auszahlung der Leistungen der Alters- und Hinterlassenenversicherung.

Wer ist bei der AHV versichert?

Alle, die in der Schweiz wohnen oder erwerbstätig sind.

Die AHV ist eine allgemeine und obligatorische Volksversicherung, die alle Personen umfasst, die in der Schweiz wohnen oder erwerbstätig sind.

Beiträge

Wer bezahlt AHV-Beiträge?

Alle, die bei der AHV versichert sind.

Beitragspflichtig sind alle, die bei der AHV versichert sind, d.h. die Personen, die in der Schweiz wohnen oder arbeiten. Beitragspflichtig sind auch nicht Erwerbstätige. Ihr Beitrag gilt dann als bezahlt, wenn der erwerbstätige Ehegatte bzw. eingetragene Partner oder die erwerbstätige Ehegattin bzw. eingetragene Partnerin mindestens den doppelten Mindestbeitrag an die AHV entrichtet hat. Der AHV/IV/EO-Mindestbeitrag beträgt 475 Franken pro Jahr. Die Beiträge der Arbeitnehmenden werden von den Arbeitgebenden bei jeder Lohnzahlung abgezogen und zusammen mit ihrem Beitrag an die AHV-Ausgleichskasse überwiesen.

Ein Einkommen aus selbständigem Nebenerwerb oder aus unselbständiger Erwerbstätigkeit, das 2'300 Franken pro Jahr nicht übersteigt (geringfügiges Einkommen), untersteht nur auf Antrag der versicherten Person der Beitragspflicht. Hingegen besteht die Beitragspflicht zwingend für die Erwerbseinkommen von Personen, die in Privathaushalten tätig sind. Dasselbe gilt für Personen, die von Tanz- und Theaterproduzenten, Orchestern, Phono- und Audiovisionsproduzenten, Radio und Fernsehen sowie von Schulen im künstlerischen Bereich entlohnt werden.

Wie lange dauert die Beitragspflicht?

Ab 1. Januar nach dem 17. Geburtstag bis zum ordentlichen Rentenalter.

Erwerbstätige Personen müssen ab dem 1. Januar nach der Vollendung des 17. Altersjahrs Beiträge bezahlen, bis sie das ordentliche Rentenalter erreicht haben.

Nicht erwerbstätige Versicherte müssen erst ab dem 1. Januar nach der Vollendung des 20. Altersjahrs Beiträge bezahlen.

Fehlende Beitragsjahre können zu einer Kürzung der Leistungen führen.

**Müssen erwerbstätige
Altersrentner und
Altersrentnerinnen auch
Beiträge bezahlen?**

Die Beitragspflicht besteht weiter.

Wer bereits eine Altersrente bezieht, aber weiter erwerbstätig ist, muss weiterhin Beiträge bezahlen. Für erwerbstätige Rentner und Rentnerinnen gilt ein Freibetrag von monatlich 1'400 Franken oder von jährlich 16'800 Franken, auf dem sie keine Beiträge entrichten müssen. Beiträge werden nur auf dem Anteil des Erwerbseinkommens erhoben, der diese Beträge übersteigt.

**Wie berechnen sich die
AHV-Beiträge?**

**Bei Erwerbstätigen aufgrund ihres Einkommens,
bei Nichterwerbstätigen aufgrund ihrer
wirtschaftlichen Verhältnisse.**

Bei den Unselbständigerwerbenden bezahlen Arbeitnehmende und Arbeitgebende je die Hälfte der Beiträge, d.h. 4,2% des massgebenden Einkommens (ohne Beitragsbemessungsgrenze). Arbeitgebende sind verpflichtet, den Gesamtbeitrag direkt an die AHV-Ausgleichskasse zu überweisen.

Bei Selbständigerwerbenden setzt die AHV-Ausgleichskasse den Beitrag aufgrund des Erwerbseinkommens fest, was grundsätzlich 7,8% ihres Einkommens entspricht. Eine sinkende Beitragsskala sieht für Jahreseinkommen unter 55'700 Franken die Herabsetzung des Beitragssatzes bis auf 4,2% vor.

Die Beiträge nichterwerbstätiger Personen richten sich nach deren Vermögen und deren 20-fachen Renteneinkommen (soziale Verhältnisse). Sie werden von der AHV-Ausgleichskasse festgelegt. Die Beiträge verheirateter oder in eingetragener Partnerschaft lebender Personen werden auf der Basis des halben Vermögens und Renteneinkommens beider Partner oder Partnerinnen berechnet. Die Beiträge richten sich nach der Veranlagung der kantonalen Steuerbehörde. Der Gesamtbeitrag liegt zwischen 387 und 19'350 Franken pro Jahr.

Was ist das Individuelle Konto?

Es bildet die Grundlage für die Rentenberechnung.

Auf dem Individuellen Konto (IK) werden alle Erwerbseinkommen, Beitragszeiten sowie die Betreuungsgutschriften aufgezeichnet. Diese dienen als Grundlage für die Berechnung einer Alters-, Hinterlassenen- oder Invalidenrente. Wer überprüfen möchte, ob die Beitragsdauer lückenlos ist oder ob der Arbeitgeber die abgezogenen Beiträge auch wirklich mit der AHV-Ausgleichskasse abgerechnet hat, kann mit einem schriftlichen Antrag oder direkt via Internet (www.ahv-iv.info) einen Auszug verlangen. Dabei ist die Versichertennummer anzugeben. Der Auszug aus dem IK ist kostenlos.

Versicherungsausweis/Versichertennummer

- ▶ Alle beitragspflichtigen Personen erhalten bei der Aufnahme in die Versicherung einen persönlichen Versicherungsausweis (gewöhnlich «AHV-Ausweis» genannt). Der Ausweis enthält die persönliche Nummer der versicherten Person.
- ▶ Der Versicherungsausweis ist unbedingt aufzubewahren. Er muss dem Arbeitgeber bei jedem Stellenwechsel und bei der Anmeldung für die AHV-Leistungen vorgelegt werden.

Leistungen

Welche Leistungen erbringt die AHV?

Renten, Hilflosenentschädigungen und Hilfsmittel.

Die Alters- und Hinterlassenenrenten sowie die Hilflosenentschädigung machen den grössten Teil der Leistungen der AHV aus. Diese Leistungen werden der Entwicklung der Löhne und der Preise angepasst.

Altersrente

▶ Personen, die das Rentenalter erreichen, haben Anspruch auf eine Altersrente. Das Rentenalter der Frauen liegt bei 64 Jahren. Männer erreichen das Rentenalter mit 65 Jahren. Die volle Altersrente beträgt monatlich mindestens 1'160 und höchstens 2'320 Franken. Bei einer unvollständigen Beitragsdauer wird eine Teilrente ausgerichtet. Die Altersrenten für verheiratete oder in eingetragener Partnerschaft lebende Paare darf 150% der maximalen Altersrente, d.h. 3'480 Franken nicht übersteigen.

▶ Wer seine Altersrente ein oder zwei Jahre vor dem ordentlichen Rentenalter bezieht, erhält eine gekürzte Rente. Der Kürzungssatz beträgt 6,8% pro Vorbezugsjahr. Wer umgekehrt den Bezug der Rente um ein bis maximal fünf Jahre aufschiebt, erhält eine erhöhte Rente. Die Erhöhung ist abhängig von der Dauer des Aufschubs. Der Vorbezug oder der Aufschub der Altersrente wirkt sich auch auf die Kinderrenten aus.

Kinderrente

▶ Ein Anspruch auf eine Kinderrente zusätzlich zur Altersrente besteht für Kinder, die das 18. Altersjahr noch nicht vollendet haben oder sich noch in Ausbildung befinden (bis zu ihrem 25. Geburtstag). Die Kinderrente macht 40% der entsprechenden Altersrente aus, das sind bei vollständiger Beitragsdauer monatlich mindestens 464 Franken und höchstens 928 Franken. Haben beide Elternteile Anspruch auf eine Kinderrente, so darf der Gesamtbetrag beider Renten 60% des Höchstbetrages der Altersrente, d.h. monatlich 1'392 Franken, nicht übersteigen.

Witwen- oder Witwerrente

- ▶ Frauen, deren Gatte verstorben ist, haben Anspruch auf eine Witwenrente,
 - wenn sie zum Zeitpunkt der Verwitwung eines oder mehrere Kinder haben oder
 - wenn sie zum Zeitpunkt der Verwitwung 45 Jahre alt und mindestens fünf Jahre verheiratet waren. Bei mehreren Heiraten werden die Ehejahre zusammengerechnet.

- ▶ Geschiedene Frauen, deren ehemaliger Gatte verstorben ist, haben unter bestimmten Voraussetzungen ebenfalls Anspruch auf eine Witwenrente.

- ▶ Männer, deren Gattin bzw. ehemalige Gattin verstorben ist, erhalten eine Witwerrente, bis das jüngste Kind das 18. Altersjahr vollendet hat.

- ▶ Die Witwen- oder Witwerrente macht 80% der Altersrente aus (bei vollständiger Beitragsdauer monatlich mindestens 928 und höchstens 1'856 Franken).

- ▶ Die eingetragene Partnerschaft ist der Ehe, deren Auflösung der Scheidung und der überlebende eingetragene Partner dem Witwer gleichgestellt.

Waisenrente

- ▶ Die AHV richtet Kindern eine Waisenrente aus, wenn die Mutter oder der Vater stirbt. Beim Tode beider Eltern besteht ein Anspruch auf zwei Waisenrenten.

- ▶ Der Anspruch auf eine Waisenrente erlischt mit dem 18. Geburtstag oder mit dem Abschluss der Ausbildung (spätestens jedoch mit dem 25. Geburtstag). Die Waisenrente macht 40% der Altersrente aus (bei vollständiger Beitragsdauer mindestens 464 Franken pro Monat und höchstens 928 Franken pro Monat). Sind beide Eltern gestorben, so sind die Waisenrenten zu kürzen, soweit ihr Gesamtbetrag 60% der maximalen Altersrente, d.h. 1'392 Franken monatlich, übersteigt.

Anspruch auf Renten von Vertragsstaaten

- ▶ War eine Person in der Schweiz und in einem oder mehreren Vertragsstaaten versichert, erhält sie grundsätzlich von jedem Staat, in dem sie während mindestens einem Jahr versichert war, eine Teilrente. Die Leistungen aus der Schweiz und aus dem Ausland werden unabhängig voneinander entrichtet und können kumuliert werden, ohne dass dies einen Abzug zur Folge hätte. Der Betrag der einzelnen Rente entspricht der Versicherungszeit, die im jeweiligen Staat zurückgelegt wurde. Reicht der Zeitraum, während dem eine Person in einem Staat versichert war, nicht aus, um dort einen Rentenanspruch zu begründen, werden Versicherungszeiten, die im anderen Land zurückgelegt wurden, berücksichtigt. Die Rente selbst wird aber dadurch nicht erhöht.

Anspruch auf Renten von EU- bzw. EFTA-Staaten

▶ War eine Person in der Schweiz und in einem oder mehreren EU-/EFTA-Staaten versichert, erhält sie grundsätzlich von jedem Staat, in dem sie während mindestens einem Jahr versichert war, eine Teilrente. Der Betrag der einzelnen Rente entspricht der Versicherungszeit, die im jeweiligen Staat zurückgelegt wurde. Reicht der Zeitraum, während dem eine Person in einem Staat versichert war, nicht aus, um dort einen Rentenanspruch zu begründen, werden Versicherungszeiten, die in anderen Ländern zurückgelegt wurden, berücksichtigt (Zusammenrechnung von Versicherungszeiten). Die Rente selbst wird aber dadurch nicht erhöht.

Zusätzlich erbringt die AHV folgende Leistungen:

Hilflosenentschädigung

▶ Die Hilflosenentschädigung dient der Deckung besonderer Betreuungskosten. Sie wird Bezügerinnen und Bezüger von Altersrenten oder Ergänzungsleistungen mit Wohnsitz und gewöhnlichem Aufenthalt in der Schweiz gewährt, unter der Voraussetzung, dass

- sie in schwerem, mittlerem oder leichtem Grade hilflos sind und
- die Hilflosigkeit ununterbrochen mindestens ein Jahr gedauert hat.

▶ Der Betrag der Entschädigung ist vom Hilflosigkeitsgrad abhängig:

- Hilflosigkeit schweren Grades:
928 Franken monatlich (80% der minimalen Altersrente)
- Hilflosigkeit mittleren Grades:
580 Franken monatlich (50% der minimalen Altersrente)
- Hilflosigkeit leichten Grades:
232 Franken monatlich (20% der minimalen Altersrente)

▶ Der Anspruch auf die Entschädigung für eine Hilflosigkeit leichten Grades entfällt bei einem Aufenthalt im Heim.

Hilfsmittel

▶ Im Alter können Behinderungen entstehen, die durch Hilfsmittel (wie beispielsweise Hörgeräte, Rollstühle) erleichtert oder überwunden werden können. Die AHV leistet Kostenbeiträge für eine Reihe von Hilfsmitteln an Altersrentnerinnen und -rentner, die in der Schweiz wohnen.

Wie können Versicherte ihren Anspruch auf Leistungen geltend machen?

Indem sie sich bei der AHV-Ausgleichskasse anmelden, an die sie zuletzt Beiträge entrichtet haben.

Wer eine AHV-Leistung beanspruchen will, muss diesen Anspruch anmelden. Ein Anmeldeformular können Sie bei der AHV-Ausgleichskasse beziehen (Verzeichnis siehe www.ahv-iv.info).

Personen, die nie in der schweizerischen AHV versichert gewesen sind und ihren Anspruch auf Leistungen, die sie in einem anderen Land für eine Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung erworben haben, geltend machen wollen, reichen ihren Antrag bei der Schweizerischen Ausgleichskasse ein (www.zas.admin.ch).

Wer hat Anspruch auf Leistungen der AHV?

Wer Beiträge an die AHV geleistet hat.

Damit eine Person Anspruch auf Leistungen hat,

- ▶ muss sie eine Beitragsdauer von mindestens einem Jahr aufweisen, oder
- ▶ muss ihr erwerbstätiger Ehepartner oder ihre erwerbstätige Ehepartnerin mindestens während eines Jahres den doppelten Mindestbeitrag entrichtet haben, oder
- ▶ müssen Erziehungs- oder Betreuungsgutschriften angerechnet werden können.

Bei den Hinterlassenenleistungen müssen diese Voraussetzungen durch die verstorbene Person erfüllt sein.

Wann beginnt der Anspruch auf eine Altersrente?

Nach dem Erreichen des Rentenalters, d.h. 64 Jahre für Frauen und 65 Jahre für Männer.

Das ordentliche Rentenalter beträgt für Frauen 64 Jahre und für Männer 65 Jahre. Der Anspruch auf die AHV-Altersrente beginnt am ersten Tag des Monats nach dem Erreichen des ordentlichen Rentenalters. Er erlischt am Ende des Monats, in dem die rentenberechtigte Person stirbt.

Praktisches

Es wird empfohlen, die Anmeldung für den Bezug der Altersrente drei bis vier Monate vor dem Erreichen des Rentenalters einzureichen. Die Leistungen werden nur für eine beschränkte Zeit nachbezahlt.

Wie berechnet sich die AHV-Rente?

Aufgrund der Beitragsdauer und des Jahreseinkommens.

Die Berechnungselemente der Rente sind:

- ▶ die anrechenbaren Beitragsjahre
- ▶ die Erwerbseinkommen
- ▶ die Erziehungsgutschriften und die Betreuungsgutschriften.

Eine Vollrente erhält, wer eine volle Beitragsdauer aufweist (44 Jahre: Rentenskala 44). Besteht eine unvollständige Beitragsdauer, wird eine Teilrente ausgerichtet: Kürzung der Rente um 1/44 pro fehlendes Beitragsjahr.

Beiträge an ausländische Rentenversicherungen und der Zeitraum, in dem diese geleistet wurden, können weder auf die AHV übertragen noch auf andere Weise in der schweizerischen Versicherung berücksichtigt werden.

Erziehungsgutschriften

► Diese Gutschriften sind fiktive Einkommen, die bei der Rentenberechnung berücksichtigt werden. Anspruch auf Erziehungsgutschriften haben Versicherte für jedes Jahr, in dem sie die elterliche Sorge über eines oder mehrere Kinder unter 16 Jahren innehatten. Sie betragen zum Zeitpunkt des Anspruchsbeginns das Dreifache der jährlichen minimalen Altersrente. Bei verheirateten oder in eingetragener Partnerschaft lebenden Personen wird die Gutschrift je zur Hälfte auf die Ehepartner oder die eingetragenen Partner aufgeteilt.

Betreuungsgutschriften

► Diese Gutschriften sind ebenfalls fiktive Einkommen, die bei der Rentenberechnung berücksichtigt werden. Anspruch auf Betreuungsgutschriften haben diejenigen Personen, die pflegebedürftige Verwandte im gleichen Haushalt betreuen. Im Gegensatz zu den Erziehungsgutschriften müssen diese jährlich bei der kantonalen AHV-Ausgleichskasse geltend gemacht werden. Sie betragen zum Zeitpunkt des Anspruchsbeginns das Dreifache der jährlichen minimalen Altersrente. Betreuungsgutschriften können nicht gleichzeitig mit den Erziehungsgutschriften beansprucht werden.

Was geschieht, wenn die AHV-Leistungen einschliesslich allfälliger weiterer Einkommen nicht ausreichen?

Dann können Ergänzungsleistungen beantragt werden.

Die Ergänzungsleistungen helfen dort, wo die Renten und das übrige Einkommen die minimalen Lebenskosten nicht decken. Sie werden nur in der Schweiz ausgerichtet. Für Personen, die weder die Staatsangehörigkeit der Schweiz noch diejenige eines EU / EFTA – Landes haben, besteht ein Anspruch nur, wenn sie während einer bestimmten Dauer ununterbrochen in der Schweiz wohnhaft war.

Wo können Sie sich über die AHV informieren?

Die AHV-Ausgleichskassen geben gerne Auskunft.

Für zusätzliche Auskünfte geben die AHV-Ausgleichskassen Merkblätter ab. Ein Verzeichnis aller AHV-Ausgleichskassen befindet sich auf den letzten Seiten jedes Telefonbuchs und im Internet unter www.ahv-iv.info.



Die Invaliden- versicherung (IV)

Allgemeines

Was ist die IV?

«Die Schwester der AHV».

Die Invalidenversicherung (IV) ist wie die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV) und die Krankenversicherung eine obligatorische Versicherung. Ihr Ziel ist es, die Invalidität mittels Eingliederungsmassnahmen zu verhindern, zu vermindern oder zu beheben und den Versicherten mit Eingliederungsmassnahmen oder Geldleistungen die Existenzgrundlage zu sichern, wenn sie invalid werden.

Wer ist bei der IV versichert?

**Alle, die in der Schweiz wohnen oder
erwerbstätig sind.**

Obligatorisch bei der IV versichert sind

- ▶ alle Personen, die in der Schweiz wohnen oder
- ▶ alle Personen, die in der Schweiz erwerbstätig sind.

Invalidität

▶ Die IV definiert Invalidität als eine durch eine körperliche, psychische oder geistige Gesundheitsbeeinträchtigung verursachte Erwerbsunfähigkeit bzw., bei den nichterwerbstätigen Versicherten, als Unfähigkeit, sich im bisherigen Aufgabenbereich (z. B. im Haushalt) zu betätigen. Diese Unfähigkeit muss längere Zeit (mindestens ein Jahr) dauern. Es spielt jedoch keine Rolle, ob die Beeinträchtigung schon seit der Geburt besteht oder Folge einer Krankheit oder eines Unfalls ist.

Beiträge

**Wer bezahlt IV-Beiträge,
und wie werden sie
berechnet?**

Für die IV gelten die gleichen Bestimmungen wie für die AHV.

Die IV-Beiträge werden nach den gleichen Grundsätzen wie in der AHV erhoben.

Bei unselbständiger Erwerbstätigkeit entrichten Arbeitnehmende und Arbeitgebende je einen Beitrag in der Höhe von 0,7 % des massgebenden, nach oben nicht begrenzten Einkommens.

Selbständigerwerbende entrichten einen Beitrag von 1,4% auf ihren Einkommen (ohne Beitragsbemessungsgrenze). Der Beitragssatz wird nach der in der AHV geltenden Beitragsskala für Einkommen von Selbständigerwerbenden gekürzt.

Ein Einkommen aus selbständigem Nebenerwerb oder aus unselbständiger Erwerbstätigkeit, das 2'300 Franken pro Jahr nicht übersteigt (geringfügiges Einkommen), untersteht nur auf Antrag der versicherten Person der Beitragspflicht. Hingegen besteht die Beitragspflicht zwingend für die Erwerbseinkommen von Personen, die in Privathaushalten tätig sind. Dasselbe gilt für Personen, die von Tanz- und Theaterproduzenten, Orchestern, Phono- und Audiovisionsproduzenten, Radio und Fernsehen sowie von Schulen im künstlerischen Bereich entlohnt werden.

Nicht erwerbstätige Versicherte bezahlen entsprechend ihrer sozialen Verhältnisse einen Beitrag zwischen 65 und 3'250 Franken pro Jahr.

Leistungen

**Nach welchem
Prinzip erbringt die IV
ihre Leistungen?**

Eingliederung vor Rente.

Das oberste Ziel der Invalidenversicherung ist es, die gesellschaftliche und berufliche Wiedereingliederung behinderter Personen soweit zu fördern, dass sie ihren Lebensunterhalt ganz oder teilweise aus eigener Kraft bestreiten und ein möglichst unabhängiges Leben führen können.

An erster Stelle der Leistungen stehen deshalb die Eingliederungsmassnahmen. Sie dienen dazu, die Erwerbsfähigkeit dauernd und wesentlich zu verbessern oder zu erhalten. Die behinderten Personen sollen möglichst weiterhin erwerbstätig oder in ihrem bisherigen Aufgabenbereich (z. B. im Haushalt) tätig bleiben können.

Erst an zweiter Stelle steht die Invalidenrente, wenn trotz allfälliger Eingliederungsmassnahmen eine dauernde Erwerbsunfähigkeit besteht oder die versicherte Person nicht in der Lage ist, sich im Aufgabenbereich zu betätigen. Behinderte Personen, die auf die Hilfe Dritter angewiesen sind, können zudem Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung und/oder einen Assistenzbeitrag haben.

Die Leistungen der IV

- ▶ Früherfassung
- ▶ Massnahmen der Frühintervention
- ▶ Eingliederungsmassnahmen
- ▶ Invalidenrente
- ▶ Übergangsleistung
- ▶ Kinderrente
- ▶ Hilflosenentschädigung
- ▶ Assistenzbeitrag

Welches Ziel verfolgt die Früherfassung?

Personen frühzeitig erfassen, die aufgrund einer Krankheit oder eines Unfalls arbeitsunfähig geworden sind und bei denen Anzeichen einer drohenden Invalidität vorliegen.

Eine mehr als 30 Tage dauernde Arbeitsunfähigkeit oder wiederholte Kurzabsenzen innerhalb eines Jahres können der IV-Stelle gemeldet werden. Diese Meldung ist keine IV-Anmeldung.

Was sind Massnahmen zur Frühintervention?

Massnahmen zum Erhalt des Arbeitsplatzes und Verbleib der erwerbsunfähigen Personen im Arbeitsprozess.

Die Frühintervention bezweckt, möglichst schnell zu intervenieren, um dem Versicherten den Arbeitsplatz zu erhalten oder die Wiedereingliederung an einem anderen Arbeitsplatz zu ermöglichen. Ein rasches Handeln trägt dazu bei, der Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Versicherten entgegenzuwirken.

Folgende Massnahmen können ergriffen werden:

- ▶ Anpassung des Arbeitsplatzes
- ▶ Ausbildungskurse
- ▶ Arbeitsvermittlung
- ▶ Berufsberatung
- ▶ sozialberufliche Rehabilitation
- ▶ Beschäftigungsmassnahmen.

**Was sind Eingliederungs-
massnahmen?**

**Massnahmen zur dauernden und wesentlichen
Verbesserung der Erwerbsfähigkeit.**

Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen haben invalide oder von einer Invalidität bedrohte Versicherte, soweit die Massnahmen notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit bzw. die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, zu erhalten oder zu verbessern.

Versicherte haben Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, sobald diese aufgrund ihres Alters oder ihres Gesundheitszustandes angezeigt sind. Hingegen entsteht für Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung sowie für die Massnahmen beruflicher Art ein Leistungsanspruch frühestens im Zeitpunkt der Geltendmachung des Anspruchs.

Eingliederungsmassnahmen

Damit behinderte Personen erwerbsfähig oder in ihrem bisherigen Aufgabenbereich tätig bleiben können, werden sie von der IV mit verschiedenen Eingliederungsmassnahmen unterstützt. Die einzelnen Eingliederungsmassnahmen der IV sind:

- ▶ Medizinische Massnahmen bis zum 20. Altersjahr
- ▶ Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung der beruflichen Eingliederung
- ▶ Massnahmen beruflicher Art und Massnahmen zur Wiedereingliederung
- ▶ Hilfsmittel
- ▶ Taggelder werden unter bestimmten Voraussetzungen während der Eingliederungsmassnahmen ausbezahlt
- ▶ Reisekostenvergütung als zusätzliche Leistung
- ▶ Entschädigung für Betreuungskosten.

Massnahmen beruflicher Art

Damit Personen mit einer gesundheitlichen Beeinträchtigung beruflich eingegliedert werden können, bieten die Fachleute der IV-Stellen Massnahmen im Bereich der Berufsberatung und der Arbeitsvermittlung an. Zudem kann die IV Kosten für die berufliche Ausbildung oder Umschulung übernehmen.

Die IV sieht diverse Anreizmassnahmen für die Arbeitgebenden vor. Es handelt sich dabei namentlich um den Einarbeitungszuschuss, den Arbeitsversuch und die Entschädigung für Arbeitgebende, wenn der Mitarbeitende krankheitsbedingt eine Beitragserhöhung der Krankentaggeldversicherung und der beruflichen Vorsorge auslöst. Schliesslich gibt es auch eine Entschädigung für Arbeitgebende, die sich bereit erklären, gesundheitlich beeinträchtigte Personen weiter zu beschäftigen und ihnen ermöglichen, an Integrationsmassnahmen teilzunehmen.

Was sind Massnahmen zur Wiedereingliederung?

Massnahmen, mit denen die Erwerbsfähigkeit von IV-Rentenbezügerinnen und -bezügern dauerhaft und wesentlich verbessert werden kann.

Zusätzlich zu den üblichen Massnahmen (unbefristete Integrationsmassnahmen, berufliche Massnahmen, Abgabe von Hilfsmitteln) sind Beratung und Begleitung für die Versicherten vorgesehen. Während der Dauer der Durchführung von Massnahmen zur Wiedereingliederung wird anstelle einer Taggeldentschädigung weiterhin die bisherige Rente ausgerichtet.

**Was geschieht nach
Abschluss der Wiederein-
gliederungsmassnahme?**

Es wird eine Invaliditätsbemessung vorgenommen.

Nach der Überprüfung wird entschieden, ob die Rente beibehalten, abgeändert oder aufgehoben wird. Wird die Rente herabgesetzt oder aufgehoben, kann eine Übergangsleistung ausgerichtet werden, sofern die versicherte Person erneut eine Arbeitsunfähigkeit aufweist. Gleichzeitig mit der Gewährung der Übergangsleistung wird eine Überprüfung der Rente eingeleitet, um festzustellen, ob sich der Invaliditätsgrad geändert hat. Der Anspruch auf die Übergangsleistung erlischt, sobald der Entscheid der IV-Stelle über den Invaliditätsgrad erfolgt ist oder wenn die Anspruchsvoraussetzungen nicht mehr erfüllt sind.

Welches sind die Voraussetzungen für den Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen?

Beitragszahlung oder Wohnsitz in der Schweiz.

Eingliederungsmassnahmen werden nur in der Schweiz gewährt, in Ausnahmefällen auch im Ausland. Der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen im Ausland ist für jeden Fall einzeln abzuklären.

Die Anspruchsbedingungen sind für Personen, die nicht unter das FZA oder das EFTA-Abkommen fallen, restriktiver. Ihr Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen ist abhängig von der Beitragszahlung (bei Erwerbstätigen) oder der Aufenthaltsdauer in der Schweiz (bei Nichterwerbstätigen) vor Eintritt der Invalidität.

Wann erhalten Versicherte Invalidenrenten?

Bei einer dauerhaften Erwerbsunfähigkeit.

Invalidenrenten werden ausgerichtet, wenn mit Eingliederungsmassnahmen die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit im Aufgabenbereich tätig zu sein, nicht wiederhergestellt oder erhalten werden kann.

Wann beginnt der Anspruch auf eine IV-Rente?

Nach Prüfung des Gesuches.

Der Anspruch auf eine Rente entsteht frühestens dann, wenn eine versicherte Person während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig war und die Arbeitsunfähigkeit danach mindestens im gleichen Umfang weiter andauert.

Der Rentenanspruch entsteht nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahres folgt.

Es haben nur Versicherte Anspruch auf eine ordentliche Rente, die bei Eintritt des Versicherungsfalles mindestens drei Beitragsjahre aufweisen und ihren Wohnsitz in der Schweiz haben.

Wann endet der Anspruch auf eine IV-Rente?

Spätestens im Rentenalter.

Der Anspruch auf IV-Renten erlischt, wenn die Voraussetzungen nicht mehr erfüllt sind, spätestens aber, wenn der IV-Rentner oder die IV-Rentnerin das Pensionsalter erreicht und somit Anspruch auf eine Altersrente hat.

Wie wird der Invaliditätsgrad bei Erwerbstätigen bemessen?

Nach der Höhe der Erwerbseinbusse in Prozenten.

Der Invaliditätsgrad wird durch einen Einkommensvergleich (Einkommen vor Eintritt der Invalidität im Verhältnis zum Einkommen nach Eintritt der Invalidität) ermittelt.

Es wird das Einkommen ermittelt, das die versicherte Person ohne die gesundheitliche Einschränkung erzielt hätte. Davon wird das Einkommen abgezogen, das die versicherte Person wahrscheinlich nach erfolgreichen Eingliederungsmassnahmen mit der gesundheitlichen Beeinträchtigung erzielen könnte. Die Differenz ergibt den Erwerbsausfall aufgrund dessen der Invaliditätsgrad festgestellt wird. Der entsprechende Prozentsatz entspricht dem Invaliditätsgrad.

Bei nicht erwerbstätigen Versicherten (Personen, die im Haushalt arbeiten, Mitglieder religiöser Gemeinschaften, Studierende) wird für die Bemessung der Invalidität darauf abgestellt, in welchem Masse sie unfähig sind, sich in ihrem Aufgabenbereich zu betätigen.

Wie wird die Höhe der Invalidenrente berechnet?

Nach Invaliditätsgrad, Beitragsdauer und Einkommen.

Zur Berechnung der IV-Rente wird das gleiche System wie bei der AHV-Rente angewendet.

Die Berechnungselemente der Renten sind:

- ▶ die anrechenbaren Beitragsjahre
- ▶ die Erwerbseinkommen
- ▶ die Erziehungs- und die Betreuungsgutschriften.

Beiträge an ausländische Rentenversicherungen und der Zeitraum, in dem diese geleistet wurden, können weder auf die IV übertragen noch auf andere Weise in der schweizerischen Versicherung berücksichtigt werden.

Der Invaliditätsgrad bestimmt, welche Rente eine behinderte Person erhält:

Invaliditätsgrad in %	Rente
▶ mindestens 40%	Viertelsrente
▶ mindestens 50%	Halbe Rente
▶ mindestens 60%	Dreiviertelsrente
▶ mindestens 70%	Vollrente.

Eine volle Invalidenrente beträgt monatlich mindestens 1'160 und höchstens 2'320 Franken. Die Gesamtsumme von zwei Einzelrenten eines verheirateten oder in eingetragener Partnerschaft lebenden Paares darf 150% der maximalen Altersrente, d.h. 3'480 Franken monatlich, nicht übersteigen.

Erzielt eine rentenberechtigte Person ein neues Erwerbseinkommen oder erhöht sich das bisherige Einkommen, so erfolgt eine Rentenrevision nur dann, wenn das Einkommen bzw. die Erhöhung 1'500 Franken übersteigt.

Ein Anspruch auf eine Kinderrente zusätzlich zur Invalidenrente besteht für Kinder, die das 18. Altersjahr noch nicht vollendet haben oder sich noch in Ausbildung befinden (bis zu ihrem 25. Geburtstag). Die Kinderrente macht 40% der entsprechenden Invalidenrente aus (bei vollständiger Beitragsdauer monatlich mindestens 464 Franken und höchstens 928 Franken). Haben beide Elternteile Anspruch auf eine Kinderrente der AHV oder der IV, so darf der Gesamtbetrag der beiden Renten für dieses Kind 60% der maximalen Invalidenrente, d.h. 1'392 Franken monatlich, nicht übersteigen.

Übersteigt die Summe der Renten der Mutter und/oder des Vaters zuzüglich der Kinderrente 90% des massgeblichen Einkommens, so wird die Kinderrente gekürzt.

Rentenanspruch in den Vertragsstaaten

► Grundsätzlich hat eine Person, die sowohl in der Schweiz als auch in einem oder mehreren Vertragsstaaten mindestens während einem Jahr versichert war, Anspruch auf eine Teilrente von jedem dieser Staaten. Die Leistungen aus der Schweiz und den anderen Vertragsstaaten sind unabhängig voneinander geschuldet und können kumuliert werden ohne dass eine Kürzung erfolgt. Die Berechnung der Rente erfolgt aufgrund der jeweiligen Versicherungszeiten in den verschiedenen Staaten. Reichen die Versicherungszeiten in einem Staat nicht aus, um einen Leistungsanspruch zu begründen, so werden die Versicherungszeiten der anderen Staaten angerechnet. Auf die Rentenhöhe hat dies jedoch keinen Einfluss.

Rentenanspruch in den EU/EFTA-Staaten

► Grundsätzlich hat eine Person, die sowohl in der Schweiz als auch in einem oder mehreren Vertragsstaaten mindestens während einem Jahr versichert war, Anspruch auf eine Teilrente von jedem dieser Staaten. Die Leistungen aus der Schweiz und den anderen Vertragsstaaten sind unabhängig voneinander geschuldet und können kumuliert werden ohne dass eine Kürzung erfolgt. Die Berechnung der Rente erfolgt aufgrund der jeweiligen Versicherungszeiten in den verschiedenen Staaten. Reichen die Versicherungszeiten in einem Staat nicht aus, um einen Leistungsanspruch zu begründen, so werden die Versicherungszeiten der anderen Staaten angerechnet. Auf die Rentenhöhe hat dies jedoch keinen Einfluss.

Wann besteht Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung?

Wenn Hilfe bei alltäglichen Lebensverrichtungen benötigt wird.

Hilflosenentschädigungen werden Versicherten mit Wohnsitz und gewöhnlichem Aufenthalt in der Schweiz gewährt, wenn sie wegen ihrer Invalidität für die alltäglichen Lebensverrichtungen dauernd die Hilfe von Drittpersonen oder eine persönliche Betreuung benötigen (An-/Auskleiden, Aufstehen/Absitzen, Essen usw.). Die Hilflosenentschädigung kann ab Geburt ausgerichtet werden, sofern während mehr als zwölf Monaten eine Hilflosigkeit besteht. Staatsangehörige von Ländern, die kein Sozialversicherungsabkommen mit der Schweiz abgeschlossen haben, unterliegen für den Anspruch auf Hilflosenentschädigung besonderen Bestimmungen.

Der Betrag der Entschädigung ist vom Hilflosigkeitsgrad abhängig:

- ▶ Hilflosigkeit schweren Grades:
1'856 Franken pro Monat (80% der maximalen Altersrente)
- ▶ Hilflosigkeit mittleren Grades:
1'160 Franken pro Monat (50% der maximalen Altersrente)
- ▶ Hilflosigkeit leichten Grades:
464 Franken pro Monat (20% der maximalen Altersrente)

Die Hilflosenentschädigungen für volljährige Versicherte, die in einem Heim wohnen, entsprechen einem Viertel dieser Beträge. Minderjährige Versicherte erhalten nur für die Tage eine Hilflosenentschädigung, die sie zu Hause verbringen.

Minderjährigen, die intensiver Betreuung bedürfen, kann ein Zuschlag gewährt werden.

Wann hat eine versicherte Person Anspruch auf einen Assistenzbeitrag?

Wenn sie zu Hause lebt, eine Hilflosenentschädigung der IV bezieht und auf regelmässige Hilfe angewiesen ist.

Der Assistenzbeitrag ermöglicht es der versicherten Person eine Assistenzperson einzustellen, die die erforderlichen Hilfeleistungen erbringt. Mit dem Assistenzbeitrag soll in erster Linie die Selbstbestimmung und Eigenverantwortung gefördert werden, damit die betroffenen Personen zu Hause leben können.

Der Beitrag wird aufgrund des zeitlichen Hilfebedarfs der versicherten Person festgelegt.

Minderjährige Versicherte und Versicherte mit eingeschränkter Handlungsfähigkeit müssen für den Anspruch auf den Assistenzbeitrag zusätzliche Voraussetzungen erfüllen.

Wie können Versicherte ihren Anspruch auf Leistungen geltend machen?

Keine Leistung ohne Anmeldung.

Um von der IV Leistungen zu erhalten, müssen sich Versicherte bei der IV-Stelle ihres Wohnkantons anmelden. Ein Anmeldeformular können Sie bei den IV-Stellen, AHV-Ausgleichskassen oder AHV-Zweigstellen beziehen. Es kann aber auch von der Website www.ahv-iv.info heruntergeladen werden.

Praktisches

► Es ist wichtig, sich frühzeitig anzumelden, vor allem, wenn sich abzeichnet, dass die Behinderung von längerer Dauer sein wird. Es ist nicht empfehlenswert zu warten, bis die Leistungen der Krankenversicherung oder der Unfallversicherung ausgeschöpft sind.

Was geschieht, wenn die IV-Leistungen nicht ausreichen?

Dann können Ergänzungsleistungen beantragt werden.

Die Ergänzungsleistungen helfen dort, wo die Renten und das übrige Einkommen die minimalen Lebenskosten nicht decken. Sie werden nur in der Schweiz ausgerichtet. Personen, die weder die schweizerische Staatsbürgerschaft noch diejenige eines EU/EFTA-Staates haben, müssen während einer bestimmten Dauer ununterbrochen in der Schweiz wohnhaft gewesen sein, um einen Anspruch geltend machen zu können.

Wo können Sie sich über die IV informieren?

Die IV-Stellen geben gerne Auskunft.

Für zusätzliche Auskünfte geben die IV-Stellen Merkblätter ab. Die Adressen finden Sie im Telefonbuch und im Internet unter www.ahv-iv.info.



Erwerbsersatz für Dienstleistende und bei Mutterschaft (EO)

Allgemeines

Was ist der Erwerbsersatz für Dienstleistende und bei Mutterschaft?

Eine Versicherung, die den Verdienstaussfall für Dienstleistende und bei Mutterschaft ersetzt.

Mit der Entschädigung soll der Verdienstaussfall in Folge von Mutterschaft oder beim Absolvieren von Militärdienst ersetzt werden.

Wer ist bei der EO versichert?

Alle, die in der Schweiz wohnen oder erwerbstätig sind.

Obligatorisch bei der EO versichert sind

- ▶ alle Personen, die ihren Wohnsitz in der Schweiz haben, oder
- ▶ alle Personen, die in der Schweiz erwerbstätig sind.

Beiträge

Wer bezahlt EO-Beiträge?

Alle, die obligatorisch bei der AHV/IV versichert sind.

Beitragspflichtig sind alle, die bei der AHV/IV versichert sind, d.h. die Personen, die in der Schweiz wohnen oder arbeiten.

Wie berechnen sich die EO-Beiträge?

Für die EO gelten die gleichen Bestimmungen wie für die AHV.

Die Beiträge an die EO werden entsprechend der geltenden Bestimmungen in der AHV erhoben.

Bei unselbständiger Erwerbstätigkeit bezahlen Arbeitnehmende und Arbeitgebende je einen Beitrag in der Höhe von 0,25% des massgebenden Einkommens (ohne Beitragsbemessungsgrenze).

Selbständigerwerbende entrichten 0,5% auf ihren Einkommen (ohne Beitragsbemessungsgrenze). Dieser Beitragssatz wird nach der in der AHV für Selbständigerwerbende geltenden sinkenden Beitragsskala gekürzt. Ein Einkommen aus selbständigem Nebenerwerb oder aus unselbständiger Erwerbstätigkeit, das 2'300 Franken pro Jahr nicht übersteigt (geringfügiges Einkommen), untersteht nur auf Antrag der versicherten Person der Beitragspflicht. Hingegen besteht die Beitragspflicht zwingend für die Erwerbseinkommen von Personen, die in Privathaushalten tätig sind. Dasselbe gilt für Personen, die von Tanz- und Theaterproduzenten, Orchestern, Phono- und Audiovisionsproduzenten, Radio und Fernsehen sowie von Schulen im künstlerischen Bereich entlohnt werden.

Nicht erwerbstätige Versicherte bezahlen entsprechend ihrer sozialen Verhältnisse einen Beitrag zwischen 23 und 1'150 Franken pro Jahr.

Leistungen

Welche Leistungen erbringt die EO, und wer ist anspruchsberechtigt?

Verschiedene Entschädigungen für Dienstleistende sowie eine Mutterschaftsentschädigung

Entschädigungen für Dienstleistende

Entschädigungen für Dienstleistende erhalten insbesondere Personen, die Dienst leisten in der schweizerischen Armee, im Rotkreuzdienst, im Zivildienst oder im Zivilschutzdienst. Die Entschädigungen setzen sich wie folgt zusammen:

- ▶ Grundentschädigung: 80% des vor dem Dienst durchschnittlich erzielten Einkommens (mindestens 62 Franken pro Tag; höchstens 196 Franken pro Tag)
- ▶ Kinderzulage: 20 Franken pro Tag und Kind unter 18 Jahren (unter 25 Jahren für Kinder in Ausbildung)
- ▶ Betreuungszulage: Tatsächliche Kosten, jedoch höchstens 67 Franken pro Tag, wenn die versicherte Person zusammen mit einem oder mehreren Kindern unter 16 Jahren in demselben Haushalt lebt und die Betreuungskosten nachgewiesen werden können
- ▶ Betriebszulage: 67 Franken pro Tag für Dienstleistende und Personen, die einen Betrieb führen (Eigentümer, Landwirte usw.).

Mutterschaftsentschädigung

Eine Mutterschaftsentschädigung erhalten erwerbstätige, arbeitsunfähige oder arbeitslose Frauen und Bezügerinnen von Taggeld aus einer Sozial- oder Privatversicherung. Die Entschädigung beträgt 80 % des durchschnittlichen Erwerbseinkommens, welches vor Beginn des Entschädigungsanspruchs erzielt wurde. Der Höchstbetrag der Entschädigung liegt bei 196 Franken pro Tag.

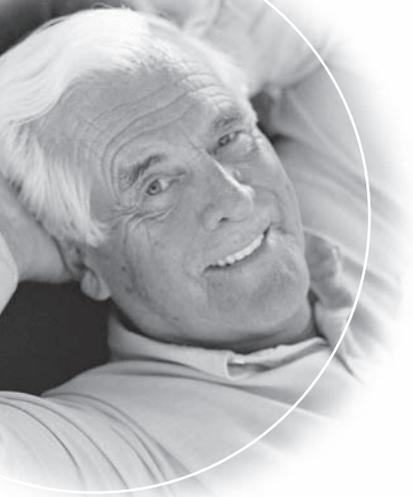
Die Mutterschaftsentschädigung wird ausbezahlt, wenn drei Voraussetzungen kumulativ erfüllt sind:

- ▶ Die versicherte Person geht einer unselbständigen oder selbständigen Erwerbstätigkeit nach
- ▶ Sie ist in den neun Monaten vor der Geburt obligatorisch in der AHV versichert (bei Geburten vor dem 9. Schwangerschaftsmonat gilt eine entsprechend kürzere Zeitspanne)
- ▶ Sie hat während dieser Zeit mindestens fünf Monate lang eine Erwerbstätigkeit ausgeübt.

In einem EU- oder EFTA-Staat zurückgelegte Beschäftigungs- und/oder Versicherungszeiten werden berücksichtigt, wenn die ausländische Stelle dies durch Aushängung des Formulars E 104 bestätigt.

Der Entschädigungsanspruch entsteht am Tag der Geburt des Kindes und erlischt spätestens 98 Tage (14 Wochen) später. Er endet vorzeitig, wenn die Mutter wieder eine Erwerbstätigkeit aufnimmt, und zwar unabhängig vom Beschäftigungsgrad, oder wenn sie stirbt.

Der Anspruch auf Mutterschaftsentschädigung ist bei der zuständigen AHV-Ausgleichskasse geltend zu machen.



Berufliche Vorsorge (BV)

Was ist die berufliche Vorsorge?

Allgemeines

Eine Versicherung, die den Versicherten nach der Pensionierung die Fortsetzung ihrer gewohnten Lebenshaltung in angemessener Weise ermöglichen soll.

Die BV strebt das Ziel an, zusammen mit der AHV/IV-Rente ein Renteneinkommen von rund 60% des letzten Lohnes zu erreichen.

Das Gesetz sieht nur Minimalleistungen vor. Die Vorsorgeeinrichtungen können jedoch in ihren Reglementen eine weitergehende Vorsorge einführen. Sie können insbesondere Löhne versichern, welche die gesetzlich festgehaltene Ober- und Mindestgrenze über- bzw. unterschreiten, wobei jedoch der versicherbare Höchstbetrag auf 835'200 Franken pro Jahr beschränkt ist.

**Wer ist bei der BV
versichert?**

Alle Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die bei der AHV versichert sind und ein festgelegtes Mindesteinkommen erzielen.

Die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, denen ein Arbeitgebender einen Jahreslohn von mehr als 20'880 Franken ausrichtet, sind ab dem 1. Januar nach ihrem 17. Geburtstag obligatorisch für die Risiken Tod und Invalidität sowie ab dem 1. Januar nach dem 24. Geburtstag auch für das Alter versichert. Der obligatorisch zu versichernde Lohnanteil ist durch eine Maximalhöhe begrenzt.

Zu versichern ist der Teil des Jahreslohnes von 24'360 Franken (Koordinationsabzug) bis und mit 83'520 Franken. Dieser Teil wird koordinierter Lohn genannt. Der minimale koordinierte Lohn beträgt 3'480 Franken.

Jeder Arbeitgeber, der obligatorisch zu versichernde Arbeitnehmende beschäftigt, muss eine in das Register für die berufliche Vorsorge eingetragene Vorsorgeeinrichtung errichten oder sich einer solchen anschliessen.

Nicht obligatorisch versichert sind Arbeitnehmende,;

- ▶ bis zum 31. Dezember des Jahres, in welchem sie 17 Jahre alt werden
- ▶ die das ordentliche Rentenalter erreicht haben
- ▶ deren Einkommen unter 20'880 Franken pro Jahr, bzw. unter 1'740 pro Monat liegt
- ▶ deren Arbeitgeber nicht der Beitragspflicht untersteht
- ▶ deren Arbeitsvertrag auf weniger als 3 Monate befristet ist
- ▶ für Nebenerwerbseinkommen, wenn sie bereits aufgrund einer unselbständigen oder selbständigen Haupterwerbstätigkeit obligatorisch versichert sind
- ▶ die aufgrund eines Invaliditätsgrads von mindestens 70% erwerbsunfähig sind
- ▶ Familienmitglieder eines Landwirts, die in dessen Betrieb mitarbeiten:
 1. die direkten Verwandten in auf- und absteigender Linie sowie die Ehegatten und eingetragenen Partner dieser Verwandten
 2. Schwager und Schwiegertochter des Landwirts, die mit grosser Wahrscheinlichkeit den Betrieb übernehmen werden.

Diese Personen können sich freiwillig versichern.

Welche Möglichkeiten hat eine erwerbstätige Person, die nicht der obligatorischen Versicherung untersteht?

Sie kann sich der freiwilligen Versicherung anschliessen.

In der beruflichen Vorsorge haben selbständig und unselbständig Erwerbende, deren Arbeitgeber nicht AHV-beitragspflichtig ist, die Möglichkeit, sich freiwillig zu versichern.

Die selbständig Erwerbenden können sich freiwillig anschliessen:

- ▶ bei der zuständigen Verbandsausgleichskasse
- ▶ bei der Vorsorgeeinrichtung bei welcher seine Angestellten versichert sind
- ▶ bei der Auffangeinrichtung.

Die unselbständig Erwerbstätigen, die keinen AHV-pflichtigen Arbeitgeber haben, können sich, wie die selbständig Erwerbstätigen, freiwillig versichern. Sie müssen allerdings die gesamten Beiträge selber bezahlen.

Beiträge

Wer bezahlt die BV-Beiträge?

Die Arbeitnehmenden und die Arbeitgebenden.

Die Arbeitgebenden überweisen die beiden Beiträge an die Vorsorgeeinrichtung, d.h. den Arbeitnehmenden werden ihre Beiträge direkt vom Lohn abgezogen.

Wie hoch sind die BV-Beiträge?

Sie sind im Reglement der jeweiligen Vorsorgeeinrichtung festgelegt.

Jede Vorsorgeeinrichtung legt die Höhe der Beiträge von Arbeitnehmenden und Arbeitgebenden in ihrem Reglement fest. Dabei muss der Gesamtbeitrag des Arbeitgebenden mindestens gleich hoch sein wie die Höhe der Gesamtbeiträge aller im Betrieb beschäftigten Personen.

Was passiert mit dem Altersguthaben, bei einem Stellenwechsel oder bei Aufgabe der Erwerbstätigkeit?

Es wird an die Vorsorgeeinrichtung des neuen Arbeitgebers, auf ein Freizügigkeitskonto oder auf eine Freizügigkeitspolice überwiesen.

Versicherte, die vor dem Eintritt eines Versicherungsfalls (Alter, Tod, Invalidität) aus ihrer Vorsorgeeinrichtung austreten, haben Anspruch auf eine Freizügigkeitsleistung. Der Anspruch entsteht beim Stellenwechsel und bei der Aufgabe der Erwerbstätigkeit vor Eintritt des ordentlichen Rentenalters.

Beim Stellenwechsel überweist die Vorsorgeeinrichtung die Freizügigkeitsleistung an die Vorsorgeeinrichtung des neuen Arbeitgebers.

Gibt die versicherte Person die Erwerbstätigkeit vor Eintritt des Rentenalter auf, so muss sie der Vorsorgeeinrichtung mitteilen, in welcher zulässigen Form sie die Vorsorge aufrecht erhalten will. Sie hat die Wahl zwischen einem Freizügigkeitskonto bei einer Bankstiftung oder einer Freizügigkeitspolice bei einer Versicherungsgesellschaft.

Erhält die Vorsorgeeinrichtung keine entsprechende Anweisung der versicherten Person, so ist die Vorsorgeeinrichtung gehalten, die Freizügigkeitsleistung spätestens 2 Jahre nach Entstehen des Freizügigkeitsanspruchs an die Auffangeinrichtung zu überweisen.

Was passiert mit den Beiträgen, die an ausländische Systeme der beruflichen Vorsorge eingezahlt wurden?

Sie werden in der schweizerischen BV grundsätzlich nicht berücksichtigt.

Beiträge, die an ausländische Systeme der beruflichen Vorsorge einbezahlt wurden, werden von der schweizerischen BV nicht berücksichtigt. Sie können auch nicht auf ein schweizerisches Vorsorgekonto überwiesen werden, ausser es handelt sich um Beiträge an das System der beruflichen Vorsorge des Fürstentums Liechtenstein.

Werden den Versicherten diese Beiträge rückvergütet, so können diese für den Einkauf von Beitragsjahren bei der schweizerischen Vorsorgeeinrichtung verwendet werden, damit sie Anspruch auf die im Reglement vorgesehenen Leistungen haben.

Der Einkauf ist in den Reglementen der Vorsorgeeinrichtungen geregelt. Für Personen, die sich in der Schweiz niederlassen und noch nie einer schweizerischen Vorsorgeeinrichtung angeschlossen waren, darf in den ersten fünf Jahren nach dem Eintritt in eine schweizerische Vorsorgeeinrichtung die jährliche Einkaufssumme 20% des versicherten Lohnes nicht übersteigen. Die Einkaufsbeiträge können vom steuerbaren Einkommen abgezogen werden.

Was passiert mit dem Altersguthaben bei endgültigem Verlassen der Schweiz?

Die Barauszahlung der Austrittsleistung kann verlangt werden. Wenn die versicherte Person jedoch in einen EU- oder EFTA-Staat abwandert, ist die Barauszahlung der Austrittsleistung nur unter bestimmten Voraussetzungen möglich.

Eine versicherte Person, die die Schweiz endgültig verlässt, kann grundsätzlich die Barauszahlung ihrer Austrittsleistung verlangen.

Die Barauszahlung der Guthaben der obligatorischen beruflichen Vorsorge ist allerdings nicht möglich, wenn die versicherte Person sich in einem EU- oder EFTA-Staat (mit der Ausnahme von Liechtenstein) niederlässt und obligatorisch dem System der sozialen Sicherheit dieses Staates untersteht.

Leistungen

Welche Leistungen erbringt die BV?

Sie erbringt Leistungen im Alter, bei Invalidität, für Hinterlassene sowie in der Wohneigentumsförderung.

Personen, die der beruflichen Vorsorge unterstellt sind, haben Anspruch auf:

- ▶ eine Altersrente, wenn sie das ordentliche Rentenalter erreichen, d.h. für Frauen mit 64 Jahren und für Männer mit 65 Jahren
- ▶ eine Invalidenrente, wenn sie im Sinne der Invalidenversicherung mindestens zu 40% invalid sind und bei Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, deren Ursache zur Invalidität geführt hat, versichert waren. Die Rente ist wie bei der IV vom Invaliditätsgrad abhängig, d.h. die Person hat Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die Invalidität mindestens 70% beträgt, eine Dreiviertelrente, wenn sie mindestens 60% beträgt, eine halbe Rente bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% und eine Viertelsrente bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40%
- ▶ eine Rente für jedes Kind, das beim Ableben des Versicherten Anspruch auf eine Waisenrente hätte
- ▶ eine Kapitalabfindung, wenn die Alters- oder Invalidenrente weniger als 10% der minimalen AHV-Altersrente ausmacht oder das Reglement der Vorsorgeeinrichtung dies vorsieht.

Ausserdem haben Hinterlassene (Ehegatten, Partner und Kinder) Anspruch auf eine Hinterlassenenrente, wenn die verstorbene Person zum Zeitpunkt des Todes versichert war oder eine Rente bezogen hat.

Die versicherte Person kann unter bestimmten Bedingungen für den Erwerb von Wohneigentum ihren Leistungsanspruch verpfänden oder ihr Vorsorgeguthaben ganz oder teilweise beziehen. Ehegatten und Ehegattinnen sowie eingetragene Partner bzw. Partnerinnen müssen ihre schriftliche Einwilligung dazu abgeben.

Hinterlassenenrente

Ehegatten und eingetragene Partner der versicherten Person haben Anspruch auf eine Rente,

- ▶ wenn sie für den Unterhalt mindestens eines Kindes aufkommen müssen oder
- ▶ wenn sie mindestens 45 Jahre alt sind und die Ehe oder die eingetragene Partnerschaft fünf Jahre oder länger gedauert hat.

Treffen diese Voraussetzungen nicht zu, dann erhalten sie eine einmalige Abfindung von drei Jahresrenten. Bei Wiederverheiratung oder neuer eingetragener Partnerschaft erlischt der Anspruch auf eine Rente.

Geschiedene Personen haben nach dem Tod ihres geschiedenen Ehegatten bzw. ihrer geschiedenen Ehegattin Anspruch auf eine Witwen- oder Witwerrente,

- ▶ wenn die Ehe mindestens 10 Jahre gedauert hat und
- ▶ wenn der geschiedene Gatte Unterhaltszahlungen leisten musste.

Diese Regelung gilt auch bei Auflösung einer eingetragenen Partnerschaft.

Bei einem Todesfall können die Reglemente auch Leistungen an andere Personen (Eltern, Geschwister, Lebenspartner) vorsehen. Diese Reglemente können bei der zuständigen Pensionskasse verlangt werden. In der Regel erhält man ausserdem einen Versicherungsausweis mit den entsprechenden Angaben.

Wohneigentumsförderung

Die versicherte Person kann zur Finanzierung eines von ihr selbst bewohnten Hauptwohneigentums oder zur Abzahlung einer Hypothek auf diesem Wohneigentum:

- ▶ den Anspruch auf Vorsorgeleistungen verpfänden
- ▶ unter gewissen Voraussetzungen einen Betrag in der Höhe der Freizügigkeitsleistung verpfänden
- ▶ einen Vorbezug in der Höhe ihrer Freizügigkeitsleistung beziehen.

Für Versicherte, die das 50. Altersjahr bereits erreicht haben, gelten indes gewisse Einschränkungen. Bei einem Vorbezug werden die Vorsorgeleistungen entsprechend gekürzt.

Beim Verkauf des Wohneigentums muss die versicherte Person den Vorbezug grundsätzlich der Vorsorgeeinrichtung zurückbezahlen.

Der Vorbezug unterliegt der Besteuerung. Der Steuerbetrag wird rückvergütet, wenn der Vorbezug der Vorsorgeeinrichtung zurückbezahlt wird.

Wie werden die Leistungen berechnet?

Aufgrund des Altersguthabens, das heisst im Grossen und Ganzen aufgrund des Sparguthabens der versicherten Person.

Die jährliche Altersrente beläuft sich auf 6.90% des Altersguthabens der versicherten Person für Männer bzw. 6.85% für Frauen*, einschliesslich der Zinsen zum Zeitpunkt der Pensionierung.

Die Invalidenrente beträgt für Männer 6.90% und für Frauen 6.85%* des Altersguthabens, das die versicherte Person zum Zeitpunkt des Invaliditätseintritts besitzt, einschliesslich Zinsen, und der künftigen bis zum Pensionsalter aufgerechneten Altersgutschriften, ohne Zinsen.

Anstelle der Rente kann eine Kapitalabfindung bezahlt werden, wenn die Alters- oder Invalidenrente weniger als 10% der minimalen AHV-Altersrente ausmacht oder das Reglement der Vorsorgeeinrichtung dies vorsieht.

Die Rente für den überlebenden Ehegatten oder Partner beläuft sich auf 60% und die Waisenrente auf 20% der ganzen Invalidenrente, auf welche die versicherte Person Anspruch gehabt hätte.

Anstelle der Rente kann eine Kapitalabfindung bezahlt werden, wenn die Rente für den überlebenden Ehegatten oder Partner weniger als 6% der minimalen AHV-Altersrente ausmacht (2% bei der Waisenrente) oder das Reglement der Vorsorgeeinrichtung dies vorsieht.

* Ab dem 1. Januar 2012 für die Altersguthaben der obligatorischen beruflichen Vorsorge geltende Umwandlungssätze. Eine schrittweise Senkung dieser Umwandlungssätze auf 6,8% bis am 1. Januar 2014 ist sowohl für Männer wie auch für Frauen vorgesehen.

Ist die vorzeitige Pensionierung möglich?

Ja, wenn das Reglement der Vorsorgeeinrichtung dies vorsieht.

Die Altersvorsorgeleistung kann vor dem Erreichen des ordentlichen Rentenalters bezogen werden, jedoch frühestens ab dem 58. Altersjahr. Dabei fallen tiefere Leistungen an.

Aufbewahren der Versicherungsbestätigungen

▶ Sämtliche Versicherungsbestätigungen der Pensionskassen müssen durch die Versicherten aufbewahrt werden.

Suche nach vergessenen Guthaben

▶ Weiss eine Person nicht, ob sie ein Guthaben in der zweiten Säule hat, so kann sie sich an die eigens dafür eingerichtete «Zentralstelle 2. Säule» wenden (www.sfbvg.ch). Diese kann allenfalls Auskunft über den Verbleib möglicher Vorsorgeguthaben, Freizügigkeitskonten oder -policen geben.

Wo können Sie sich über die BV informieren?

Auskünfte erteilen die Pensionskassen, die kantonalen BVG-Aufsichtsbehörden und die Auffangeinrichtung.

Welcher Pensionskasse Ihr Betrieb angeschlossen ist, erfahren Sie vom Arbeitgebenden.



Die gebundene individuelle Vorsorge (Säule 3a)

Was ist die gebundene individuelle Vorsorge?

Allgemeines

Eine zusätzliche Möglichkeit der Vorsorge.

Die Leistungen der freiwilligen individuellen Vorsorge (Selbstvorsorge) sollen es zusammen mit den Leistungen von AHV/IV und der beruflichen Vorsorge ermöglichen, den bisherigen Lebensstandard auch nach der Pensionierung zu erhalten. Dieses Kapitel behandelt die Säule 3a.

Das Gesetz fördert diese Vorsorgeform durch steuerliche Anreize, d.h. Sie können Ihre Beiträge an die freiwillige Vorsorge bis zu einer bestimmten Höhe vom steuerbaren Einkommen abziehen (6'682 Franken pro Jahr für Erwerbstätige, die einer Vorsorgeeinrichtung angeschlossen sind; 20% des Einkommens, höchstens jedoch 33'408 Franken pro Jahr für Erwerbstätige, die keiner Vorsorgeeinrichtung angeschlossen sind). Die Gelder können erst bei Eintritt eines versicherten Ereignisses (Alter, Tod oder Invalidität) oder unter gewissen Voraussetzungen für den Erwerb von Wohneigentum bezogen werden.

Beiträge

Wer bezahlt die Beiträge an die individuelle Vorsorge?

Alle, die sich freiwillig versichern möchten und ein AHV-pflichtiges Einkommen haben.

Jede Person, die ihren Lebensstandard nach der regulären Erwerbstätigkeit aufrechterhalten will, hat die Möglichkeit, bei einer Bankstiftung oder einem Versicherungsunternehmen die entsprechenden Vorkehrungen zu treffen. Die Versicherung ist freiwillig. Die versicherte Person legt die jährlich einbezahlten Beiträge selbst fest und überweist sie auf ein Sperrkonto. Die Beiträge werden bis zum Risikoeintritt zurückbehalten.

Die Personen, die über das ordentliche Rentenalter hinaus eine Erwerbstätigkeit ausüben, können den Bezug der Leistungen aus der Säule 3a bis zur Aufgabe der Erwerbstätigkeit aufschieben. Der Aufschub ist für höchstens fünf Jahre möglich. Somit besteht die Möglichkeit, weiterhin in eine Vorsorge der steuerlich begünstigten Säule 3a einzuzahlen.

Leistungen

Welche Leistungen ermöglicht die individuelle Vorsorge?

Leistungen bei Alter, Invalidität, für Hinterlassene sowie zur Förderung von Wohneigentum.

Die versicherte Person erhält die Leistungen der individuellen Vorsorge, deren Form (Kapital oder Rente) und Höhe vom Vertrag mit der Bankstiftung oder dem Versicherungsunternehmen abhängen, zusätzlich zur AHV/IV und zur beruflichen Vorsorge.

**Wann und wie können
Versicherte ihren Anspruch
geltend machen?**

Bei ihrer Bankstiftung oder dem Versicherungsunternehmen zum Zeitpunkt des Eintritts eines versicherten Ereignisses (Alter, Tod oder Invalidität) oder unter gewissen Voraussetzungen für den Erwerb von Wohneigentum.

Die Leistungen der gebundenen Vorsorge werden gemäss dem abgeschlossenen Vertrag erbracht. Altersleistungen werden frühestens fünf Jahre vor Erreichen des ordentlichen AHV-Rentenalters ausbezahlt.

Die Personen, die über das ordentliche Rentenalter hinaus eine Erwerbstätigkeit ausüben, können während weiteren fünf Jahren in die steuerbegünstigte Säule 3a einzahlen.

In einzelnen Fällen wie beim Erwerb von Wohneigentum oder bei der Aufnahme einer selbständigen Erwerbstätigkeit ist eine vorzeitige Auszahlung möglich.

**Gibt es andere individuelle
Vorsorgeformen?**

Ja, die Säule 3b.

Die freie Vorsorge (Säule 3b) steht allen Personen offen und ist in der Höhe nicht limitiert. Sie kann Steuervorteile bringen.

**Wo können Sie sich
über die individuelle
Vorsorge informieren?**

Bei den Banken und den Versicherungsunternehmen.



Kranken- versicherung (KV)

Was bietet eine Krankenversicherung?

Wer muss einer Kranken- versicherung beitreten?

Allgemeines

Schutz bei Krankheit, Mutterschaft und Unfall.

Die Krankenversicherung gewährt allen Versicherten Zugang zu einer medizinischen Grundversorgung. Bei Krankheit, Mutterschaft oder Unfall stellt sie die medizinische Behandlung sicher, falls eine solche nicht von der Unfallversicherung abgedeckt wird.

Alle Personen, die in der Schweiz wohnen oder dem schweizerischen System der sozialen Sicherheit unterstehen.

Jede in der Schweiz wohnhafte Person untersteht dem Versicherungsobligatorium. Jede Person, die sich drei Monate und länger in der Schweiz aufhält, muss sich innerhalb von drei Monaten versichern. Eltern müssen neugeborene Kinder ebenfalls innerhalb von drei Monaten seit der Geburt bei einem Krankenversicherer anmelden. Erwachsene und Kinder sind individuell versichert.

Jede versicherungspflichtige Person kann unter den zugelassenen Krankenversicherern frei wählen. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) führt unter www.priminfo.ch ein Verzeichnis der zugelassenen Krankenversicherer.

Die Aufnahme in die Krankenversicherung erfolgt in der Regel nicht über den Arbeitgebenden, sondern muss von der versicherungspflichtigen Person selber veranlasst werden.

Personen, die im Ausland wohnen, aber gemäss FZA oder EFTA-Abkommen dem schweizerischen System der sozialen Sicherheit unterstellt sind, sind ebenfalls in der Schweiz versicherungspflichtig. Einige Personen können sich aufgrund ihres Wahlrechts von der Versicherungspflicht in der Schweiz befreien, wenn sie den Nachweis erbringen, dass sie im Wohnland versichert sind (siehe untenstehende Tabelle). Ein Verzeichnis der Krankenversicherer und der Prämien nach EU-/EFTA-Staat ist auf der Homepage des BAG verfügbar: www.priminfo.ch. Erwachsene und Kinder sind individuell bei demselben Krankenversicherer versichert.

Wohnsitz in einem EU-/EFTA-Staat und Unterstellung unter die Krankenversicherung

Personenkategorien	Wahlrecht: Versicherung im Wohnland oder in der Schweiz	Versicherung im Wohnland	Versicherung in der Schweiz
Wenn die Person in einem der folgenden Länder wohnt:			
<ul style="list-style-type: none"> - Erwerbstätige - Grenzgänger/-innen - Rentner/-innen - Arbeitslose 	AT, DE, FR, IT ES*, PT* <small>*nur Rentner/-innen</small>	LI	BE, BG, CY, CZ, DK, EE, FI, GB, GR, HU, IE, IS, LT, LU, LV, MT, NL, NO, PL, RO, SE, SI, SK ES*, PT* <small>*ausser Rentner/-innen</small>
Nichterwerbstätige Familienangehörige von: <ul style="list-style-type: none"> - Erwerbstätigen - Grenzgängern/-innen - Rentnern/-innen - Arbeitslosen - Kurzaufenthaltern/-innen 	FI ES* <small>*ausschliesslich von Rentnern/-innen</small> AT**, FR**, IT** <small>**Versicherung in demselben Land wie Grenzgänger/-innen, Rentner/-innen, Arbeitslose</small> DE*** <small>***Möglichkeit der individuellen Wahl für nichterwerbstätige Familienangehörige</small>	DK, GB, LI, PT, SE ES*, HU* <small>*ausser von Rentnern/-innen</small>	BE, BG, CY, CZ, EE, GR, IE, IS, LT, LU, LV, MT, NL, NO, PL, RO, SI, SK HU* <small>*nur Rentner/-innen</small>

Die Länder sind hier mit ihren Abkürzungen (ISO-Code) erwähnt (siehe dazu die Länderbezeichnungen auf Seite 10).

Versicherung in der Schweiz – Wohnsitz in einem EU- oder EFTA-Staat

▶ Obligatorisch in der Schweiz versicherte Personen, die in einem EU-/EFTA-Staat wohnen, müssen sich für die administrativen Formalitäten bei dem Krankenversicherungsträger ihres Wohnlandes einschreiben. Die besonderen Versicherungsformen (wählbare Franchise, Bonusversicherung, Versicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer) stehen diesen Personen nicht offen, da sie Anspruch auf Leistungen haben, wie sie das Gesetz ihres Wohnlandes vorsieht.

Arbeitsort in einem EU-/EFTA-Staat – Wohnsitz in der Schweiz

▶ Staatsangehörige der Schweiz oder eines EU-/EFTA-Staates, die in der Schweiz wohnen, aber in einem EU-/EFTA-Staat arbeiten, sind der Versicherung ihres Beschäftigungslandes unterstellt. Grenzgängerinnen und Grenzgänger, die in der Schweiz wohnen und z. B. in Deutschland arbeiten, müssen sich zusammen mit ihren nichterwerbstätigen Familienangehörigen in Deutschland krankenversichern. Im Erkrankungsfall werden sie in der Schweiz wie in der Schweiz versicherte Personen behandelt. Die Kosten trägt die ausländische Versicherung.

Praktisches

▶ Die Anmeldung für die obligatorische Krankenpflegeversicherung muss innerhalb von drei Monaten nach der Wohnsitznahme in der Schweiz oder dem Entstehen der Versicherungspflicht erfolgen. Es ist daher ratsam, sich möglichst gleich bei einem Krankenversicherer eigener Wahl anzumelden.

Prämien

Wer bezahlt die Versicherungsprämien?

Die versicherte Person selbst.

Die Versicherten haben – je nach Krankenkasse – die Möglichkeit, in den Genuss einer Prämienreduktion zu kommen:

- ▶ Wählbare Franchise: Wählt die versicherte Person eine die ordentliche Jahresfranchise von 300 Franken übersteigende Jahresfranchise (keine Franchise für Kinder), gewährt der Versicherer einen Prämienrabatt. Erwachsene Versicherte können sich für eine wählbare Franchise von 500, 1'000, 1'500, 2'000 oder 2'500 Franken entscheiden. Für Kinder betragen die wählbaren Franchisen 100, 200, 300, 400, 500 und 600 Franken
- ▶ Eingeschränkte Wahl der Leistungserbringer (z. B. HMO [Health Maintenance Organization] oder Hausarztmodell): Die versicherte Person hat die freie Wahl, sich ausschliesslich von einem ärztlichen Kollektiv, genannt HMO, behandeln zu lassen. Sie kann sich auch dazu verpflichten, zuerst einen Hausarzt zu konsultieren, der entscheidet, ob ein Spezialarzt hinzugezogen werden soll oder nicht (Hausarztmodell). Diese Modelle haben eine Senkung der Prämie zur Folge. Dafür verzichtet die versicherte Person auf eine freie Arzt- und Spitalwahl (ausgenommen in Notfällen)
- ▶ Bonusversicherung: Für jedes Jahr, in dem die versicherte Person von der Versicherung keine Vergütung für Krankheitskosten in Anspruch nimmt, erhält sie eine Prämienreduktion. Bonusversicherungen sind relativ selten.

Wie hoch sind die Versicherungsprämien?**Unterschiedlich je nach Versicherer, Wohnort und Versicherungsmodell.**

Die Prämienhöhe wird unabhängig vom Einkommen berechnet. Sie richtet sich nach dem jeweiligen Krankenversicherer, nach dem Wohnort und dem gewählten Versicherungsmodell. Die Prämien von in der Schweiz versicherungspflichtigen Personen, die in einem EU- oder einem EFTA-Staat wohnen, sind ebenfalls vom Krankenversicherer und dem Wohnort abhängig. Sie können jedoch weder eine wählbare Franchise noch eine Bonusversicherung oder eine Versicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer wählen. Das Verzeichnis der zugelassenen Krankenversicherer und der Prämien ist auf dem Internet unter www.priminfo.ch abrufbar.

Bei Versicherten, die in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen leben, übernehmen die Kantone unter gewissen Voraussetzungen einen Teil der Prämien. Die Prämienverbilligung ist in der Regel bei den dafür zuständigen kantonalen Stellen zu beantragen. Diese erteilen gerne weitere Auskünfte. Das Verzeichnis der zuständigen kantonalen Behörden für die Prämienverbilligung ist auf der Website des BAG unter www.priminfo.ch abrufbar. Die Rentnerinnen und Rentner, die in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen leben und in einem EU- oder einem EFTA-Staat wohnen, müssen sich an die Gemeinsame Einrichtung KVG wenden: www.kvg.org.

Leistungen

Welche Leistungen deckt die Krankenversicherung?

Diagnose, Behandlung, Pflege.

Die obligatorische Krankenversicherung umfasst Leistungen bei Krankheit und Unfall (falls keine anderweitige Unfallversicherungsdeckung besteht) sowie Mutterschaft. Gedeckt sind unter anderem die Kosten:

- ▶ die bei der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen anfallen, also Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemaßnahmen ambulanter oder stationärer Art
- ▶ für Analysen, Arzneimittel und für die Untersuchung oder Behandlung dienenden Mittel und Gegenstände, Beiträge an ärztlich angeordnete Badekuren und an Transport- und Rettungskosten sowie medizinische Rehabilitationsmaßnahmen
- ▶ für bestimmte Untersuchungen, die der medizinischen Prävention dienen, etwa bei Neugeborenen und Kindern oder für gynäkologische Untersuchungen
- ▶ für Leistungen bei Mutterschaft.

Wie lange kann der Anspruch auf eine Leistung geltend gemacht werden?

Unbeschränkt.

Der Leistungsanspruch entsteht mit dem Beginn der Behandlung. Die Leistungsdauer ist grundsätzlich nicht beschränkt. Einige Leistungen sind indes zeitlich begrenzt (z. B. höchstens neun physiotherapeutische Behandlungen; gegebenenfalls ist die ärztliche Anordnung zu erneuern).

**Welche Kosten müssen
Versicherte selbst
übernehmen?**

Die Prämien, die Franchise, den Selbstbehalt und in gewissen Fällen einen Beitrag an den Spitalaufenthalt.

Die Kostenbeteiligung der versicherten Person in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung besteht einerseits aus einem festen Jahresbetrag (Franchise), der nur bei erwachsenen Versicherten abgezogen wird, und andererseits aus einem Selbstbehalt in Prozenten. Bei Spitalaufenthalten bezahlen Erwachsene und junge Erwachsene (Versicherte, die das 25. Altersjahr noch nicht vollendet haben), die nicht in Ausbildung sind, einen Beitrag von 15 Franken pro Tag an die Aufenthaltskosten.

Die ordentliche Franchise pro Kalenderjahr beträgt 300 Franken.

Der Selbstbehalt macht 10% der die Franchise übersteigenden Kosten aus, jedoch höchstens 700 für Erwachsene bzw. 350 Franken für Kinder. Sind mehrere Kinder derselben Familie bei demselben Versicherer versichert, so bezahlen sie insgesamt höchstens 1'000 Franken. Der Selbstbehalt macht 20% aus, wenn Originalpräparate benutzt werden, obwohl Generika auf der Liste der zu erstattenden Arzneimittel aufgeführt sind.

Für Mutterschaftsleistungen im Rahmen einer normalen Schwangerschaft ist keine Kostenbeteiligung zu entrichten.

Was geschieht, wenn eine versicherte Person im Ausland erkrankt oder verunfallt?

Die Krankenversicherung übernimmt grundsätzlich die Kosten für die Behandlung im Ausland.

Die Krankenversicherung übernimmt die Kosten für die Behandlung im Ausland in Notfällen, d.h. Leistungen, mit denen nicht zugewartet werden kann, bis die versicherte Person wieder an ihrem Wohnort ist. Die Kosten für Behandlungen im Ausland werden übernommen bis zum doppelten Betrag, der für eine entsprechende Behandlung in der Schweiz bezahlt worden wäre.

Dasselbe gilt für Unfälle, wenn nicht eine Unfallversicherung für die Kosten aufkommt.

In der Regel übernehmen in der Schweiz versicherte Personen, die sich vorübergehend im Ausland aufhalten, zunächst die ihnen in Rechnung gestellten Kosten und stellen anschliessend einen Rückerstattungsantrag bei ihrem Krankenversicherer in der Schweiz.

In gewissen Fällen kann der Versicherer einer Behandlung im Ausland zustimmen, wenn diese in der Schweiz nicht durchgeführt werden kann.

Staatsangehörige der Schweiz oder eines EU- bzw. EFTA-Staates, die in der Schweiz versichert sind und wohnen

▶ Staatsangehörige der Schweiz oder eines EU- bzw. EFTA-Staates, die in der Schweiz versichert sind und wohnen, aber während eines Aufenthaltes in einem EU- oder EFTA-Staat, z. B. während der Ferien, erkranken, werden von den dortigen Ärzten und Spitalern wie eine im Aufenthaltsland versicherte Person behandelt. Das Gleiche gilt bei Unfällen.

▶ Diese Personen können bei einem vorübergehenden Aufenthalt in einem EU- oder EFTA-Staat Leistungen der Krankenversicherung des Aufenthaltslandes beziehen, wenn der Gesundheitszustand dies notwendig macht. Dazu müssen sie bei ihrem Versicherer in der Schweiz eine Europäische Krankenversicherungskarte (oder eine provisorische Ersatzbescheinigung) anfordern und diese dem Leistungserbringer (z. B. Arzt oder Ärztin) des Aufenthaltslandes vorlegen. Die Behandlungskosten werden je nach Land entweder durch die entsprechende ausländische Stelle bezahlt und dem schweizerischen Krankenversicherer später in Rechnung gestellt, oder die versicherte Person muss vorübergehend die Kosten übernehmen und kann dann eine Rückvergütung bei ihrer Krankenkasse verlangen.

▶ Für Leistungen, die in einem EU- oder EFTA-Staat erbracht werden und die Kostenbeteiligung, sind die jeweils geltenden Bestimmungen des entsprechenden Staates massgebend.

▶ In gewissen Fällen kann der schweizerische Krankenversicherer einer Behandlung im Ausland zustimmen, wenn diese nicht in der Schweiz durchgeführt werden kann.

Staatsangehörige der Schweiz oder eines EU- bzw. EFTA-Staates, die in der Schweiz versichert sind und in einem EU- bzw. EFTA-Staat wohnen

▶ Diese Personen erhalten von der entsprechenden «aushelfenden» Krankenkasse die gleichen Leistungen, wie diejenigen Personen, die im Aufenthaltsland versichert sind.

▶ Versicherte mit Wohnsitz in Belgien, Deutschland, Frankreich, den Niederlanden, Österreich und Ungarn, wie auch Grenzgänger mit Wohnsitz in anderen Ländern können sich wahlweise in ihrem Wohnsitzland oder in der Schweiz behandeln lassen.

▶ Die Behandlungskosten werden je nach Land entweder durch den entsprechenden ausländischen Träger bezahlt und dem schweizerischen Krankenversicherer später in Rechnung gestellt, oder die versicherte Person muss vorübergehend die Kosten übernehmen und kann dann eine Rückvergütung bei ihrer Krankenkasse verlangen.

▶ Für Leistungen, die im Wohnland erbracht werden und die Kostenbeteiligung, sind jeweils geltenden Bestimmungen des entsprechenden Staates massgebend.

Staatsangehörige der Schweiz oder eines EU- bzw. EFTA-Staates, die in einem EU- bzw. EFTA-Staat versichert sind und in der Schweiz wohnen

▶ Diese Personen können die gleichen Leistungen zu den gleichen Bedingungen beziehen, wie wenn sie in der Schweiz versichert wären.

▶ Sie müssen ihre Versicherungsbestätigung bei der Gemeinsamen Einrichtung einreichen (www.kvg.org).

▶ Die Kosten werden von der Gemeinsamen Einrichtung übernommen und beim zuständigen ausländischen Krankenversicherer in Rechnung gestellt.

Staatsangehörige der Schweiz oder eines EU- bzw. EFTA-Staates, die in einem EU- bzw. EFTA-Staat versichert sind und sich in der Schweiz aufhalten

▶ Diese Personen können unter Vorweisen der Europäischen Krankenversicherungskarte oder der provisorischen Ersatzbescheinigung dieselben Leistungen der schweizerischen Krankenversicherung beziehen, wie wenn sie in der Schweiz versichert wären.

▶ Grundsätzlich sind die Kosten für die ambulante Arzt- oder Spitalbehandlung direkt dem Leistungserbringer zu bezahlen. Der Antrag auf Kostenrückerstattung ist bei der Gemeinsamen Einrichtung KVG (www.kvg.org) oder beim zuständigen Krankenversicherer einzureichen. Die versicherte Person muss einen der Franchise und dem Selbstbehalt entsprechenden Pauschalbetrag selbst übernehmen. Diese Pauschale beträgt für Erwachsene 92 und für Kinder 33 Franken innerhalb eines Behandlungszeitraumes von 30 Tagen. Zudem bezahlen bei Spitalaufenthalten Erwachsene und junge Erwachsene (Versicherte, die das 25. Altersjahr noch nicht vollendet haben), die nicht in Ausbildung sind, einen Beitrag von 15 Franken pro Tag an die Aufenthaltskosten. Die Kosten für eine Spitalbehandlung werden direkt von der Gemeinsamen Einrichtung KVG übernommen, unter Abzug der Pauschale für die 30 Tage.



Europäische Krankenversicherungskarte

Taggeldversicherung

Was ist die Taggeldversicherung?

Die Taggeldversicherung dient der teilweisen Deckung des Erwerbsausfalls bei Krankheit oder Unfall.

Die Taggeldversicherung dient der teilweisen Deckung des Erwerbsausfalls bei Krankheit oder Unfall sowie anderer krankheits- oder unfallbedingter Kosten, die nicht anderweitig gedeckt sind. Sie kann auf freiwilliger Basis und zwar auch bei einem anderen Krankenversicherer als demjenigen, bei dem die obligatorische Grundversicherung besteht, abgeschlossen werden. Wenn eine Person beim Versicherungsbeitritt an einer Krankheit leidet, hat der Krankenversicherer die Möglichkeit, diese Person während maximal fünf Jahren von der Leistungsberechtigung für diese Krankheit auszuschliessen. Bei Mutterschaft unterliegt der Anspruch auf Taggelder einer vorhergehenden Versicherungsdauer von mindestens 270 Tagen. Daneben bieten die Krankenversicherer auch Taggeldversicherungen als Zusatzversicherung an.

Vereinfachter Wechsel der Taggeldversicherung

▶ Staatsangehörige der Schweiz oder eines EU-/EFTA-Staates, die unmittelbar vor ihrer Ankunft in der Schweiz dem System der sozialen Sicherheit eines EU-/EFTA-Staates unterstellt waren, profitieren von dem vereinfachten Wechsel der Taggeldversicherung. Sie müssen dazu das Formular E 104 (www.avs-ai.info/andre/00140/00239/index.html?lang=de) vorweisen.

▶ Die Abkommen mit Bulgarien, der Bundesrepublik Jugoslawien, Kroatien, Mazedonien, San Marino und der Türkei beschränken die Vorbehalte in Bezug auf bestehende Krankheiten für die Taggeldversicherung sowie die Wartefrist bei Mutterschaft. Verlegt eine versicherte Person ihren Wohnsitz oder ihre Erwerbstätigkeit von einem dieser Staaten in die Schweiz und schliesst innerhalb von drei Monaten ab Austritt aus der Versicherung im anderen Staat eine Taggeldversicherung bei einem schweizerischen Versicherer ab, wird die Zeit beim Versicherer im anderen Staat berücksichtigt, um zu bestimmen, wann ein Anspruch auf Leistungen in der Schweiz entsteht. Bei Mutterschaft wird diese Zeit nur berücksichtigt, wenn die Person mindestens drei Monate bei einem schweizerischen Versicherer versichert war.

Zusatzversicherung

Neben der obligatorischen Grundversicherung bestehen auch Zusatzversicherungen, z. B. für zahnärztliche oder spezielle Behandlungen. Bei den Zusatzversicherungen handelt es sich um Privatversicherungen; sie fallen nicht in den Anwendungsbereich der Koordinationsregeln der nationalen Systeme der sozialen Sicherheit. Für die Rückerstattung von Leistungen sind die jeweiligen allgemeinen Versicherungsbedingungen der einzelnen Versicherer massgebend. Da Unterschiede im Angebot bestehen, ist es empfehlenswert, sich bei den verschiedenen Anbietern zu erkundigen.

Wo können Sie sich über die Krankenversicherung informieren?

Bei Ihrem Krankenversicherer.

Versicherte erhalten von ihrem Krankenversicherer alle Informationen in Bezug auf die Krankenversicherung.

Das BAG publiziert jeweils im Oktober eine nach Kantonen und Krankenversicherern sowie nach EU- oder EFTA-Staaten getrennte Prämienübersicht für das folgende Jahr. Diese Prämienübersicht finden Sie auf der Internetseite des BAG (www.priminfo.ch).

Personen, die in einem EU- oder EFTA-Staat versichert sind und sich in der Schweiz aufhalten, wenden sich an die Gemeinsame Einrichtung KVG, um den Anspruch auf Leistungsaushilfe geltend zu machen (www.kvg.org).

Fragen im Zusammenhang mit der Befreiung von der Versicherungspflicht beantworten die von den Kantonen bezeichneten Stellen. Die Liste der zuständigen kantonalen Behörden ist auf der Website des BAG (www.bag.admin.ch) abrufbar.



Die Unfallversicherung gemäss UVG (UV)

Was bietet die Unfallversicherung gemäss UVG?

Allgemeines

Schutz bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten.

Die obligatorische Unfallversicherung ist eine Personenversicherung, welche sich mit den wirtschaftlichen Folgen von Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten befasst. Mit ihren Leistungen deckt sie Schäden, die bezüglich Gesundheit und Erwerbstätigkeit entsteht, wenn die Versicherten verunfallen oder beruflich erkranken.

Unfälle

▶ Als Unfall definiert wird eine plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat. Den Unfällen gleichgestellt sind bestimmte Körperschädigungen, die den Folgen eines Unfalls ähnlich sind.

Berufsunfälle

▶ Darunter fallen Unfälle, die sich bei der Ausübung des Berufs ereignen. Unfälle während den Arbeitspausen sowie vor und nach der Arbeit gelten als Berufsunfälle, sofern sich die versicherte Person befugterweise auf der Arbeitsstätte oder im Bereich der mit ihrer beruflichen Tätigkeit zusammenhängenden Gefahren aufgehalten hat.

Nichtberufsunfälle

▶ Nichtberufsunfälle sind alle Unfälle, die nicht als Berufsunfälle gelten. Dazu zählen insbesondere Unfälle auf dem Arbeitsweg und Freizeitunfälle, wie z. B. Sportunfälle, Verkehrsunfälle oder Unfälle im Haushalt. Teilzeitbeschäftigte mit einer wöchentlichen Arbeitsdauer von weniger als acht Stunden bei einem Arbeitgeber sind gegen Nichtberufsunfälle nicht versichert. Für sie gelten Unfälle auf dem Arbeitsweg – abweichend vom Normalfall – als Berufsunfälle.

Berufskrankheiten

▶ Als Berufskrankheiten gelten Krankheiten, die bei der beruflichen Tätigkeit ausschliesslich oder vorwiegend durch schädigende Stoffe oder bestimmte Arbeiten verursacht worden sind. Andere Krankheiten gelten nur dann als Berufskrankheiten, wenn nachgewiesen werden kann, dass sie ausschliesslich oder überwiegend durch die berufliche Tätigkeit herbeigeführt worden sind.

Wer ist obligatorisch versichert?

Alle Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die in der Schweiz beschäftigt sind.

Obligatorisch versichert sind alle in der Schweiz beschäftigten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer. Dazu gehören auch:

- ▶ Heimarbeiterinnen und -arbeiter
- ▶ Lehtöchter und Lehrlinge (Auszubildende)
- ▶ Praktikantinnen und Praktikanten sowie Volontärinnen und Volontäre (Personen in Ausbildung, nicht jedoch Freiwillige, die Arbeitseinsätze ohne Entgelt leisten)
- ▶ Personen, die in Lehr- und Invalidenwerkstätten tätig sind
- ▶ Hausangestellte
- ▶ Reinigungspersonal in privaten Haushaltungen.

Zudem sind grundsätzlich auch arbeitslose Personen obligatorisch versichert.

Nicht versichert nach UVG sind Nichterwerbstätige wie:

- ▶ Hausfrauen und Hausmänner
- ▶ Kinder
- ▶ Studierende
- ▶ Rentnerinnen und Rentner.

Diese Personen müssen sich für Sachleistungen im Rahmen der obligatorischen Krankenversicherung gegen Unfälle versichern.

Wann beginnt und wann endet die obligatorische Unfallversicherung?

Mit der Arbeitsaufnahme und der Beendigung des Anspruchs auf den halben Lohn.

Die Versicherung beginnt am Tag der geplanten oder tatsächlichen Arbeitsaufnahme, spätestens aber wenn sich die Person auf den Weg zur Arbeit begibt. Sie endet am 30. Tag nach dem Tag, an dem der Anspruch auf mindestens den halben Lohn aufhört. Als Lohn gelten auch Taggelder der obligatorischen Unfallversicherung, der Militärversicherung, der Invalidenversicherung, der Erwerb ersatzordnung (für Dienstleistende und bei Mutterschaft), der Krankenkasse und der privaten Kranken- und Unfallversicherungen, welche die Lohnfortzahlung ersetzen, sowie Entschädigungen einer kantonalen Mutterschaftsversicherung.

Durch den Abschluss einer Abredeversicherung kann die versicherte Person die Deckung für Nichtberufsunfälle bis zu 180 Tagen verlängern.

Für Teilzeitbeschäftigte, die nicht über eine Nichtberufsunfallversicherung verfügen, endet die obligatorische Versicherung, sobald der Arbeitsweg am letzten Arbeitstag zurückgelegt wurde.

Haftung der Arbeitnehmenden

- ▶ Wurde der Gesundheitsschaden oder der Tod absichtlich herbeigeführt, so besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistungen, mit Ausnahme der Bestattungskosten.
- ▶ Ein von der versicherten Person grobfahrlässig herbeigeführter Nichtberufsunfall kann eine Kürzung der Taggelder von bis zu zwei Jahren zur Folge haben.
- ▶ Hat die versicherte Person den Unfall bei der Ausübung eines Verbrechens oder Vergehens herbeigeführt, können Geldleistungen gekürzt oder aufgehoben werden.

Ruhen der Unfalldeckung in der Krankenversicherung

- ▶ Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die gegen Berufsunfälle und Nichtberufsunfälle obligatorisch versichert sind, können die Unfalldeckung beim Krankenversicherer sistieren. Die Krankenversicherungsprämie wird entsprechend herabgesetzt.

Wer kann sich freiwillig versichern?

Selbständigerwerbende und deren mitarbeitende Familienangehörige.

Selbständigerwerbende, die in der Schweiz wohnen, und ihre Familienmitglieder, die im gleichen Betrieb arbeiten und nicht obligatorisch versichert sind, können sich freiwillig nach UVG versichern.

Wer führt die Unfallversicherung durch?

Die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva) und zugelassene Unfallversicherer.

Sowohl die obligatorische wie auch die freiwillige Versicherung werden je nach Versichertenkategorie durch die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (www.suva.ch) oder durch andere zugelassene Unfallversicherer durchgeführt. Das Verzeichnis der Versicherer ist auf der Website des BAG (www.bag.admin.ch) abrufbar.

Prämien

Wer bezahlt die Versicherungsprämien?

Arbeitgebende und Arbeitnehmende.

Die Prämien für die Versicherung der Berufsunfälle und -krankheiten tragen die Arbeitgebenden. Die Prämien für die Versicherung der Nichtberufsunfälle gehen grundsätzlich zu Lasten der Arbeitnehmenden. Die Arbeitgebenden schulden den gesamten Prämienbetrag, wobei sie den Anteil der Arbeitnehmenden von deren Lohn abziehen.

Es wird eine Vorausprämie festgelegt, die vom Arbeitgeber bezahlt wird. Auf der Basis der jährlichen Lohnabrechnung wird dann die definitive Prämienberechnung für das zurückgelegte Jahr erstellt. Auf dieser Grundlage wird gleichzeitig die neue Vorausprämie für das folgende Jahr berechnet.

Wie hoch sind die Versicherungsprämien?

Unterschiedlich hoch je nach Einkommen und Art des Betriebes.

Die Prämien werden in Promillen des prämienpflichtigen Verdienstes festgesetzt. Sie bestehen aus einer dem Risiko entsprechenden Nettoprämie und verschiedenen Zuschlägen. Für die Bemessung der Prämien werden die Betriebe nach ihrer Art und ihren Verhältnissen in Klassen und Stufen des Prämientarifs eingeteilt.

Die Prämien für Nichtberufsunfälle werden grundsätzlich von den Arbeitnehmenden getragen, es sei denn, es besteht eine entsprechende Abmachung zugunsten der Arbeitnehmenden. Die Nettoprämienätze variieren je nach Versicherer.

Die Prämien für Berufsunfälle und -krankheiten gehen ausschliesslich zu Lasten der Arbeitgebenden. Die Prämien sind je nach Unfallrisiko und Unternehmensverhältnissen unterschiedlich. Der Nettoprämienatz variiert je nach Unternehmensklassierung und Versicherer.

Der prämienpflichtige Verdienst

► Der prämienpflichtige Verdienst entspricht im Wesentlichen dem für die Bemessung der Geldleistungen massgeblichen Verdienst (siehe «Versicherter Verdienst»). Einkommensteile über dem Höchstbetrag des versicherten Verdienstes werden nicht berücksichtigt. Der höchste versicherte Verdienst liegt bei 126'000 Franken pro Jahr oder 346 Franken pro Tag.

Leistungen

Welche Leistungen erbringt die Unfallversicherung?

Medizinische Behandlung und finanzielle Unterstützung.

A. Sachleistungen: Pflegeleistungen und Kostenvergütungen

Die versicherte Person hat Anspruch auf eine zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen, nämlich auf:

- die ambulante Behandlung durch den Arzt oder die Ärztin, den Zahnarzt oder die Zahnärztin und den Chiropraktoren oder die Chiropraktorin, sowie – auf ärztliche Anordnung – durch medizinisches Hilfspersonal
- die vom Arzt oder von der Ärztin, dem Zahnarzt oder der Zahnärztin verordneten Medikamente und Untersuchungen
- die Behandlung, Verpflegung und Unterkunft in der allgemeinen Abteilung eines Spitals
- die ärztlich verordneten Nach- und Badekuren
- Mittel und Gegenstände, die der Heilung dienen.

Kosten für die Heilbehandlung im Ausland, für die ärztlich verordnete Hauspflege, Hilfsmittel sowie Unfallschäden an Sachen, die einen Körperteil oder eine Körperfunktion ersetzen, werden vom Versicherer übernommen. Leichentransport- und Bestattungskosten sowie (unter bestimmten Voraussetzungen) Reise-, Transport- und Rettungskosten werden ebenfalls vergütet.

B. Geldleistungen

Versicherter Verdienst

► Grundlage für die Geldleistungen der Unfallversicherung ist der versicherte Verdienst. Dies ist der für die AHV massgebende Lohn mit gewissen Ergänzungen. Der Höchstbetrag des versicherten Verdienstes ist so festgesetzt, dass in der Regel 92 % bis 96 % aller obligatorisch versicherten Personen zu ihrem vollen Verdienst versichert sind. Er entspricht 126'000 Franken pro Jahr oder 346 Franken pro Tag.

► Massgebend für die Bemessung der Taggelder ist der letzte vor dem Unfall bezogene Lohn und für die Bemessung der Renten der innerhalb eines Jahres vor dem Unfall bezogene Lohn. Die Integritäts- und Hilflosenentschädigungen werden bei allen Versicherten vom gesetzlichen Höchstbetrag des versicherten Verdienstes berechnet.

Taggeld

Ist eine versicherte Person infolge eines Unfalls voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat sie Anspruch auf ein Taggeld. Dieses wird ab dem 3. Tag nach dem Unfalltag für jeden Kalendertag ausgerichtet. Es beträgt bei voller Arbeitsunfähigkeit 80% des versicherten Verdienstes, bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit entsprechend weniger. Der Taggeldanspruch erlischt mit der Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit, dem Beginn einer Invalidenrente oder mit dem Tod der versicherten Person. Das Taggeld für Personen, welche während der Arbeitslosigkeit verunfallen, entspricht der Arbeitslosenentschädigung.

Invalidenrente

Wenn eine versicherte Person infolge eines Unfalls invalid wird, d.h. voraussichtlich bleibend oder für längere Zeit in ihrer Erwerbstätigkeit beeinträchtigt ist, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente. Der Anspruch entsteht, wenn eine Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwarten lässt und allfällige Eingliederungsmassnahmen der IV abgeschlossen sind. Massgebend für die Bemessung des Invaliditätsgrades ist der Vergleich der Erwerbsmöglichkeiten der versicherten Person mit bzw. ohne die Beeinträchtigung ihrer Erwerbsfähigkeit. Die Invalidenrente beträgt bei Vollinvalidität 80% des versicherten Verdienstes, bei Teilinvalidität entsprechend weniger. Versicherten mit Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Alters- und Hinterlassenenversicherung oder der Invalidenversicherung (AHV/IV) gewährt die Unfallversicherung eine Komplementärrente in der Höhe der Differenz zwischen 90% des versicherten Verdienstes und der AHV/IV-Rente, höchstens wird aber der für Voll- bzw. Teilinvalidität vorgesehene Betrag der Unfallinvalidenrente bezahlt. Mit der Wiedererlangung der vollen Erwerbsfähigkeit, der gänzlichen Abfindung, dem Auskauf der Rente oder dem Tod der versicherten Person endet der Rentenanspruch.

Integritätsentschädigung

Erleidet eine versicherte Person durch einen Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität (z. B. Verlust einer Niere oder eines Beines, Tetraplegie, vollständige Blindheit), hat sie Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung. Die Entschädigung in Form einer Kapitaleistung wird entsprechend der Schwere des Integritätsschadens abgestuft. Sie entspricht höchstens dem jährlichen Verdienst, der am Tag des Unfalls versichert war.

Hinterlassenenrenten

Stirbt eine versicherte Person an den Folgen eines Unfalls, so haben der überlebende Ehepartner bzw. die überlebende Ehepartnerin (unter bestimmten Voraussetzungen) sowie die Kinder Anspruch auf eine Hinterlassenenrente. Sofern die verunfallte Person einem geschiedenen Ehegatten bzw. einer geschiedenen Ehegattin gegenüber zu Unterhaltsbeiträgen verpflichtet war, wird dieser oder diese der Witwe bzw. dem Witwer gleichgestellt.

Die Hinterlassenenrente wird in Prozenten des massgeblichen versicherten Verdienstes berechnet und beträgt für Witwen und Witwer 40%, für Halbweisen 15% und für Vollweisen 25%, für alle Hinterlassenen zusammen jedoch maximal 70%. Die Hinterlassenenrente für den geschiedenen Ehegatten bzw. die geschiedene Ehegattin entspricht 20% des versicherten Verdienstes, höchstens aber dem geschuldeten Unterhaltsbeitrag.

Haben die Hinterlassenen Anspruch auf eine IV- oder AHV-Rente, wird ihnen von der Unfallversicherung eine Komplementärrente gewährt (siehe Invalidenrente). In bestimmten Fällen wird der Witwe oder der geschiedenen Ehefrau eine Abfindung anstelle der Rente gewährt.

Der Anspruch des überlebenden Ehegatten erlischt grundsätzlich mit der Wiederverheiratung, dem Tod der rentenberechtigten Person oder dem Auskauf der Rente; derjenige der Kinder endet grundsätzlich mit der Vollendung des 18. Altersjahres bzw. mit dem Abschluss der Ausbildung, spätestens aber mit dem vollendeten 25. Altersjahr.

NB: Die eingetragene Partnerschaft wird während ihrer gesamten Dauer der Heirat gleichgestellt. Der überlebende eingetragene Partner bzw. die überlebende eingetragene Partnerin ist der verwitweten Person gleichgestellt. Die gerichtliche Auflösung der eingetragenen Partnerschaft entspricht einer Scheidung.

Hilflosenentschädigung

Personen mit schwerwiegenden Beeinträchtigungen der Gesundheit haben nicht nur Anspruch auf die notwendigen medizinischen Behandlungen und Ersatz des Erwerbsausfalls, sondern auch auf zusätzliche finanzielle Mittel, die aufgrund der Hilflosigkeit benötigt werden. Die Hilflosenentschädigung wird nur in Ausnahmefällen gewährt. Die Höhe der Leistung richtet sich nach dem Vorliegen einer Hilflosigkeit und deren Schweregrad (leicht, mittel, schwer).

Als hilflos gilt eine Person, die wegen der Beeinträchtigung der Gesundheit für alltägliche Lebensverrichtungen dauernd der Hilfe Dritter oder der persönlichen Überwachung bedarf.

Die monatliche Hilflosenentschädigung beträgt bei Hilflosigkeit leichten Grades das Doppelte, bei Hilflosigkeit mittleren Grades das Vierfache und bei Hilflosigkeit schweren Grades das Sechsfache des versicherten Tagesverdienstes.

Wie können Versicherte ihren Anspruch auf Leistungen geltend machen?

Indem sie Unfälle dem Arbeitgebenden oder dem Unfallversicherer melden.

Unfälle in der Schweiz

Unfälle in der Schweiz müssen von der verunfallten Person oder ihren Angehörigen unverzüglich dem Arbeitgeber oder dem zuständigen Unfallversicherer gemeldet werden. Ein Todesfall sollte ebenfalls sofort dem Arbeitgeber mitgeteilt werden.

Unfälle im Ausland

Unfälle im Ausland müssen von der verunfallten Person oder ihren Angehörigen unverzüglich dem Arbeitgeber oder dem zuständigen Unfallversicherer gemeldet werden. Ein Todesfall sollte ebenfalls sofort dem Arbeitgeber mitgeteilt werden.

Die Kosten für die im Ausland notwendigen medizinischen Behandlungen werden vom Unfallversicherer übernommen bis zum doppelten Betrag, der für eine entsprechende Behandlung in der Schweiz bezahlt worden wäre. Grundsätzlich übernehmen in der Schweiz versicherte und vorübergehend im Ausland lebende Personen die ihnen in Rechnung gestellten Kosten vorübergehend und stellen anschliessend einen Antrag auf Rückvergütung. Die Kosten für die im Ausland erbrachten Leistungen richten sich nach den entsprechenden gesetzlichen Bestimmungen im Aufenthaltsland.

Unfälle in einem EU- oder EFTA-Staat

▶ Verunfallte Personen, die Staatsangehörige der Schweiz oder eines EU-/EFTA-Staates sind, melden sich unverzüglich bei der zuständigen Sozialversicherungsstelle des entsprechenden Landes. Diese Stelle übernimmt vorübergehend die Behandlungskosten und rechnet später mit dem zuständigen schweizerischen Unfallversicherer ab. Bei nicht sehr schwerwiegenden Fällen kann die Unfallversicherung verlangen, dass die versicherte Person die Unfallkosten vorübergehend bis zu ihrer Rückkehr in die Schweiz übernimmt.

Unfälle in Ex-Jugoslawien (Bosnien und Herzegowina, Montenegro und Serbien), in Kroatien, in Mazedonien, in San Marino oder in der Türkei

▶ In der Schweiz versicherte Personen, die in Ex-Jugoslawien, in Mazedonien, in Kroatien, in San Marino oder in der Türkei einen Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit erleiden, haben Anspruch auf alle erforderlichen Behandlungen. Sie können bei der zuständigen Stelle des Aufenthaltsorts Vorschussleistungen beantragen. Diese Stelle rechnet später mit dem zuständigen Versicherer in der Schweiz ab.

Staatsangehörige der Schweiz oder eines EU- oder EFTA-Staates, die in einem EU- oder EFTA-Staat versichert sind und sich in der Schweiz aufhalten

▶ Bei Berufsunfällen übernimmt die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (www.suva.ch) vorübergehend die Behandlungskosten und rechnet später mit dem zuständigen ausländischen Unfallversicherer ab.

Bei Nichtberufsunfällen kann die verunfallte Person unter Vorweisen der Europäischen Krankenversicherungskarte oder der provisorischen Ersatzbescheinigung dieselben Leistungen der schweizerischen Krankenversicherung beziehen, wie wenn sie in der Schweiz versichert wäre. Die Kosten für die ambulante Arzt- oder Spitalbehandlung sind direkt dem Leistungserbringer zu erstatten. Der Antrag auf Kostenrückstattung ist bei der Gemeinsamen Einrichtung KVG einzureichen (www.kvg.org).

**Wo können Sie sich über
die Unfallversicherung
informieren?**

Die Unfallversicherer geben gerne Auskunft.

Für Informationen zu der Unfallversicherung können sich Versicherte direkt an ihren Unfallversicherer wenden. Eine Liste der Unfallversicherer finden Sie auf der Internetseite des BAG (www.bag.admin.ch).

Versicherte, die in einem EU-/EFTA-Staat unfallversichert sind und sich in der Schweiz aufhalten, wenden sich an die Gemeinsame Einrichtung KVG (www.kvg.org), um ihren Anspruch auf Leistungsaushilfe geltend zu machen, oder an die Suva (www.suva.ch), wenn es sich um einen Berufsunfall handelt.



Die Arbeitslosen- versicherung (ALV)

Allgemeines

**Was ist die Arbeitslosen-
versicherung?**

**Eine Versicherung gegen den Erwerbsausfall
bei Verlust der Arbeitsstelle.**

Die ALV erbringt Leistungen bei Arbeitslosigkeit, wetterbedingten Arbeitsausfällen, Kurzarbeit und bei der Zahlungsunfähigkeit des Arbeitgebers. Sie bezahlt auch Wiedereingliederungsmassnahmen.

**Wer ist bei der ALV
versichert?**

**Alle Arbeitnehmenden, die bei der AHV
versichert sind.**

Versicherungspflichtig sind alle Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer (mit Ausnahme einiger weniger Personengruppen). Selbständigerwerbende sind nicht versichert.

Beiträge

Wer bezahlt die ALV-Beiträge?

Arbeitnehmende und Arbeitgebende, je die Hälfte.

Arbeitnehmende und Arbeitgebende tragen je die Hälfte der Beiträge. Seit dem 1.1.2011 entspricht dies je 1.1 % des versicherten Einkommens bis 126'000 Franken. Auf Einkommensanteilen zwischen 126'000 und 315'000 Franken wird ein Solidaritätsprozent erhoben. Versicherte, deren Arbeitgeber in der Schweiz nicht der Beitragspflicht unterliegt, müssen den vollen Beitrag selbst bezahlen.

Welches Einkommen ist massgebend?

Dasjenige, welches der AHV-Beitragspflicht unterliegt.

Für die Berechnung der ALV-Beiträge wird das Einkommen herangezogen, das der AHV-Beitragspflicht unterliegt. Der Höchstbetrag des versicherten Verdienstes beträgt 10'500 Franken pro Monat oder 126'000 Franken im Jahr. Übersteigt das massgebliche Einkommen diesen Höchstbetrag, werden die ALV-Beiträge auf der Grundlage des maximal versicherten Verdienstes berechnet. Ein Einkommen aus selbständigem Nebenerwerb oder aus unselbständiger Erwerbstätigkeit, das 2'300 Franken pro Jahr nicht übersteigt (geringfügiges Einkommen), untersteht nur auf Antrag der versicherten Person der Beitragspflicht. Hingegen besteht die Beitragspflicht zwingend für die Erwerbseinkommen von Personen, die in Privathaushalten tätig sind. Dasselbe gilt für Personen, die von Tanz- und Theaterproduzenten, Orchestern, Phono- und Audiovisionsproduzenten, Radio und Fernsehen sowie von Schulen im künstlerischen Bereich entlohnt werden.

Leistungen

Welche Leistungen erbringt die ALV bei Arbeitslosigkeit?

Sie deckt den vorübergehenden Erwerbsausfall bei Verlust der Arbeitsstelle.

Die Arbeitslosenentschädigung beträgt 70% des versicherten Verdienstes. Sie wird in Taggeldern ausbezahlt. Personen mit Unterhaltspflichten gegenüber unter 25-jährigen Kindern oder deren Taggeld weniger als 140 Franken beträgt oder die eine IV-Rente beziehen, die einem IV-Grad von mindestens 40% entspricht, erhalten 80% des versicherten Verdienstes. Der Höchstbetrag des versicherten Verdienstes entspricht demjenigen der obligatorischen Unfallversicherung (10'500 Franken). Je nach Beitragszeit, Alter, Unterhaltspflicht und Invaliditätsgrad werden zwischen 200 bis 520 Taggelder ausgerichtet. Die ALV erbringt neben der Arbeitslosenentschädigung folgende Leistungen:

- ▶ Entschädigungen für die Teilnahme an arbeitsmarktlichen Massnahmen
- ▶ Kurzarbeitsentschädigung
- ▶ Schlechtwetterentschädigung
- ▶ Entschädigung bei Zahlungsunfähigkeit des Arbeitgebers.

Wer hat Anspruch auf Arbeitslosenentschädigung?

Wer arbeitslos ist und innerhalb einer gewissen Rahmenfrist während mindestens 12 Monaten eine beitragspflichtige Beschäftigung ausgeübt hat.

Anspruch auf Arbeitslosenentschädigung besteht, wenn eine arbeitslose Person während mindestens 12 Monaten innerhalb der Rahmenfrist von zwei Jahren vor der Anmeldung bei der Arbeitslosenversicherung eine beitragspflichtige Beschäftigung ausgeübt hat. Zudem muss sie einen anrechenbaren Arbeitsausfall aufweisen, vermittlungsfähig sein und die Kontrollvorschriften erfüllen.

Besondere Bestimmungen für Staatsangehörige der Schweiz oder eines EU-/EFTA-Staates

Allgemeines

In einem EU- oder EFTA-Staat zurückgelegte Versicherungszeiten werden angerechnet, wenn die betreffende Person in der Schweiz arbeitslos geworden ist. Die Höhe der Entschädigung richtet sich nach dem in der Schweiz erzielten Einkommen.

Arbeitssuche im Ausland

Arbeitslose Personen haben die Möglichkeit, während maximal drei Monaten eine Arbeit in einem EU- oder EFTA-Staat zu suchen und dort die schweizerischen Leistungen zu beziehen. Dazu müssen sie sich zunächst während vier Wochen der schweizerischen Arbeitsvermittlung zur Verfügung halten. Danach müssen sie sich im entsprechenden Land der Arbeitsvermittlung zur Verfügung stellen und die dortigen Kontrollvorschriften erfüllen. Andernfalls werden keine schweizerischen Arbeitslosenentschädigungen ins Ausland ausgerichtet.

In der Schweiz beschäftigte Grenzgängerinnen und Grenzgänger

Grenzgängerinnen und Grenzgänger erhalten bei Ganzarbeitslosigkeit die Arbeitslosenentschädigung in der Regel von dem Staat, in dem sie wohnen. Bei Kurzarbeit und wetterbedingten Arbeitsausfällen hingegen erhalten sie Leistungen der schweizerischen Versicherung.

Wo können Sie sich über die ALV informieren?

Bei den zuständigen Durchführungsstellen.

Die Arbeitslosenkassen, die kantonalen Arbeitsstellen und die regionalen Arbeitsvermittlungszentren (RAV) (www.treffpunkt-arbeit.ch) erteilen gerne weitere Auskünfte.



Familienzulagen (FamZ)

Allgemeines

Was sind Familienzulagen?

Leistungen zum teilweisen Ausgleich der Kosten, die durch Kinder verursacht werden.

Familienzulagen sind – neben Steuererleichterungen – das wichtigste Mittel des Familienlastenausgleichs und werden zu den Sozialversicherungen gezählt. Im Gegensatz zu den Leistungen der übrigen Sozialversicherungen bilden sie aber nicht einen Einkommensersatz, sondern eine Einkommensergänzung.

Beiträge

Wie werden die Familienzulagen finanziert?

Durch die Arbeitgebenden und zum Teil durch die Selbstständigerwerbenden.

Die Familienzulagen für Arbeitnehmende werden fast ausschliesslich von den Arbeitgebenden finanziert, und zwar in der Form von Lohnprozenten. Arbeitnehmende von Arbeitgebenden, die in der Schweiz nicht beitragspflichtig sind, müssen die Beiträge selber bezahlen. Selbstständigerwerbende sind nicht in allen Kantonen den Familienzulagengesetzen unterstellt. Wo sie obligatorisch unterstellt sind, sind sie zur Beitragszahlung verpflichtet. Bei freiwilliger Unterstellung zahlen sie nur Beiträge, wenn sie selber Zulagen beziehen.

**Wie hoch sind die
Beiträge?**

Unterschiedlich je nach Familienausgleichskasse.

Die Beitragssätze sind je nach Kanton, Branche und Familienausgleichskasse verschieden. Eine Zusammenstellung der Beiträge an die kantonalen Familienausgleichskassen finden Sie auf der Internetseite des Bundesamtes für Sozialversicherungen (BVS) (www.bsv.admin.ch).

Leistungen

**Wer hat Anspruch auf
Familienzulagen?**

Eltern von Kindern bis zu einem Alter von 16 bis 25 Jahren (je nach Ausbildung).

Anspruch auf Familienzulagen haben

- ▶ Eltern, die als Arbeitnehmende tätig sind;
- ▶ Eltern, die als selbstständige Landwirte tätig sind;
- ▶ Nichterwerbstätige Eltern mit bescheidenem Einkommen;
- ▶ in gewissen Kantonen und unter bestimmten Voraussetzungen selbstständigerwerbende Eltern ausserhalb der Landwirtschaft.

Der Anspruch richtet sich entweder nach dem Bundesgesetz über die Familienzulagen (FamZG) und den kantonalen Ausführungsbestimmungen zum FamZG oder nach dem Bundesgesetz über die Familienzulagen in der Landwirtschaft (FLG).

Die Familienzulagen bestehen aus Kinderzulagen von mindestens 200 Franken pro Monat für Kinder bis zum vollendeten 16. Altersjahr und aus Ausbildungszulagen von mindestens 250 Franken für Kinder vom 16. bis zum vollendeten 25. Altersjahr in Ausbildung. Etliche Kantone haben diese Ansätze erhöht. Teilweise richten die Kantone auch Geburts- und Adoptionszulagen aus. Siehe Merkblatt 6.08 (www.avs-ai.info/andere/00134/00223/index.html?lang=de).

In der Landwirtschaft werden Kinderzulagen von 200 Franken und Ausbildungszulagen von 250 Franken ausgerichtet; im Berggebiet werden diese Ansätze um 20 Franken erhöht. An landwirtschaftliche Arbeitnehmende wird zudem unter gewissen Voraussetzungen eine monatliche Haushaltungszulage von 100 Franken ausgerichtet.

Familienzulagen für Kinder, die in einem EU- oder EFTA-Staat wohnen

▶ Staatsangehörige der EU und der EFTA, die in der Schweiz arbeiten und deren Kinder im Ausland wohnen, haben denselben Anspruch auf Familienzulagen wie diejenigen Eltern, deren Kinder in der Schweiz wohnen. Wenn einer der beiden Elternteile ebenfalls in dem Land arbeitet, in dem sein Kind lebt, dann besteht in erster Linie Anspruch auf die Familienzulagen des betreffenden Landes. Wenn die schweizerische Leistung höher als die ausländische ist, wird die Differenz ausbezahlt.

Familienzulagen für die übrigen Kinder, die im Ausland wohnen

▶ Für diese Kinder besteht nur ein Anspruch, wenn ein Staatsvertrag die Schweiz zur Gewährung von Familienzulagen verpflichtet. In diesem Fall werden die Familienzulagen ohne Kaufkraftanpassung ausbezahlt.

Praktisches

▶ Wer einen Anspruch auf Familienzulagen geltend machen will, muss bei seinem Arbeitgeber oder seiner Arbeitgeberin einen Antrag stellen, den dieser oder diese an die zuständige Ausgleichskasse weiterleitet.

**Wo können Sie sich
über die Familienzulagen
informieren?**

**Die kantonalen Ausgleichskassen geben gerne
Auskunft.**

Für zusätzliche Auskünfte geben die Ausgleichskassen Merkblätter ab. Ein Verzeichnis aller Ausgleichskassen befindet sich auf den letzten Seiten jedes Telefonbuchs oder im Internet unter www.ahv-iv.info.

Weitere Informationen finden Sie auf der Internetseite des BSV (www.bsv.admin.ch).

Adressen und Webseiten

**Alle Sozialversicherungs-
sicherungsweige
(ausser ALV, KV und UV)**

Bundesamt für Sozialversicherungen BSV
Effingerstrasse 20, 3003 Bern
www.bsv.admin.ch

Einzelne Sozialversicherungsweige

AHV/IV/EO

AHV-Ausgleichskassen und IV-Stellen
(die Adressen finden Sie im Telefonbuch)
www.ahv-iv.info

BV

Verbindungsstelle:
Sicherheitsfonds BVG, Zentralstelle 2. Säule,
Geschäftsstelle
Postfach 1023, 3000 Bern 14
www.sfbvg.ch

Auffangeinrichtung BVG und BVG-Aufsichtsbehörden:
www.ahv-iv.info (Merkblatt 6.06)

KV Bundesamt für Gesundheit BAG
3003 Bern
www.bag.admin.ch

Verbindungsstelle:
Gemeinsame Einrichtung KVG
Internationale Koordination Krankenversicherung
Gibelinstrasse 25, Postfach
4503 Solothurn
www.kvg.org

Verzeichnis der zugelassenen Krankenversicherer
und Prämienübersicht:
www.bag.admin.ch

Kantonale Stellen für Gesuche um Befreiung von der
Versicherungspflicht
und kantonale Stellen zur Prämienverbilligung
www.bag.admin.ch
www.ahv-iv.info (Merkblatt 6.07)

UV Bundesamt für Gesundheit BAG
3003 Bern
www.bag.admin.ch

Schweizerische Unfallversicherungsanstalt Suva
Fluhmattstrasse 1
6002 Luzern
www.suva.ch

ALV

Staatssekretariat für Wirtschaft (SECO)
Direktion für Arbeit
Arbeitsmarkt und Arbeitslosenversicherung
Effingerstrasse 31
3003 Bern
www.seco.admin.ch

Informationen zu den wichtigsten Fragen
der Arbeitslosigkeit:
www.treffpunkt-arbeit.ch

Adressen der Regionalen Arbeitsvermittlungszentren,
der Arbeitslosenkassen und der kantonalen Amtsstellen:
www.treffpunkt-arbeit.ch/downloads/adressen/

Allgemeines

Vertrieb Publikationen:
Bundesamt für Bauten und Logistik (BBL)
3003 Bern
www.bbl.admin.ch

Einreise/Aufenthalt:
Bundesamt für Migration (BFM)
Quellenweg 15
3003 Bern-Wabern
www.bfm.admin.ch



Impressum

Text: Informationsstelle AHV/IV, Bundesamt für
Sozialversicherungen und Staatssekretariat für Wirtschaft
Januar 2012

© Informationsstelle AHV/IV