

Soziale Sicherheit in der Schweiz

Stand am 1. Januar 2026



Inhaltsverzeichnis

Abkürzungen	3
Auf einen Blick	5
Unterstellung unter das schweizerische System der sozialen Sicherheit	6
Grundzüge des schweizerischen Sozialversicherungssystems	17
Die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV)	20
Die Invalidenversicherung (IV)	29
Erwerbsersatz (für Dienstleistende (EO), bei Mutterschaft (MSE), für den andern Elternteil (EAE), Betreuung (BUE) und Adoption (AdopE))	39
Berufliche Vorsorge (BV)	43
Die gebundene individuelle Vorsorge (Säule 3a)	50
Krankenversicherung (KV)	53
Die Unfallversicherung gemäss UVG (UV)	62
Die Arbeitslosenversicherung (ALV)	71
Familienzulagen (FamZ)	75
Adressen und Webseiten	79

Abkürzungen

AdopE	Adoptionsentschädigung
AHV	Alters- und Hinterlassenenversicherung
ALV	Arbeitslosenversicherung
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BBL	Bundesamt für Bauten und Logistik
BSV	Bundesamt für Sozialversicherungen
BUE	Betreuungsentschädigung
BV	Berufliche Vorsorge
EAE	Entschädigung des andern Elternteils
EFTA	Europäische Freihandelsassoziation
EL	Ergänzungsleistungen
EO	Erwerbsersatzordnung
EU	Europäische Union
FamZG	Familienzulagengesetz
FLG	Bundesgesetz über die Familienzulagen in der Landwirtschaft
FZA	Freizügigkeitsabkommen zwischen der Schweiz und der EU
HMO	Health Maintenance Organization
IK	Individuelles Konto
IV	Invalidenversicherung
KV	Krankenversicherung
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
MSE	Mutterschaftsentschädigung
RAV	Regionale Arbeitsvermittlung
SECO	Staatssekretariat für Wirtschaft

<i>Suva</i>	Schweizerische Unfallversicherungsanstalt
<i>ÜL</i>	Überbrückungsleistungen für ältere Arbeitslose
<i>UV</i>	Unfallversicherung
<i>UVG</i>	Bundesgesetz über die Unfallversicherung

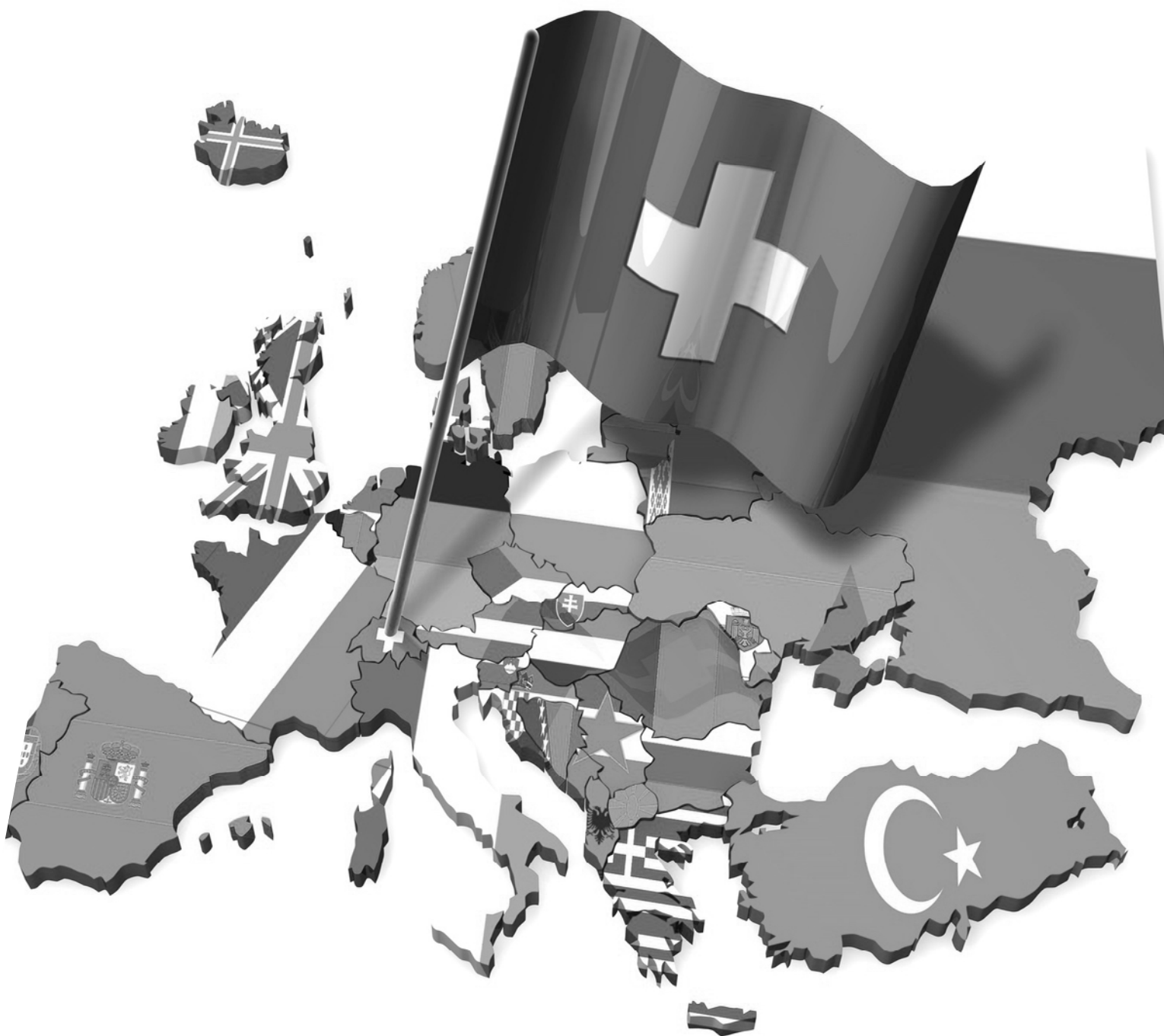
Auf einen Blick

Die vorliegende Broschüre richtet sich an Schweizer Arbeitgebende und 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.

Ausführlichere Informationen finden Sie unter www.ahv-iv.ch. Der Inhalt dieser Broschüre wird regelmässig überprüft und auf www.ahv-iv.ch aktualisiert. Mit dem Newsletter bleiben Sie auf dem Laufenden und werden über Änderungen informiert. Registrieren Sie sich jetzt unter www.ahv-iv.ch/de/Newsletter.

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 Vertragsstaaten 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	
Albanien (AL)	Montenegro (ME)
Australien (AU)	Nordmazedonien (NMK)
Bosnien und Herzegowina (BA)	Philippinen (PH)
Brasilien (BR)	Republik San Marino (SM)
Chile (CL)	Serbien (RS)
China ^B (CN)	Südkorea ^B (KR)
Indien ^B (IN)	Tunesien (TN)
Israel (IL)	Türkei (TR)
Japan (JP)	Uruguay (UY)
Kanada ^A (CA)	USA (US)
Kosovo (XK)	Vereinigtes Königreich (UK)

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

^B Nur 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 Staaten:

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

Belgien (BE)	Italien (IT)	Schweden (SE)
Bulgarien (BG)	Kroatien (HR)	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)
Irland (IE)	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, d.h. 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 Personen, die weder Staatsangehörige der Schweiz noch eines anderen EFTA-Staates 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)

Das Abkommen mit dem Vereinigten Königreich deckt alle diese Versicherungszweige ab, mit Ausnahme der Familienzulagen, und enthält darüber hinaus gesetzliche Bestimmungen zu:

- ▶ Mutterschaft/Elternschaft
- ▶ Arbeitslosigkeit

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, ausser bei der Entsendung von Arbeitnehmenden oder gelegentlich von den Regeln der Unterstellung im Allgemeinen.

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 Staat erwerbstätig sind?

Dem Versicherungssystem des Staates, in dem sie arbeiten.

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

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

Dem Versicherungssystem des Staates, in dem sie die Erwerbstätigkeit ausüben.

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.

Selbstständige Erwerbstätigkeit

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

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.
- ▶ Das Abkommen mit dem Vereinigten Königreich enthält besondere Bestimmungen, die das Versicherungssystem für Personen regeln, die gleichzeitig in beiden Staaten erwerbstätig sind.

Personen ohne Erwerbstätigkeit

- ▶ Nichterwerbstätige Personen unterstehen dem Versicherungssystem ihres Wohnstaates.

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 4 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 die 4 EFTA-Staaten betroffen.

Die Mitgliedstaaten der EU

Belgien (BE)	Griechenland (GR)	Malta (MT)	Slowakei (SK)
Bulgarien (BG)	Irland (IE)	Niederlande (NL)	Slowenien (SI)
Dänemark (DK)	Italien (IT)	Österreich (AT)	Spanien (ES)
Deutschland (DE)	Kroatien (HR)	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 Staatsangehörige der Schweiz oder eines EU-Mitgliedstaates, die den Rechtsvorschriften über soziale Sicherheit eines oder mehrerer dieser Staaten unterstellt sind oder waren (einschliesslich Staatenlose und Flüchtlinge, die dort wohnen), sowie deren Familienangehörige und Hinterlassene.

Das EFTA-Abkommen betrifft Staatsangehörige der Schweiz oder eines anderen EFTA-Staates, die den Rechtsvorschriften über soziale Sicherheit eines oder mehrerer dieser Staaten unterstellt sind oder waren (einschliesslich Staatenlose und Flüchtlinge, die dort wohnen), sowie deren Familienangehörige und Hinterlassene.

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

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. Jeder Staat 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 Staatsangehörige der EU oder der EFTA werden gleich behandelt.
- ▶ Allfällige nachteilige Auswirkungen des Wechsels des Beschäftigungs- oder Wohnstaates 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.

Welche Versicherungszweige erfassen die 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
- ▶ bei Mutterschaft und des andern Elternteil
- ▶ bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten
- ▶ bei Arbeitslosigkeit
- ▶ bei Vorruhestand
- ▶ 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 Staates.

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

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

Dem Versicherungssystem des Staates, in dem sie arbeiten.

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

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

Dem Versicherungssystem des Wohnsitzstaates, wenn dort ein wesentlicher Teil der Erwerbstätigkeit ausgeübt wird.

Staatsangehörige der Schweiz oder eines EU-Staates, die Erwerbstätigkeiten im Angestelltenverhältnis oder als Selbstständigerwerbende gleichzeitig in mehreren Staaten (**Schweiz und EU**) ausüben, sind grundsätzlich dem Sozialversicherungssystem des Wohnsitzstaates unterstellt.

Personen, die jedoch nicht oder zu keinem wesentlichen Teil (< 25 %) in ihrem Wohnsitzstaat erwerbstätig sind, unterstehen dem Sozialversicherungssystem jenes Staates (Schweiz oder EU), in dem sich der Arbeitgebersitz befindet (bei mehreren Arbeitgebern, sofern sich der Sitz im selben Staat befindet). Für Selbstständigerwerbende ist es jener Staat, in dem sich das Zentrum ihrer Tätigkeiten befindet.

Falls Staatsangehörige der Schweiz oder eines EU-Staates für mehrere Arbeitgeber mit Sitz in zwei verschiedenen Staaten (Schweiz und EU) arbeiten und einer davon der Wohnsitzstaat ist, erfolgt die Unterstellung den Rechtsvorschriften des anderen Staates (in dem die Person nicht wohnt).

Staatsangehörige der Schweiz oder eines EU-Staates, die für mehrere Arbeitgeber arbeiten und von denen mindestens zwei ihren Sitz in verschiedenen Staaten (Schweiz und EU) ausserhalb des Wohnsitzstaates haben, sind den Rechtsvorschriften des Wohnsitzstaates unterstellt, auch wenn sie keinen wesentlichen Teil ihrer Erwerbstätigkeit dort ausüben.

Staatsangehörige der Schweiz oder eines Mitgliedstaates der EU, die in mehr als einem Staat (Schweiz und EU) gleichzeitig sowohl eine unselbstständige wie auch eine selbstständige Erwerbstätigkeit ausüben, unterstehen den Rechtsvorschriften des Staates, in dem sie die unselbstständige Tätigkeit ausüben.

Im Bereich der Beziehungen zwischen der Schweiz und der EU kommen die Sonderbestimmungen für das Luftfahrt-, das Seepersonal und für die Beamten zur Anwendung.

Die vorgenannten Bestimmungen gelten ebenfalls für Staatsangehörige der Schweiz oder eines EFTA-Staates, welche gleichzeitig in mehreren Staaten (**Schweiz und EFTA**) arbeiten.

Die Schweiz und mehrere EU/EFTA-Staaten haben eine Vereinbarung über die gewöhnliche grenzüberschreitende Telearbeit getroffen. Die aktuelle Liste der Unterzeichnerstaaten kann unter <https://socialsecurity.belgium.be/fr/activites-internationales/teletravail-transfrontalier-dans-lue-lee-et-la-suisse> konsultiert werden. Diese Vereinbarung betrifft insbesondere Personen, die für einen Arbeitgeber in der Schweiz arbeiten und (mithilfe von IT-Mitteln) Telearbeit für diesen in ihrem Wohnsitzstaat, der die Vereinbarung unterzeichnet hat, ausführen. Unter der Voraussetzung, dass keine andere Tätigkeit ausgeübt wird und die gewöhnliche grenzüberschreitende Telearbeit weniger als 50 % der Arbeitszeit ausmacht, können Arbeitnehmende auf Antrag in der Schweiz versichert bleiben.

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 Staates, in dem sie ihre Erwerbstätigkeit ausüben. Die Entsendung bildet eine Ausnahme von dieser Regel.

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

Dem Versicherungssystem des Ursprungsstaates.

Begibt sich eine Person vorübergehend in einen anderen Staat, um dort eine Arbeit zu verrichten, kann sie unter bestimmten Voraussetzungen dem System der sozialen Sicherheit ihres Ursprungsstaates unterstellt bleiben.

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 Staat versichert sind, weiterhin dem Versicherungssystem dieses Staates unterstellt bleiben dürfen.

Genauso bleiben die vorübergehend von der Schweiz in einen anderen Staat entsandten Arbeitnehmenden dem schweizerischen System der sozialen Sicherheit unterstellt.

Was ist die 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 den EFTA-Staaten gilt eine maximale Entsendungsdauer von 24 Monaten.

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

Maximale Dauer einer Entsendung:	
EU- und EFTA-Mitgliedstaaten	24 Monate
Republik San Marino	12 Monate
Albanien, Bosnien und Herzegowina, Israel, Montenegro, Nordmazedonien, Philippinen, Serbien, Tunesien (Selbstständigerwerbende), Türkei, Uruguay und Vereinigtes Königreich	24 Monate
Chile	36 Monate
Australien, Brasilien, Japan, Kanada/Quebec, Kosovo, Tunesien (Unselbstständigerwerbende) und USA	60 Monate
China, Indien und Südkorea	72 Monate

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

Ja. Es handelt sich nicht um eine Entsendung, sondern um eine Weiterversicherung. Die Arbeitnehmenden unterstehen den Rechtsvorschriften über soziale Sicherheit des Staates, in dem sie ihre Erwerbstätigkeit ausüben, auch wenn sie in der Schweiz versichert bleiben.

Ein normalerweise in der Schweiz versicherter Arbeitnehmender, der eine vorübergehende Erwerbstätigkeit in einem Staat 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 Beschäftigungsstaat zu versichern.

Detaillierte Informationen enthalten die Merkblätter zur Entsendung unter <https://sozialversicherungen.admin.ch/de/f/18186>

Krankenkassenbeitritt

Welchem Krankenversicherungssystem sind Personen unterstellt, die Leistungen aus der Arbeitslosenkasse erhalten?

Dem Krankenversicherungssystem jenes Staates, welcher für die Leistungen aus der Arbeitslosenkasse zuständig ist.

Welchem Krankenversicherungssystem sind Personen unterstellt, die eine Rente beziehen?

Dies hängt von der persönlichen Situation des Rentners ab.

EU- bzw. EFTA-Staatsbürger, die von nur einem EU- bzw. EFTA-Staat eine Rente beziehen, ihren Wohnsitz jedoch in einem anderen EU- bzw. EFTA-Staat haben, sind dem Krankenversicherungssystem jenes Staates unterstellt, welcher die Rente ausrichtet.

In allen übrigen Fällen richtet sich die Unterstellung in der Regel nach den Rechtsvorschriften des Wohnsitzstaates. Das Abkommen mit dem Vereinigten Königreich enthält besondere Bestimmungen.

Personen, die Renten von mehreren Staaten erhalten und in einem dieser Staaten den Wohnsitz haben, sind in der Regel diesem Krankenversicherungssystem unterstellt. Wenn sich der Wohnsitz in keinem der Staaten, die eine Rente überweisen, befindet, ist die Person gebeten, dem Krankenversicherungssystem jenes Staates mit der längsten Versicherungsdauer beizutreten.

Krankenkasse von nichterwerbstätigen Familienangehörigen

- ▶ Nichterwerbstätige Familienangehörige einer erwerbstätigen, arbeitslosen oder rentenberechtigten Person sind in der Regel dem gleichen Krankenkassensystem wie die erwerbstätige Person unterstellt. Dies auch wenn sich der Wohnsitz in einem anderen Staat befindet.

Nichterwerbstätige Personen

- ▶ Nichterwerbstätige Personen, die nicht als arbeitslos gelten und weder Rentenempfänger noch Familienangehöriger sind, unterstehen dem Krankenversicherungssystem des Wohnsitzstaates.

Grundzüge des schweizerischen Sozialversicherungssystems



Sozialversicherung

Was bietet das schweizerische Sozialversicherungssystem?

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 Sozialversicherungssystem zusammen?

Es werden fünf Grundbereiche unterschieden.

Das schweizerische Sozialversicherungssystem wird in fünf Bereiche unterteilt:

- ▶ die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge (Drei-Säulen-Prinzip)
- ▶ der Schutz vor Folgen einer Krankheit und eines Unfalls
- ▶ der Erwerbsersatz für Dienstleistende sowie bei Mutterschaft, für den andern Elternteil, bei der Betreuung eines gesundheitlich schwer beeinträchtigten Kindes und bei der Aufnahme eines unter vier Jahren alten Kindes zur Adoption
- ▶ die Arbeitslosenversicherung
- ▶ die Familienzulagen

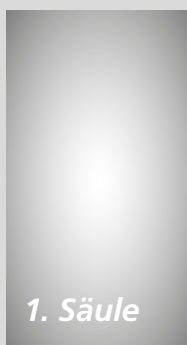
Diese Versicherungen leisten Schutz, indem sie Leistungen wie Renten, Erwerbsersatz und Familienzulagen ausrichten, oder indem sie Kosten bei Krankheit, Mutterschaft, Elternschaft, Betreuung eines gesundheitlich schwer beeinträchtigten Kindes, Adoption und Unfall tragen.

Das Drei-Säulen-Prinzip

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)



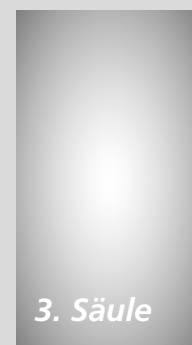
Obligatorisch für alle

Berufliche Vorsorge



Obligatorisch für
Arbeitnehmende*

Individuelle Vorsorge



Freiwillig

* Alle der AHV angeschlossenen erwerbstätigen Personen mit einem 22 680 Franken übersteigenden Jahreseinkommen (im Jahr 2025).

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 Selbstständigerwerbenden 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 Überbrückungsleistungen [ÜL]) oder hilft wirtschaftlich schwachen Personen bei der Prämienzahlung (Prämienverbilligung in der Krankenversicherung).

Finanzierung der Sozialversicherungen

Finanzierungsart					
Sozialversicherungszweige	Beiträge von Arbeitgebenden und Arbeitnehmenden	Beiträge von Selbstständigerwerbenden	Beiträge von Nichterwerbstätigen	Kopfprämien	Beiträge der öffentlichen Hand
Alters- und Hinterlassenenversicherung	•	•	•		•
Invalidenversicherung	•	•	•		•
Erwerbsersatz	•	•	•		
Berufliche Vorsorge	•	• **			
Krankenversicherung				•	•
Unfallversicherung	•	• **		•	
Arbeitslosenversicherung	•				
Familienzulagen	• *	•	• ***		• ****

* Nur die Arbeitgeber zahlen Beiträge (ausser im Wallis, wo auch die Arbeitnehmer Beiträge zahlen)

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

*** Gemäss der geltenden kantonalen Gesetzgebung

**** Für Familienzulagen für Nichterwerbstätige und in der Landwirtschaft tätige Personen

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 das Existenzminimum sichern, wenn der Arbeitsverdienst wegen Alter oder Tod gemindert wird oder ganz wegfällt.

Ausgleichskassen

- ▶ Die 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.

Obligatorisch bei der AHV versichert sind:

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

Beiträge

Wer bezahlt AHV-Beiträge?

Alle, die bei der AHV versichert sind.

Beitragspflichtig sind alle Personen, die in der Schweiz arbeiten. Beitragspflichtig sind auch Nichterwerbstätige mit Wohnsitz in der Schweiz. Ihr Beitrag gilt jedoch als bezahlt, wenn der im Sinne der AHV erwerbstätige Ehegatte bzw. eingetragene Partner oder die im Sinne der AHV erwerbstätige Ehegattin bzw. eingetragene Partnerin mindestens den doppelten Mindestbeitrag an die AHV entrichtet hat. Der AHV/IV/EO-Mindestbeitrag beträgt 530 Franken pro Jahr. Die Beiträge der Arbeitnehmenden werden von den Arbeitgebenden bei jeder Lohnzahlung abgezogen und zusammen mit ihrem Beitrag an die Ausgleichskasse überwiesen.

Ein Einkommen aus nebenberuflicher selbstständiger oder aus unselbstständiger Erwerbstätigkeit, das 2 500 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 (die erzielten Einkommen bis 750 Franken von Personen bis zum 25. Geburtstag sind von der Beitragspflicht an die AHV ausgenommen). Dasselbe gilt für Personen, die von Tanz- und Theaterproduzenten, Orchestern, Chören, Phono- und Audiovisionsproduzenten, Radio und Fernsehen, elektronischen Medien und Printmedien, Designunternehmen, Museen sowie von Schulen im künstlerischen Bereich entlohnt werden (hingegen gibt es hier keine Befreiung für Einkommen bis 750 Franken, die von Jugendlichen bis zum 25. Geburtstag erzielt werden).

Wie lange dauert die Beitragspflicht?

Die Beitragsdauer hängt von der (Nicht-) Ausübung einer Erwerbstätigkeit ab.

Erwerbstätige Personen müssen ab dem 1. Januar nach dem 17. Geburtstag Beiträge bezahlen, bis zur Aufgabe ihrer Erwerbstätigkeit.

Nicht erwerbstätige Versicherte müssen erst ab dem 1. Januar nach dem 20. Geburtstag Beiträge bezahlen, bis zum Erreichen des Referenzalters.

Fehlende Beitragsjahre können zu einer Kürzung der Leistungen führen.

Müssen erwerbstätige Personen, die das Referenzalter erreicht haben, auch Beiträge bezahlen?

Die Beitragspflicht besteht weiter.

Wer bereits das Referenzalter erreicht hat, aber weiter erwerbstätig ist, muss weiterhin Beiträge bezahlen. Für diese Personen gilt jedoch ein Freibetrag 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. Sie haben jedoch die Möglichkeit, auf den Freibetrag zu verzichten und somit auf ihrem gesamten Erwerbseinkommen Beiträge zu zahlen.

Wie berechnen sich die AHV-Beiträge?

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

Bei den Unselbstständigerwerbenden bezahlen Arbeitnehmende und Arbeitgebende je die Hälfte der Beiträge, d.h. je 4,35 % des massgebenden Einkommens (ohne Beitragsbemessungsgrenze). Arbeitgebende sind verpflichtet, den Gesamtbeitrag direkt an die Ausgleichskasse zu überweisen.

Selbstständigerwerbende entrichten ihrer Ausgleichskasse einen Beitrag in Höhe von 8,1 % ihres Erwerbseinkommens (ohne Beitragsbemessungsgrenze). Eine sinkende Beitragsskala sieht für Jahreseinkommen unter 60 500 Franken, aber mindestens 10 100 Franken, die Herabsetzung des Beitragssatzes bis auf 4,35 % vor.

Die Ausgleichskasse legt die Beiträge nichterwerbstätiger Personen entsprechend ihrer sozialen Verhältnisse fest. Diese richten sich nach deren Vermögen und 20-fachen Renteneinkommen. Die Beiträge verheirateter oder in eingetragener Partnerschaft lebender Personen werden auf der Basis des halben Vermögens und des 20-fachen Renteneinkommens beider Partner oder Partnerinnen berechnet. Die Beiträge richten sich nach der Veranlagung der kantonalen Steuerbehörde. Der AHV-Beitrag liegt zwischen 435 und 21 750 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 sowie eventuelle Erziehungsgutschriften dienen als Grundlage für die Berechnung einer Alters-, Hinterlassenen- oder Invalidenrente. Wer überprüfen möchte, ob die Beitragsdauer lückenlos ist oder ob der Arbeitgeber die Löhne auch wirklich der Ausgleichskasse gemeldet hat, kann mit einem schriftlichen Antrag oder direkt via Internet (www.ahv-iv.ch) einen Auszug verlangen. Dabei ist die Versichertennummer anzugeben. Der Auszug aus dem IK ist kostenlos.

--> Erklärvideo «Auszug aus dem Individuellen Konto»

AHV-Nummer

- ▶ Die AHV-Nummer steht auf der Krankenversicherungskarte sowie auf dem persönlichen Versicherungsausweis AHV/IV. Eine versicherte Person, welche weder eine Krankenversicherungskarte noch einen Versicherungsausweis AHV/IV besitzt, wendet sich zwecks Erhalt eines Versicherungsausweises an ihre Ausgleichskasse. Der Versicherungsausweis ist aufzubewahren.
- ▶ Entweder die Krankenversicherungskarte oder der Versicherungsausweis AHV/IV ist bei jeder Anstellung dem neuen Arbeitgeber vorzulegen. Dies gilt auch bei der Anmeldung zum Leistungsbezug.
- ▶ Wichtig: Bei Schriftverkehr mit den Ausgleichskassen müssen Sie die AHV-Nummer angeben.

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. --> Erklärvideo «Flexibler Bezug der Altersrente»

Altersrente

- ▶ Personen, die das Referenzalter erreichen, haben Anspruch auf eine Altersrente. Am 1. Januar 2026 liegt das Referenzalter der Frauen bei 64 Jahren und 6 Monaten. Männer erreichen das Referenzalter mit 65 Jahren. Ab dem 1. Januar 2025 wird das Referenzalter für Frauen schrittweise um je drei Monate im Jahr von 64 auf 65 erhöht. Ab 2028 gilt für Frauen und Männer das Referenzalter 65. Die volle Altersrente beträgt monatlich mindestens 1 260 und höchstens 2 520 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. 3 780 Franken nicht übersteigen.

Altersrente

- ▶ Versicherte Personen können den Rentenbezug um ein oder zwei Jahre vorziehen. In diesem Fall wird die Rente um 6,8 % pro Vorbezugsjahr gekürzt. Für Frauen der Jahrgänge 1961-1969 gelten spezielle Bedingungen. Der Vorbezug ist auch monatsweise möglich. 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. Es ist auch möglich nur einen Anteil der Rente (zwischen 20 % und 80 % der ganzen Rente) vorzubeziehen oder aufzuschieben. Die Kombination von Teilvorbezug und Teilaufschub ist ebenfalls möglich.

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 beträgt 40% der entsprechenden Altersrente, das sind bei vollständiger Beitragsdauer monatlich mindestens 504 Franken und höchstens 1 008 Franken. Haben beide Elternteile Anspruch auf eine Kinderrente, so darf der Gesamtbetrag beider Renten 60% des Höchstbetrages der Altersrente, d.h. monatlich 1 512 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. Als Witwe mit Kind gilt ebenfalls die Ehefrau der Mutter, wenn sie zum Zeitpunkt der Geburt mit der Mutter verheiratet war und das Kind nach den Bestimmungen des Fortpflanzungs-medizingesetzes gezeugt wurde und deshalb ein Kindsverhältnis besteht (Art. 255a Abs. 1 ZGB), oder
 - wenn sie zum Zeitpunkt der Verwitwung 45 Jahre alt und mindestens fünf Jahre verheiratet waren. Bei mehreren Heiraten werden die Ehejahre zusammengerechnet.
- ▶ Männer, deren Gattin oder Gatte verstorben ist, erhalten eine Witwerrente, wenn sie zum Zeitpunkt des Todes ein oder mehrere Kinder haben.
- ▶ Geschiedene Personen, deren ehemaliger Gatte oder ehemalige Gattin verstorben ist, haben unter bestimmten Voraussetzungen ebenfalls Anspruch auf eine solche Rente.
- ▶ Die Witwen- oder Witwerrente beträgt 80 % der Altersrente (bei vollständiger Beitragsdauer monatlich mindestens 1 008 und höchstens 2 016 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 beträgt 40 % der Altersrente (bei vollständiger Beitragsdauer mindestens 504 Franken pro Monat und höchstens 1 008 Franken pro Monat). Sind beide Eltern gestorben, so sind die Waisenrenten zu kürzen, soweit ihr Gesamtbetrag 60 % der maximalen Altersrente, d.h. 1 512 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 grundsätzlich 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 Staat 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- bzw. 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 Staaten 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 Grad hilflos sind und
 - die Hilflosigkeit ununterbrochen mindestens sechs Monate gedauert hat.

Der Betrag der Entschädigung ist vom Hilflosigkeitsgrad abhängig:

- Hilflosigkeit schweren Grades:
1 008 Franken monatlich (80 % der minimalen Altersrente)
- Hilflosigkeit mittleren Grades:
630 Franken monatlich (50 % der minimalen Altersrente)
- Hilflosigkeit leichten Grades:
252 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 Ausgleichskasse anmelden an die sie zuletzt Beiträge entrichtet haben.

Wer eine AHV-Leistung beanspruchen will, muss diesen Anspruch anmelden. Das Anmeldeformular 318.370 – *Anmeldung für eine Altersrente* können Sie bei den Ausgleichskassen und ihren Zweigstellen oder über die Website www.ahv-iv.ch beziehen.

Personen, die nie in der schweizerischen AHV versichert gewesen sind und ihren Anspruch auf Leistungen, die sie in einem EU-Staat, einem EFTA-Staat oder einem Vertragsstaat 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 Referenzalters.

Im Jahr 2026 beträgt das Referenzalter für Frauen 64 Jahre und 6 Monate und für Männer 65 Jahre. Ab dem 1. Januar 2025 wird das Referenzalter für Frauen schrittweise um je drei Monate im Jahr von 64 Jahren und 3 Monaten auf 65 Jahre erhöht. Ab 2028 gilt für Frauen und Männer das Referenzalter 65. Der Anspruch auf die AHV-Altersrente beginnt am ersten Tag des Monats nach dem Erreichen des Referenzalters. 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 Referenzalters einzureichen. Die Leistungen werden nur für eine beschränkte Zeit nachbezahlt.

--> Erklärvideo «Anmeldung Altersrente»

Wie berechnet sich die Altersrente?

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.

Personen, die nach dem Referenzalter weiter erwerbstätig sind, können sich die AHV-Beiträge bis maximal fünf Jahre nach dem Referenzalter anrechnen lassen. So können sie unter bestimmten Voraussetzungen Beitragslücken füllen und die Altersrente erhöhen oder, wenn sie bereits eine komplette Beitragsdauer aufweisen, durch die zusätzlichen Einkommen die Rente verbessern (jeweils bis zur Maximalrente). Eine Neuberechnung der Rente nach dem Referenzalter ist nur einmal möglich.

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.

--> Erklärvideo «Berechnung der Altersrente»

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, die in der Nähe wohnen, betreuen. Im Gegensatz zu den Erziehungsgutschriften müssen diese jährlich bei der kantonalen 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- bzw. EFTA-Staates haben, besteht ein Anspruch nur, wenn sie während einer bestimmten Dauer ununterbrochen in der Schweiz wohnhaft waren.

Wo können Sie sich über die AHV informieren?

Die Ausgleichskassen geben gerne Auskunft.

Für zusätzliche Auskünfte geben die Ausgleichskassen Merkblätter ab. Ein Verzeichnis aller Ausgleichskassen befindet sich im Internet unter www.ahv-iv.ch.

Die Invalidenversicherung (IV)



Allgemeines

Was ist die IV?

«Die Schwester der AHV».

Die Invalidenversicherung (IV) ist wie die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV) 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
- ▶ 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?

In der AHV/IV obligatorisch versicherte Personen

Personen, die in der Schweiz arbeiten, sind verpflichtet, Beiträge zu zahlen. Nichterwerbstätige Personen mit Wohnsitz in der Schweiz unterliegen der gleichen Pflicht.

Wie werden IV-Beiträge 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 unselbstständiger Erwerbstätigkeit entrichten Arbeitnehmende und Arbeitgebende je einen Beitrag in der Höhe von 0,7 % des massgebenden, nach oben nicht begrenzten Einkommens.

Selbstständigerwerbende entrichten einen Beitrag von 1,4 % auf ihren Einkommen (ohne Beitragsbemessungsgrenze). Eine sinkende Beitragsskala sieht jedoch für Jahreseinkommen unter 60 500 Franken, die aber mindestens 10 100 Franken betragen, die Herabsetzung des Beitragsatzes bis auf 0,752 % vor.

Ein Einkommen aus selbstständigem Nebenerwerb oder aus unselbstständiger Erwerbstätigkeit, das 2 500 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 (die erzielten Einkommen bis 750 Franken von Personen bis zum 25. Geburtstag sind von der Beitragspflicht an die AHV ausgenommen). Dasselbe gilt für Personen, die von Tanz- und Theaterproduzenten, Orchestern, Chören, Phono- und Audiovisionsproduzenten, Radio und Fernsehen, elektronischen Medien und Printmedien, Designunternehmen, Museen sowie von Schulen im künstlerischen Bereich entlohnt werden (hingegen gibt es hier keine Befreiung für Einkommen bis 750 Franken, die von Jugendlichen bis zum 25. Geburtstag erzielt werden).

Nicht erwerbstätige Versicherte bezahlen entsprechend ihrer sozialen Verhältnisse einen Beitrag zwischen 70 und 3 500 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
- ▶ Taggelder
- ▶ Übergangsleistung
- ▶ Hilflosenentschädigung
- ▶ Assistenzbeitrag
- ▶ Invalidenrente
- ▶ Kinderrenten

Welches Ziel verfolgt die Früherfassung?

Die Früherfassung zielt darauf ab, Personen mit Gesundheitsproblemen so früh wie möglich zu erfassen, um zu verhindern, dass ihre Beschwerden chronisch werden und sie invalid machen.

Ergibt sich aus den medizinischen und beruflichen Informationen, die im Meldeformular enthalten sind oder die im Gespräch mit der versicherten Person gesammelt wurden, dass diese arbeitsunfähig ist, von längerer Arbeitsunfähigkeit bedroht oder invalid ist, fordert die IV-Stelle die Person auf, eine IV-Anmeldung einzureichen. Die Früherfassung ermöglicht es der IV, schnell zu intervenieren und präventive Massnahmen zur Förderung der beruflichen Eingliederung zu ergreifen.

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. Die Frühintervention zielt auch darauf ab, Jugendliche, die noch nicht erwerbstätig sind, beim Zugang zu einer erstmaligen beruflichen Ausbildung und bei ihrem Eintritt in den Arbeitsmarkt zu unterstützen. Ein rasches Handeln trägt dazu bei, der Verschlechterung des Gesundheitszustandes der versicherten Person entgegenzuwirken.

Folgende Massnahmen können ergriffen werden:

- ▶ Anpassungen des Arbeitsplatzes
- ▶ Ausbildungskurse
- ▶ Arbeitsvermittlung
- ▶ Berufsberatung
- ▶ sozialberufliche Rehabilitation
- ▶ Beschäftigungsmassnahmen
- ▶ Beratung und Begleitung

Was sind Eingliederungsmassnahmen?**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 Personen mit einer gesundheitlichen Beeinträchtigung 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 oder unter bestimmten Voraussetzungen bis zum 25. Altersjahr
- ▶ Beratung und Begleitung
- ▶ Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung der beruflichen Eingliederung
- ▶ Massnahmen beruflicher Art
- ▶ Hilfsmittel

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, den Personalverleih und die Entschädigung für Arbeitgebende, wenn der Mitarbeitende krankheitsbedingt eine Beitragserhöhung der Krankentaggeldversicherung und der obligatorischen beruflichen Vorsorge auslöst. Wenn eine Integrationsmassnahme in einem Unternehmen stattfindet, kann die IV-Stelle schliesslich einen finanziellen Beitrag an den Arbeitgeber leisten.

Was sind Massnahmen zur Wiedereingliederung?

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

Zu den Massnahmen der Wiedereingliederung gehören Integrationsmassnahmen, berufliche Massnahmen, die Abgabe von Hilfsmitteln sowie die Beratung und die Begleitung. Während der Dauer der Durchführung von Massnahmen zur Wiedereingliederung wird anstelle einer Taggeldentschädigung weiterhin die bisherige Rente ausgerichtet.

Was geschieht nach Abschluss der Wiedereingliederungsmassnahme?

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. In einem EU-Staat, in einem EFTA-Staat oder in bestimmten Vertragsstaaten zurückgelegte Versicherungszeiten können für Staatsangehörige dieser Staaten anerkannt werden, wenn sie mindestens ein Jahr in der schweizerischen IV versichert waren.

Wann endet der Anspruch auf eine IV-Rente?

Spätestens im Referenzalter der AHV.

Der Anspruch auf IV-Renten erlischt, wenn die Voraussetzungen nicht mehr erfüllt sind, spätestens aber, wenn der IV-Rentner oder die IV-Rentnerin das Referenzalter der AHV erreicht oder eine ganze Altersrente vorbezieht.

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 (bspw. Personen, die im Haushalt arbeiten) 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 bei der Berechnung der Rente der schweizerischen Versicherung berücksichtigt werden.

Der Invaliditätsgrad bestimmt, welche Rente eine behinderte Person erhält:

Invaliditätsgrad in %	Prozentualer Anteil
▶ 40 %	25 %
▶ 41 %	27.5 %
▶ 42 %	30 %
▶ 43 %	32.5 %
▶ 44 %	35 %
▶ 45 %	37.5 %
▶ 46 %	40 %
▶ 47 %	42.5 %
▶ 48 %	45 %
▶ 49 %	47.5 %
▶ 50 % - 69 %	der prozentuale Anteil entspricht dem Invaliditätsgrad
▶ 70 % - 100 %	Ganze Rente

Eine volle Invalidenrente beträgt monatlich mindestens 1 260 und höchstens 2 520 Franken. Die Gesamtsumme von zwei Einzelrenten eines verheirateten oder in eingetragener Partnerschaft lebenden Paares darf 150 % der maximalen Altersrente, d.h. 3 780 Franken monatlich, nicht übersteigen.

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 504 Franken und höchstens 1 008 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. 1 512 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 grundsätzlich 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- bzw. EFTA-Staaten

- ▶ Grundsätzlich hat eine Person, die sowohl in der Schweiz als auch in einem oder mehreren EU- bzw. EFTA-Staaten 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 Personen mit Wohnsitz und gewöhnlichem Aufenthalt in der Schweiz gewährt, wenn sie wegen der Beeinträchtigung der Gesundheit für die alltäglichen Lebensverrichtungen dauernd die Hilfe von Drittpersonen oder eine persönliche Überwachung 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 Staaten, 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:
2 016 Franken pro Monat (80 % der maximalen Altersrente)
- ▶ Hilflosigkeit mittleren Grades:
1 260 Franken pro Monat (50 % der maximalen Altersrente)
- ▶ Hilflosigkeit leichten Grades:
504 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 in der Regel nur für die Tage eine Hilflosenentschädigung, die sie zu Hause verbringen.

Wenn ein Kind im Tagesdurchschnitt eine zusätzliche Betreuung von mindestens vier Stunden benötigt, hat es unter gewissen Voraussetzungen Anspruch auf einen Intensivpflegezuschlag.

Wann hat eine versicherte Person Anspruch auf einen Assistenzbeitrag?

Wenn sie zu Hause lebt, eine Hilfloosenentschädigung der IV bezieht, 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 volljährige 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, den Ausgleichskassen oder deren Zweigstellen beziehen. Sie können es auch von der Website www.ahv-iv.ch herunterladen.

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- bzw. 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 unter www.ahv-iv.ch.

**Erwerbsersatz für Dienstleistende sowie
bei Mutterschaft, den andern Elternteil,
bei Betreuung eines gesundheitlich schwer
beeinträchtigten Kindes und bei Adoption
(EO/MSE/EAE/BUE/AdopE)**



Allgemeines

Was ist der Erwerbsersatz für Dienstleistende sowie bei Mutterschaft, für den andern Elternteil, bei Betreuung eines gesundheitlich schwer beeinträchtigten Kindes und bei Adoption?

Eine Entschädigung, die den Verdienstaufschlag für Dienstleistende sowie bei Mutterschaft, den andern Elternteil, bei der Betreuung eines gesundheitlich schwer beeinträchtigten Kindes oder bei Aufnahme eines unter vier Jahre alten Kindes zur Adoption ersetzt.

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
- ▶ 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 den geltenden Bestimmungen in der AHV erhoben.

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

Selbstständigerwerbende entrichten 0,5 % auf ihren Einkommen (ohne Beitragsbemessungsgrenze). Eine sinkende Beitragsskala sieht jedoch für Jahreseinkommen unter 60 500 Franken, die aber mindestens 10 100 Franken betragen, die Herabsetzung des Beitragssatzes bis auf 0,269 % vor.

Ein Einkommen aus unselbstständiger Erwerbstätigkeit oder aus Selbstständigem Nebenerwerb, das 2 500 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 (die erzielten Einkommen bis 750 Franken von Personen bis zum 25. Geburtstag sind von der Beitragspflicht an

die AHV ausgenommen). Dasselbe gilt für Personen, die von Tanz- und Theaterproduzenten, Orchestern, Chören, Phono- und Audiovisionsproduzenten, Radio und Fernsehen, elektronischen Medien und Printmedien, Designunternehmen, Museen sowie von Schulen im künstlerischen Bereich entlohnt werden (hingegen gibt es hier keine Befreiung für Einkommen bis 750 Franken, die von Jugendlichen bis zum 25. Geburtstag erzielt werden).

Nicht erwerbstätige Versicherte bezahlen entsprechend ihren sozialen Verhältnissen einen Beitrag zwischen 25 und 1 250 Franken pro Jahr.

Leistungen

Welche Leistungen erbringt die EO, und wer ist anspruchsberechtigt?

Verschiedene Entschädigungen für Dienstleistende sowie eine Mutterschaftsentschädigung, Entschädigung des andern Elternteils, Betreuungsentschädigung und Adoptionsentschädigung.

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 69 Franken pro Tag; höchstens 220 Franken pro Tag)
- ▶ Kinderzulage: 22 Franken pro Tag und Kind unter 18 Jahren (unter 25 Jahren für Kinder in Ausbildung)
- ▶ Betreuungszulage: Tatsächliche Kosten, jedoch höchstens 75 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: 75 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 220 Franken pro Tag.

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

- ▶ Die versicherte Person geht einer unselbstständigen oder selbstständigen 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.

Im Vereinigten Königreich oder in einem EU- bzw. EFTA-Staat zurückgelegte Beschäftigungs- und/oder Versicherungszeiten können bei Bedarf berücksichtigt werden.

Der Entschädigungsanspruch entsteht am Tag der Geburt des Kindes und erlischt spätestens 98 Tage (14 Wochen) später. Wenn das Neugeborene unmittelbar nach der Geburt ununterbrochen während mindestens 14 Tagen im Spital verweilt, verlängert sich die Dauer der Ausrichtung um die Zeit im Spital, höchstens aber um 56 Tage.

Der Anspruch 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 Ausgleichskasse geltend zu machen.

Entschädigung des andern Elternteils

Ein erwerbstätiger Vater oder die erwerbstätige Ehefrau der Mutter, die im Sinne von Art. 255a Abs. 1 ZGB als anderer Elternteil gilt, hat Anspruch auf zwei Wochen Urlaub des andern Elternteils (maximal 14 Taggelder), die innerhalb der ersten sechs Monate nach der Geburt des Kindes bezogen werden können. Als Entschädigung für den Verdienstausschlag erhalten sie 80 % des durchschnittlichen AHV-pflichtigen Erwerbseinkommens vor der Geburt, höchstens aber 220 Franken pro Tag.

Die Betreuungsentschädigung

Eltern, die ihre Erwerbstätigkeit für die Betreuung ihres gesundheitlich schwer beeinträchtigten Kindes unterbrechen, haben Anspruch auf einen entschädigten Betreuungsurlaub von 14 Wochen. Der Urlaub ist innerhalb einer Rahmenfrist von 18 Monaten zu beziehen. Der Urlaub kann am Stück, wochen- oder tageweise bezogen werden.

Die Betreuungsentschädigung beträgt 80 % des durchschnittlichen AHV-pflichtigen Erwerbseinkommens, höchstens aber 220 Franken pro Tag. Erfüllen beide Elternteile die Anspruchsvoraussetzungen können sie den Urlaub frei unter sich aufteilen. Es werden maximal 98 Taggelder während einer Rahmenfrist von 18 Monaten ausgerichtet.

Personen, die eine Arbeitslosenentschädigung beziehen, können ebenfalls Anspruch auf diese Erwerbsausfallentschädigung haben.

Die Adoptionsentschädigung

Erwerbstätige Personen, die ein Kind unter vier Jahren zur Adoption aufnehmen, haben Anspruch auf einen zweiwöchigen Adoptionsurlaub. Der Urlaub ist innerhalb eines Jahres nach der Aufnahme des Kindes zu beziehen. Der Urlaub kann wochen- oder tageweise bezogen werden. Sind beide Adoptiveltern erwerbstätig, können sie den Urlaub frei unter sich aufteilen, ihn aber nicht gleichzeitig beziehen. Bei einer Stiefkindadoption besteht kein Anspruch.

Die Adoptionsentschädigung beträgt 80 % des durchschnittlichen AHV-pflichtigen Erwerbseinkommens vor der Aufnahme des Kindes zur Adoption, höchstens aber 220 Franken pro Tag. Es werden maximal 14 Taggelder während einer Rahmenfrist von 12 Monaten ausgerichtet.

Die Adoptionsentschädigung muss bei der Eidgenössischen Ausgleichskasse (EAK) beantragt werden.

Berufliche Vorsorge (BV)



Allgemeines

Was ist die berufliche Vorsorge?

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 90 720 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 22 680 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 26 460 Franken (Koordinationsabzug) bis und mit 90 720 Franken. Dieser Teil wird koordinierter Lohn genannt. Der minimale koordinierte Lohn beträgt 3 780 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 Referenzalter erreicht haben
- ▶ deren Einkommen unter 22 680 Franken pro Jahr, bzw. unter 1 890 pro Monat liegt
- ▶ deren Arbeitgeber nicht der Beitragspflicht untersteht
- ▶ deren Arbeitsvertrag auf weniger als drei Monate befristet ist
- ▶ für Nebenerwerbseinkommen, wenn sie bereits aufgrund einer unselbstständigen oder selbstständigen 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 selbstständig und unselbstständig Erwerbende, deren Arbeitgeber nicht AHV-beitragspflichtig ist, die Möglichkeit, sich freiwillig zu versichern.

Die selbstständig Erwerbenden können sich freiwillig anschliessen:

- ▶ bei der Vorsorgeeinrichtung, der sie aufgrund ihres Berufs angehören
- ▶ bei der Vorsorgeeinrichtung bei welcher ihre Angestellten versichert sind
- ▶ bei der Auffangeinrichtung

Die unselbstständig Erwerbstätigen, die keinen AHV-pflichtigen Arbeitgeber haben, können sich, wie die selbstständig 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 Versicherungsfalles (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 Referenzalters.

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

Gibt die versicherte Person die Erwerbstätigkeit vor Eintritt des Referenzalters auf, so muss sie der

Vorsorgeeinrichtung mitteilen, in welcher zulässigen Form sie die Vorsorge aufrechterhalten 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 zwei 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- bzw. 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- bzw. EFTA-Staat (mit der Ausnahme von Liechtenstein) niederlässt und obligatorisch dem System der sozialen Sicherheit dieses Staates untersteht. Detaillierte Informationen enthält die Website der Verbindungsstelle Sicherheitsfonds BVG (www.sfbvg.ch).

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 Referenzalter erreichen;
- ▶ 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. Bei einem Invaliditätsgrad von 50 % bis 69 %, entspricht der prozentuale Anteil dem Invaliditätsgrad. Bei einem Invaliditätsgrad von 40 % bis 49 %, gilt eine Abstufung des Rentenanteils von 25 % bis 47,5 %.
- ▶ 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 zehn 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 6,80 % des Altersguthabens der versicherten Person, einschliesslich der Zinsen zum Zeitpunkt der Pensionierung.

Die Invalidenrente beträgt 6,80 % 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.

Ist die vorzeitige Pensionierung möglich?

Ja, wenn das Reglement der Vorsorgeeinrichtung dies vorsieht.

Die Altersvorsorgeleistung kann vor dem Erreichen des Referenzalters 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)



Allgemeines

Was ist die gebundene individuelle Vorsorge?

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 (7258 Franken pro Jahr für Erwerbstätige, die einer Vorsorgeeinrichtung angeschlossen sind; 20 % des Einkommens, höchstens jedoch 36288 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 Referenzalter 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 Referenzalters der AHV ausbezahlt.

Die Personen, die über das Referenzalter 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 selbstständigen 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.

Krankenversicherung (KV)



Allgemeines

Was bietet eine Krankenversicherung?

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.

Wer muss einer Krankenversicherung beitreten?

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

Jede Person mit Wohnsitz in der Schweiz 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.bag.admin.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. Das Abkommen mit dem Vereinigten Königreich enthält auch Bestimmungen über die Krankenversicherung. Einige Personen können sich aufgrund ihres Wahlrechts von der Versicherungspflicht in der Schweiz befreien, wenn sie den Nachweis erbringen, dass sie im Wohnstaat versichert sind (siehe untenstehende Tabelle). Ein Verzeichnis der Krankenversicherer und der Prämien nach EU- bzw. 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- bzw. EFTA-Staat und Unterstellung unter die Krankenversicherung

Personenkategorien	Wahlrecht: Versicherung im Wohnstaat oder in der Schweiz	Versicherung im Wohnstaat	Versicherung in der Schweiz
--------------------	--	---------------------------	-----------------------------

Wenn die Person in einem der folgenden Staaten wohnt:

<ul style="list-style-type: none"> ▶ Erwerbstätige ▶ Grenzgänger/-innen ▶ Rentner/-innen ▶ Arbeitslose 	AT, DE, FR, IT	LI	BE, BG, CY, CZ, DK, EE, FI, GR, HR, HU, IE, IS, LT, LU, LV, MT, NL, NO, PL, RO, SE, SI, SK
	ES*, PT* * nur Rentner/innen		ES*, PT* * ausser Rentner/innen

Nichterwerbstätige Familienangehörige von:	FI	DK, LI, PT, SE	BE, BG, CY, CZ, EE, GR, HR, IE, IS, LT, LU, LV, MT, NL, NO, PL, RO, SI, SK
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Erwerbstätigen ▶ Grenzgängern/-innen ▶ Rentnern/-innen ▶ Arbeitslosen ▶ Kurzaufenthaltern/-innen 	ES* * ausschliesslich von Rentnern/-innen AT**, FR**, IT** ** Versicherung in demselben Staat wie Grenzgänger/-innen, Rentner/-innen, Arbeitslose DE*** *** Möglichkeit der individuellen Wahl für nichterwerbstätige Familienangehörige	ES*, HU* * ausser von Rentnern/-innen	HU* * nur Rentner/-innen

Die Staaten sind hier mit ihren Abkürzungen (ISO-Code) erwähnt (siehe dazu die Bezeichnungen der Staaten auf Seite 10).

Versicherung in der Schweiz – Wohnsitz in einem EU- bzw. EFTA-Staat

- ▶ Obligatorisch in der Schweiz versicherte Personen, die in einem EU- bzw. EFTA-Staat wohnen, müssen sich für die administrativen Formalitäten bei dem Krankenversicherungsträger ihres Wohnstaates einschreiben.
- ▶ In der Schweiz versicherte Personen mit Wohnsitz in einem EU-Staat (Erwerbstätige, Rentnerinnen und Rentner, Arbeitslose) sowie deren Familienangehörige können sich grundsätzlich entweder im Wohnsitzstaat oder in der Schweiz behandeln lassen.

Arbeitsort in einem EU- bzw. EFTA-Staat – Wohnsitz in der Schweiz

- ▶ Staatsangehörige der Schweiz oder eines EU- bzw. EFTA-Staates, die in der Schweiz wohnen, aber in einem EU- bzw. EFTA-Staat arbeiten, sind der Versicherung ihres Beschäftigungsstaates 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- bzw.

einem EFTA-Staat wohnen, sind ebenfalls vom Krankenversicherer und dem Wohnstaat abhängig. Diese Versicherten können jedoch keine der folgenden besonderen Versicherungsformen wählen: wählbare Franchise, Bonusversicherung, Versicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer, da sie Anspruch auf die von den Rechtsvorschriften des Wohnsitzstaates vorgesehenen Leistungen haben. Das Verzeichnis der zugelassenen Krankenversicherer und der Prämien ist 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- bzw. 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

- ▶ für die bei der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen anfallen, also Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen ambulanter oder stationärer Art;
- ▶ für Analysen, Arzneimitteln und für die Untersuchung oder Behandlung dienenden Mittel und Gegenstände, Beiträge an ärztlich angeordnete Badekuren und an Transport- und Rettungskosten sowie medizinische Rehabilitationsmassnahmen;
- ▶ für Transport und Rettung (Beitrag von 50 % für einen Höchstbetrag von 500 respektive 5 000 Franken pro Kalenderjahr);
- ▶ 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 Spitalaufenthalt 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 und Krankheitskosten ab der 13. Schwangerschaftswoche, während der Geburt und bis zu acht Wochen nach der Geburt, ist keine Kostenbeteiligung zu entrichten.

Wie verhält es sich bei einer Behandlung ausserhalb des Versicherungsstaates?

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

In der Schweiz versicherte Personen, die sich im Ausland (ausserhalb von EU- und EFTA-Staaten) behandeln lassen

- ▶ 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 (ausserhalb der EU bzw. EFTA) werden übernommen bis zum doppelten Betrag, der für eine entsprechende Behandlung in der Schweiz bezahlt worden wäre. Im Fall von stationären Behandlungen bedeutet dies, dass der Versicherer höchstens 90 % der Kosten übernimmt, die diese Hospitalisation in der Schweiz kosten würde (Grund: bei Spitalbehandlungen in der Schweiz übernehmen die Kantone einen Anteil von mindestens 55 % der Kosten, was bei Hospitalisationen im Ausland nicht der Fall ist). Das Abkommen mit dem Vereinigten Königreich enthält besondere Bestimmungen über die Krankenversicherung.
- ▶ 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.

In der Schweiz versicherte und wohnende Personen, die sich in einem EU- bzw. EFTA-Staat behandeln lassen

- ▶ In der Schweiz versicherte und wohnende Personen, die während eines Aufenthaltes in einem EU- bzw. EFTA-Staat, z. B. während der Ferien, erkranken, werden von den dortigen Ärzten und Spitälern wie eine im Aufenthaltsstaat versicherte Person behandelt. Das Gleiche gilt bei Unfällen.
- ▶ Diese Personen können bei einem vorübergehenden Aufenthalt in einem EU- bzw. EFTA-Staat Leistungen der Krankenversicherung des Aufenthaltsstaates 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 Aufenthaltsstaates vorlegen. Die Behandlungskosten werden je nach Staat entweder durch den aushelfenden Träger im Aufenthaltsstaat bezahlt und dem schweizerischen Krankenversicherer später in Rechnung gestellt, oder die versicherte Person muss vorübergehend die Kosten übernehmen und kann dann eine Rückvergütung entweder beim aushelfenden Träger oder bei ihrer Krankenkasse verlangen.
- ▶ Für Leistungen, die in einem EU- bzw. 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 Aufenthaltsstaat versichert sind.
- ▶ In der Schweiz versicherte Personen mit Wohnsitz in einem EU-Staat (Erwerbstätige, Rentnerinnen und Rentner, Arbeitslose) und ihre Familienangehörigen können sich grundsätzlich entweder im Wohnsitzstaat oder in der Schweiz behandeln lassen.
- ▶ Die Behandlungskosten werden je nach Staat 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 entweder beim aushelfenden Träger oder bei ihrer Krankenkasse verlangen.
- ▶ Für Leistungen, die im Wohnsitzstaat 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 (*Bescheinigung S1*) 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 grundsätzlich direkt von der Gemeinsamen Einrichtung KVG übernommen, unter Abzug der Kostenbeteiligung.



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- bzw. EFTA-Staates, die unmittelbar vor ihrer Ankunft in der Schweiz dem System der sozialen Sicherheit eines EU- bzw. EFTA-Staates unterstellt waren, profitieren von dem vereinfachten Wechsel der Taggeldversicherung.
- ▶ Die Abkommen mit Nordmazedonien, 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 (und von Bosnien-Herzegowina) 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- bzw. 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- bzw. EFTA-Staat versichert sind und sich in der Schweiz aufhalten, wenden sich bei Fragen an die Gemeinsame Einrichtung KVG (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)



Allgemeines

Was bietet die Unfallversicherung gemäss UVG?

Schutz bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten.

Die obligatorische Unfallversicherung ist eine Personenversicherung, die darauf abzielt, die wirtschaftlichen Folgen von Berufsunfällen und Berufskrankheiten sowie Nichtberufsunfällen zu decken, wenn die versicherte Person mindestens acht Stunden pro Woche bei demselben Arbeitgeber beschäftigt ist. Mit ihren Leistungen trägt die Versicherung dazu bei, den Schaden wiedergutzumachen, der bezüglich Gesundheit und Erwerbstätigkeit entsteht, wenn Versicherte 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 berechtigterweise 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
- ▶ Lehrtöchter und Lehrlinge (Auszubildende)
- ▶ Praktikantinnen und Praktikanten sowie Volontärinnen und Volontäre
- ▶ 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 an dem Tag, an dem das Arbeitsverhältnis anfängt oder erstmals Lohnanspruch besteht, in jedem Fall aber im Zeitpunkt, im dem sich die arbeitnehmende Person auf den Weg zur Arbeit begibt. Sie endet mit dem 31. Tag nach dem Tage, an dem der Anspruch auf mindestens den halben Lohn aufhört. Als Lohn gelten auch Taggelder der obligatorischen Unfallversicherung, der Militärversicherung, der Invalidenversicherung, der Erwerbsersatzordnung (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 6 Monate verlängern.

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 die Geldleistungen gekürzt oder verweigert 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?

Selbstständigerwerbende und deren mitarbeitende Familienangehörige.

Selbstständigerwerbende, die in der Schweiz wohnen, und ihre Familienmitglieder, die im gleichen Betrieb arbeiten und nicht schon obligatorisch versichert sind, können sich, je nach Höhe ihres versicherten Verdienstes, 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. Anderslautende Vereinbarungen zugunsten der Arbeitnehmenden bleiben vorbehalten.

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 prämienspflichtigen 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 prämienspflichtige Verdienst

- ▶ Der prämienspflichtige 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 148 200 Franken pro Jahr oder 406 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 Chiropraktiker oder die Chiropraktikerin, 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 148 200 Franken pro Jahr oder 406 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 Halbwaisen 15 % und für Vollwaisen 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.

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 Aufenthaltsstaat.

Das Abkommen mit dem Vereinigten Königreich enthält besondere Bestimmungen über die Unfallversicherung.

Unfälle in einem EU- bzw. EFTA-Staat

- ▶ Verunfallte Personen, die Staatsangehörige der Schweiz oder eines EU- bzw. EFTA-Staates sind, melden sich unverzüglich bei der zuständigen Sozialversicherungsstelle des entsprechenden Staates. 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 Bosnien und Herzegowina, in Nordmazedonien, in San Marino, oder in der Türkei

- ▶ In der Schweiz versicherte Personen, die in Bosnien und Herzegowina, in Nordmazedonien, 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- bzw. EFTA-Staates, die in einem EU- bzw. 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 Kostenrückerstattung 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- bzw. 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 Arbeitslosenversicherung (ALV)



Allgemeines

Was ist die Arbeitslosenversicherung (ALV)?

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 gemäss Arbeitslosenversicherungsgesetz versichert?

Alle Arbeitnehmenden, die bei der AHV versichert sind.

Die Arbeitnehmer in der Schweiz sind versichert. Gewisse Personengruppen sind von der obligatorischen Beitragspflicht befreit und somit nicht angeschlossen. Selbstständigerwerbende sind nicht versichert.

Beiträge

Wer bezahlt die ALV-Beiträge?

Arbeitnehmende und Arbeitgebende, je die Hälfte.

Die Beitragshöhe entspricht 2,2 % des versicherten Einkommens bis 148 200 Franken. Arbeitnehmende und Arbeitgebende tragen je die Hälfte der Beiträge. Auf Einkommensanteilen über 148 200 Franken ist kein Beitrag zu 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 12 350 Franken pro Monat oder 148 200 Franken im Jahr. Übersteigt das massgebliche Einkommen diesen Höchstbetrag, werden die ALV-Beiträge auf der Grundlage des maximal versicherten Verdienstes berechnet. Ein Erwerbseinkommen, das 2 500 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 (die erzielten Einkommen bis 750 Franken von Personen bis zum 25. Geburtstag sind von der Beitragspflicht an die AHV ausgenommen). Dasselbe gilt für Personen, die von Tanz- und Theaterproduzenten, Orchestern, Chören, Phono- und Audiovisionsproduzenten, Radio und Fernsehen, elektronischen Medien und Printmedien, Designunternehmen, Museen sowie von Schulen im künstlerischen Bereich entlohnt werden (hingegen gibt es hier keine Befreiung für Einkommen bis 750 Franken, die von Jugendlichen bis zum 25. Geburtstag erzielt werden).

Leistungen

Welche Leistungen erbringt die ALV bei Arbeitslosigkeit?

Sie deckt den 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 (12 350 Franken). Je nach Beitragszeit, Alter und evtl. Invaliditätsgrad kann die Anzahl der Taggelder unterschiedlich sein. Die ALV erbringt neben der Arbeitslosenentschädigung folgende Leistungen:

- ▶ 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- bzw. EFTA-Staates

Allgemeines

In einem EU- bzw. 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 (Leistungsexport)

Arbeitslose Personen haben die Möglichkeit, während maximal drei Monaten eine Arbeit in einem EU- bzw. EFTA-Staat zu suchen und während dieser Zeit weiterhin schweizerische Leistungen zu beziehen. Dazu müssen sie sich zunächst während vier Wochen der schweizerischen Arbeitsvermittlung zur Verfügung halten. Danach müssen sie sich im entsprechenden Staat 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. Gleiches gilt im Falle der Insolvenz des Arbeitgebers.

Wo können Sie sich über die ALV informieren?

Bei den zuständigen Durchführungsstellen.

Die Arbeitslosenkassen, die kantonalen Amtsstellen und die regionalen Arbeitsvermittlungszentren (RAV) erteilen gerne weitere Auskünfte. Kontaktinformationen, Adressen und weitere nützliche Informationen finden Sie auch auf dem Portal der Arbeitslosenversicherung: www.arbeit.swiss.

Überbrückungsleistungen für ältere Arbeitslose (ÜL)

Was sind die Überbrückungsleistungen?

Die Überbrückungsleistungen (ÜL) richten sich an Personen, die nach Vollendung ihres 60. Altersjahrs von der Arbeitslosenversicherung ausgesteuert werden.

Die ÜL sollen sicherstellen, dass der Existenzbedarf bis zum Zeitpunkt, in dem die Altersrente bezogen werden kann, gewährleistet ist. Sie sind Bedarfsleistungen und werden ähnlich berechnet werden wie die Ergänzungsleistungen zu einer AHV- oder IV-Rente.

Die Anspruchsberechtigung ist an eine Reihe von Voraussetzungen geknüpft. So müssen die Ausgesteuerten unter anderem mindestens 20 Jahre in der AHV versichert gewesen sein und dürfen nur wenig Vermögen besitzen.

Wo ist ein Anspruch auf Überbrückungsleistungen geltend zu machen?

Für Personen mit Wohnsitz in der Schweiz ist die zuständige Durchführungsstelle am Wohnsitz der antragsstellenden Person zuständig.

Für Personen mit Wohnsitz in einem Mitgliedstaat der EU- bzw. EFTA ist die zuständige Durchführungsstelle ihres letzten Wohnsitzes in der Schweiz zuständig. Für Personen, die nie Wohnsitz in der Schweiz hatten, ist die Durchführungsstelle am Sitz des letzten Arbeitgebers zuständig.

Die Adresse der zuständigen Durchführungsstelle finden Sie im *Merkblatt 5.03 – Überbrückungsleistungen für ältere Arbeitslose*.

Weitere Informationen

Weitere Informationen finden Sie im *Merkblatt 5.03 – Überbrückungsleistungen für ältere Arbeitslose*.

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 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. Die Selbstständigerwerbenden sind ebenfalls beitragspflichtig und anspruchsberechtigt.

Für Nichterwerbstätige sieht das FamZG keine Beitragspflicht vor. Die Kantone können aber unter bestimmten Voraussetzungen eine Beitragspflicht einführen; dies ist in den Kantonen AR, GL, SG, SO, TG und TI der Fall.

Familienzulagen an landwirtschaftliche Arbeitnehmende werden teilweise von den Arbeitgebenden finanziert. Dabei bezahlen diese jeweils 2 % aller Bar- und Naturallöhne, die in ihrem Betrieb ausgerichtet werden und der AHV-Beitragspflicht unterliegen, an die kantonale Ausgleichskasse. Den Restbetrag sowie den Aufwand für die Familienzulagen an Landwirtinnen und Landwirte decken zu zwei Dritteln der Bund und zu einem Drittel die Kantone.

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 BSV (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 oder Selbstständigerwerbende tätig sind
- ▶ Eltern, die als landwirtschaftliche Arbeitnehmer oder selbstständige Landwirte tätig sind
- ▶ Nichterwerbstätige Eltern mit bescheidenem Einkommen

Der Anspruch richtet sich entweder nach dem Bundesgesetz über die Familienzulagen und Finanzhilfen an Familienorganisationen (FamZG) und den entsprechenden kantonalen Regelungen oder nach dem Bundesgesetz über die Familienzulagen in der Landwirtschaft (FLG).

Die Familienzulagen bestehen aus Kinder- sowie Ausbildungszulage. Die Kinderzulage beträgt mindestens 215 Franken pro Monat für Kinder bis zum 16. Geburtstag oder bis sie Anspruch auf Ausbildungszulage haben. Die Ausbildungszulage beträgt mindestens 268 Franken pro Monat für Jugendliche ab dem 15. bis zum 25. Geburtstag, die eine nachobligatorische Ausbildung absolvieren. Etliche Kantone haben diese Ansätze erhöht. Teilweise richten die Kantone auch Geburts- und Adoptionszulagen aus. Weitere Informationen finden Sie unter www.ahv-iv.ch im Merkblatt 6.08 – Familienzulagen.

In der Landwirtschaft wird die Kinderzulage von 215 Franken und die Ausbildungszulage von 268 Franken ausgerichtet; im Berggebiet werden diese Ansätze um 20 Franken erhöht. An landwirtschaftliche Arbeitnehmende wird zudem unter gewissen Voraussetzungen eine monatliche Haushaltzulage von 100 Franken ausgerichtet. Weitere Informationen finden Sie unter www.ahv-iv.ch im Merkblatt 6.09 – Familienzulagen in der Landwirtschaft.

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

- ▶ Staatsangehörige der EU und der EFTA, die in der Schweiz arbeiten und deren Kinder in einem EU- bzw. EFTA-Staat wohnen, haben denselben Anspruch auf Familienzulagen wie diejenigen Eltern, deren Kinder in der Schweiz wohnen. Wenn einer der beiden Elternteile ebenfalls in dem Staat arbeitet, in dem sein Kind lebt, dann besteht in erster Linie Anspruch auf die Familienzulagen des betreffenden Staates. 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 Familienausgleichskasse 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 finden Sie unter www.ahv-iv.ch.

Weitere Informationen finden Sie unter www.bsv.admin.ch.

Adressen und Webseiten

Alle Sozialversicherungszweige (ausser ALV, KV und UV)

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

Einzelne Sozialversicherungszweige

AHV/IV/EO/EL/ÜL

Ausgleichskassen und IV-Stellen
www.ahv-iv.ch

BV

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

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

KV

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

Verbindungsstelle:
Gemeinsame Einrichtung KVG
Internationale Koordination Krankenversicherung
Industriestrasse 78
4600 Olten
www.kvg.org

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

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

UV

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

Schweizerische Unfallversicherungsanstalt Suva
Fluhmattstrasse 1
6004 Luzern
www.suva.ch

ALV

Staatssekretariat für Wirtschaft SECO
Direktion für Arbeit
Arbeitsmarkt und Arbeitslosenversicherung
Holzikofenweg 36
3003 Bern
www.seco.admin.ch

Informationen zu den wichtigsten Fragen der Arbeitslosigkeit:
www.arbeit.swiss

Adressen der Regionalen Arbeitsvermittlungszentren,
der Arbeitslosenkassen und der kantonalen Amtsstellen:
www.arbeit.swiss > *Institutionen / Medien > Adressen / Kontakte*

Allgemeines

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

Einreise/Aufenthalt:
Staatssekretariat für Migration (SEM)
Quellenweg 6
3003 Bern-Wabern
www.sem.admin.ch



Impressum

Text: Informationsstelle AHV/IV,
Bundesamt für Sozialversicherungen und
Staatssekretariat für Wirtschaft
Januar 2026

© Informationsstelle AHV/IV