



ÜBERSICHT ÜBER DIE SCHWEIZERISCHE SOZIALE SICHERHEIT

(Das mit der EG abgeschlossene Abkommen über die Freizügigkeit im Personenverkehr und das Abkommen zur Änderung des EFTA-Übereinkommens sowie die mit anderen Staaten abgeschlossenen zwischenstaatlichen Sozialversicherungsabkommen bleiben vorbehalten)

Stand: 1.1.2007

– Organisation	S. 2
– Finanzierung	S. 3
– Krankenversicherung	S. 7
– Versicherung für Unfälle und Berufskrankheiten	S. 12
– Grund-Rentenversicherung (1. Säule)	S. 17
Altersversicherung	S. 17
Leistungen an Hinterlassene	S. 21
Invalidenversicherung	S. 23
– Erwerb ersatz für Dienstleistende und bei Mutterschaft	S. 28
– Ergänzungsleistungen zur 1. Säule	S. 30
– Berufliche Vorsorge (2. Säule)	S. 31
– Gebundene Selbstvorsorge (Säule 3a)	S. 35
– Familienzulagen	S. 36
– Arbeitslosenversicherung	S. 38

ORGANISATION

Bundesamt für Gesundheit (BAG)		Bundesamt für Sozialversicherung (BSV)			BSV und Kantone	Staatssekretariat für Wirtschaft (seco)
Krankheit Mutterschaft (Sachleistungen)	Unfälle und Berufskrankheiten	Alter, Hinterlassene und Invalidität (1. Säule), Erwerbsausfallentschädigungen und Ergänzungsleistungen	Berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge (2. Säule)	Gebundene Selbstvorsorge (Säule 3a)	Familienzulagen	Arbeitslosigkeit
<ul style="list-style-type: none"> – anerkannte Krankenkassen (öffentliche und private Krankenkassen) – private Versicherungseinrichtungen, die dem Versicherungsaufsichtsgesetz vom 17.12.2004 unterstehen und über eine Bewilligung verfügen, die soziale Krankenversicherung durchzuführen – gemeinsame Einrichtung, die die Kosten für die gesetzlichen Leistungen anstelle von zahlungsunfähigen Versicherern übernimmt – Schweizerische Stiftung für Gesundheitsförderung 	<ul style="list-style-type: none"> – Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (SUVA); sie versichert rund 52% aller Arbeitnehmer – Andere Versicherer: <ul style="list-style-type: none"> - private Versicherungseinrichtungen, die dem Versicherungsaufsichtsgesetz vom 17.12.2004 unterstehen - öffentliche Unfallversicherungskassen - Krankenkassen im Sinne des Bundesgesetzes über Krankenversicherung vom 18.3.1994 – Ersatzkasse, die von den genannten Versicherern (ausser der SUVA) geführt wird. Diese erbringt die gesetzlichen Versicherungsleistungen an verunfallte Arbeitnehmer, für deren Versicherung nicht die SUVA zuständig ist und die von ihrem Arbeitgeber nicht versichert worden sind 	<ul style="list-style-type: none"> – Ausgleichskassen (öffentliche und Verbandsausgleichskassen) – Zentrale Ausgleichsstelle <p>für die Invalidenversicherung ausserdem:</p> <ul style="list-style-type: none"> – kantonale IV-Stellen – IV-Stelle für Versicherte im Ausland <p>für die Ergänzungsleistungen:</p> <p>kantonale Ausgleichskassen, ausser in GE, ZH und BS</p>	<ul style="list-style-type: none"> – registrierte Vorsorgeeinrichtungen – Sicherheitsfonds (mit der Zentralstelle 2. Säule) – Auffangeinrichtung 	<ul style="list-style-type: none"> – Bankstiftungen (Sperrkonten) – Versicherungseinrichtungen (Versicherungspolice) 	<p>Bundesrechtliche Ordnung (landwirtschaftliche Arbeitnehmer und Kleinbauern): kantonale Ausgleichskassen</p> <p>Kantonale Ordnungen (andere Arbeitnehmer): Familienausgleichskassen (anerkannte private Kassen und kantonale Kassen)</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Öffentliche (kantonale) Arbeitslosenstellen sowie anerkannte private Arbeitslosenstellen – Ausgleichsstelle der Arbeitslosenversicherung (einschl. Ausgleichsfonds) – Von den Kantonen bezeichnete Behörden – Regionale Arbeitsvermittlungszentren – Tripartite Kommissionen – Ausgleichskassen der AHV – Zentrale Ausgleichsstelle der AHV – Arbeitgeber – Aufsichtskommission

FINANZIERUNG

	BEITRÄGE	BETEILIGUNG DER ÖFFENTLICHEN HAND
Krankheit/Mutterschaft Krankenpflegeversicherung	<ul style="list-style-type: none">- Der Versicherer legt die Prämien für seine Versicherten fest. Die Prämientarife bedürfen der Genehmigung durch das BAG.- Der Versicherer erhebt von seinen Versicherten die gleichen Prämien. Jedoch kann er die Prämien nach den ausgewiesenen Kostenunterschieden kantonale und regional abstimmen. Die Regionen sind für sämtliche Versicherer einheitlich festgelegt.- Für Versicherte bis zum vollendeten 18. Altersjahr (Kinder) hat der Versicherer eine tiefere Prämie festzusetzen als für ältere Versicherte (Erwachsene). Er ist berechtigt, dies auch für die Versicherten zu tun, die das 25. Altersjahr noch nicht vollendet haben (junge Erwachsene).- Besondere Versicherungsformen: S. 10.	<p>Bundesbeiträge in Höhe von max. SFr. 2 658 Mio. an die Kantone für das Jahr 2007 zur individuellen Prämienverbilligung für Versicherte in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen. Diese Beiträge richten sich nach der Wohnbevölkerung und der Finanzkraft jedes Kantons.</p> <p>Die Kantone müssen den Bundesbeitrag aus eigenen Mitteln um einen Mindestbeitrag aufstocken.</p>
Krankheit Krankengeldversicherung	<ul style="list-style-type: none">- Der Versicherer legt die Prämien für seine Versicherten fest.- Er erhebt für gleiche versicherte Leistungen die gleichen Prämien. Jedoch kann der Versicherer die Prämien nach dem Eintrittsalter und nach Regionen abstimmen.- Gilt für die Entrichtung des Taggeldes eine Wartefrist, so hat der Versicherer die Prämien entsprechend zu reduzieren.	<hr/>

FINANZIERUNG (Fortsetzung)

	BEITRÄGE (PRÄMIEN)	BETEILIGUNG DER ÖFFENTLICHEN HAND
Unfälle und Berufskrankheiten	Nichtberufsunfälle:	
	Arbeitnehmer:	Prämiensätze gehen von 13,663 bis 28,4‰ (SUVA: Bruttobasisprämiensatz*) und von 7 bis 34‰ (andere Versicherer: Nettoprämien) des versicherten Verdienstes (abweichende Abreden zugunsten des Arbeitnehmers vorbehalten).
	Arbeitgeber:	keine.
	Arbeitslose (SUVA):	43,7‰**
	Berufsunfälle und Berufskrankheiten:	
	Arbeitnehmer:	keine.
	Arbeitgeber:	‰ des versicherten Verdienstes. Dem Risiko entsprechende Nettoprämien und Zuschläge für die Kosten für Verwaltung, Unfallverhütung etc. Betriebe sind nach Unfallrisiko und Betriebsverhältnissen in Klassen und Prämienstufen eingereiht; die Nettohöhe der Prämie bewegt sich je nach Einreihung des Betriebs zwischen 0,35 und 220‰.
	Höchster versicherter Verdienst:	SFr. 106 800.– /Jahr.

* Inklusiv Prämienzuschläge für die Verwaltungskosten (11,5% der Nettoprämien) für die Unfallverhütungskosten (0,75% der Nettoprämien) und für die Finanzierung der Teuerungszulagen (gegenwärtig 7% der Nettoprämien).

** 29,1‰ werden direkt vom Taggeld der Arbeitslosenversicherung abgezogen, die weiteren 14,6‰ werden vom Ausgleichsfonds der Arbeitslosenversicherung übernommen.

FINANZIERUNG (Fortsetzung)

	BEITRÄGE	BETEILIGUNG DER ÖFFENTLICHEN HAND
Alter und Hinterlassene (1. Säule)	<p>Arbeitnehmer: 4,2% des Erwerbseinkommens (ohne Beitragsbemessungsgrenze).</p> <p>Arbeitgeber: 4,2% des Erwerbseinkommens (ohne Beitragsbemessungsgrenze).</p> <p>Selbständigerwerbende: 7,8% (Verminderung des Beitragssatzes bis auf 4,2%, wenn das Jahreseinkommen weniger als SFr. 53 100.– beträgt; sinkende Skala).</p> <p>Nichterwerbstätige: je nach den sozialen Verhältnissen bewegt sich der Beitrag zwischen SFr. 370.– und SFr. 8 400.– pro Jahr.</p>	<p>Bund: 16,36% der jährlichen Ausgaben der Versicherung;</p> <p>Kantone: 3,64% der jährlichen Ausgaben der Versicherung.</p> <p>MwSt: 13,33% der gesamten jährlichen Einnahmen sind für die AHV bestimmt.</p> <p>Ertrag aus der Spielbankenabgabe.</p> <p><i>Die Hilflosenentschädigung wird ausschliesslich durch die öffentliche Hand finanziert.</i></p>
Invalidität (1. Säule)	<p>Arbeitnehmer: 0,7% des Erwerbseinkommens (ohne Beitragsbemessungsgrenze).</p> <p>Arbeitgeber: 0,7% des Erwerbseinkommens (ohne Beitragsbemessungsgrenze).</p> <p>Selbständigerwerbende: 1,4% (Verminderung des Beitragssatzes gemäss sinkender Skala).</p> <p>Nichterwerbstätige: je nach den sozialen Verhältnissen bewegt sich der Beitrag zwischen SFr. 62.– und SFr. 1 400.– pro Jahr.</p>	<p>Die öffentliche Hand übernimmt die Hälfte der jährlichen Ausgaben der Versicherung, d.h:</p> <p>Bund: 3/4 dieser Summe;</p> <p>Kantone: 1/4 dieser Summe.</p> <p><i>Die Hilflosenentschädigung wird ausschliesslich durch die öffentliche Hand finanziert.</i></p>
Entschädigungen für Dienstleistende Mutterschaftsentschädigung	<p>Arbeitnehmer: 0,15% des Erwerbseinkommens (ohne Beitragsbemessungsgrenze).</p> <p>Arbeitgeber: 0,15% des Erwerbseinkommens (ohne Beitragsbemessungsgrenze).</p> <p>Selbständigerwerbende: 0,3% (Verminderung des Beitragssatzes gemäss sinkender Skala).</p> <p>Nichterwerbstätige: je nach den sozialen Verhältnissen bewegt sich der Beitrag zwischen SFr. 13.– und SFr. 300.– pro Jahr.</p>	<p>_____</p>
Ergänzungsleistungen	<p>_____</p>	<p>Subventionen des Bundes an die Kantone in der Höhe von 10 bis 35% ihrer Ausgaben, je nach Finanzkraft der Kantone.</p> <p>Der Rest muss von Kantonen und Gemeinden übernommen werden.</p>

FINANZIERUNG (Fortsetzung)

	BEITRÄGE	BETEILIGUNG DER ÖFFENTLICHEN HAND															
Berufliche Vorsorge (2. Säule)	<ul style="list-style-type: none"> – nach den Reglementen der Vorsorgeeinrichtungen (sie müssen die Einhaltung ihrer Verpflichtungen garantieren). – Beiträge zulasten des Arbeitgebers und des Arbeitnehmers; die Summe der Beiträge des Arbeitgebers muss mindestens gleich hoch sein wie die Summe der Beiträge seiner Arbeitnehmer. – der Sicherheitsfonds wird mit den jährlichen Beiträgen der Vorsorgeeinrichtungen, die dem Freizügigkeitsgesetz unterstellt sind, sowie mit dem Ertrag aus seinem Vermögen finanziert. 	_____															
Gebundene Selbstvorsorge (Säule 3 a)	<p>Die Höhe der Beiträge wird vom Vorsorgenehmer bestimmt. Diese Beiträge können vom steuerbarem Einkommen wie folgt abgezogen werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Lohnbezüger: pro Jahr bis SFr. 6 365.–; – Selbständigerwerbende: pro Jahr bis zu 20% des Erwerbseinkommens, höchstens aber SFr. 31 824.–. 	_____															
Familienzulagen	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">Bundesrechtliche Ordnung</td> <td style="width: 10%;">Arbeitnehmer:</td> <td style="width: 60%;">keine.</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Arbeitgeber:</td> <td>2% der Löhne (Bar- und Naturallohn).</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Kleinbauer:</td> <td>keine.</td> </tr> <tr> <td>Kantonale Ordnungen</td> <td>Arbeitnehmer:</td> <td>keine (Ausnahme im Wallis: 0,3% der Löhne).</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Arbeitgeber:</td> <td>von 0,1 bis 5% der Löhne je nach Kasse.</td> </tr> </table>	Bundesrechtliche Ordnung	Arbeitnehmer:	keine.		Arbeitgeber:	2% der Löhne (Bar- und Naturallohn).		Kleinbauer:	keine.	Kantonale Ordnungen	Arbeitnehmer:	keine (Ausnahme im Wallis: 0,3% der Löhne).		Arbeitgeber:	von 0,1 bis 5% der Löhne je nach Kasse.	<p>Deckung des Defizits durch den Bund (2/3) und die Kantone (1/3).</p> <p>Deckung der Ausgaben durch den Bund (2/3) und die Kantone (1/3).</p>
Bundesrechtliche Ordnung	Arbeitnehmer:	keine.															
	Arbeitgeber:	2% der Löhne (Bar- und Naturallohn).															
	Kleinbauer:	keine.															
Kantonale Ordnungen	Arbeitnehmer:	keine (Ausnahme im Wallis: 0,3% der Löhne).															
	Arbeitgeber:	von 0,1 bis 5% der Löhne je nach Kasse.															
Arbeitslosigkeit	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">Arbeitnehmer:</td> <td style="width: 70%;">1% des versicherten Verdienstes.</td> </tr> <tr> <td>Arbeitgeber:</td> <td>1% des versicherten Verdienstes.</td> </tr> <tr> <td>Höchster versicherter Verdienst:</td> <td>SFr. 8 900.– /Monat.</td> </tr> </table>	Arbeitnehmer:	1% des versicherten Verdienstes.	Arbeitgeber:	1% des versicherten Verdienstes.	Höchster versicherter Verdienst:	SFr. 8 900.– /Monat.	<p>Der Bund beteiligt sich an den Kosten der Durchführung der öffentlichen Arbeitsvermittlung und der arbeitsmarktlichen Massnahmen im Umfang von 0,15% (von 2006 bis 2008: 0,12%) der von der Beitragspflicht erfassten Lohnsumme.</p> <p>Wenn nötig gewährt der Bund Tresoreriedarlehen zu Marktbedingungen.</p>									
Arbeitnehmer:	1% des versicherten Verdienstes.																
Arbeitgeber:	1% des versicherten Verdienstes.																
Höchster versicherter Verdienst:	SFr. 8 900.– /Monat.																

KRANKENVERSICHERUNG

GESETZGEBUNG	Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) Bundesgesetz vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG)
MATERIELLER GELTUNGSBEREICH	Die soziale Krankenversicherung umfasst die obligatorische Krankenpflegeversicherung und eine freiwillige Taggeldversicherung. <i>Es steht den Krankenkassen frei, neben der sozialen Krankenversicherung Zusatzversicherungen anzubieten; jedoch unterliegen diese nicht dem KVG.</i>
BEGRIFFE	<ul style="list-style-type: none">– Krankheit ist jede Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalles ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat. Als Geburtsgebrechen gelten diejenigen Krankheiten, die bei vollendeter Geburt bestehen;– Unfall ist die 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;– Mutterschaft umfasst Schwangerschaft und Niederkunft sowie die nachfolgende Erholungszeit der Mutter.
KRANKENPFLEGEVERSICHERUNG	
Versicherte	Personen mit Wohnsitz in der Schweiz (Ausnahmen sind in der Verordnung über die Krankenversicherung vom 27. Juni 1995 enthalten). Die versicherungspflichtigen Personen können den Versicherer frei wählen.
Anspruchsvoraussetzungen	Keine Karenzzeit.

KRANKENVERSICHERUNG (Fortsetzung)

KRANKENPFLEGEVERSICHERUNG (Fortsetzung)	
Leistungen	<p>a) Allgemeine Leistungen bei Krankheit, Mutterschaft, Unfall (soweit dafür keine Unfallversicherung aufkommt), Geburtsgebrechen (die nicht durch die Invalidenversicherung gedeckt sind) und strafloser Abbruch der Schwangerschaft:</p> <ul style="list-style-type: none">– Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, die ambulant, bei Hausbesuchen, stationär, teilstationär oder in einem Pflegeheim durchgeführt werden von Ärzten, Chiropraktoren oder Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes Leistungen erbringen;– ärztlich oder unter den vom Bundesrat bestimmten Voraussetzungen von Chiropraktoren verordnete Analysen, Arzneimittel und der Untersuchung oder Behandlung dienende Mittel und Gegenstände;– Beitrag an die Kosten von ärztlich angeordneten Badekuren;– ärztlich durchgeführte oder angeordnete Massnahmen der medizinischen Rehabilitation;– Aufenthalt in der allgemeinen Abteilung eines Spitals;– Aufenthalt in einer teilstationären Einrichtung;– Beitrag an die medizinisch notwendigen Transportkosten sowie an die Rettungskosten;– Leistungen der Apotheker (Beratung) bei der Abgabe von verordneten Arzneimitteln. <p>b) Medizinische Prävention: Übernahme der Kosten für bestimmte Untersuchungen zur frühzeitigen Erkennung von Krankheiten sowie für vorsorgliche Massnahmen zugunsten von Versicherten, die in erhöhtem Masse gefährdet sind. Die Untersuchungen oder vorsorglichen Massnahmen werden von einem Arzt durchgeführt oder angeordnet.</p> <p>c) Besondere Leistungen bei Mutterschaft:</p> <ul style="list-style-type: none">– von Ärzten oder von Hebammen durchgeführte oder ärztlich angeordnete Kontrolluntersuchungen während und nach der Schwangerschaft;– Beitrag an Kurse zur Geburtsvorbereitung;– Entbindung zu Hause, in einem Spital oder einer Einrichtung der teilstationären Krankenpflege sowie Geburtshilfe durch Ärzte oder Hebammen;– Stillberatung. <p>d) Zahnärztliche Behandlungen: Übernahme der Kosten der zahnärztlichen Behandlung, wenn diese:</p> <ul style="list-style-type: none">– durch eine schwere, nicht vermeidbare Erkrankung des Kausystems; oder– durch eine schwere Allgemeinerkrankung oder ihre Folgen bedingt ist; oder– bei einer schweren Allgemeinerkrankung oder ihrer Folgen notwendig ist. <p>Übernahme auch der Kosten der Behandlung von Schäden des Kausystems, die durch einen Unfall verursacht sind, soweit dafür keine Unfallversicherung aufkommt.</p>

KRANKENVERSICHERUNG (Fortsetzung)

KRANKENPFLEGEVERSICHERUNG (Fortsetzung)	
Beginn des Leistungsanspruchs	Seit Beginn der Krankheit.
Dauer des Leistungsanspruchs	Unbeschränkte Dauer.
Leistungserbringer	<ul style="list-style-type: none">- Ärzte;- Apotheker;- Zahnärzte;- Chiropraktoren;- Hebammen;- Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Krankenschwestern und Krankenpfleger, Logopäden, Ernährungsberater, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes Leistungen erbringen, und Organisationen, die solche Personen beschäftigen;- Laboratorien;- Abgabestellen für Mittel und Gegenstände, die der Untersuchung oder Behandlung dienen;- Transport- und Rettungsunternehmen;- Spitäler;- Einrichtungen, die der teilstationären Krankenpflege dienen;- Pflegeheime;- Heilbäder;- Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte dienen.
Wahl des Leistungserbringers	Die versicherte Person kann unter den zugelassenen Leistungserbringern, die für die Behandlung ihrer Krankheit geeignet sind, frei wählen. Der Bundesrat hat für eine beschränkte Zeit eine bedürfnisabhängige Zulassungsbeschränkung für neue Leistungserbringer im ambulanten Bereich zu Lasten der Versicherung eingeführt (Bedürfnisklausel).
Kostenübernahme	Bei ambulanter Behandlung muss der Versicherer die Kosten höchstens nach dem Tarif übernehmen, der am Wohn- oder Arbeitsort der versicherten Person oder in deren Umgebung gilt. Bei stationärer oder teilstationärer Behandlung muss der Versicherer die Kosten höchstens nach dem Tarif übernehmen, der im Wohnkanton der versicherten Person gilt. Es gibt Sonderbestimmungen für Notfälle oder wenn Versicherte aus medizinischen Gründen einen anderen Leistungserbringer beanspruchen.

KRANKENVERSICHERUNG (Fortsetzung)

KRANKENPFLEGEVERSICHERUNG (Fortsetzung)	
Kostenbeteiligung des Versicherten	<p>Ein fester Jahresbetrag (Franchise) nur für Erwachsene* und ein Kostenanteil in % (Selbstbehalt). Versicherte, welche nicht mit einer oder mehreren Personen, mit denen sie in einer familienrechtlichen Beziehung stehen, in gemeinsamem Haushalt leben, leisten zudem einen Beitrag an die Kosten des Aufenthalts im Spital.</p> <p>Ordentliche Franchise: SFr. 300.– pro Kalenderjahr. Selbstbehalt: 10% der Krankenpflegekosten, die den Franchisebetrag übersteigen bis zum Betrage von SFr. 700.– für Erwachsene und SFr. 350.– für Kinder (sind jedoch mehrere Kinder einer Familie beim gleichen Versicherer versichert, zahlen sie zusammen höchstens SFr. 1 000.–). Der Selbstbehalt beträgt 20% wenn ein Originalpräparat gewählt wird, dessen Generikum in der Liste der zu vergütenden Arzneimittel aufgeführt ist. Täglicher Beitrag an die Kosten des Aufenthalts im Spital: SFr. 10.– (ohne zeitliche Begrenzung).</p> <p>Keine Kostenbeteiligung ist zu erheben auf den Leistungen bei Mutterschaft.</p>
Besondere Versicherungsformen, die eine Prämienermässigung zur Folge haben	<ul style="list-style-type: none">– Versicherung mit wählbaren Franchisen: Die Versicherer können neben der ordentlichen Krankenpflegeversicherung eine Versicherung anbieten, bei der Erwachsene eine höhere Franchise wählen können und bei der Kinder eine Franchise zahlen. Die höheren Franchisen betragen für Erwachsene SFr. 500.–, 1 000.–, 1 500.–, 2 000.– und 2 500.– und für Kinder SFr. 100.–, 200.–, 300.–, 400.–, 500.– und 600.–.– Bonusversicherung: Die Versicherer können neben der ordentlichen Krankenpflegeversicherung eine Versicherung anbieten, bei der eine Prämienermässigung gewährt wird, wenn die versicherte Person während eines Jahres keine Leistungen in Anspruch genommen hat. Ausgenommen sind Leistungen für Mutterschaft sowie für medizinische Prävention.– Versicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer: Die Versicherer können neben der ordentlichen Krankenpflegeversicherung eine Versicherung anbieten, bei der die Wahl der Leistungserbringer eingeschränkt ist. Der Versicherer kann in diesem Fall ganz oder zum Teil auf die Erhebung des Selbstbehaltes und der Franchise verzichten.

* Mehr als 18 Jahre alt.

KRANKENVERSICHERUNG (Fortsetzung)

KRANKENGELDVERSICHERUNG	
Beitritt	Wer in der Schweiz Wohnsitz hat oder erwerbstätig ist und das 15., aber noch nicht das 65. Altersjahr zurückgelegt hat, kann bei einem Versicherer eine Taggeldversicherung abschliessen. Eine Versicherungspflicht kann sich aus einem individuellen Arbeitsvertrag, einem Normalarbeitsvertrag oder einem Gesamtarbeitsvertrag ergeben. In diesem Fall kann die Taggeldversicherung in Form eines Kollektivvertrages abgeschlossen werden.
Anspruchsvoraussetzungen	Keine Karenzzeit.
Versicherungsvorbehalt	Die Versicherer können Krankheiten, die bei der Aufnahme bestehen, durch einen Vorbehalt von der Versicherung ausschliessen. Das gleiche gilt für frühere Krankheiten, die erfahrungsgemäss zu Rückfällen führen können. Die Vorbehalte fallen spätestens nach 5 Jahren dahin.
Wechsel des Versicherers (Freizügigkeit)	Der neue Versicherer darf keine neuen Vorbehalte anbringen, wenn die versicherte Person den Versicherer wechselt, weil die Aufnahme oder die Beendigung ihres Arbeitsverhältnisses dies verlangt, oder sie aus dem Tätigkeitsbereich des bisherigen Versicherers ausscheidet, oder der bisherige Versicherer die soziale Krankenversicherung nicht mehr durchführt. Der neue Versicherer kann Vorbehalte des bisherigen Versicherers bis zum Ablauf der ursprünglichen Frist weiterführen. Die versicherte Person hat ihr Recht auf Freizügigkeit innert drei Monaten geltend zu machen.
Wartefrist	Ist nichts anderes vereinbart, so entsteht der Anspruch am dritten Tag nach der Erkrankung. Der Leistungsbeginn kann gegen eine entsprechende Herabsetzung der Prämie aufgeschoben werden.
Höhe des Krankengeldes	Der Versicherer vereinbart mit dem Versicherungsnehmer das versicherte Taggeld.
Leistungsdauer	Während wenigstens 720 Tagen innerhalb von 900 aufeinander folgenden Tagen.

VERSICHERUNG FÜR UNFÄLLE UND BERUFSKRANKHEITEN

GESETZGEBUNG	Bundesgesetz vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung (UVG) Bundesgesetz vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG)
<p>Versicherte</p> <p>Beginn und Ende der Versicherung*</p> <p>Rückgriff</p> <p>Verschulden des Versicherten</p>	<p>– Obligatorisch versichert sind die in der Schweiz beschäftigten Arbeitnehmer und arbeitslose Personen, die die Anspruchsvoraussetzungen nach Artikel 8 des Arbeitslosenversicherungsgesetzes vom 25.6.1982 erfüllen (S. 39). Als Arbeitnehmer gilt, wer eine unselbständige Erwerbstätigkeit im Sinne der AHV ausübt;</p> <p>– freiwillige Versicherung für Selbständigerwerbende.</p> <p>– Sie beginnt an dem Tag, an dem der Arbeitnehmer aufgrund der Anstellung die Arbeit antritt oder hätte antreten sollen, in jedem Falle aber im Zeitpunkt, da er sich auf den Weg zur Arbeit begibt;</p> <p>– sie endet mit dem 30. Tag nach dem Tage, an dem der Anspruch auf mindestens den halben Lohn aufhört (der Versicherer hat dem Versicherten die Möglichkeit zu bieten, die Versicherung durch besondere Abrede bis zu 180 Tagen zu verlängern). Der Bundesrat bezeichnet die Entgelte und Ersatzleistungen, die als Löhne zu betrachten sind.</p> <p>Gegenüber einem Dritten, der für den Versicherungsfall haftet, tritt der Versicherungsträger im Zeitpunkt des Ereignisses bis auf die Höhe der gesetzlichen Leistungen in die Ansprüche der versicherten Person und ihrer Hinterlassenen ein.</p> <p>– Wurde der Gesundheitsschaden oder der Tod absichtlich herbeigeführt, so besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistungen, mit Ausnahme der Bestattungskosten;</p> <p>– bei grobfahrlässiger Herbeiführung des Nichtberufsunfalls durch den Versicherten können die Taggelder für die ersten zwei Jahren gekürzt werden;</p> <p>– hat der Versicherte den Unfall bei Ausübung eines Verbrechens oder Vergehens herbeigeführt, so können die Geldleistungen gekürzt oder verweigert werden.</p>
VERSICHERTE RISIKEN	
<p>Begriffe</p> <p>Berufsunfälle</p> <p>Nichtberufsunfälle</p> <p>Berufskrankheiten</p>	<p>Unfall ist die 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. Krankheit ist jede Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalles ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat.</p> <p>Unfälle, die dem Versicherten zustossen bei Arbeiten, die er auf Anordnung des Arbeitgebers oder in dessen Interesse ausführt oder dann, während der Arbeitspausen sowie vor und nach der Arbeit, wenn er sich befugterweise auf der Arbeitsstätte oder im Bereiche der mit seiner beruflichen Tätigkeit zusammenhängenden Gefahren aufhält.</p> <p>Alle sonstigen Unfälle, grundsätzlich einschliesslich der sogenannten Wegeunfälle.</p> <p>Krankheiten, die bei der beruflichen Tätigkeit ausschliesslich oder vorwiegend durch schädigende Stoffe oder bestimmte Arbeiten verursacht worden sind (spezielle Liste dieser Stoffe und Arbeiten), sowie andere Krankheiten, von denen nachgewiesen wird, dass sie ausschliesslich oder stark überwiegend durch berufliche Tätigkeit hervorgerufen worden sind (allgemeine Klausel).</p>

* Für Arbeitslose besteht eine besondere Regelung.

VERSICHERUNG FÜR UNFÄLLE UND BERUFSKRANKHEITEN (Fortsetzung)

<p>PFLEGELEISTUNGEN UND KOSTENVERGÜTUNGEN</p>	<ul style="list-style-type: none">- Zweckmässige medizinische Behandlung:<ul style="list-style-type: none">- ambulante Behandlung durch den Arzt oder Zahnarzt;- vom Arzt oder Zahnarzt verordnete Arzneimittel und Analysen;- Behandlung, Verpflegung und Unterkunft in der allgemeinen Abteilung eines Spitals, mit dem ein Tarifvertrag abgeschlossen wurde;- ärztlich verordnete Nach- und Badekuren;- der Heilung dienliche Mittel und Gegenstände. <p>Freie Wahl von Arzt, Zahnarzt, Chiropraktor, Apotheke und Heilanstalt.</p> <ul style="list-style-type: none">- Einfache und zweckmässige Hilfsmittel leihweise oder zu Eigentum.- Sachschäden: der Versicherte hat Anspruch auf Deckung der durch den Unfall verursachten Schäden an Sachen, die einen Körperteil oder eine Körperfunktion ersetzen (für Brillen, Hörapparate und Zahnprothesen besteht ein Ersatzanspruch nur unter bestimmten Voraussetzungen).- Notwendige Rettungskosten sowie medizinisch notwendige Reise- und Transportkosten werden vergütet. Die Vergütung für Kosten im Ausland ist begrenzt.- Leichentransport- und Bestattungskosten.
---	--

VERSICHERUNG FÜR UNFÄLLE UND BERUFSKRANKHEITEN (Fortsetzung)

GELDLLEISTUNGEN	Taggeld, Invalidenrente, Integritätsentschädigung, Hilflosenentschädigung, Hinterlassenenrente, Abfindung
TAGGELD*	
Entstehung und Dauer des Anspruches	Er entsteht am dritten Tag nach dem Unfalltag und erlischt mit der Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit, mit dem Beginn einer Rente oder mit dem Tod des Versicherten.
Höhe	80% des versicherten Verdienstes; bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit wird entsprechend gekürzt. Bei Aufenthalt in einer Heilanstalt wird ein Abzug für die Unterhaltskosten gemacht, ausser bei Versicherten, die für minderjährige oder in Ausbildung (Berufslehre, Studium) begriffene Kinder zu sorgen haben.
Versicherter Verdienst für die Bemessung der Taggelder	Der letzte vom Versicherten vor dem Unfall bezogene Lohn. Er wird auf ein volles Jahr umgerechnet und durch 365 geteilt. Max. SFr. 293.- / Tag.
INVALIDENRENTE	
Begriff der Invalidität	Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt.
Beginn und Ende des Anspruchs	Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes des Versicherten mehr erwartet werden kann und Eingliederungsmassnahmen abgeschlossen sind. Der Anspruch erlischt mit der gänzlichen Abfindung, mit dem Auskauf der Rente oder mit dem Tod des Versicherten.
Mindestsatz der Erwerbsunfähigkeit	Ist der Versicherte zu mindestens 10% invalid, so hat er Anspruch auf eine Invalidenrente. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre.
Höhe	Vollinvalidität: 80% des versicherten Verdienstes. Teilinvalidität: entsprechende Kürzung.
Versicherter Verdienst für die Bemessung der Invalidenrente	Der vom Versicherten innerhalb eines Jahres vor dem Unfall bezogene Lohn. Max. SFr. 8 900.- /Monat.
ABFINDUNG DES VERSICHERTEN	Kann aus der Art des Unfalles und dem Verhalten des Versicherten geschlossen werden, dass er durch eine einmalige Entschädigung wieder erwerbsfähig würde, so hören die bisherigen Leistungen auf und der Versicherte erhält eine Abfindung von höchstens dem dreifachen Betrag des versicherten Jahresverdienstes.

* Für Arbeitslose besteht eine besondere Regelung.

VERSICHERUNG FÜR UNFÄLLE UND BERUFSSKRANKHEITEN (Fortsetzung)

<p>INTEGRITÄTS- ENTSCHÄDIGUNG</p>	<p>Kapitalleistung, die entsprechend der Schwere des Integritätsschadens abgestuft wird und den am Unfalltag geltenden Höchstbetrag des versicherten Jahresverdienstes nicht übersteigen darf.</p>
<p>HILFLOSEN- ENTSCHÄDIGUNG</p>	<p>Als hilflos gilt eine Person, die wegen der Beeinträchtigung der Gesundheit für alltägliche Lebensverrichtungen dauernd der Hilfe Dritter oder der persönlichen Überwachung bedarf. Die Hilflosenentschädigung wird nach dem Grad der Hilflosigkeit bemessen.</p>
<p>HINTERLASSENENRENTE</p>	
<p>– Überlebender Ehegatte* Anspruch</p> <p>Höhe der Rente</p> <p>Höhe der Abfindung</p> <p>– Waisen Anspruch Höhe</p> <p>Dauer der Gewährung</p> <p>Höchstbetrag für mehrere Anspruchsberechtigte</p> <p>Versicherter Lohn für die Bemessung der Hinterlassenenrenten</p>	<p>– Witwe und Witwer, die bei der Verwitwung ein oder mehrere rentenberechtigte Kinder haben oder die mindestens zu zwei Dritteln invalid sind; – Witwe, die Kinder hat, die nicht mehr rentenberechtigt sind, oder die das 45. Altersjahr zurückgelegt hat; Witwen haben Anspruch auf eine einmalige Abfindung, wenn sie die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente nicht erfüllen; – der geschiedene Ehegatte der Witwe oder dem Witwer gleichgestellt ist, sofern der verstorbene Versicherte ihm gegenüber zu Unterhaltsbeiträgen verpflichtet war.</p> <p>40% des versicherten Verdienstes. Die Hinterlassenenrente für den geschiedenen Ehegatten entspricht 20% des versicherten Verdienstes, höchstens aber dem geschuldeten Unterhaltsbeitrag.</p> <p>Entsprechend der Dauer der Ehe (weniger als 1 Jahr: einfacher Jahresbetrag der Rente); (mindestens 1 Jahr, aber weniger als 5 Jahre: dreifacher Jahresbeitrag der Rente); (mehr als 5 Jahre: fünffacher Jahresbetrag der Rente).</p> <p>Halb- oder Vollwaisenrente. Halbwaisenrente: 15% des versicherten Verdienstes; Vollwaisenrente: 25% des versicherten Verdienstes.</p> <p>Der Rentenanspruch des überlebenden Ehegatten erlischt mit der Wiederverheiratung, mit dem Tod des Berechtigten oder dem Auskauf der Rente. Der Anspruch auf Waisenrente erlischt mit der Vollendung des 18. Altersjahres (bei Ausbildung spätestens mit dem 25. Altersjahr), mit der Heirat oder dem Tode der Waise oder mit dem Auskauf der Rente.</p> <p>Für mehrere Hinterlassene zusammen betragen die Hinterlassenenrenten gesamthaft höchstens 70% des versicherten Verdienstes (zusammen mit der Rente für den geschiedenen Ehegatten höchstens 90%).</p> <p>Wie für die Invalidenrente.</p>

* Solange eine eingetragene Partnerschaft gleichgeschlechtlicher Paare dauert, ist sie einer Ehe gleichgestellt; die gerichtliche Auflösung der Partnerschaft ist einer Scheidung gleichgestellt; stirbt ein/e Partner/in, so ist die überlebende Person einem Witwer gleichgestellt.

VERSICHERUNG FÜR UNFÄLLE UND BERUFSSKRANKHEITEN (Fortsetzung)

ANPASSUNG	Die Renten der Unfallversicherung werden gleichzeitig mit den Renten der Grund-Rentenversicherung (1. Säule) angepasst.
ZUSAMMENTREFFEN VON LEISTUNGEN	Bei Zusammentreffen mit Leistungen der AHV/IV gewährt die Unfallversicherung nur eine Komplementärrente, die der Differenz zwischen 90% des versicherten Verdienstes und der/den Rente(n) der AHV oder der IV entspricht, höchstens aber dem Betrag, auf den der/die Berechtigte(n) allein in der Unfallversicherung Anspruch hätte(n).

GRUND-RENTENVERSICHERUNG (1. Säule) ALTERSVERSICHERUNG

GESETZGEBUNG	Bundesgesetz vom 20. Dezember 1946 über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVG) Bundesgesetz vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG)
<p>Ziel</p> <p>Obligatorische Versicherung</p> <p>Freiwillige Versicherung</p> <p>Unterstellung</p>	<p>Gemäss Artikel 112 der Bundesverfassung haben die Renten der Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (1. Säule) den Existenzbedarf angemessen zu decken.</p> <p>Alle natürlichen Personen, die in der Schweiz ihren zivilrechtlichen Wohnsitz haben oder dort eine Erwerbstätigkeit ausüben, sind obligatorisch versichert, ebenso Schweizer Bürger, die im Ausland im Dienste der Eidgenossenschaft, oder der internationalen Organisationen mit denen der Bundesrat ein Sitzabkommen abgeschlossen hat, oder privater, vom Bund nahmhaft subventionierter Hilfsorganisationen, tätig sind. Das Gesetz sieht gewisse Ausnahmen von der obligatorischen Versicherung vor. Die Versicherung können weiterführen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Personen, die für einen Arbeitgeber mit Sitz in der Schweiz im Ausland tätig sind und von ihm entlohnt werden, sofern dieser sein Einverständnis erklärt; - nicht erwerbstätige Studierende, die ihren Wohnsitz in der Schweiz aufgeben, um im Ausland einer Ausbildung nachzugehen, bis zum 31.12. des Jahres, in welchem sie das 30. Altersjahr vollenden. <p>Schweizer Bürger und Staatsangehörige der Mitgliedstaaten der EG oder der EFTA, die in einem Staat ausserhalb der EG oder der EFTA leben, können der freiwilligen Versicherung beitreten, falls sie unmittelbar vorher während mindestens fünf aufeinander folgenden Jahren obligatorisch versichert waren.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Versicherten sind beitragspflichtig, soweit sie eine Erwerbstätigkeit ausüben; - für Nichterwerbstätige beginnt die Beitragspflicht am 1. Januar des Jahres nach Vollendung des 20. Altersjahres und dauert bis zum Ende des Monats, in welchem Frauen das 64. und Männer das 65. Altersjahr vollendet haben; - zwei Kategorien junger Versicherter müssen keine Beiträge bezahlen; - die eigenen Beiträge gelten als bezahlt, sofern der Ehegatte* Beiträge von mindestens der doppelten Höhe des Mindestbeitrages bezahlt hat, bei: <ul style="list-style-type: none"> a. nichterwerbstätigen Ehegatten* von erwerbstätigen Versicherten; b. Versicherten, die im Betrieb ihres Ehegatten* mitarbeiten, soweit sie keinen Barlohn beziehen.
ORDENTLICHE ALTERSRENTEN	
Allgemeine Anspruchsvoraussetzungen	<ul style="list-style-type: none"> - Schweizer Bürger: Männer müssen das 65., Frauen das 64. Altersjahr vollendet haben; es müssen ihnen für mindestens ein volles Jahr Beiträge angerechnet werden können; - Ausländer: wie bei Schweizer Bürgern; sie müssen ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt in der Schweiz haben.

* Solange eine eingetragene Partnerschaft gleichgeschlechtlicher Paare dauert, ist sie einer Ehe gleichgestellt.

GRUND-RENTENVERSICHERUNG (1. Säule) ALTERSVERSICHERUNG (Fortsetzung)

ORDENTLICHE ALTERSRENTEN (Fortsetzung)	
Berechnung der Rente	Aufgrund des massgebenden durchschnittlichen Jahreseinkommens und der Anzahl Beitragsjahre.
Durchschnittliches Jahreseinkommen	Das durchschnittliche Jahreseinkommen setzt sich zusammen aus: <ul style="list-style-type: none">- den Erwerbseinkommen;- den Erziehungsgutschriften;- den Betreuungsgutschriften.
Erwerbseinkommen	Es werden die Erwerbseinkommen berücksichtigt, auf denen Beiträge bezahlt wurden; die Beiträge von nichterwerbstätigen Personen werden umgewandelt und als Erwerbseinkommen angerechnet; die Einkommen, die Ehegatten* während der Kalenderjahre der gemeinsamen Ehe* erzielt haben, werden geteilt und je zur Hälfte den beiden Ehegatten* angerechnet (Splitting).
Splitting	Die Einkommensteilung wird vorgenommen: <ul style="list-style-type: none">- wenn beide Ehegatten* rentenberechtigt sind;- wenn eine verwitwete Person* Anspruch auf eine Altersrente hat;- bei Auflösung der Ehe durch Scheidung*.
Erziehungsgutschriften	Versicherten wird für die Jahre, in welchen sie die elterliche Gewalt über eines oder mehrere Kinder ausüben, die das 16. Altersjahr noch nicht erreicht haben, eine Erziehungsgutschrift angerechnet. Dabei wird Ehepaaren nur eine Gutschrift gewährt. Die Gutschrift entspricht dem Betrag der dreifachen minimalen jährlichen Altersrente im Zeitpunkt der Entstehung des Rentenanspruchs. Bei verheirateten Personen* wird die Gutschrift während der Kalenderjahre der Ehe* hälftig geteilt.
Betreuungsgutschriften	Versicherte, die im gemeinsamen Haushalt Verwandte in auf- oder absteigender Linie oder Geschwister mit einem Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung der AHV oder der IV für mindestens mittlere Hilflosigkeit betreuen, haben Anspruch auf Anrechnung einer Betreuungsgutschrift. Wenn gleichzeitig ein Anspruch auf Erziehungsgutschriften besteht, kann die Betreuungsgutschrift nicht angerechnet werden. Die Gutschrift entspricht dem Betrag der dreifachen minimalen jährlichen Altersrente im Zeitpunkt der Entstehung des Rentenanspruchs. Sie wird im individuellen Konto vermerkt und muss jedes Jahr schriftlich angemeldet werden; wird der Anspruch auf Betreuungsgutschrift nicht innert fünf Jahren nach Ablauf des Kalenderjahres angemeldet, in welchem eine Person betreut wurde, so wird die Gutschrift für das betreffende Jahr nicht mehr im individuellen Konto vermerkt. Bei verheirateten Personen* wird die Betreuungsgutschrift während der Kalenderjahre der Ehe* hälftig aufgeteilt.

* Solange eine eingetragene Partnerschaft gleichgeschlechtlicher Paare dauert, ist sie einer Ehe gleichgestellt; die gerichtliche Auflösung der Partnerschaft ist einer Scheidung gleichgestellt; stirbt ein/e Partner/in, so ist die überlebende Person einem Witwer gleichgestellt.

GRUND-RENTENVERSICHERUNG (1. Säule) ALTERSVERSICHERUNG (Fortsetzung)

ORDENTLICHE ALTERSRENTEN (Fortsetzung)	
Beitragsdauer	Die Beitragsdauer ist vollständig, wenn eine Person während gleich vielen Jahren Beiträge geleistet hat wie die Versicherten ihres Jahrganges.
Beitragszeiten	Folgende Zeiten werden als Beitragszeiten angerechnet: <ul style="list-style-type: none">- Zeiten, während denen eine Person Beiträge bezahlt hat;- Zeiten, während denen der Ehepartner* einer Person Beiträge von mindestens der doppelten Höhe des Mindestbeitrages bezahlt hat (letzte darf nicht erwerbstätig sein oder darf, wenn sie im Betrieb des Ehegatten* mitarbeitet, keinen Barlohn beziehen);- Zeiten, für die Erziehungs- oder Betreuungsgutschriften gutgeschrieben werden können.
Voll- und Teilrente	Eine Vollrente gelangt zur Auszahlung, wenn die Beitragsdauer vollständig ist; eine Teilrente gelangt zur Auszahlung, wenn die Beitragsdauer nicht vollständig ist.
Zuschlag	Verwitwete Bezügerinnen und Bezüger* von Altersrenten haben Anspruch auf einen Zuschlag von 20% ihrer Rente. Rente und Zuschlag dürfen den Höchstbetrag der Altersrente nicht übersteigen.
Aufwertung	In der Regel alle 2 Jahre Anpassung der Renten an die Lohn- und Preisentwicklung durch Neufestsetzung des Rentenindex. Vorherige Anpassung, wenn der Verbraucherpreisindex innert eines Jahres um mehr als 4% angestiegen ist.
Vorbezug und Aufschub	Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine ordentliche Altersrente erfüllen, können die Rente um ein oder 2 Jahre vorbeziehen. Die Rentenkürzung beträgt pro vorbezoogenes Jahr 6,8%. Bis ins Jahr 2009 beträgt der Kürzungssatz für Frauen 3,4% pro Vorbezugsjahr. Personen, die Anspruch auf eine ordentliche Altersrente haben, können den Anfang des Rentenbezuges mindestens ein Jahr und höchstens fünf Jahre aufschieben. Der Rentenaufschub führt zu einem Rentenzuschlag zwischen 5,2 und 31,5%.
Einstellung	Beim Tod des Versicherten.

* Solange eine eingetragene Partnerschaft gleichgeschlechtlicher Paare dauert, ist sie einer Ehe gleichgestellt; die gerichtliche Auflösung der Partnerschaft ist einer Scheidung gleichgestellt; stirbt ein/e Partner/in, so ist die überlebende Person einem Witwer gleichgestellt.

GRUND-RENTENVERSICHERUNG (1. Säule) ALTERSVERSICHERUNG (Fortsetzung)

ORDENTLICHE ALTERSRENTEN (Fortsetzung)										
Art und Höhe der Vollrenten	<p>Altersrente: Minimum SFr. 1 105.– /Monat, Maximum SFr. 2 210.– /Monat. Die Summe der beiden Renten eines Ehepaares* beträgt maximal 150% des Höchstbetrages der Altersrente, d.h. SFr. 3 315.– /Monat.</p> <p>Zusatzrente: Einer Person, die bis zur Entstehung des Anspruchs auf Altersrente eine Zusatzrente der IV bezogen hat, wird diese Rente weitergewährt, bis ihr Ehegatte einen Anspruch auf eine Altersrente oder eine Invalidenrente erwirbt.</p> <p>Kinderrente: Personen, welchen eine Altersrente zusteht, haben für jedes Kind, das im Falle ihres Todes eine Waisenrente beanspruchen könnte, Anspruch auf eine Kinderrente. Die Kinderrente beträgt 40% der entsprechenden Altersrente (Minimum: SFr. 442.– /Monat; Maximum: SFr. 884.– /Monat). Wenn beide Elternteile einen Anspruch auf Kinderrente haben, so sind die beiden Kinderrenten zu kürzen, soweit deren Summe 60% der maximalen Altersrente übersteigt, d.h. SFr. 1 326.– /Monat.</p>									
HILFLOSENTSCHÄDIGUNG										
Begriff	Als hilflos gilt eine Person, die wegen der Beeinträchtigung der Gesundheit für alltägliche Lebensverrichtungen dauernd der Hilfe Dritter oder der persönlichen Überwachung bedarf.									
Anspruchsvoraussetzungen	<ul style="list-style-type: none"> – zivilrechtlicher Wohnsitz und gewöhnlicher Aufenthalt in der Schweiz; – Bezüger einer Altersrente oder von Ergänzungsleistungen und in schwerem oder mittlerem Grade hilflos sein sowie keinen Anspruch auf Hilflosenentschädigung der Unfallversicherung oder der Militärversicherung haben. Hat eine Person bis zum Ende des Monats, in welchem vom Rentenvorbezug Gebrauch gemacht oder in welchem das Rentenalter erreicht wird, eine Hilflosenentschädigung der IV erhalten, so wird ihr die Entschädigung von der Altersversicherung mindestens im bisherigen Betrag weitergewährt. 									
Grad der Hilflosigkeit	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">Schwer</td> <td style="width: 25%;">SFr. 884.– /Monat</td> <td style="width: 60%;">(80% des Mindestbetrages der Altersrente);</td> </tr> <tr> <td>Mittel</td> <td>SFr. 553.– /Monat</td> <td>(50% des Mindestbetrages der Altersrente);</td> </tr> <tr> <td>Leicht</td> <td>SFr. 221.– /Monat</td> <td>(20% des Mindestbetrages der Altersrente).</td> </tr> </table>	Schwer	SFr. 884.– /Monat	(80% des Mindestbetrages der Altersrente);	Mittel	SFr. 553.– /Monat	(50% des Mindestbetrages der Altersrente);	Leicht	SFr. 221.– /Monat	(20% des Mindestbetrages der Altersrente).
Schwer	SFr. 884.– /Monat	(80% des Mindestbetrages der Altersrente);								
Mittel	SFr. 553.– /Monat	(50% des Mindestbetrages der Altersrente);								
Leicht	SFr. 221.– /Monat	(20% des Mindestbetrages der Altersrente).								

* Solange eine eingetragene Partnerschaft gleichgeschlechtlicher Paare dauert, ist sie einer Ehe gleichgestellt.

GRUND-RENTENVERSICHERUNG (1. Säule) LEISTUNGEN AN HINTERLASSENE

GESETZGEBUNG	Bundesgesetz vom 20. Dezember 1946 über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVG) Bundesgesetz vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG)
ORDENTLICHE WITWEN- ODER WITWERRENTE *	
Anspruchsvoraussetzungen	<ul style="list-style-type: none"> – Witwen und Witwer, die im Zeitpunkt der Verwitwung ein oder mehrere Kinder haben (Sonderbestimmungen für Pflegekinder); – Witwen, die keine Kinder (oder Pflegekinder i.S. der Sonderbestimmungen) haben, wenn sie das 45. Altersjahr zurückgelegt haben und mindestens 5 Jahre verheiratet waren; – eine geschiedene Person ist einer Witwe oder einem Witwer gleichgestellt, wenn sie bestimmte Bedingungen erfüllt.
Entstehung des Anspruchs	Am ersten Tag des dem Tode des Ehegatten folgenden Monats.
Erlöschen des Anspruchs	Bei Wiederverheiratung oder beim Tode; bei Entstehung des Anspruchs auf eine Alters- oder Invalidenrente wird die Witwen- oder Witwerrente weiter ausbezahlt, wenn ihr Betrag höher ist. Ein Witwer hat nur Anspruch auf eine Witwerrente, solange er Kinder hat, die das 18. Altersjahr noch nicht vollendet haben. Der Anspruch auf Witwerrente erlischt, sobald das jüngste Kind das 18. Altersjahr vollendet hat.
ORDENTLICHE WAISENRENTE	
Anspruchsvoraussetzungen	Kinder, deren Vater oder Mutter gestorben ist, haben Anspruch auf eine Waisenrente. Sind beide Eltern gestorben, haben sie Anspruch auf 2 Waisenrenten.
Entstehung des Anspruchs	Am ersten Tag des Monats nach dem Tod des Vaters oder der Mutter.
Erlöschen des Anspruchs	<ul style="list-style-type: none"> – beim Tod der Waise; – mit der Vollendung des 18. Altersjahres (25. Altersjahr im Falle einer Ausbildung); – bei Anspruch auf eine IV-, Witwen- oder Witwerrente, falls diese Rente höher ist.

* Solange eine eingetragene Partnerschaft gleichgeschlechtlicher Paare dauert, ist sie einer Ehe gleichgestellt; die gerichtliche Auflösung der Partnerschaft ist einer Scheidung gleichgestellt; stirbt ein/e Partner/in, so ist die überlebende Person einem Witwer gleichgestellt.

GRUND-RENTENVERSICHERUNG (1. Säule) LEISTUNGEN AN HINTERLASSENE (Fortsetzung)

Art und Höhe der Vollrenten	Witwen- oder Witwerrente: 80% der dem massgebenden durchschnittlichen Jahreseinkommen entsprechenden Altersrente; Minimum: SFr. 884.– /Monat; Maximum: SFr. 1 768.– /Monat. Waisenrente: 40% der dem massgebenden durchschnittlichen Jahreseinkommen entsprechenden Altersrente; Minimum: SFr. 442.– /Monat; Maximum: SFr. 884.– /Monat. Sind beide Elternteile gestorben, so werden die Waisenrenten gekürzt, soweit ihre Summe 60% der maximalen Altersrente, d.h. SFr. 1 326.– /Monat, übersteigt.
AUSSERORDENTLICHE RENTEN	
Anspruchsvoraussetzungen	Anspruch auf eine ausserordentliche Rente haben Schweizer Bürger mit Wohnsitz und gewöhnlichem Aufenthalt in der Schweiz, wenn sie selbst oder die verstorbene Person während der gleichen Zahl von Jahren versichert waren wie ihr Jahrgang, ihnen aber keine ordentliche Rente zusteht, weil sie bis zur Entstehung des Rentenanspruchs nicht während eines vollen Jahres der Beitragspflicht unterstellt gewesen sind. Witwen, Witwer* und Waisen haben nur dann Anspruch auf eine ausserordentliche Hinterlassenenrente, wenn der Versicherungsfall eintritt, bevor die versicherte Person das 21. Altersjahr vollendet hat.

* Stirbt ein/e Partner/in, so ist die überlebende Person einem Witwer gleichgestellt.

GRUND-RENTENVERSICHERUNG (1. Säule) INVALIDENVERSICHERUNG

GESETZGEBUNG	Bundesgesetz vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung (IVG) Bundesgesetz vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG)
Ziel	Die Leistungen der IV sollen die Invalidität mit geeigneten, einfachen und zweckmässigen Eingliederungsmassnahmen verhindern, vermindern oder beheben, die verbleibenden ökonomischen Folgen der Invalidität im Rahmen einer angemessenen Deckung des Existenzbedarfs ausgleichen und zu einer eigenverantwortlichen und selbstbestimmten Lebensführung der betroffenen Versicherten beitragen.
Versicherte	Alle Personen, die obligatorisch oder freiwillig in der AHV versichert sind, sind auch in der IV versichert.
Unterstellung	Das AHVG ist entsprechend anwendbar.
Begriff	<ul style="list-style-type: none">- Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt. Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein;- Nicht erwerbstätige Minderjährige gelten als invalid, wenn die Beeinträchtigung ihrer körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit voraussichtlich eine ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit zur Folge haben wird;- Volljährige, die vor der Beeinträchtigung ihrer körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit nicht erwerbstätig waren und denen eine Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann, gelten als invalid, wenn eine Unmöglichkeit vorliegt, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen. <p>Die Invalidität gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat.</p>
Leistungen	Eingliederungsmassnahmen, Renten (ordentliche und ausserordentliche), Hilflosenentschädigungen.
Kürzung und Verweigerung von Leistungen	Die anspruchsberechtigte Person ist verpflichtet, die Durchführung aller Massnahmen, die zu ihrer Eingliederung getroffen werden, zu erleichtern. Kommt die anspruchsberechtigte Person ihrer Mitwirkungspflicht nicht nach, so können ihr die Leistungen gekürzt oder verweigert werden (mit Ausnahme der Taggelder und der Hilflosenentschädigungen).

GRUND-RENTENVERSICHERUNG (1. Säule) INVALIDENVERSICHERUNG (Fortsetzung)

EINGLIEDERUNGSMASSNAHMEN	
Anspruchsvoraussetzungen	<ul style="list-style-type: none">– Der obligatorischen oder der freiwilligen Versicherung unterstellt sein (Sonderbestimmungen für Personen unter 20 Jahren);– invalid sein oder von einer Invalidität unmittelbar bedroht sein, soweit die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, unabhängig von der Ausübung einer Erwerbstätigkeit vor Eintritt der Invalidität, durch solche Massnahmen wieder hergestellt, erhalten oder verbessert werden kann (mit Ausnahme der Massnahmen bei Geburtsgebrechen sowie der Massnahmen für die Sonderschulung und der Hilfsmittel).– für Ausländer zusätzlich mindestens ein Jahr Beiträge oder 10 Jahre ununterbrochener Aufenthalt in der Schweiz (Sonderbestimmungen für Ausländer unter 20 Jahren). <p>Die Eingliederungsmassnahmen werden in der Schweiz (ausnahmsweise auch im Ausland) gewährt.</p>
Leistungsarten:	
– medizinische Massnahmen	<ul style="list-style-type: none">– Medizinische Massnahmen, die nicht auf die Behandlung des Leidens an sich, sondern unmittelbar auf die Eingliederung ins Erwerbsleben oder in den Aufgabenbereich gerichtet sind;– medizinische Massnahmen, die zur Behandlung von Geburtsgebrechen notwendig sind: für Versicherte bis zum vollendeten 20. Altersjahr.
– Massnahmen beruflicher Art	Berufsberatung, erstmalige berufliche Ausbildung, Umschulung, Arbeitsvermittlung, Kapitalhilfe.
– Massnahmen für besondere Schulung	Für bildungsfähige Versicherte, die das 20. Altersjahr noch nicht vollendet haben und denen der Besuch der Volksschule nicht möglich oder nicht zumutbar ist.
– Hilfsmittel	Orthopädische Apparate, Hörapparate, Motorfahrzeuge, Blindenhunde, Spezialwerkzeuge etc. (vom Bundesrat aufgestellte Liste) <ul style="list-style-type: none">i) für die Ausübung der Erwerbstätigkeit oder der Tätigkeit im Aufgabenbereich, zur Erhaltung oder Verbesserung der Erwerbsfähigkeit, für die Schulung, die Aus- und Weiterbildung oder zum Zwecke der funktionellen Angewöhnung;ii) für die Fortbewegung, für die Herstellung des Kontaktes mit der Umwelt oder für die Selbstsorge, ohne Rücksicht auf die Erwerbsfähigkeit.
– Taggelder	<ul style="list-style-type: none">– Der Versicherte hat während der Eingliederung Anspruch auf ein Taggeld, wenn er an wenigstens 3 aufeinander folgenden Tagen wegen der Eingliederung verhindert ist, einer Arbeit nachzugehen, oder in seiner gewohnten Tätigkeit zu mindestens 50% arbeitsunfähig ist;– Versicherten in der erstmaligen beruflichen Ausbildung sowie Versicherten vor dem vollendeten 20. Altersjahr, die noch nicht erwerbstätig gewesen sind, wird ein besonderes Taggeld ausgerichtet, wenn sie eine invaliditätsbedingte Erwerbseinbusse erleiden.

GRUND-RENTENVERSICHERUNG (1. Säule) INVALIDENVERSICHERUNG (Fortsetzung)

ORDENTLICHE INVALIDENRENTEN	
Anspruchsvoraussetzungen	<ul style="list-style-type: none"> - Schweizer Bürger: müssen für mindestens ein volles Jahr Beiträge angerechnet werden können; - Ausländer: wie für Schweizer Bürger (oder 10 Jahre ununterbrochener Aufenthalt in der Schweiz) und weiterhin den Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt in der Schweiz haben.
Rentenarten	<ul style="list-style-type: none"> - Ganze Rente: wenn der Invaliditätsgrad mindestens 70% beträgt; - Dreiviertelsrente: wenn der Invaliditätsgrad mindestens 60% beträgt; - halbe Rente: wenn der Invaliditätsgrad mindestens 50% beträgt; - Viertelsrente: wenn der Invaliditätsgrad mindestens 40% beträgt.
Beginn des Anspruchs	<ul style="list-style-type: none"> - Bleibende Erwerbsunfähigkeit von mindestens 40% oder durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit von mindestens 40% während 1 Jahres ohne wesentlichen Unterbruch; - frühestens vom Monat an, der auf die Vollendung des 18. Altersjahres folgt.
Invaliditätsgrad	<p>Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre. Bei nicht erwerbstätigen Versicherten, welche im Aufgabenbereich tätig sind und denen die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann, wird für die Bemessung der Invalidität darauf abgestellt, in welchem Masse sie behindert sind, sich im Aufgabenbereich zu betätigen.</p>
Berechnung der Rente	<p>Aufgrund des massgebenden durchschnittlichen Jahreseinkommens und der Anzahl Beitragsjahre. Das durchschnittliche Jahreseinkommen setzt sich zusammen aus den Erwerbseinkommen, den Erziehungsgutschriften, den Betreuungsgutschriften.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vollrente: wenn der Versicherte bei Eintritt der Invalidität während gleich vielen Jahren wie sein Jahrgang Beiträge geleistet hat; - Teilrente: wenn die Beitragsdauer im Verhältnis zu derjenigen seines Jahrgangs unvollständig ist. <p>Versicherte mit vollständiger Beitragsdauer, die bei Eintritt der Invalidität weniger als 25 Jahre alt sind, erhalten eine Invalidenrente von mindestens 133 1/3% des Mindestbetrages der entsprechenden Vollrente.</p>
Aufwertung	Wie für die Alters- und Hinterlassenenrenten.
Zusammenfallen von Leistungen	Zusammenfallen mit den Invalidenrenten der Versicherung gegen Unfälle- und Berufskrankheiten zulässig; letztere werden bei Überversicherung herabgesetzt.

GRUND-RENTENVERSICHERUNG (1. Säule) INVALIDENVERSICHERUNG (Fortsetzung)

ORDENTLICHE INVALIDENRENTEN (Fortsetzung)	
Erlöschen des Anspruchs	Sobald der Versicherte nicht mehr invalid ist, Anspruch auf eine Altersrente hat oder stirbt.
Revision der Rente	Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben.
Art und Höhe der Vollrenten	<p>Invalidenrente: Minimum: SFr. 1 105.– /Monat, Maximum: SFr. 2 210.– /Monat; die Summe der beiden Renten eines Ehepaares* kann 150% des Höchstbetrages der Invalidenrente nicht übersteigen, d.h. SFr. 3 315.– /Monat.</p> <p>Kinderrente: Personen, die eine Invalidenrente beziehen, haben für jedes Kind, das im Falle ihres Todes eine Waisenrente beanspruchen könnte, Anspruch auf eine Kinderrente. Die Kinderrente beträgt 40% der entsprechenden Invalidenrente (Minimum: SFr. 442.– /Monat; Maximum: SFr. 884.– /Monat). Haben beide Elternteile einen Anspruch auf Kinderrente, kann die Summe der beiden Kinderrenten 60% der Höchstrente nicht übersteigen, d.h. SFr. 1 326.– /Monat.</p>
AUSSERORDENTLICHE RENTEN	
Anspruchsvoraussetzungen	Anspruch auf ausserordentliche Rente haben invalide Schweizer Bürger mit Wohnsitz und gewöhnlichem Aufenthalt in der Schweiz, die die Mindestbeitragsdauer für eine ordentliche Rente nicht erfüllen, und wenn der Leistungsempfänger oder die verstorbene Person während der gleichen Zahl von Jahren versichert war wie sein/ihr Jahrgang. Anspruch auf eine ausserordentliche Invalidenrente haben Personen, die seit ihrer Geburt oder seit ihrer Kindheit invalid sind, und die Wohnsitz in der Schweiz haben.

* Solange eine eingetragene Partnerschaft gleichgeschlechtlicher Paare dauert, ist sie einer Ehe gleichgestellt.

GRUND-RENTENVERSICHERUNG (1. Säule) INVALIDENVERSICHERUNG (Fortsetzung)

HILFLOSENTSCHÄDIGUNG										
Begriff	<p>Als hilflos gilt eine Person, die wegen der Beeinträchtigung der Gesundheit für alltägliche Lebensverrichtungen dauernd der Hilfe Dritter oder der persönlichen Überwachung bedarf. Es ist zu unterscheiden zwischen schwerer, mittelschwerer und leichter Hilflosigkeit.</p> <p>Als hilflos gilt ebenfalls eine Person, welche zu Hause lebt und wegen der Beeinträchtigung der Gesundheit dauernd auf lebenspraktische Begleitung angewiesen ist. In diesem Fall liegt immer eine leichte Hilflosigkeit vor. Ist nur die psychische Gesundheit beeinträchtigt, so muss für die Annahme einer Hilflosigkeit mindestens ein Anspruch auf eine Viertelsrente gegeben sein.</p>									
Anspruchsvoraussetzungen	<p>Versicherte mit Wohnsitz und gewöhnlichem Aufenthalt in der Schweiz, die hilflos sind, haben Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung. Ausländer müssen zusätzlich während mindestens eines vollen Jahres Beiträge geleistet oder während mindestens 10 Jahren ununterbrochen in der Schweiz gewohnt haben.</p> <p>Der Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung entfällt bei einem Aufenthalt in einer Institution zur Durchführung von Eingliederungsmassnahmen.</p> <p>Minderjährige haben keinen Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung, wenn sie lediglich auf lebenspraktische Begleitung angewiesen sind.</p>									
Entstehung und Erlöschen des Anspruchs	<p>Die Hilflosenentschädigung wird frühestens ab der Geburt gewährt. Bei Versicherten, welche das erste Lebensjahr noch nicht vollendet haben, entsteht der Anspruch, sobald voraussichtlich während mehr als zwölf Monaten eine Hilflosigkeit besteht. Nach Vollendung des ersten Lebensjahres muss die versicherte Person während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch hilflos gewesen sein.</p> <p>Der Anspruch auf die Hilflosenentschädigung erlischt sobald die versicherte Person eine Altersrente der AHV bezieht.</p>									
Höhe	<table border="0"> <tr> <td>Schwer</td> <td>SFr. 1 768.– /Monat</td> <td>(80% des Höchstbetrages der Altersrente);</td> </tr> <tr> <td>Mittel</td> <td>SFr. 1 105.– /Monat</td> <td>(50% des Höchstbetrages der Altersrente);</td> </tr> <tr> <td>Leicht</td> <td>SFr. 442.– /Monat</td> <td>(20% des Höchstbetrages der Altersrente).</td> </tr> </table> <p>Die Hilflosenentschädigung für Versicherte, die sich in einem Heim aufhalten, beträgt die Hälfte dieser Ansätze.</p>	Schwer	SFr. 1 768.– /Monat	(80% des Höchstbetrages der Altersrente);	Mittel	SFr. 1 105.– /Monat	(50% des Höchstbetrages der Altersrente);	Leicht	SFr. 442.– /Monat	(20% des Höchstbetrages der Altersrente).
Schwer	SFr. 1 768.– /Monat	(80% des Höchstbetrages der Altersrente);								
Mittel	SFr. 1 105.– /Monat	(50% des Höchstbetrages der Altersrente);								
Leicht	SFr. 442.– /Monat	(20% des Höchstbetrages der Altersrente).								
Intensivpflegezuschlag	<p>Die Hilflosenentschädigung für Minderjährige, die zusätzlich eine intensive Betreuung brauchen, wird um einen Intensivpflegezuschlag erhöht; dieser Zuschlag wird nicht gewährt bei einem Aufenthalt in einem Heim. Der monatliche Intensivpflegezuschlag beträgt bei einem Betreuungsaufwand von mindestens 8 Stunden pro Tag SFr. 1 326.–, bei einem solchen von mindestens 6 Stunden pro Tag SFr. 884.– und bei einem solchen von mindestens 4 Stunden pro Tag SFr. 442.–. Der Zuschlag berechnet sich pro Tag.</p>									

ERWERBSERSATZ FÜR DIENSTLEISTENDE UND BEI MUTTERSCHAFT

GESETZGEBUNG	Bundesgesetz vom 25. September 1952 über den Erwerbsersatz für Dienstleistende und bei Mutterschaft (EOG) Bundesgesetz vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG)
Bezugsberechtigte Personen	Personen, die in der schweizerischen Armee oder im Rotkreuzdienst Dienst leisten, die Zivildienst oder Schutzdienst leisten, die Teilnehmer an eidgenössischen und kantonalen Leiterkursen von Jugend und Sport sowie an Jungschützenleiterkursen sind, haben für jeden Dienstag Anspruch auf eine Entschädigung für Dienstleistende. Diese Personen werden als "Dienstleistende" bezeichnet. Frauen, die erwerbstätig sind, haben Anspruch auf eine Mutterschaftsentschädigung.
ENTSCHÄDIGUNGEN FÜR DIENSTLEISTENDE	
Entschädigungsarten	
Grundentschädigung	Die Dienstleistenden haben Anspruch auf die Grundentschädigung.
Kinderzulagen	Die Dienstleistenden haben Anspruch auf Kinderzulagen für jedes Kind, welches das 18. Altersjahr noch nicht vollendet hat (25. Altersjahr für Kinder in Ausbildung).
Zulage für Betreuungskosten	Die Dienstleistenden, die mit einem oder mehreren Kindern unter 16 Jahren im gemeinsamen Haushalt leben, haben Anspruch auf eine Zulage für Betreuungskosten, wenn sie den Nachweis erbringen, dass wegen des Dienstes solche zusätzlichen Kosten für die Kinderbetreuung angefallen sind und der Dienst mindestens zwei zusammenhängende Tage umfasst.
Betriebszulagen	Die Dienstleistenden, die als Eigentümer, Pächter oder Nutzniesser einen Betrieb führen oder als Teilhaber einer Kollektivgesellschaft, als unbeschränkt haftende Teilhaber einer Kommanditgesellschaft sowie, unter gewissen Bedingungen, die Dienstleistenden, die als mitarbeitende Familienglieder in einem Landwirtschaftsbetrieb tätig sind, haben Anspruch auf Betriebszulagen.
Höhe	
Grundentschädigung	Personen, die vor Beginn des Dienstes nicht erwerbstätig waren: SFr. 54.– pro Tag. Personen, die erwerbstätig sind: 80% des durchschnittlichen vordienstlichen Erwerbseinkommens (Min. SFr. 54.– /Tag, Max. SFr. 172.– /Tag).
Kinderzulagen	SFr. 18.– pro Tag für jedes Kind.
Zulage für Betreuungskosten	Vergütet werden die tatsächlichen Kosten, höchstens aber SFr. 59.– pro Dienstag. Auslagen unter SFr. 20.– werden nicht vergütet.
Betriebszulagen	SFr. 59.– pro Tag.
Gesamtentschädigung	Die Gesamtentschädigung umfasst die Grundentschädigung sowie die Kinderzulagen; sie beträgt höchstens SFr. 215.– pro Tag. Zulagen für Betreuungskosten und Betriebszulagen werden ungekürzt zusätzlich zur Gesamtentschädigung ausgerichtet.

ERWERBSERSATZ FÜR DIENSTLEISTENDE UND BEI MUTTERSCHAFT (Fortsetzung)

MUTTERSCHAFTSENTSCHÄDIGUNG	
Anspruchsvoraussetzungen	<ul style="list-style-type: none">- Eine Erwerbstätigkeit als Arbeitnehmerin oder Selbständigerwerbende ausüben;- während der 9 Monate unmittelbar vor der Niederkunft im Sinne des AHVG obligatorisch versichert gewesen sein (entsprechend reduzierte Versicherungsdauer, wenn die Niederkunft vor Ablauf des 9. Schwangerschaftsmonats erfolgt);- in dieser Zeit mindestens 5 Monate lang eine Erwerbstätigkeit ausgeübt haben.
Beginn des Anspruchs	Der Entschädigungsanspruch entsteht am Tag der Niederkunft.
Ende des Anspruchs	Der Anspruch endet am 98. Tag nach seinem Beginn. Er endet vorzeitig, wenn die Mutter – unabhängig vom Beschäftigungsgrad – ihre Erwerbstätigkeit wieder aufnimmt oder wenn sie stirbt.
Höhe	80% des durchschnittlichen Erwerbseinkommens, welches vor Beginn des Entschädigungsanspruchs erzielt wurde. Die Mutterschaftsentschädigung beträgt höchstens SFr. 172.– pro Tag.

ERGÄNZUNGSLEISTUNGEN ZUR 1. SÄULE

GESETZGEBUNG	Bundesgesetz vom 19. März 1965 über die Ergänzungsleistungen zur AHV und IV (ELG) Bundesgesetz vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG)
Ziel der EL	Artikel 112 der Bundesverfassung sieht vor, dass die Renten der Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (1. Säule) den Existenzbedarf betagter Menschen, Hinterlassener sowie behinderter Personen angemessen decken müssen. Wird der Existenzbedarf durch die 1. Säule nicht gedeckt, können die Kantone durch die Ausrichtung von Ergänzungsleistungen zur Erfüllung des Verfassungsauftrages beitragen (Art. 196, Ziffer 10 der Bundesverfassung). Die Kantone sind aufgrund des ELG nicht verpflichtet, Ergänzungsleistungen auszurichten. Entscheiden sie sich aber dazu, finanziert der Bund einen Teil der gewährten Leistungen durch Subventionen. Alle 26 Kantone gewähren EL und haben entsprechende Gesetze erlassen. Aufgrund des ELG, das in erster Linie ein Subventionierungsgesetz ist, ist die materielle Regelung der EL weitgehend durch den Bund festgelegt.
Wesen der EL	Die EL sind beitragsunabhängige Leistungen. Es handelt sich um Bedarfsleistungen für betagte Menschen, Hinterlassene und behinderte Personen. Sie bestehen aus: a. der jährlichen EL, welche monatlich ausbezahlt wird; b. der Vergütung der Krankheits- und Behinderungskosten.
Anspruchsvoraussetzungen	Zum einen von persönlichen, zum andern von wirtschaftlichen Voraussetzungen abhängig.
persönliche Voraussetzungen	Im Normalfall handelt es sich bei den EL um Zusatzleistungen zu den Renten von AHV und IV; in gewissen Fällen werden sie jedoch unabhängig von der Rente ausgerichtet. Anspruchsberechtigt sind Personen, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt in der Schweiz haben. Ausländer können nur dann EL beanspruchen, wenn sie sich unmittelbar vor dem Zeitpunkt, von welchem an die EL verlangt werden, während 10 Jahren ununterbrochen in der Schweiz aufgehalten haben (5 Jahre für Flüchtlinge und Staatenlose).
wirtschaftliche Voraussetzungen	Die EL entsprechen dem Mehr an Ausgaben einer Person im Vergleich zu ihren Einnahmen, wobei ein Höchstbetrag vorgesehen ist. Da es sich um die Deckung des Existenzbedarfs handelt, können nicht alle Ausgaben berücksichtigt werden: Das ELG enthält die abschliessende Liste der zu berücksichtigenden Ausgaben. Bei Personen, die EL beziehen, wird unterschieden, ob sie in einem Heim oder zu Hause leben. Zu den anrechenbaren Einnahmen gehören Renten, Pensionen und andere wiederkehrende Leistungen, Vermögenserträge, das Vermögen selbst, Erwerbseinkünfte, Familienzulagen und Alimente sowie Einkünfte und Vermögenswerte, auf die verzichtet worden ist. Zu den anerkannten Ausgaben für Personen, die zu Hause wohnen, gehört namentlich ein Betrag für den allgemeinen Lebensbedarf. Die vorgesehenen Höchstbeträge wurden wie folgt festgelegt: - für eine alleinstehende Person: SFr. 18 140.– /Jahr; - für ein Ehepaar*: SFr. 27 210.– /Jahr; - für das erste und zweite Kind, jedem: SFr. 9 480.– /Jahr; - für das dritte und vierte Kind, jedem: SFr. 6 320.– /Jahr; - ab dem fünften Kind, jedem: SFr. 3 160.– /Jahr.
Betrag	Die Höhe der EL entspricht dem Ausgabenüberhang; die Höhe kann für Personen, die zu Hause wohnen, höchstens den Betrag von SFr. 53 040.– /Jahr erreichen. Personen, die in einem Heim wohnen, erreichen die jährlichen EL höchstens den Betrag von SFr. 31 745.–.

* Solange eine eingetragene Partnerschaft gleichgeschlechtlicher Paare dauert, ist sie einer Ehe gleichgestellt.

BERUFLICHE VORSORGE (2. Säule)

GESETZGEBUNG	<p>Bundesgesetz vom 25. Juni 1982 über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge (BVG) Bundesgesetz vom 17. Dezember 1993 über die Freizügigkeit in der beruflichen Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge (FZG) Bundesgesetz vom 17. Dezember 1993 über die Wohneigentumsförderung mit Mitteln der beruflichen Vorsorge</p>
<p>Ziel</p> <p>Voraussetzungen der obligatorischen Versicherung</p> <p>Freiwillige Versicherung</p>	<p>Gemäss Artikel 113 der Bundesverfassung muss die berufliche Vorsorge (2. Säule) zusammen mit der Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (1. Säule) die Fortsetzung der gewohnten Lebenshaltung in angemessener Weise ermöglichen.</p> <p>Das BVG setzt die obligatorischen Mindestleistungen fest. Die Vorsorgeeinrichtungen können in ihren Reglementen Leistungen vorsehen, die über die obligatorische Mindestvorsorge hinausgehen. Sie können insbesondere einen Lohn versichern, der unter der Mindestgrenze bzw. über der Obergrenze des BVG liegt. Jedoch ist der versicherbare Lohn auf SFr. 795 600.– beschränkt (Koordinationsabzug inbegriffen).</p> <p>Arbeitnehmer, die mehr als 17 Jahre alt sind und von einem Arbeitgeber einen Jahreslohn von mehr als SFr. 19 890.– erhalten, sind für die Risiken Invalidität und Tod obligatorisch versichert (24 Jahre für das Risiko Alter). Arbeitslose sind unter strengen Voraussetzungen ebenfalls gegen die Risiken Invalidität und Tod versichert.</p> <p>Der Versicherung unterliegt der Jahreslohn zwischen SFr. 23 205.– (Koordinationsabzug) und SFr. 79 560.–. Dieser Lohnteil wird als koordinierter Lohn bezeichnet. Der minimale koordinierte Lohn beträgt SFr. 3 315.–.</p> <p>Jeder Arbeitgeber, der Arbeitnehmer beschäftigt, welche der obligatorischen Versicherung unterstellt sind, muss einer im Register der beruflichen Vorsorge eingetragenen Vorsorgeeinrichtung angeschlossen werden.</p> <p>Freiwillige Versicherung für die dem Obligatorium nicht unterstellten Arbeitnehmer und Selbständigerwerbenden.</p>
VERSICHERUNGS-LEISTUNGEN	<p>Altersleistungen, Hinterlassenenleistungen, Invalidenleistungen, Kapitalleistungen.</p>
Berechnung der Renten	<p>Die Renten werden in % des Altersguthabens berechnet (Umwandlungssatz). Das Altersguthaben besteht aus: – den Altersgutschriften (in % des koordinierten Lohnes berechnet; der Satz variiert je nach Alter des Versicherten) samt Zinsen für die Zeit, während der der Versicherte der Vorsorgeeinrichtung angehört hat; – allfällige Austrittsleistungen, samt Zinsen.</p>

BERUFLICHE VORSORGE (2. Säule) (Fortsetzung)

VERSICHERUNGSLEISTUNGEN (Fortsetzung)	
Altersleistungen	
Entstehung des Anspruchs	Männer, die das 65. Altersjahr zurückgelegt haben; Frauen, die das 64. Altersjahr zurückgelegt haben. – Rentenvorbezug möglich, wenn das Reglement der betreffenden Vorsorgeeinrichtung dies vorsieht (frühestens mit 58 Jahren); – Die Reglemente der Vorsorgeeinrichtungen können für Männer und Frauen das gleiche Rentenalter vorsehen.
Leistungsarten	Altersrenten: berechnet in % des Altersguthabens (Mindestumwandlungssatz, zurzeit 7,1% für Männer und 7,15% für Frauen) des Versicherten bei Erreichen des Rentenalters. Kapitalleistungen: wenn die Rente niedriger ist als 10% der Mindestaltersrente der AHV, oder wenn das Reglement der Vorsorgeeinrichtung es vorsieht. Der Versicherte kann verlangen, dass ihm ein Viertel seines Altersguthabens als einmalige Kapitalabfindung ausgerichtet wird. Kinderrente: Versicherte, denen eine Altersrente zusteht, haben für jedes Kind, das im Falle ihres Todes eine Waisenrente beanspruchen könnte, Anspruch auf eine Kinderrente in Höhe der Waisenrente.
Hinterlassenenleistungen *	
Entstehung des Anspruchs	Beim Tod des versicherten Arbeitnehmers (Versicherungsklausel) oder beim Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, wenn der Tod darauf zurückzuführen ist, oder beim Tod eines Rentenbezügers (Alters- oder Invalidenrente).
Anspruchsberechtigte	– der überlebende Ehegatte, der beim Tod des Ehegatten für den Unterhalt mindestens eines Kindes aufkommen muss oder älter als 45 Jahre ist und die Ehe mindestens 5 Jahre gedauert hat. Der überlebende Ehegatte, der keine dieser Voraussetzungen erfüllt, hat Anspruch auf eine einmalige Abfindung in Höhe von drei Jahresrenten; – die Kinder des Verstorbenen einschliesslich Pflegekinder; – die Reglemente der Vorsorgeeinrichtungen können unter bestimmte Voraussetzungen weitere begünstigte Personen für die Hinterlassenenleistungen vorsehen.
Leistungsarten	Witwen-/ Witwerrente: 60% der ganzen Invalidenrente, die dem Versicherten zugestanden hätte; Waisenrente: 20% der ganzen Invalidenrente, die dem Versicherten zugestanden hätte, für jedes Kind; Kapitalleistungen: wenn die Witwen-/ Witwerrente weniger als 6% (die Waisenrente weniger als 2%) des Mindestbetrags der Altersrente der ersten Säule beträgt oder das Reglement der Vorsorgeeinrichtung es vorsieht.
Erlöschen des Anspruchs	Witwen-/ Witwerrente: bei Wiederverheiratung oder beim Tod; Waisenrente: bei vollendetem 18. Altersjahr (25. Altersjahr bei Ausbildung [Berufslehre oder Studium] oder wenn die Waise mindestens zu 70% invalid und erwerbsunfähig ist) oder beim Tod.

* Solange eine eingetragene Partnerschaft gleichgeschlechtlicher Paare dauert, ist sie einer Ehe gleichgestellt; die gerichtliche Auflösung der Partnerschaft ist einer Scheidung gleichgestellt; stirbt ein/e Partner/in, so ist die überlebende Person einem Witwer gleichgestellt.

BERUFLICHE VORSORGE (2. Säule) (Fortsetzung)

VERSICHERUNGSLEISTUNGEN (Fortsetzung)	
<p>Invalidenleistungen</p> <p>Entstehung des Anspruchs</p> <p>Leistungsarten</p>	<p>Personen mit einer Invalidität im Sinne der IV von mindestens 40%, die bei Eintritt der zur Invalidität führenden Arbeitsunfähigkeit versichert waren. Die Vorsorgeeinrichtungen können einen erweiterten Invaliditätsbegriff vorsehen.</p> <p>Invalidenrente, die nach dem gleichen Ansatz wie die Altersrente berechnet wird und zwar auf der Grundlage des vom Versicherten bis zur Entstehung des Anspruchs auf die Invalidenrente erworbenen Altersguthabens (ohne Zinsen) und der auf dem koordinierten Lohn während des letzten Versicherungsjahres berechneten Altersgutschriften für die künftigen Jahre.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ganze Rente: wenn der Invaliditätsgrad mindestens 70% beträgt; - Dreiviertelsrente: wenn der Invaliditätsgrad mindestens 60% beträgt; - halbe Rente: wenn der Invaliditätsgrad mindestens 50% beträgt; - Viertelsrente: wenn der Invaliditätsgrad mindestens 40% beträgt. <p>Kapitalleistungen: wenn die Rente niedriger ist als 10% der Mindestaltersrente der AHV, oder wenn das Reglement der Vorsorgeeinrichtung es vorsieht.</p> <p>Kinderrente: Versicherte, denen eine Invalidenrente zusteht, haben für jedes Kind, das im Falle ihres Todes eine Waisenrente beanspruchen könnte, Anspruch auf eine Kinderrente in Höhe der Waisenrente.</p>
RENTENANPASSUNG	<ul style="list-style-type: none"> - Die Hinterlassenen- und Invalidenrenten werden erstmals nach einer Laufzeit von drei Jahren auf Beginn des folgenden Kalenderjahres der Preisentwicklung angepasst. Die nachfolgenden Anpassungen erfolgen auf den gleichen Zeitpunkt wie die Anpassungen der AHV; - die anderen laufenden Renten werden nach den finanziellen Möglichkeiten der Vorsorgeeinrichtungen der Preisentwicklung angepasst.
ÜBERVERSICHERUNG	Kürzung der Invaliden- und Hinterlassenenleistungen, die zusammen mit anderen anrechenbaren Einkünften (analoge Leistungen) 90% des entgangenen (oder mutmasslich entgangenen) Jahreslohnes überschreiten.

BERUFLICHE VORSORGE (2. Säule) (Fortsetzung)

FREIZÜGIGKEIT	
Ziel	Gewährung der Vorsorge im Falle eines Wechsels der Vorsorgeeinrichtung und Vermeidung von Deckungslücken.
Austrittsleistung	Beim Verlassen der Vorsorgeeinrichtung bevor ein Vorsorgefall eingetreten ist (=Freizügigkeitsfall), hat der Versicherte Anspruch auf eine Austrittsleistung. Bei einer Vorsorgeeinrichtung im Beitragsprimat entspricht der Anspruch bei einer Spareinrichtung dem Sparguthaben; bei einer versicherungsmässig geführten Einrichtung dem Deckungskapital. Bei einer Vorsorgeeinrichtung im Leistungsprimat entspricht der Anspruch dem Barwert der erworbenen Leistungen. Als Mindestbetrag hat die versicherte Person Anspruch auf die eingebrachte Eintrittsleistung samt Zinsen sowie auf die von ihr während der Beitragsdauer geleisteten Beiträge samt einem Zuschlag von 4 Prozent pro Altersjahr ab dem 20. Altersjahr, höchstens aber 100 Prozent (Aufwendungen für die Deckung des Todes- und Invaliditätsrisikos können abgezogen werden). Beim Eintritt in eine neue Vorsorgeeinrichtung wird der versicherten Person die mitgebrachte Austrittsleistung gutgeschrieben. Wird die Freizügigkeitsleistung nicht zum Übertritt in eine andere Kasse verwendet (z.B. Aufgabe der Erwerbstätigkeit), so muss sie auf ein gesperrtes Konto oder eine gesperrte Versicherungspolice eingezahlt werden.
Ehescheidung*	Bei Ehescheidung werden prinzipiell die während der Dauer der Ehe erworbenen Austrittsleistungen gleichmässig zwischen den Eheleuten aufgeteilt.
Barauszahlung	Die Leistung kann bar ausgezahlt werden, wenn: – die anspruchsberechtigte Person die Schweiz endgültig verlässt; – die anspruchsberechtigte Person eine selbständige Erwerbstätigkeit aufnimmt und der obligatorischen Versicherung nicht mehr unterstellt ist; – die Austrittsleistung weniger als den Jahresbeitrag der versicherten Person beträgt.
WOHNEIGENTUMSFÖRDERUNG	
	Die versicherte Person kann, um Wohneigentum für den eigenen Bedarf zu erwerben oder um sich am Wohneigentum zu beteiligen oder um eine Hypothek auf dem Wohneigentum zu amortisieren: – den Anspruch auf Vorsorgeleistungen verpfänden; – einen Betrag bis zur Höhe der Freizügigkeitsleistung verpfänden (unter bestimmten Voraussetzungen); – einen Betrag bis zur Höhe der Freizügigkeitsleistung vorbeziehen. Über 50-jährige Personen können höchstens den Betrag der Freizügigkeitsleistung im Alter 50 oder die hälftige Freizügigkeitsleistung beziehen. Wer den Vorbezug beansprucht, nimmt die Kürzung des künftigen Leistungsanspruches in Kauf. Bei Veräusserung des Wohneigentums muss der bezogene Betrag grundsätzlich an die Vorsorgeeinrichtung zurückbezahlt werden. Der vorbezoogene Betrag wird unmittelbar beim Bezug besteuert; nach erfolgter Rückzahlung an die Vorsorgeeinrichtung können die Steuern zurückverlangt werden.

* Solange eine eingetragene Partnerschaft gleichgeschlechtlicher Paare dauert, ist sie einer Ehe gleichgestellt; die gerichtliche Auflösung der Partnerschaft ist einer Scheidung gleichgestellt.

GEBUNDENE SELBSTVORSORGE (Säule 3a)

GESETZGEBUNG	BVG, Artikel 82 Absatz 2 sowie Verordnung vom 13. November 1985 über die steuerliche Abzugsberechtigung für Beiträge an anerkannte Vorsorgeformen (BVV 3)
Versicherte	Arbeitnehmer und Selbständigerwerbende, auf freiwilliger Ebene.
Verfahren	Einzahlung eines vom Versicherten bestimmten Beitrages auf ein gesperrtes Konto bei einer Bankstiftung oder auf eine gesperrte Versicherungspolice. Dieser Betrag kann vom steuerbaren Einkommen bis zu den auf S. 6 erwähnten Grenzbeträgen (Arbeitnehmer: SFr. 6 365.–, Selbständigerwerbende: SFr. 31 824.–) abgezogen werden. Diese Beträge werden bis zum Eintritt des Versicherungsfalles gesperrt.
Anspruchsberechtigte	Der Vorsorgenehmer und bei dessen Tod die direkten Erben sowie, wenn keine Erben vorhanden sind, die vom Versicherten bezeichneten Personen.
Auszahlung der Leistungen	Frühestens 5 Jahre bevor der Vorsorgenehmer das Rentenalter der AHV erreicht.
Vorzeitige Auszahlung	<ul style="list-style-type: none">– Bei Invalidität, wenn der Vorsorgenehmer eine ganze Rente der IV bezieht;– für den Einkauf in eine Vorsorgeeinrichtung;– für den Erwerb von Wohneigentum durch den Vorsorgenehmer;– wenn der Vorsorgenehmer die Schweiz endgültig verlässt;– wenn der Vorsorgenehmer eine selbständige Erwerbstätigkeit aufnimmt und der obligatorischen Versicherung nicht mehr unterliegt;– wenn die Austrittsleistung weniger als den Jahresbetrag des Vorsorgenehmers beträgt.

FAMILIENZULAGEN

BUNDESRECHTLICHE ORDNUNG		
GESETZGEBUNG	Bundesgesetz vom 20. Juni 1952 über die Familienzulagen in der Landwirtschaft (FLG) Bundesgesetz vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG)	
Bezugsberechtigte Personen	landwirtschaftliche Arbeitnehmer im Sinne von Art. 1a FLG.	Kleinbauern im Sinne von Art. 5 FLG.
Zulagenbegründende Kinder	Kinder verheirateter oder unverheirateter Eltern; Adoptivkinder; Stiefkinder*; Pflegekinder; Geschwister des Bezugsberechtigten, für deren Unterhalt er in überwiegendem Mass aufzukommen hat.	dito
Leistungen Kinderzulagen	im Talgebiet: SFr. 175.– pro Kind und Monat für die ersten beiden Kinder; SFr. 180.– pro Kind und Monat für das dritte und jedes weitere Kind. im Berggebiet: SFr. 195.– Fr. pro Kind und Monat für die ersten beiden Kinder; SFr. 200.– pro Kind und Monat für das dritte und jedes weitere Kind.	Kleinbauern erhalten die gleichen Kinderzulagen wie landwirtschaftliche Arbeitnehmer, wenn ihr reines Einkommen SFr. 30 000.– im Jahr nicht übersteigt; diese Einkommensgrenze erhöht sich um SFr. 5 000.– Fr. für jedes Kind, das Anspruch auf Kinderzulagen gibt (bei Überschreiten der Einkommensgrenze um SFr. 3 500.– bzw. SFr. 7 000.– wird der Anspruch auf zwei Drittel bzw. einen Drittel reduziert).
Haushaltuszulagen	SFr. 100.– pro Monat.	Keine.
Beginn und Dauer des Anspruches	Vom ersten Tag des Monats, in welchem das Kind geboren wird, bis zum vollendeten 16. Altersjahr (bis zum vollendeten 25. Altersjahr für Kinder in Ausbildung (Schule, Studium, Berufslehre) und bis zum vollendeten 20. Altersjahr für Kinder, die wegen Krankheit oder Gebrechens erwerbsunfähig sind, sofern sie keine ganze Rente der IV beziehen).	dito

* Solange eine eingetragene Partnerschaft gleichgeschlechtlicher Paare dauert, ist sie einer Ehe gleichgestellt.

FAMILIENZULAGEN (Fortsetzung)

KANTONALE ORDNUNGEN	
GESETZGEBUNG	Neben den Erlassen des Bundes bestehen 26 kantonale Familienzulagenordnungen.
GELTUNGSBEREICH	<p>Wenn auch die kantonalen Gesetze in den Grundzügen weitgehend übereinstimmen, so bestehen im einzelnen doch wesentliche Unterschiede in Bezug auf den Geltungsbereich, die Art und der Betrag der Familienzulagen und die Organisation.</p> <p>Die Mehrzahl der kantonalen Gesetze sehen Familienzulagen nur für nichtlandwirtschaftliche Arbeitnehmer vor. Die Kantone Appenzell A.Rh., Appenzell I.Rh., Luzern, St. Gallen, Schaffhausen, Schwyz, Uri, Zug, Graubünden und Genf räumen den Selbständigen nichtlandwirtschaftlicher Berufe Anspruch auf Familienzulagen ein. In den Kantonen Genf, Jura, Neuenburg, St. Gallen, Schaffhausen, Solothurn, Waadt, Wallis und Zürich können selbständige Landwirte zusätzlich zu den Familienzulagen gemäss FLG kantonale Familienzulagen erhalten. Landwirtschaftliche Arbeitnehmer der Kantone Freiburg, Genf, Jura, Neuenburg, St. Gallen, Wallis, Waadt und Zürich haben ebenfalls Anspruch auf zusätzliche Familienzulagen. Die Kantone Freiburg, Genf, Jura, Wallis und Schaffhausen gewähren unter gewissen Voraussetzungen auch Nichterwerbstätigen Familienzulagen.</p>
LEISTUNGEN	<ul style="list-style-type: none"> - Die Kinderzulagen betragen je nach Kanton zwischen SFr. 160.– und SFr. 350.– im Monat. Sie werden grundsätzlich bis zum vollendeten 16. Altersjahr (25. Altersjahr für Lehrlinge und Studenten in den meisten Kantonen; bzw. je nach Kanton zum 18., 20. oder 25. Altersjahr bei Krankheit oder Gebrechen) ausgerichtet. - In 12 Kantonen werden bei Lehrlingen und Studenten unter 25 Altersjahren anstelle der Kinderzulagen höhere Ausbildungszulagen gewährt (Basel-Landschaft, Basel-Stadt, Freiburg, Graubünden, Jura, Luzern, Neuenburg, Nidwalden, St. Gallen, Schaffhausen, Waadt und Wallis). Die monatlichen Zulagen betragen zwischen SFr. 190.– und SFr. 444.–. - Die Geburtszulagen betragen in den Kantonen Freiburg, Genf, Jura, Luzern, Neuenburg, Schwyz, Solothurn, Uri, Waadt und Wallis zwischen SFr. 600.– und SFr. 1 500.–. Die Kantone Freiburg, Genf, Jura, Wallis und Waadt haben ferner eine Zulage (allocation d'accueil) eingeführt, die für den Monat ausgerichtet wird, in dem ein minderjähriges Kind im Hinblick auf eine Adoption von seiner künftigen Familie aufgenommen wird. Diese Zulage entspricht dem Betrag der Geburtszulage. - Im Kanton Jura erhalten Bezüger von Kinderzulagen oder Ausbildungszulagen zusätzlich noch eine Haushaltzulage in Höhe von SFr. 138.– im Monat.

ARBEITSLOSENVERSICHERUNG

GESETZGEBUNG	Bundesgesetz vom 25. Juni 1982 über die obligatorische Arbeitslosenversicherung und die Insolvenzentschädigung (AVIG) Bundesgesetz vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG)
Begriffe	
Vollarbeitslosigkeit	In keinem Arbeitsverhältnis stehen und eine Vollzeitbeschäftigung suchen.
Teilarbeitslosigkeit	- In keinem Arbeitsverhältnis stehen und lediglich eine Teilzeitbeschäftigung suchen oder - eine Teilzeitbeschäftigung haben und eine Vollzeit- oder eine weitere Teilzeitbeschäftigung suchen.
Versicherte	Arbeitnehmer, die nach dem AHVG obligatorisch versichert sind (S. 17) und weder das Rentenalter der AHV erreicht haben noch eine vorbezogene Altersrente der AHV beziehen.
Leistungen	Arbeitslosenentschädigung, Kurzarbeitsentschädigung, Schlechtwetterentschädigung, Insolvenzentschädigung. Finanzielle Leistungen für arbeitsmarktliche Massnahmen.
ARBEITSLOSENENTSCHÄDIGUNG	
Rahmenfristen	
für den Leistungsbezug	Zwei Jahre pro Arbeitslosigkeit; sie beginnt mit dem ersten Tag, für den sämtliche Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind. Zweijährige Verlängerung für: - Versicherte, die eine selbstständige Erwerbstätigkeit ohne Förderung durch die Arbeitslosenversicherung aufgenommen haben, unter gewissen Bedingungen; - Versicherte, die sich der Erziehung ihrer Kinder gewidmet haben, unter gewissen Bedingungen; - Versicherte, die innerhalb der letzten 4 Jahre vor Erreichen des Rentenalters der AHV arbeitslos geworden sind und deren Vermittlung stark erschwert ist.
für die Beitragszeit	Zwei Jahre pro Arbeitslosigkeit; sie beginnt zwei Jahre vor der Rahmenfrist für den Leistungsbezug. Verlängerung von: - höchstens zwei Jahre für Versicherte, die eine selbstständige Erwerbstätigkeit ohne Förderung durch die Arbeitslosenversicherung aufgenommen haben, unter gewissen Bedingungen; - vier Jahre für Versicherte, die sich der Erziehung ihrer Kinder gewidmet haben, unter gewissen Bedingungen.

ARBEITSLOSENVERSICHERUNG (Fortsetzung)

ARBEITSLOSENENTSCHÄDIGUNG (Fortsetzung)	
Anspruchsvoraussetzungen	<p>Der Versicherte muss:</p> <ul style="list-style-type: none">- ganz oder teilweise arbeitslos sein;- einen anrechenbaren Arbeitsausfall von mindestens zwei aufeinander folgenden vollen Arbeitstagen mit einem Verdienstaufschlag erlitten haben;- in der Schweiz wohnen;- die obligatorische Schulzeit zurückgelegt haben;- weder das Rentenalter der AHV erreicht haben noch eine vorbezogene Altersrente der AHV beziehen;- die Beitragszeit erfüllt haben oder von der Erfüllung der Beitragszeit befreit sein;- vermittlungsfähig sein;- die Kontrollvorschriften erfüllen.
Beitragszeit	<p>12 Monate innerhalb der Rahmenfrist für die Beitragszeit. Gewisse Personen sind von der Erfüllung der Beitragszeit befreit (Personen, die wegen einer Ausbildung, einer Krankheit, eines Unfalls, einer Haft, usw., in keinem Arbeitsverhältnis stehen konnten).</p>
Form	<p>Die Arbeitslosenentschädigung wird als Taggeld ausgerichtet (5 Taggelder pro Woche).</p>
Dauer der Leistung	
Allgemeine Wartezeit	<p>5 Tage.</p>
Besondere Wartezeit	<p>Zusätzlich zur allgemeinen Wartezeit:</p> <ul style="list-style-type: none">- 120 Tage für Personen, die von der Erfüllung der Beitragszeit befreit sind, weniger als 25 Jahre alt sind, keine Unterhaltspflicht gegenüber Kindern haben und über keinen Berufsabschluss verfügen;- 5 Tage für die anderen Personen, die von der Erfüllung der Beitragszeit befreit sind;- 1 Tag für den Versicherten, der im Anschluss an eine Saisontätigkeit oder an eine Tätigkeit in einem Beruf, in dem häufig wechselnde oder befristete Anstellungen üblich sind, arbeitslos wird.
Anzahl der Taggelder	<p>Innerhalb der Rahmenfrist für den Leistungsbezug, höchstens:</p> <ul style="list-style-type: none">- 400 Taggelder, wenn der Versicherte eine Beitragszeit von insgesamt 12 Monaten nachweisen kann;- 520 Taggelder, wenn der Versicherte das 55. Altersjahr zurückgelegt hat und eine Beitragszeit von mindestens 18 Monaten nachweisen kann;- 520 Taggelder, wenn der Versicherte eine Invalidenrente der IV oder der obligatorischen Unfallversicherung bezieht und eine Beitragszeit von mindestens 18 Monaten nachweisen kann;- 260 Taggelder für Personen, die von der Erfüllung der Beitragszeit befreit sind. <p>Versicherte, die innerhalb der letzten 4 Jahre vor Erreichen des Rentenalters der AHV arbeitslos geworden sind und deren Vermittlung stark erschwert ist, haben Anspruch auf höchstens 120 zusätzliche Taggelder.</p> <p>Der Bundesrat kann die Höchstzahl der Taggelder auf 520 während längstens 6 Monaten in Kantonen erhöhen, die von erhöhter Arbeitslosigkeit betroffen sind, auf deren Gesuch hin.</p>

ARBEITSLOSENVERSICHERUNG (Fortsetzung)

ARBEITSLOSENENTSCHÄDIGUNG (Fortsetzung)	
Berechnung der Entschädigung	
Versicherter Verdienst	Lohn, der im allgemeinen während den letzten 6 Beitragsmonaten vor der Entschädigung erzielt wurde. Max. SFr. 8 900.– /Monat. Besondere Regelungen gelten für Personen, die von der Erfüllung der Beitragszeit befreit sind (Pauschalansätze).
Höhe	80% des versicherten Verdienstes. 70% des versicherten Verdienstes für Versicherte, die - keine Unterhaltspflicht gegenüber Kindern haben, und - ein volles Taggeld von mehr als SFr. 140.– erhalten, und - nicht invalid sind.
Sanktionen	Die Anspruchsberechtigung wird eingestellt, wenn der Versicherte: - durch eigenes Verschulden arbeitslos ist; - zu Lasten der Versicherung auf Lohn- oder Entschädigungsansprüche gegenüber dem bisherigen Arbeitgeber verzichtet hat; - sich persönlich nicht genügend um zumutbare Arbeit bemüht; - die Kontrollvorschriften oder die Weisungen der zuständigen Amtsstelle nicht befolgt, namentlich eine zumutbare Arbeit nicht annimmt oder eine arbeitsmarktliche Massnahme ohne entschuldbaren Grund nicht antritt, abbricht oder deren Durchführung oder Zweck durch sein Verhalten beeinträchtigt oder verunmöglicht; - unwahre oder unvollständige Angaben gemacht oder in anderer Weise die Auskunfts- oder Meldepflicht verletzt hat; - Arbeitslosenentschädigung zu Unrecht erwirkt oder zu erwirken versucht hat; - während der Planungsphase eines Projektes Taggelder bezog und nach Abschluss der Planungsphase aus eigenem Verschulden keine selbstständige Erwerbstätigkeit aufnimmt.
Dauer der Einstellung	- 1-15 Tage bei leichtem Verschulden; - 16-30 Tage bei mittelschwerem Verschulden; - 31-60 Tage bei schwerem Verschulden.

ARBEITSLLOSENVERSICHERUNG (Fortsetzung)

KURZARBEITSENTSCHÄDIGUNG	
Anspruchsvoraussetzungen	<ul style="list-style-type: none">- Der Versicherte erleidet einen unvermeidbaren Arbeitsausfall, der auf wirtschaftliche Gründe zurückzuführen ist und mindestens 10% der Arbeitsstunden ausmacht, die von den Arbeitnehmern des Betriebes normalerweise insgesamt geleistet werden;- das Arbeitsverhältnis der versicherten Person wurde nicht gekündigt;- der Arbeitsausfall ist voraussichtlich vorübergehend und es darf erwartet werden, dass dadurch die betreffenden Arbeitsplätze erhalten werden können.
Dauer der Leistung	Höchstens zwölf Abrechnungsperioden (eine Abrechnungsperiode = ein Monat) innerhalb von zwei Jahren. Diese Frist beginnt mit dem ersten Tag der ersten Abrechnungsperiode, für die Entschädigung ausgerichtet wird. Vier Abrechnungsperioden im Falle eines Arbeitsausfalls, der 85% der normalen betrieblichen Arbeitszeit überschreitet.
Wartefrist	Drei Tage für jede Abrechnungsperiode.
Höhe	80% des letzten Lohns (Max. SFr. 8 900.– /Monat) vor Beginn der Kurzarbeit.
SCHLECHTWETTERENTSCHÄDIGUNG	
Anspruchsvoraussetzungen	<ul style="list-style-type: none">- Der Versicherte erleidet einen vom Arbeitgeber gemeldeten Arbeitsausfall, der ausschließlich durch das Wetter verursacht wurde;- die Fortführung der Arbeiten ist trotz genügender Schutzvorkehrungen technisch unmöglich oder wirtschaftlich unvertretbar oder kann den Arbeitnehmern nicht zugemutet werden.
Dauer der Leistung	Höchstens sechs Abrechnungsperioden (eine Abrechnungsperiode = ein Monat) innerhalb von zwei Jahren.
Wartefrist	Drei Tage für jede Abrechnungsperiode.
Höhe	80% des letzten Lohns (Max. SFr. 8 900.– /Monat) vor Beginn des Arbeitsausfalls.

ARBEITSLOSENVERSICHERUNG (Fortsetzung)

INSOLVENZENTSCHÄDIGUNG	
Anspruchsvoraussetzungen	Der Versicherte muss: - im Zeitpunkt der Konkureröffnung gegen seinen Arbeitgeber Lohnforderungen haben; - gegen seinen Arbeitgeber für Lohnforderungen das Pfändungsbegehren gestellt haben.
Geltendmachung des Anspruchs	Der Versicherte muss seinen Entschädigungsanspruch spätestens 60 Tage nach der Veröffentlichung des Konkurses stellen oder, im Falle einer Pfändung, innert 60 Tagen nach dem Pfändungsvollzug. Mit dem Ablauf dieser Fristen erlischt der Anspruch auf Insolvenzenschädigung.
Höhe	100% der effektiven Lohnforderung (Max. SFr. 8 900.– /Monat) für höchstens vier Monate.
ARBEITSMARKTLICHE MASSNAHMEN	
Grundsätze	Die Arbeitslosenversicherung erbringt finanzielle Leistungen für arbeitsmarktliche Massnahmen. Mit arbeitsmarktlichen Massnahmen soll die Eingliederung von Versicherten, die aus Gründen des Arbeitsmarktes erschwert vermittelbar sind, gefördert werden.
Massnahmen	Bildungsmassnahmen (individuelle oder kollektive Kurse zur Umschulung, Weiterbildung oder Eingliederung, Übungsfirmen und Ausbildungspraktika), Beschäftigungsmassnahmen (Programme zur vorübergehenden Beschäftigung, Berufspraktika, Motivationssemester), spezielle Massnahmen (Einarbeitungszuschüsse, Ausbildungszuschüsse, Unterstützung zur Förderung der selbstständigen Erwerbstätigkeit).