

5. Versicherungen

Dieses Kapitel will Ihnen zu einem Überblick über Versicherungen, Beiträge und Leistungen verhelfen. Dabei erhalten Sie Hinweise auf Ihre Aufgabe als Beiständin. Aktuelle Zahlen und Bedingungen, erhalten Sie bei der AHV-Zweigstelle der Gemeinde sowie dem Bundesamt für Sozialversicherungen (vgl. → Anhang 12 „Merkblatt Sozialversicherungen“) oder der entsprechenden Privatversicherung.

Private wie staatliche Versicherungen haben den Zweck, Menschen vor wirtschaftlichen Schäden zu schützen. Sie stützen sich dabei auf den Solidaritätsgedanken. Viele Personen bezahlen eine verhältnismässig kleine Prämie. Im Schadenfall steht dem Einzelnen eine weitaus grössere Summe zu. Selbstbehalte (z.B. 10% der Krankenpflegekosten) sollen vor Missbrauch schützen und die Eigenverantwortung stärken. Die Versicherung kann ihre Leistungen zudem kürzen, wenn ein Vergehen, ein Wagnis, eine Grobfahrlässigkeit oder Absicht vorliegt. Nicht erlaubt sind Kürzungen von **Rentenleistungen** wegen Grobfahrlässigkeit. Eintritt des Versicherungsfalles (z.B. Arbeitsunfähigkeit) und Beginn des Anspruches auf eine Leistung (z.B. IV-Rente) liegen oft auseinander. Es muss eine Karenz- oder Wartefrist „bestanden“ werden, bevor Leistungen fliessen.

Vom Schutzzweck her können die Versicherungen eingeteilt werden in Personen-, Sach- und Vermögensversicherungen. Dabei können sowohl obligatorische wie freiwillige Versicherungen gemeint sein. Wir unterteilen die Versicherungen nachfolgend in Sozialversicherungen und Privatversicherungen.

Bei vielen Versicherungen gilt es, Anmelde- bzw. Meldefristen einzuhalten, um den Verlust von Ansprüchen zu vermeiden.

38

5.1. Sozialversicherungen

In der Schweiz sind die Leistungen der Sozialversicherungen auf einem guten Niveau. Aus verschiedenen Gründen besteht bei Invalidenversicherung, Altersvorsorge und Krankenversicherung Handlungsbedarf für Gesetzesanpassungen. Aktuelle Zahlen und Bedingungen finden Sie in den entsprechenden Merkblättern des Bundesamtes für Sozialversicherung, die Sie auch bei der AHV-Zweigstelle beziehen können. → Anhang 12 „Merkblatt Sozialversicherungen“

Als Beistand haben Sie abzuklären, ob die betreute Person Anspruch auf Leistungen der Sozialversicherungen hat. Zudem muss regelmässig geprüft werden, wieweit die Leistungen der aktuellen Situation noch gerecht werden. Geschuldete Sozialversicherungsbeiträge sollten unbedingt nachbezahlt werden, damit später keine Leistungslücken entstehen.

Die wichtigsten Fragen zu den Sozialversicherungen werden auch im Internet beantwortet, vgl. → www.admin.ch/zas und → www.ahv-info.org.

5.1.1. Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV)

Die AHV ist eine staatliche Versicherung, die seit 1948 in Kraft ist. Zusammen mit der IV bildet sie die 1. Säule, die das soziale Existenzminimum einer Person sichern soll. Häufig

lässt sich dieses in der Verfassung verankerte Ziel jedoch nur in Verbindung mit den Ergänzungsleistungen realisieren. Neben den Renten richtet die AHV Hilflosenentschädigungen aus und übernimmt einen Teil der Kosten für gewisse Hilfsmittel (z.B. Hörgeräte). Die AHV ist eine obligatorische Volksversicherung, weshalb grundsätzlich jede Person beitragspflichtig ist. Die Beiträge von Arbeitnehmenden werden vom Lohn abgezogen. Die Arbeitgeber liefern sie zusammen mit ihren eigenen Beiträgen in gleicher Höhe der zuständigen Ausgleichskasse ab. Für Selbständigerwerbende und Nichterwerbstätige gelten andere Regeln. Sie müssen Sie selbst bei der zuständigen Ausgleichskasse melden.

→ Achtung:
Fehlende Beitragsjahre haben Rentenkürzungen zur Folge!

Die Beiträge können bis maximal 5 Jahre rückwirkend nachbezahlt werden. Es empfiehlt sich, IK-Auszüge zu bestellen (→ Anhang 12 „Merkblatt Sozialversicherungen“)

Nichterwerbstätige müssen ab 1. Januar nach Vollendung des 20. Altersjahres bis zum Erreichen des ordentlichen Rentenalters Beiträge entrichten. Die Beiträge von nicht erwerbstätigen Personen gelten als bezahlt, wenn auf dem Erwerbseinkommen des Ehemannes bzw. der Ehefrau bzw. einer eingetragenen Partnerin bzw. eingetragenen Partner Beiträge von mindestens Fr. 960.00 (Stand 2014) pro Jahr bezahlt wurden. Berücksichtigt werden dabei auch die paritätischen Beiträge des Arbeitgebers. Somit ist ein Jahreseinkommen von Fr. 9'321.00 (Stand 2014) notwendig.

Sofern die betreute Person ihre Erwerbstätigkeit aufgibt (z.B. bei vorzeitiger Pensionierung oder Invalidität) oder von der Arbeitslosenversicherung ausgesteuert wird, melden Sie sie deshalb bei der AHV-Zweigstelle als Nichterwerbstätige an. Das Gleiche gilt für Personen, die ein sehr geringes Jahreseinkommen (weniger als Fr. 4'660.00, Stand 2014) erzielen. Vorbehalten bleibt die Anwendung der vorstehend erläuterten Sonderlösung für verheiratete Personen und Personen mit eingetragener Partnerschaft.

39

Der Bezug der Altersrente kann vorgezogen oder aufgeschoben werden. Neben der Altersrente bezahlt die AHV auch Renten für Hinterlassene (Witwen-, Witwer- und Waisenrenten), für deren Bezug besondere Bestimmungen zu beachten sind.

Seit der 10. AHV-Revision (1997) werden bei der Rentenberechnung automatisch Erziehungsgutschriften (für das Erziehen von Kindern) berücksichtigt. Unter bestimmten Voraussetzungen können ausserdem Betreuungsgutschriften für die Betreuung von Verwandten geltend gemacht werden. Diese müssen jedoch, im Gegensatz zu den Erziehungsgutschriften für jedes Jahr, beantragt werden. Die AHV-Zweigstelle informiert Sie über Bedingungen und Vorgehensweise.

Bei verheirateten Personen gelangt im Rahmen der Rentenberechnung das Splittingmodell zur Anwendung. Die während der Dauer der Ehe erzielten Erwerbseinkommen sowie die vorstehend erwähnten Gutschriften werden zwischen den Eheleuten je hälftig geteilt. Auf der Basis der auf diese Weise ermittelten Einkommen wird die Rente für Frau und Mann individuell festgesetzt. Das Einkommenssplitting wird vorgenommen, wenn die zweite Person das Rentenalter erreicht. Für Ehepaare gilt das 1,5-fache der maximalen einfachen Altersrente als maximaler Rentenbetrag (Fr. 3'510.00, Stand 2014).

→ Achtung:

AHV-Renten werden nicht automatisch ausbezahlt.

Bei Erreichen des Rentenalters (Stand 2014: 65 für Männer; 64 für Frauen) wird deshalb eine Anmeldung bei der zuständigen Ausgleichskasse / AHV-Zweigstelle nötig, bei der letztmals Beiträge entrichtet wurden. Der entsprechende Antrag sollte etwa 3 Monate vor dem Rentenbeginn eingereicht werden.

Die vorangehenden Informationen sind lediglich allgemeiner Natur, der Einzelfall muss aufgrund der gesetzlichen Bestimmungen beurteilt werden.

Die AHV-Zweigstelle berät Sie bei offenen Fragen und gibt Ihnen bei Bedarf entsprechende Informationen in Form von Merkblättern ab.

5.1.2. Invalidenversicherung (IV)

Das Bundesgesetz über die Invalidenversicherung ist seit 1960 in Kraft. Die IV gehört zu den obligatorischen Sozialversicherungen des Bundes und bildet zusammen mit der AHV die 1. Säule. Die Beiträge bestehen grösstenteils aus Lohnprozenten der Arbeitgeber und Arbeitnehmer (je zur Hälfte). Die Leistungen der IV umfassen Eingliederungsmassnahmen (z.B. Arbeitsvermittlung oder Umschulung), Behandlung von Geburtsgebrechen (bis zum 20. Altersjahr) und Massnahmen für besondere Schulung (bis zum 20. Altersjahr). Zudem finanziert die IV verschiedene Hilfsmittel (vgl. → Kapitel 8.1.4 Hilfsmittel), gewährt Taggelder im Zusammenhang mit Eingliederungsmassnahmen und bezahlt Hilflosenentschädigungen (vgl. → Kapitel 5.1.4 Hilflosenentschädigung). Ist eine Eingliederung nicht oder nur teilweise möglich, besteht Anspruch auf eine Rente. Eine Anmeldung zur IV-Abklärung hat bei der Kantonalen IV-Stelle zu erfolgen.

40

→ Achtung:

Der IV-Rentenanspruch entsteht, wenn jemand während 1 Jahr ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich zu mindestens 40% arbeitsunfähig war. Eine IV-Rente wird gewährt, sofern die betroffene Person nach Ablauf der Karenzfrist weiterhin zu mindestens 40% arbeitsunfähig bleibt. Wie lange diese Arbeitsunfähigkeit noch andauern wird, ist nicht relevant (auf rechtzeitige Anmeldung achten - ggf. nach 6-monatiger Arbeitsunfähigkeit vor Ablauf der einjährigen Wartefrist / Rentenanspruch beginnt frühestens 6 Monate nach Anmeldung).

Kein Anspruch auf eine Rente besteht, wenn Eingliederungsmassnahmen laufen oder geplant sind. In diesem Fall wird statt der Rente ein Taggeld bezahlt.

Die IV übernimmt keine Behandlungskosten, die aus Krankheit oder Unfall resultieren. Dafür ist die Kranken- oder Unfallversicherung zuständig.

Eingliederungsmassnahmen müssen vor ihrer Durchführung bei der IV-Stelle beantragt werden. In diesem Zusammenhang sind – im Gegensatz zur Rente – keine Fristen zu beachten. Es ist sinnvoll, die IV möglichst frühzeitig einzuschalten.

Nicht jede behinderte Person hat Anspruch auf eine IV-Rente. Entscheidend sind die Auswirkungen der gesundheitlichen Probleme auf das Erwerbseinkommen. Gesundheitliche Beeinträchtigungen können für die Bemessung einer IV-Rente je nach Beruf von unterschiedlicher Bedeutung sein. Das noch zumutbare Einkommen der versicherten Person wird verglichen mit demjenigen, das sie vor Beginn der gesundheitlichen Probleme hatte. Die Erwerbseinkünfte in Prozenten ausgedrückt entspricht dem Invaliditätsgrad. Invalidität ist demnach ein ökonomischer Begriff. Beispiel: ein Dachdecker muss aufgrund einer Beinamputation höhere Lohneinkünfte in Kauf nehmen als ein Kaufmännischer Angestellter in derselben Situation. Sein Invaliditätsgrad ist demnach entsprechend höher einzustufen.

Die Höhe der Rente hängt massgeblich vom Invaliditätsgrad ab. Die IV unterscheidet dabei 4 Stufen (1/4, 1/2, 3/4, 1/1). Im Übrigen erfolgt die Berechnung weitgehend analog der AHV-Rente.

Eine IV-Rente gilt nicht unbefristet. Sie wird periodisch überprüft. Massgebend ist der Invaliditätsgrad, der veränderlich ist (Verbesserung oder Verschlechterung des Gesundheitszustandes). In diesem Zusammenhang ist die Meldepflicht der versicherten Person zu beachten.

Bei Erreichen des AHV-Alters wird die IV-Rente in eine AHV-Rente umgewandelt. Dies geschieht jedoch nicht automatisch: Die versicherte Person muss sich zum Bezug einer Altersrente anmelden. Zuständig ist die Ausgleichskasse, welche bereits die IV-Rente ausbezahlt hat.

→ Achtung:

Die vorangehenden Informationen sind lediglich allgemeiner Natur; der Einzelfall muss aufgrund der gesetzlichen Bestimmungen beurteilt werden.

Die AHV-Zweigstelle berät Sie bei offenen Fragen und gibt Ihnen bei Bedarf entsprechende Informationen in Form von Merkblättern ab.

5.1.3. Ergänzungsleistungen (EL)

Sofern die Renten der AHV und IV den Existenzbedarf nicht decken und keine grösseren Vermögensreserven vorhanden sind, besteht in der Regel ein Anspruch auf Ergänzungsleistungen (EL). EL sollen Renten bis zur Deckung des sozialen Existenzminimums ergänzen. Ausserdem sind viele Rentnerinnen und Rentner zur Finanzierung ihres Heimaufenthaltes auf EL angewiesen. Bei EL handelt es sich nicht um Sozialhilfe-, sondern um eine Versicherungsleistung, auf die ein Rechtsanspruch besteht. Weil es sich um eine Bedarfsleistung handelt, müssen jedoch die wirtschaftlichen Verhältnisse offen gelegt und belegt werden.

Ergänzungsleistungen können nur Personen mit Wohnsitz in der Schweiz beziehen. EL werden also nicht ins Ausland ausbezahlt. Ausländerinnen und Ausländer müssen sich zudem 10 Jahre, Flüchtlinge und Staatenlose 5 Jahre, ununterbrochen in der Schweiz aufgehalten haben. Die vorstehend erwähnten Karenzfristen gelten für Staatsangehörige der EU nicht.

Die Bemessung der Ergänzungsleistungen erfolgt aufgrund eines Vergleiches zwischen Ausgaben und Einnahmen. Dabei gelangen verschiedene Pauschal- und Höchstbeträge zur Anwendung. Der Fehlbetrag wird zusammen mit der AHV- oder IV-Rente durch die für Ergänzungsleistungen zuständige Durchführungsstelle (EL-Durchführungsstelle) ausbezahlt. Jede Veränderung der wirtschaftlichen Verhältnisse führt zu einer Neuberechnung. In diesem Zusammenhang besteht eine Meldepflicht (Frist 30 Tage) der Bezügerinnen und Bezüger.

Auch Personen, die über ein Vermögen verfügen, können einen Antrag auf Ergänzungsleistungen stellen. Ersparnisse müssen nicht völlig aufgebraucht werden, bevor jemand EL erhält. Es wird jedoch ein Teil des Vermögens bei der Bemessung der EL als „Einnahme“ behandelt (Vermögensverzehr). Auf diese Weise wird sichergestellt, dass vorhandene Reserven nach und nach für die Bestreitung des Lebensunterhaltes bzw. Finanzierung des Heimaufenthaltes ausgegeben werden müssen. Unberücksichtigt bleiben jedoch Fr. 37'500.00 (Stand 2014) bei Alleinstehenden und Fr. 60'000.00 bei Paaren (Vermögensfreibeträge); die Vermögensfreigrenze erhöht sich um Fr. 15'000.00 für jedes Kind, das Anspruch auf eine Kinderrente hat.

Die Anmeldefrist beträgt bei Heimeintritt oder Zusprache einer Rente 6 Monate, in allen anderen Fällen 30 Tage, d.h. die EL werden höchstens für die entsprechende Dauer rückwirkend ausgerichtet.

Die monatlich zur Auszahlung gelangenden EL berücksichtigen lediglich die regelmässig anfallenden Ausgaben. Zusätzlich können anfallende Krankheits- und Behinderungskosten über EL vergütet werden, die von keiner Versicherung übernommen werden (Franchise, Selbstbehalte der Krankenkassen, Zahnbehandlungen, Spitex, Haushalthilfen, etc.).

Bei Unklarheiten informieren Sie sich vorgängig bei der EL-Durchführungsstelle, ob die Kosten durch die EL übernommen werden.

→ Achtung

Der Anspruch auf Rückerstattung der Krankheitskosten verfällt nach 15 Monaten.

Die entsprechenden Auslagen können jeweils auf Ende eines Kalenderquartals geltend gemacht werden. Senden Sie dazu Originalbelege (soweit nicht von der Krankenkasse zurückbehalten) und Abrechnungen der Krankenkasse an die EL-Durchführungsstelle.

Bei Zahnbehandlungskosten von über Fr. 1'000.00 muss vor Durchführung der Behandlung der EL-Durchführungsstelle zwingend ein Kostenvoranschlag unterbreitet werden; wobei bei voraussichtlichen Kosten über Fr. 3'000.00 das Zahnschadenformular mit Röntgenbildern einzureichen ist.

Ergänzungsleistungen (EL) kommen nicht automatisch zum Tragen. Sie müssen bei der EL-Durchführungsstelle mittels Formular "Anmeldung zum Bezug einer Ergänzungsleistung" sowie den geforderten Beilagen beantragt werden

Bei Änderungen der Berechnungsgrundlagen teilen Sie dies der AHV-Zweigstelle jeweils umgehend mit (Frist max. 30 Tage). Da für die Berechnung der EL die konkreten Verhältnisse der Person massgeblich sind, wird die Berechnung sowohl durch Zu- wie Abnahme von Einnahmen und Auslagen beeinflusst. Melden Sie finanzielle Veränderungen deshalb umgehend der zuständigen EL-Durchführungsstelle (z.B. Taxerhöhung Heim, Umzug Wohnung ins Heim, etc.).

Die Berechnung des Anspruchs erfolgt über die vom Kanton bezeichnete Stelle, von welcher Sie eine Verfügung erhalten. Dies kann einige Zeit dauern (2-6 Monate). Die EL werden jedoch rückwirkend ausbezahlt; massgebend ist das Datum der Gesuchseinreichung. Bei Heimeintritten erfolgt die EL rückwirkend auf den Zeitpunkt des Heimeintrittes, bei IV-Rentner/innen auf den Zeitpunkt des Rentenbeginns. Das EL-Gesuch muss jedoch zwingend innerhalb von 6 Monaten nach Heimeintritt bzw. Erhalt der Rentenverfügung erfolgen. Andernfalls entsteht der Anspruch nicht rückwirkend, sondern lediglich ab dem Zeitpunkt der Gesuchseinreichung, für die Zukunft.

Die vorangehenden Informationen sind lediglich allgemeiner Natur sind; der Einzelfall muss aufgrund der gesetzlichen Bestimmungen beurteilt werden.

Die EL-Durchführungsstelle beantwortet Ihnen offene Fragen, berät Sie beim Stellen der entsprechenden Gesuche und gibt Ihnen bei Bedarf entsprechende Informationen in Form von Merkblättern ab.

43

Die aktuellen Pauschalen, Höchst- und Freibeträge entnehmen Sie dem Merkblatt „Ergänzungsleistungen zur AHV/IV“, welches bei der EL-Durchführungsstelle bezogen werden kann; vgl. → Anhang 12 „Merkblatt Sozialversicherungen“.

5.1.4. Hilflosenentschädigung (HE)

Personen, welche die alltäglichen Lebensverrichtungen nicht ohne die Hilfe oder Überwachung Dritter verrichten können, haben Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung (HE). Sie wird je nach Alter von der IV oder der AHV ausgerichtet. Mit der HE sollen die Betroffenen in die Lage versetzt werden, die Hilfe, welche sie von Dritten benötigen, zu finanzieren. Der Anspruch ist unabhängig von den Einkommens- oder Vermögensverhältnissen der betroffenen Person.

Zu den allgemeinen Lebensverrichtungen gehören

- aufstehen, sich setzen, sich hinlegen
- sich an- oder ausziehen
- essen
- Toilettenbenützung
- Körperpflege verrichten
- sich fortbewegen

Im Rahmen der IV werden drei Schweregrade der Hilflosigkeit (leicht [2-3 Unselbständigkeiten], mittel [4-5], schwer [6]) unterschieden. Personen im AHV-Alter erhalten bei Heimaufenthalt nur bei mittelschwerer und schwerer Hilflosigkeit eine HE, es

sei denn, sie hätten schon vor dem AHV-Alter eine HE wegen leichter Hilflosigkeit bezogen (Besitzstandwahrung).

Die Leistungen sind nach dem Grad der Hilflosigkeit abgestuft. Die Wohnsituation ist für die Höhe der Leistung bestimmend. Wer einen eigenen Haushalt führt, erhält gegenüber Personen, die in einem Heim leben, den doppelten Ansatz.

Volljährige, die zu Hause leben und wegen der Beeinträchtigung ihrer Gesundheit dauernd auf **lebenspraktische Begleitung** (z.B. Hilfe beim Kontakt mit Ämtern oder Gefahr einer dauernden Isolation) angewiesen sind, können ebenfalls eine Hilflosenentschädigung beziehen. Sie werden Personen mit einer leichten Hilflosigkeit gleichgestellt. Personen, bei denen lediglich die psychische Gesundheit beeinträchtigt ist, haben nur dann einen Anspruch, wenn sie gleichzeitig eine IV-Rente beziehen.

Nach Ablauf eines Jahres, nachdem die Hilflosigkeit festgestellt wurde, kann der Anspruch auf Hilflosenentschädigung geltend gemacht werden, sofern die Hilflosigkeit auch weiterhin besteht. Einen Antrag auf Hilflosenentschädigung richten Sie an die Ausgleichskasse/AHV-Zweigstelle, welche die AHV/IV-Rente ausbezahlt. Geprüft wird das Gesuch durch die zuständige IV-Stelle des Wohnkantons.

→ Wichtig:

Die Auszahlung erfolgt immer an die anspruchsberechtigte Person oder deren Vertreter (Beistand) und nicht an diejenigen, welche die Hilfe erbringen, wie z.B. ein Heim.

Der Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung besteht unabhängig von der finanziellen Situation der Person, welche auf die Hilfe Dritter angewiesen ist.

44

5.1.5. Erwerbsersatzordnung und Mutterschaftsentschädigung

Die Erwerbsersatzordnung sieht Versicherungsleistungen vor, die den Erwerbsausfall während Militärdienst, Zivildienst, Zivildienst sowie während Leiterkursen im Rahmen von Jugend und Sport sowie von Jungschützenleiterkursen teilweise ersetzen. Nichterwerbstätige haben ebenfalls einen Anspruch. Entsprechend der AHV/IV werden Beiträge in Lohnprozenten berechnet und von Arbeitgeber sowie Arbeitnehmenden je zur Hälfte entrichtet.

Seit 1.7.2005 werden bei Mutterschaft analoge Leistungen ausgerichtet.

5.1.6. Arbeitslosenversicherung (ALV)

Die Arbeitslosenversicherung versichert Arbeitnehmer/innen (zwischen Schulabschluss und AHV-Alter). Neben Taggeldern für Arbeitslose bezahlt die Arbeitslosenversicherung im Falle eines Konkurses die aufgelaufenen Lohn Guthaben (Insolvenzentschädigung – 100% für die letzten vier Monate). Ausserdem werden unter dem Titel arbeitsmarktliche Massnahmen verschiedene wichtige Leistungen, wie z.B. Ausbildungszuschüsse ausgerichtet sowie Bildungs- und Beschäftigungsmassnahmen angeboten. Schliesslich sieht das Bundesgesetz (AVIG) Leistungen bei Kurzarbeit und für bestimmte Branchen bei schlechtem Wetter vor.

Beiträge an die Arbeitslosenversicherung werden in Form von Lohnprozenten hälftig durch Arbeitnehmer/in und Arbeitgeber/in geleistet.

Anrecht auf Arbeitslosenentschädigung haben Personen, die innerhalb der letzten 2 Jahre (Rahmenfrist) vor Geltendmachung des Anspruches während mindestens 12 Monaten einer beitragspflichtigen Tätigkeit nachgingen. Im Zusammenhang mit der Erziehung von Kindern wird die Rahmenfrist unter bestimmten Voraussetzungen verlängert. Einige Personen sind vom Erfüllen der Beitragszeit befreit. Zu ihnen gehören Menschen, die von einer Trennung oder Scheidung betroffen sind, falls sie sich innerhalb von 12 Monaten bei der Arbeitslosenversicherung melden.

Wer Taggelder beziehen will, muss vermittlungsfähig sein, das heisst bereit und in der Lage, eine zumutbare Arbeit anzunehmen.

Das Taggeld beläuft sich auf 80% des zuletzt erzielten Lohnes. Besteht keine Unterstützungspflicht gegenüber Kindern, liegt der Ansatz bei 70%. Dieser wird jedoch auf 80% erhöht, wenn das Taggeld bei Anwendung der 70% bei Fr. 140.00 oder weniger liegt. Kinderzulagen werden zusätzlich ausbezahlt. In der Regel besteht der Anspruch während längstens 400 Tagen (Rahmen 200 – 520 Tage je nach Alter und Beitragszeit).

Der Anspruch auf Arbeitslosenentschädigung beginnt normalerweise nach 5 Wartetagen. Verschiedene Personengruppen haben längere Karenzfristen zu bestehen. Arbeitslose können in ihrer Bezugsberechtigung zwischen 1-60 Sperr- bzw. Einstelltagen eingestellt werden, wenn die Arbeitslosigkeit mitverschuldet wurde oder die Weisungen des Arbeitsamtes sowie der regionalen Arbeitsvermittlungszentren (RAV) nicht befolgt werden. Vgl. → Kapitel 6.3 Arbeitslosigkeit, Kapitel 6.3.1 RAV.

Die Fragen rund um die Auswirkungen von Arbeitslosigkeit auf den übrigen Versicherungsschutz sind komplex. Sie werden im nachfolgenden Kasten kurz dargestellt.

→ **Krankentaggeldversicherung:**

Bei einer Arbeitsunfähigkeit ist die Vermittlungsfähigkeit nicht mehr gegeben. Die Taggelder werden deshalb während längstens 30 Tagen ab Beginn der Arbeitsunfähigkeit bezahlt. Innerhalb der Rahmenfrist erhalten Arbeitslose bei einer Arbeitsunfähigkeit höchstens 44 Taggelder. Bei Stellenverlust empfiehlt es sich deshalb unbedingt, innert 30 Tagen bei der Versicherung des Arbeitgebers schriftlich einen Wechsel von der Kollektiv- zur Einzelversicherung zu verlangen. Falls der Arbeitgeber keine solche Versicherung abgeschlossen hat, kann bei einer Krankenkasse oder einer Versicherungsgesellschaft ein Taggeld ab 31. Tag versichert werden. Allerdings sind Krankentaggeldversicherungen sehr teuer. Nicht alle Personen können sich eine solche leisten. Ausserdem nehmen die Versicherungen eine Risikoprüfung vor und lehnen es häufig ab, mit einer arbeitslosen Person eine Taggeldversicherung abzuschliessen.

→ **Unfallversicherung:**

Arbeitslose mit einem Anspruch auf Taggeldleistungen sind bei der SUVA gegen Unfälle versichert. Sobald der Anspruch auf Arbeitslosengelder erlischt, endet 30 Tage später auch der Versicherungsschutz. Ausgesteuerte Arbeitslose können bei der SUVA innert dieser 30 Tage eine Abredeversicherung für längstens weitere 180 Tage abschliessen oder das Unfallrisiko in der Krankenversicherung wieder einschliessen lassen. Die erste Lösung bietet einen zusätzlichen Lohnersatz

(Unfalltaggeld), während Krankenkassen nur effektive Heilungskosten decken. Abrediversicherungen können bei Stellenverlust auch dann abgeschlossen werden, wenn kein Anspruch auf Arbeitslosengelder besteht.

→ **Berufliche Vorsorge:**

Die Altersvorsorge (2. Säule) ist in der Arbeitslosenversicherung nicht inbegriffen. Während der Dauer der Arbeitslosigkeit sind lediglich Tod und Invalidität bei der Auffangeinrichtung versichert. Falls das Pensionskassen-Reglement es vorsieht, kann die Altersvorsorge bei der Pensionskasse des ehemaligen Arbeitgebers beibehalten werden. Andernfalls kann die Altersvorsorge bei der Auffangeinrichtung weitergeführt werden. Beide Lösungen scheitern jedoch fast immer am Preis. Dieser muss allein von der versicherten Person bezahlt werden.

5.1.7. Berufliche Vorsorge/Pensionskasse (BV)

Das Bundesgesetz über die berufliche Vorsorge ist seit 1985 in Kraft. Im schweizerischen Sozialversicherungssystem stellen die Pensionskassen nach BVG die 2. Säule dar und sollen zusammen mit den Leistungen der 1. Säule die Sicherung der gewohnten Lebenshaltung in angemessener Weise gewährleisten. Dieses Ziel wird in der Praxis nur teilweise erreicht.

Obligatorisch versichert werden sämtliche Arbeitnehmer/innen, die einen Verdienst erzielen, welcher über dem gesetzlich verankerten Schwellenwert liegt. Die Versicherung beginnt mit Aufnahme des Arbeitsverhältnisses und endet bei Unterschreitung des Schwellenwertes, im Pensionierungsfalle sowie 30 Tage nach Auflösung des Arbeitsverhältnisses. Die Risiken Tod und Invalidität werden ab 18. Lebensjahr, die Altersvorsorge ab 25. Lebensjahr obligatorisch versichert. Gegenstand der obligatorischen beruflichen Vorsorge ist die Differenz zwischen dem nach oben begrenzten Jahreslohn und dem Koordinationsabzug.

46

Bund, Kantone, Gemeinden sowie private Unternehmen haben eigene Vorsorgeeinrichtungen (Pensionskassen) oder haben sich einer Sammelstiftung (meist von Versicherungsgesellschaften betrieben) angeschlossen. Jede Vorsorgelösung muss die Bestimmungen des BVG im Sinne einer Mindestlösung einhalten. In der Praxis wird zwischen obligatorischer (mit detaillierten gesetzlichen Auflagen) und überobligatorischer (mit wenig gesetzlichen Bestimmungen) Vorsorge unterschieden.

Arbeitnehmer und Arbeitgeber teilen sich die Beiträge. Gemäss BVG muss der Arbeitgeber mindestens gleich viel zur Finanzierung beitragen, wie die Arbeitnehmer. Bei vielen Pensionskassen übernimmt der Arbeitgeber mehr als die Hälfte des Gesamtbetrages.

Zu den üblichen Leistungen gehört eine Altersrente oder aber eine Kapitalabfindung. Letztere muss (sofern sie im Reglement der Pensionskasse vorgesehen ist) mindestens 3 Jahre vor dem Anspruch (Pensionierungsbeginn) verlangt werden.

Wer während der Dauer des Versicherungsverhältnisses invalid wird, hat Anspruch auf eine Invalidenrente. Ausserdem sind Leistungen für Witwen, Witwer und Waisen vorgesehen.

→ Zu beachten:

Das Reglement der aktuellen Pensionskasse ist jeweils massgebend.

Bei AHV/IV-Bezügern und Bezügerinnen gilt es jeweils auch den Rentenanspruch einer allfälligen Pensionskasse zu überprüfen.

Freizügigkeit:

Bei der Auflösung eines Arbeitsverhältnisses muss das Freizügigkeitsguthaben (Austrittsleistung) der Vorsorgeeinrichtung des neuen Arbeitgebers überwiesen werden. Tritt die betroffene Person nicht sofort einer neuen Versicherungskasse bei, wird das Guthaben auf ein Freizügigkeitskonto bei einer Bank oder auf eine Freizügigkeitspolice bei einer Versicherungsgesellschaft überwiesen. Dieses Geld kann nur unter bestimmten Bedingungen abgehoben werden (Erwerb von selbst genutztem Wohneigentum, definitives Verlassen der Schweiz, Aufnahme einer selbständigen Erwerbstätigkeit).

5.1.8. Unfallversicherung (UV)

Sämtliche Arbeitnehmer sind obligatorisch gegen Berufsunfälle sowie Berufskrankheiten versichert. Bei einer wöchentlichen Arbeitszeit von mehr als 8 Stunden erstreckt sich der Versicherungsschutz auch auf die Freizeit (Nichtberufsunfälle). Unfälle auf dem Arbeitsweg sind auch bei Versicherten mit weniger als 8 Wochenarbeitsstunden versichert und der UV anzumelden.

47

Die SUVA (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt) ist Hauptversicherungsträgerin. Betriebe, welche nicht zu einer der gesetzlich der SUVA „zugewiesenen“ Branchen zählen, sind bei einer der zahlreichen Versicherungsgesellschaften und Krankenkassen versichert.

Die Arbeitgeber bezahlen die Prämien für Berufsunfälle, während die Arbeitnehmer diejenigen für Nichtberufsunfälle (NBU) übernehmen.

Zu den Leistungen der Unfallversicherung gehören: Heilbehandlungen (Allg. Abteilung eines Spitals), Hilfsmittel, Taggelder, Invaliden- und Hinterlassenenrenten, Kostenvergütungen (Reisen, Rettungskosten, bestimmte Kosten im Zusammenhang mit tödlichen Unfällen, Integritätsentschädigungen sowie Hilflosenentschädigungen).

→ Zu beachten:

Das Unfallrisiko ist auch in der obligatorischen Krankenversicherung eingeschlossen. Um eine Doppelversicherung zu vermeiden, ist bei Arbeitnehmenden mit einer Arbeitszeit von 8 oder mehr Stunden pro Woche das Unfallrisiko bei der Krankenkasse zu sistieren.

Bei Stellenaufgabe oder -verlust bleibt der Versicherungsschutz nur noch während genau 30 Tagen über die Dauer des Arbeitsverhältnisses hinaus bestehen. Deshalb ist bei Personen, die nicht via Arbeitgeber gegen Unfall versichert sind, das Unfallrisiko bei der Krankenkasse einzuschliessen oder für den Übergang

allenfalls eine Abredeversicherung beim Versicherer des letzten Arbeitgebers zu bewirken, (auf rechtzeitigen Beginn des neuen Versicherungsschutzes achten bei Monaten mit 31 Kalendertagen). Vgl. → Kapitel 5.1.6 Arbeitslosenversicherung, Kasten: Unfallversicherung.

Private Zusatzversicherungen für Unfallrisiken werden über die Krankenkasse abgeschlossen. Vgl. → Kapitel 5.2.4 Krankenkasse (Zusatzversicherungen).

5.1.9. Krankenkasse (Grundversicherung)

Seit 1996 ist die Krankenversicherung in der ganzen Schweiz obligatorisch. Alle Personen mit Wohnsitz in der Schweiz müssen sich versichern. Ausländer mit einer Aufenthaltsbewilligung von über 3 Monaten sowie Asylbewerber und Personen mit vorläufiger Aufnahme sind ebenfalls dem Versicherungsobligatorium unterstellt. Erfolgt der Beitritt in eine Krankenkasse innerhalb von 3 Monaten (ab Geburt bzw. Einreise in die Schweiz) entsteht der Versicherungsschutz rückwirkend. Andernfalls ab dem Datum des Beitrittes. Wird die Frist von 3 Monaten aus unentschuldabaren Gründen verpasst, ist zudem für eine gewisse Zeitspanne ein Prämienzuschlag geschuldet.

Freizügigkeit/Kündigung:

Mit dem Versicherungsobligatorium wurde auch die Freizügigkeit in der Grundversicherung eingeführt. Es ist jeder Person unter Einhaltung einer 3-monatigen Kündigungsfrist möglich, die Versicherung per 1. Juli (nur bei Franchise Fr. 300.00 und Standardversicherungsfällen) und unter Einhaltung einer 1-monatigen Kündigungsfrist per 1. Januar ohne Nachteile zu wechseln. Die Kassen müssen jede beitragswillige Person ohne Einschränkungen im Versicherungsschutz versichern. Kein Wechsel ist möglich bei Zahlungsrückständen.

48

→ Wichtig:
Jede Krankenversicherung hat eine Person ohne Vorbehalte in die Grundversicherung aufzunehmen.

Bei Zusatzversicherungen sind Deckungsausschlüsse jedoch üblich, weshalb in diesem Bereich ein Krankenkassenwechsel gut überlegt sein will. Ausserdem muss damit gerechnet werden, dass die neue Kasse die Zusatzversicherung aufgrund einer Risikoprüfung nicht abschliesst. Die Zusatzversicherung kann auch im Falle einer Kündigung der Grundversicherung bei der alten Kasse bestehen bleiben.

Einen Preis-/Leistungsvergleich finden Sie → z.B. im Internet unter <http://www.krankenkassen.ch> oder <http://www.comparis.ch>.

Kostenbeteiligungen:

Volljährige Versicherte beteiligen sich mittels Jahresfranchisen (mindestens Fr. 300.00) an den Kosten. Durch die Wahl einer höheren Franchise kann eine Prämienreduktion bewirkt werden. Ausserdem bezahlen Versicherte einen Selbstbehalt von 10% auf dem Teil der Kosten, welcher über der Franchise liegt (maximal Fr. 700.00 pro Jahr). Versicherte bezahlen sodann an die Kosten eines Spitalaufenthaltes zusätzlich Fr. 15.00 pro Tag (gilt nicht bei Niederkunft). Franchisen wie Selbstbehalte gelten als krankheitsbedingte Kosten (Spitalkostenbeiträge nicht!) und können im Rahmen der EL geltend gemacht werden (Berechtigte, vgl. → Kapitel 5.1.3 Ergänzungsleistungen).

Prämien:

Jede Kasse legt ihre Prämie selbst fest. Sie sind kantonal verschieden hoch. Innerhalb eines Kantons können zudem max. drei verschiedene Prämienregionen gebildet werden. Diese Abstufungen berücksichtigen regionale Kostenunterschiede. Abgesehen von Kindern und jungen Erwachsenen (18 bis 25 Jahre) bezahlen alle Versicherten einer Kasse in der jeweiligen Prämienregion die gleiche Prämie. Von Kasse zu Kasse sind die Prämien unterschiedlich hoch. Ein gezielter Wechsel in eine günstigere Kasse ist vom System her erwünscht und kann zu namhaften Einsparungen führen. Mit der Wahl eines der verschiedenen alternativen Versicherungsmodelle können ebenfalls Prämien gespart werden. Dabei geht es um den Verzicht auf die Ausübung des freien Wahlrechtes unter den Leistungserbringenden. Dieser wird mit einem Prämienrabatt belohnt. Ebenfalls zu einer tieferen Prämie führt die Wahl einer höheren Franchise. Dieser Einsparung steht ein entsprechend höheres finanzielles Risiko gegenüber. Deshalb ist eine Wahlfranchise in der Regel nur für Personen interessant, welche voraussichtlich keine oder nur geringe medizinische Leistungen in Anspruch nehmen müssen.

Wirtschaftlich schwache Versicherte haben Anrecht auf Prämienverbilligung. Jeder Kanton definiert diesen Begriff unterschiedlich. Ebenso sind die Verfahren nicht einheitlich. Bei EL-Bezügern ist die Prämienverbilligung im monatlich zur Auszahlung gelangenden Betrag bereits inbegriffen. Vgl. → Kapitel 4.3.1 Prämienverbilligung der Krankenkasse.

Leistungen:

Die Grundversicherung umfasst medizinische Untersuchungs- und Behandlungskosten, Medikamente, Laboruntersuchungen, ärztlich verordnete Therapien bei anerkannten Fachpersonen (z.B. Physio-, Ergotherapie, Logopädie), Mittel und Gegenstände wie z.B. Krücken, Bandagen, Spitalkosten der allgemeinen Abteilung der im Wahlrecht stehenden Spitäler (Spitalliste), Leistungen bei Niederkunft sowie Beiträge an medizinisch notwendige Transport- und Rettungskosten (50 % / max. Fr. 500.00 pro Jahr).

49

Langzeitpflege:

Ebenfalls Gegenstand der Pflichtleistungen sind pflegerische Massnahmen unabhängig davon, ob diese zu Hause (Spitex) oder in einem Heim erbracht werden. Der im Gesetz vorgesehene Grundsatz der vollen Kostendeckung wurde jedoch nie realisiert. Bis heute gelangen Rahmentarife zur Anwendung, welche weit unter den tatsächlichen Kosten liegen. Die Finanzierung der Langzeitpflege wird derzeit auf Bundesebene neu geprüft.

Krankentaggelder:

In der Schweiz gibt es keine obligatorische Lohnausfallversicherung bei Krankheit. Viele Arbeitgeber – aber längst nicht alle – haben eine Kollektivversicherung abgeschlossen. Bei Beendigung des Arbeitsverhältnisses kann beim Versicherer des Arbeitgebers ein Übertritt in die Einzelversicherung verlangt werden. Vgl. → Kapitel 5.1.6 Arbeitslosenversicherung, Kasten: Krankentaggeldversicherung.

Zusatzversicherungen:

Krankenversicherer können verschiedene Zusatzversicherungen anbieten. Diese unterstehen jedoch dem privatrechtlichen Versicherungsvertragsgesetz (VVG). Vgl. → Kapitel 5.2.4 Krankenkassen-Zusatzversicherung.)

5.2. Privatversicherungen

Im Rahmen dieses Handbuches können wir nur auf die wichtigsten Privatversicherungen eingehen. Wir empfehlen Ihnen, die konkreten Policen und Versicherungsbestimmungen jeweils genau zu lesen.

Bei privaten Versicherungen sollen die Bedürfnisse und Wünsche der betreuten Person soweit als möglich berücksichtigt werden. Ein Besitzstand soll dort gewahrt werden, wo dies finanziell drin liegt. Zusatzversicherungen sollten deshalb nicht einfach gekündigt werden. Beabsichtigte Änderungen müssen Sie - sofern möglich - mit der betroffenen Person besprechen. Bei wesentlichen Modifikationen wollen Sie bitte zusätzlich Rücksprache mit der KESB nehmen.

5.2.1. Lebensversicherung

Betreute Personen haben evtl. eine Lebensversicherung abgeschlossen, die noch läuft. Um Verluste zu vermeiden, empfiehlt es sich meistens, diese zu Ende zu führen. Überprüfen Sie auf alle Fälle, wieweit die Versicherung bei Einkommensverlusten durch Krankheit, Unfall oder Behinderung eine Prämienbefreiung gewährt. Ist das Risiko "Erwerbsausfall" nicht in der Versicherung eingeschlossen, ist das Vorsorgeziel gefährdet. Die betroffene Person kann die Prämien für die Lebensversicherung dann nämlich evtl. nicht mehr bezahlen.

Der Neuabschluss einer Lebensversicherung lohnt sich im Vergleich zum Banksparen nur, wenn damit besondere Risiken abgedeckt werden sollen (Begünstigung bestimmter Personen, die im Todesfall nur geringe oder keine Leistungen aus AHV oder Pensionskasse erhalten würden sowie nicht gesetzliche Erben). Wer keinen Risikoschutz braucht und im Todesfall auch niemanden begünstigen will, ist mit einer reinen Sparvariante (Sparkonto, Wertschriften etc.) meistens besser beraten. Wir verzichten deshalb an dieser Stelle auf weitere Erläuterungen.

→ Wichtig:
Beim Neuabschluss einer Lebensversicherung handelt es sich um ein genehmigungspflichtiges Geschäft (Art. 416 Abs. 1 Ziff. 7 ZGB). Sprechen Sie sich bitte mit der KESB ab und stellen Sie gegebenenfalls einen entsprechenden Antrag an die KESB.

5.2.2. Hausratsversicherung

Hausrats- (auch Mobiliar-)Versicherungen sind für alle Personen mit einem eigenen Haushalt empfehlenswert. Versichert wird alles, was nicht zum Haus selber gehört, was also bei einem Umzug wieder mitgenommen würde. Gedeckt sind Schäden, die durch Feuer, Wasser, Glasbruch und Diebstahl entstehen. Versichert wird in der Regel der Neuwert der Gegenstände. Auch Effekten fremder Personen sind mit versichert, wenn es sich dabei z.B. um etwas Geliehenes oder die Habe eines Gastes handelt.

Bargeld ist beim einfachen Diebstahl nicht gedeckt. Sofern man nicht grössere Geldbeträge in der Wohnung aufbewahrt, kann jedoch auf eine Zusatzversicherung verzichtet werden. Reisegepäck ist beim einfachen Diebstahl meistens eingeschlossen.

- **Beim Abschluss einer Hausratversicherung zu beachten:**
Achten Sie beim Abschluss einer Hausratversicherung auf eine ausreichende Versicherungssumme. Entspricht diese nicht dem Wert des Hausrates wird bei jedem Schadenfall, also wenn nur ein Teil des Hausrates betroffen ist, die Leistung gekürzt.
- **Hausratversicherungen für Heimbewohner/innen:**
Bei Heimbewohner/innen lohnt sich eine Hausratversicherung oft nicht. Es gilt hier genau zu klären, wie das Heim die Versicherung löst und vor allem, ob und wieviel persönliche Gegenstände eine Person ins Heim mitgenommen hat. Die Höhe der Versicherung müsste der neuen Situation auf alle Fälle angepasst werden.

5.2.3. Privathaftpflichtversicherung

Eine Privathaftpflichtversicherung bezahlt Schäden, die eine Person Dritten zufügt. Dabei sind sowohl Personen- wie Sachschäden gemeint. Im Unterschied zur Hausratversicherung werden Sachen zum Zeit- und nicht Neuwert ersetzt. Es gibt Einzel- oder Familienpolicen. In der Regel können auch weitere im Haushalt lebende Personen eingeschlossen werden (interessant für Wohngemeinschaften, Konkubinats). Schäden, die im Rahmen eines Mietverhältnisses verursacht werden, sind in der Privathaftpflichtversicherung inbegriffen. Normale Abnutzung fällt jedoch nicht darunter; diese wird bereits mit dem Mietzins beglichen, weshalb dafür keine Ersatzpflicht besteht. Speziell versichert werden müssen in der Regel Sportrisiken, die Sondergefahren für Menschen (z.B. Jagd) oder erhöhte Schadenrisiken bei Objekten (z.B. Segelboot) mit sich bringen.

51

Schäden, die während einer (neben)beruflichen Tätigkeit oder beim Führen fremder Fahrzeuge an diesen selber entstehen, müssen ebenfalls separat versichert werden.

- **Zu beachten:**
- Eine Haftpflichtversicherung kann grundsätzlich allen Personen empfohlen werden, da relativ rasch grosse Schäden entstehen können, die das eigene Budget mehrfach übersteigen.
- Einzig bei schwer pflegebedürftigen Personen kann man sich die Frage stellen, wie weit diese überhaupt noch Schäden anrichten können. Es empfiehlt sich hier, mit dem Heim Rücksprache zu nehmen und den Versicherungsschutz seitens des Heims genau zu klären und sich bestätigen zu lassen.
- Einzelne Versicherungsgesellschaften bieten einen Seniorenrabatt an. Die versicherte Person muss sich jedoch oft zuerst bei der Versicherung melden, da diese die Prämienreduktion nicht automatisch gewährt.
- Es lohnt sich, das Preis-/Leistungsverhältnis zu vergleichen, da dies von Versicherung zu Versicherung stark variieren kann. Kurzfristige Verträge oder solche mit jährlicher Kündigungsmöglichkeit bieten Vorteile.

5.2.4. Krankenkasse (Zusatzversicherungen VVG)

Zusatzversicherungen, die über das gesetzliche Obligatorium hinausgehen, werden nach dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG) abgeschlossen. Sie bewirken in der Regel sehr hohe Krankenkassen-Prämien. Auf die Darstellung des Leistungsspektrums (Alternativmedizin, Langzeitpflege, Krankentaggeldversicherung, Zahnmedizin, etc.) möchten wir hier verzichten. Will die betreute Person auf entsprechende Versicherungsleistungen nicht verzichten, gilt es vor allem zu beurteilen, wieweit sie diese finanzieren kann. Grundsätzlich sollte der Besitzstand gewahrt werden, sofern die Person es wünscht und dies finanziell tragbar ist. Zusatzversicherungen sollten nicht ohne das Einverständnis der betreuten Person gekündigt werden. Kann sie es selber nicht mehr abschätzen, nehmen Sie bitte Rücksprache mit der KESB bzw. dem für die Begleitung der priMa zuständigen Dienst. Vor der allfälligen Auflösung einer Zusatzversicherung gilt es insbesondere zu beurteilen, wieweit darin enthaltene Leistungen und Beiträge (z.B. an Heimkosten oder Spitex) für die betroffene Person wichtig sind.

Kündigungen sind üblicherweise mit einer Kündigungsfrist von 3 - 6 Monaten per Ende Jahr oder bei angekündigten Prämienerrhöhungen innert der genannten Frist möglich. Heute ist es kaum noch möglich, sich bei einem Kassenwechsel ohne Deckungseinschränkungen in eine Zusatzversicherung aufnehmen zu lassen. Deshalb wird empfohlen vor einer Kündigung, beim potenziellen neuen Versicherer eine schriftliche, verbindliche Zusage einzuholen.

Unfallversicherung:

Zusatzversicherungen erlauben bei Unfall beispielsweise einen Aufenthalt in einer privaten oder halbprivaten Abteilung. Dabei ist es üblich, dass die Krankenkassen das Unfallrisiko bei einer Zusatzversicherung automatisch mitversichern. Dies erscheint sinnvoll, gibt es doch keinen Grund, weshalb beispielsweise bei einem unfallbedingtem - im Gegensatz zu einem krankheitsbedingtem - Spitalaufenthalt auf die Annehmlichkeiten eines

2-Bettzimmers verzichtet werden sollte. Für Freizeitbeschäftigungen, die spezielle Risiken beinhalten (z.B. Gleitschirmfliegen, Tauchen), lohnt es sich, sich bei der jeweiligen Krankenkasse zu erkundigen, welche Risiken gedeckt sind.

Auslandreisen:

Der Schutz der obligatorischen Versicherungen bei Aufenthalten ausserhalb der EU ist in verschiedener Hinsicht unzureichend. So erfolgt beispielsweise eine Rückvergütung der entstandenen Kosten höchstens im Umfang des doppelten Schweizer Tarifes. Dies kann namentlich bei Aufenthalten in den USA, Japan und in Entwicklungsländern zu wenig sein. Deshalb empfiehlt es sich, bei Reisen ausserhalb der EU eine Reise- und Ferienversicherung abzuschliessen.

5.3. Weitere Informationen

- Merkblatt Sozialversicherungen, Anhang 12
- Merkblatt obligatorische Krankenversicherung (Hrsg: BSV), Anhang 13