



Twoje uprawnienia do zabezpieczenia społecznego

w Szwajcarii

Informacje zawarte w niniejszym przewodniku zostały opracowane i zaktualizowane w ścisłej współpracy z krajowymi korespondentami systemu wzajemnego informowania o ochronie socjalnej (MISSOC). Więcej informacji na temat sieci MISSOC można znaleźć na następującej stronie internetowej:

<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=en&catId=815>

Niniejszy przewodnik zawiera ogólny opis rozwiązań w zakresie zabezpieczenia społecznego stosowanych w odpowiednich państwach. Dodatkowe informacje można uzyskać z innych publikacji MISSOC. Wszystkie te pozycje są dostępne na stronie, do której odsyła powyższy link. Można skontaktować się również z właściwymi organami i instytucjami, które zostały wymienione w załączniku do niniejszego przewodnika.

Ani Komisja Europejska, ani żadna osoba działająca w imieniu Komisji nie może być pociągana do odpowiedzialności za wykorzystanie informacji zawartych w niniejszej publikacji.

Spis treści

Rozdział I: Wprowadzenie, organizacja i finansowanie	5
Wprowadzenie	5
Organizacja ochrony socjalnej	5
Finansowanie	7
Rozdział II: Opieka zdrowotna	10
Kiedy masz prawo do opieki zdrowotnej?	10
Co obejmuje ubezpieczenie?	10
W jaki sposób można skorzystać z opieki zdrowotnej?	11
Rozdział III: Świadczenia pieniężne z tytułu choroby	13
Kiedy masz prawo do świadczeń pieniężnych z tytułu choroby?	13
Co obejmuje ubezpieczenie?	13
W jaki sposób można skorzystać ze świadczeń pieniężnych z tytułu choroby?	14
Rozdział IV: Świadczenia z tytułu macierzyństwa i ojcostwa	15
Kiedy masz prawo do świadczeń z tytułu macierzyństwa lub ojcostwa?	15
Co obejmuje ubezpieczenie?	15
W jaki sposób można skorzystać ze świadczeń z tytułu macierzyństwa i ojcostwa?	16
Rozdział V: Świadczenia z tytułu inwalidztwa	17
Kiedy masz prawo do świadczeń z tytułu inwalidztwa?	17
Co obejmuje ubezpieczenie?	18
W jaki sposób można skorzystać ze świadczeń z tytułu inwalidztwa?	20
Rozdział VI: Emerytury i świadczenia z tytułu podeszłego wieku	22
Kiedy masz prawo do świadczeń z tytułu podeszłego wieku?	22
Co obejmuje ubezpieczenie?	22
W jaki sposób można skorzystać ze świadczeń z tytułu podeszłego wieku?	24
Rozdział VII: Renty rodzinne	25
Kiedy masz prawo do renty rodzinnej?	25
Co obejmuje ubezpieczenie?	26
W jaki sposób można skorzystać z renty rodzinnej?	26
Rozdział VIII: Świadczenia z tytułu wypadku przy pracy i choroby zawodowej	27
Kiedy masz prawo do świadczeń z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych?	27
Co obejmuje ubezpieczenie?	27
W jaki sposób można skorzystać ze świadczeń z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych?	30
Rozdział IX: Świadczenia rodzinne	31
Kiedy masz prawo do świadczeń rodzinnych?	31
Co obejmuje ubezpieczenie?	31
W jaki sposób można skorzystać ze świadczeń rodzinnych?	32
Rozdział X: Bezrobocie	33
Kiedy masz prawo do świadczeń z tytułu bezrobocia?	33
Co obejmuje ubezpieczenie?	33
W jaki sposób można skorzystać ze świadczeń z tytułu bezrobocia?	35
Rozdział XI: Świadczenia minimalne z pomocy społecznej	36
Kiedy masz prawo do świadczeń minimalnych z pomocy społecznej?	36
Co obejmuje ubezpieczenie?	36
W jaki sposób można skorzystać ze świadczeń minimalnych z pomocy społecznej?	37
Rozdział XII: Opieka długoterminowa	38
Kiedy masz prawo do opieki długoterminowej?	38
Co obejmuje ubezpieczenie?	39
W jaki sposób można skorzystać z opieki długoterminowej?	40

Załącznik: Dane kontaktowe instytucji i adresy przydatnych stron internetowych41

Rozdział I: Wprowadzenie, organizacja i finansowanie

Wprowadzenie

Zabezpieczenie społeczne

Ubezpieczenie zdrowotne w Szwajcarii obejmuje obowiązkowe ubezpieczenie na wypadek leczenia (pokrycie kosztów związanych ze świadczeniami medycznymi w przypadku choroby, macierzyństwa oraz dodatkowo z tytułu wypadku), jak również dobrowolne ubezpieczenie pokrywające zasiłki dzienne.

Ubezpieczenie od wypadków przy pracy i chorób zawodowych obejmuje wszelkie rodzaje urazów i chorób zawodowych. System ten jest obowiązkowy dla wszystkich pracowników najemnych; w przypadku osób prowadzących działalność na własny rachunek ma on charakter dobrowolny. Osoby, które nie są ubezpieczone od ryzyka wypadku na mocy ustawy o ubezpieczeniu od wypadków objęte są ubezpieczeniem zdrowotnym w zakresie opieki zdrowotnej.

Ubezpieczenie emerytalne, ubezpieczenie dla osób pozostałych przy życiu i ubezpieczenie na wypadek inwalidztwa zorganizowane są w ramach systemu opartego na świadczeniach publicznych (podstawowe ubezpieczenie federalne) obejmującego całość populacji. Uzupełniają go zawodowe systemy emerytalne dla pracowników najemnych, których część ma charakter obowiązkowy w przypadku osób o dochodach zawierających się w określonych widełkach, a dobrowolny dla pozostałych osób, w którym to przypadku wyboru dokonuje pracodawca (pracowniczy plan świadczeń). Istnieje również dobrowolny system oszczędności prywatnych oparty na ulgach (indywidualne prywatne środki oszczędnościowe). Łącznie te trzy systemy tworzą w Szwajcarii tzw. system trójfilarowy.

Świadczenia rodzinne w sektorze rolnictwa zarządzane są na poziomie federalnym. W innych sektorach podlegają one prawodawstwu kantonalnemu i federalnemu prawodawstwu harmonizującemu.

Ubezpieczenie na wypadek bezrobocia jest obowiązkowe dla pracowników najemnych.

Pomoc społeczna

Ostatni element sieci zabezpieczenia społecznego, pomoc społeczna, leży zasadniczo w gestii kantonów, zaś jego realizację wspierają gminy. Pomoc społeczna opiera się zatem zasadniczo na 26 systemach kantonalnych, co powoduje istnienie poważnych rozbieżności. Zalecenia konferencji szwajcarskiej instytucji pomocy społecznej (CSIAS) pomagają utrzymać właściwy poziom harmonizacji tych świadczeń.

Organizacja ochrony socjalnej

Zabezpieczenie społeczne

Każdym działem zabezpieczenia społecznego zarządzają inne podmioty.

Ubezpieczeniami zdrowotnymi zajmują się zatwierdzone kasy chorych oraz prywatne instytucje ubezpieczeniowe posiadające pozwolenie na oferowanie świadczeń ubezpieczenia zdrowotnego. Każda osoba podlegająca obowiązkowi ubezpieczenia może dokonać wyboru spośród zatwierdzonych ubezpieczycieli w swoim miejscu zamieszkania.

Ubezpieczeniem od wypadku administruje szwajcarska narodowa kasa ubezpieczenia od wypadków (Caisse Nationale Suisse d'Assurance en cas d'Accidents - CNA), która ubezpiecza ponad połowę pracowników poprzez publiczne bądź prywatne instytucje ubezpieczeniowe.

Ubezpieczenie emerytalne, ubezpieczenie dla osób pozostałych przy życiu i ubezpieczenie na wypadek inwalidztwa (AHV-AVS/IV-AI, pierwszy filar) zarządzane są przez kantonalne, federalne i zawodowe fundusze świadczeń oraz przez centralny urząd ds. świadczeń. Ubezpieczeniem na wypadek inwalidztwa zarządzają dodatkowo kantonalne urzędy IV-AI.

Systemem APG (świadczenia rzeczowe z tytułu macierzyństwa) administrują podmioty ubezpieczenia emerytalnego i ubezpieczenia dla osób pozostałych przy życiu (AHV/AVS).

Kantony powołują instytucje odpowiedzialne za przyjmowanie wniosków, ustalanie kwot i wypłatę *świadczeń dodatkowych do pierwszego filaru*. Są to zazwyczaj kantonalne fundusze świadczeń.

Zawodowe systemy świadczeń z tytułu starości, świadczeń dla osób pozostałych przy życiu oraz świadczeń z tytułu inwalidztwa (drugi filar) administrowane są przez zarejestrowane instytucje emerytalno-rentowe.

W systemie federalnym *świadczeniami rodzinnymi* zarządzają kantonalne fundusze świadczeń, zaś w systemach kantonalnych – fundusze świadczeń rodzinnych (uznane fundusze branżowe i międzybranżowe oraz fundusze kantonalne).

Ubezpieczeniem od utraty pracy zarządzają różne podmioty, głównie publiczne fundusze bezrobocia, zatwierdzone prywatne fundusze bezrobocia, władze wskazane przez kantony oraz niektóre podmioty zajmujące się ubezpieczeniami emerytalnymi i ubezpieczeniami dla osób pozostałych przy życiu (AHV-AVS).

Podmioty zajmujące się świadczeniami z tytułu chorób i wypadków podlegają nadzorowi federalnego urzędu zdrowia publicznego (OFSP) stanowiącego część federalnego departamentu (ministerstwa) spraw wewnętrznych. Podmioty zajmujące się świadczeniami emerytalno-rentowymi, świadczeniami dla osób pozostałych przy życiu i świadczeniami z tytułu inwalidztwa, systemem zasiłków z tytułu utraty dochodów (systemem APG) oraz świadczeniami rodzinnymi podlegają nadzorowi federalnego urzędu zabezpieczenia społecznego (OFAS) stanowiącego część tego samego departamentu. Ubezpieczenie od utraty pracy leży w gestii sekretariatu stanu do spraw gospodarczych (seco), stanowiącego część federalnego departamentu spraw gospodarczych.

Pomoc społeczna

Zob. [Wprowadzenie](#).

Finansowanie

Poszczególne działy zabezpieczenia społecznego są na ogół finansowane po pierwsze ze składek ubezpieczonych i ich pracodawców oraz, na drugim miejscu, z podatków.

Świadczenia rzeczowe z tytułu choroby i macierzyństwa

W przypadku *rzeczowych świadczeń z tytułu choroby oraz macierzyństwa* składka indywidualna ustalana jest przez ubezpieczyciela i zatwierdzana przez organ nadzorczy. Ubezpieczeni mieszkający w tym samym regionie płacą identyczne składki, jeśli ubezpieczają się u tego samego ubezpieczyciela. Dla ubezpieczycieli istnieje możliwość zróżnicowania składek, jeśli koszty różnią się zależnie od kantonów i regionów. Obniżona składka obowiązuje w przypadku dzieci (do 18. roku życia włącznie) oraz młodych osób dorosłych (do 25. roku życia włącznie).

Składka średnia stosowana w Szwajcarii dla dorosłych (z ubezpieczeniem od wypadków włącznie) wynosi 382 CHF (318 EUR) miesięcznie.

Władze publiczne przyznają prawo do obniżenia składek osobom niezamożnym.

Świadczenia pieniężne z tytułu choroby i macierzyństwa

Wysokość składek na *świadczenia pieniężne z tytułu choroby* określana jest przez ubezpieczyciela. Przy oferowanych takich samych świadczeniach poziom składek jest taki sam, przy czym istnieje możliwość ich różnicowania w zależności od wieku, w którym rozpoczęto ubezpieczenie oraz od regionu.

Zasiłki z tytułu utraty dochodów w przypadku macierzyństwa i służby wojskowej i innej (APG) finansowane są przez ubezpieczonych i pracodawców w następujący sposób:

- 0,5% wynagrodzenia brutto (łącznie, przy czym pracownik najemny i pracodawca przekazują po 0,25%);
- 0,5% dochodu brutto osób prowadzących działalność na własny rachunek; zastosowanie ma obniżka stawki składki według skali ruchomej od poziomu dochodu;
- bez progu ani pułapu składkowego dla ludności aktywnej zawodowo;
- osoby nieaktywne zawodowo płacą składkę między 23 CHF (19 EUR) a 1 150 CHF (957 EUR) rocznie, w zależności od ich sytuacji socjalnej.

Wypadki przy pracy i choroby zawodowe

Składki na *ubezpieczenie od wypadków przy pracy i chorób zawodowych* ustalane są w procentach zarobków, od których odprowadza się składki i obciążają pracodawcę. Przedsiębiorstwa są klasyfikowane do kategorii i stopni wysokości składek w zależności od typu i właściwości; w klasyfikacji bierze się pod uwagę głównie ryzyko wypadku i sytuację w zakresie środków prewencyjnych. Poziom dochodu, od którego naliczane są składki, określono na 126 000 CHF (104 889 EUR) rocznie.

Wypadki niezwiązane z pracą

Składki na ubezpieczenie od wypadków niezwiązanych z pracą ustalane są jako wartość procentowa dochodu, od którego odprowadzane są składki i obciążają pracownika; umowy przeciwne na korzyść pracowników są zastrzeżone. Ubezpieczeni

podzieleni są na kategorie ryzyka (wedle zatrudniających ich przedsiębiorstw). Poziom dochodu, od którego naliczane są składki, określono na 126 000 CHF (104 889 EUR) rocznie.

Inwalidztwo

Ubezpieczenie na wypadek inwalidztwa (pierwszy filar, system podstawowy) finansowane jest w następujący sposób:

- 1,4% wynagrodzenia brutto (łącznie, przy czym pracownik najemny i pracodawca przekazują po 0,7%);
- 1,4% dochodu brutto osób prowadzących działalność na własny rachunek; zastosowanie ma obniżka stawki składki według skali ruchomej od poziomu dochodu;
- bez progu ani pułapu składkowego dla ludności aktywnej zawodowo;
- osoby nieaktywne zawodowo płacą składkę między 65 CHF (54 EUR) a 3 250 CHF (2 705 EUR) rocznie, w zależności od ich sytuacji socjalnej.

W systemie podstawowym Konfederacja pokrywa 37,7% rocznych wydatków. Ponadto od 2011 do 2017 r. odsetek całkowitego dochodu z VAT jest przeznaczany na ubezpieczenie na wypadek inwalidztwa. Odsetek ten wynosi 3,98% w 2011 r. i 4,99% od 2012 do 2017 r.

Zasiłek pielęgnacyjny i renty nadzwyczajne są finansowane wyłącznie z zasobów Konfederacji.

Zawodowy fundusz emerytalny (2 filar, minimum ustawowe): każda instytucja emerytalno-rentowa ustala stawkę składki w wysokości niezbędnej dla pokrycia ryzyka inwalidztwa.

Starość i śmierć

Ubezpieczenie emerytalne oraz dla osób pozostałych przy życiu (pierwszy filar, system podstawowy) finansowane jest w następujący sposób:

- 8,4% wynagrodzenia brutto (łącznie, przy czym pracownik najemny i pracodawca przekazują po 4,2%);
- 7,8% dochodu brutto osób prowadzących działalność na własny rachunek; zastosowanie ma obniżka stawki składki według skali ruchomej od poziomu dochodu;
- bez progu ani pułapu składkowego dla ludności aktywnej zawodowo;
- osoby nieaktywne zawodowo płacą składkę między 387 CHF (322 EUR) a 19 350 CHF (16 108 EUR) rocznie, w zależności od ich sytuacji socjalnej.

W systemie podstawowym Konfederacja pokrywa 19,55% rocznych wydatków. 13,33% sumy dochodów z VAT oraz dochodów z podatków od klubów hazardowych przeznaczane jest na ubezpieczenia emerytalne i ubezpieczenia dla osób pozostałych przy życiu.

Zasiłek pielęgnacyjny jest finansowany wyłącznie z zasobów Konfederacji.

Zawodowy fundusz emerytalny (2 filar, minimum ustawowe): Składki wynoszą od 7 do 18% wynagrodzenia, od którego odprowadzane są składki, w zależności od wieku osoby ubezpieczonej (punkty emerytalne). Wynagrodzenie, od którego odprowadzane są składki („wynagrodzenie koordynowane”) to część rocznego wynagrodzenia

mieszcząca się pomiędzy 24 360 CHF (20 279 EUR) a 83 520 CHF (69 526 EUR). Suma składek pracodawcy musi być co najmniej równa sumie składek pracowników.

Bezrobocie

Ubezpieczenie od utraty pracy finansowane jest w następujący sposób:

- 2,2% wynagrodzenia brutto (pracodawca i pracownik najemny i przekazują po 1,1%); pułap: 10 500 CHF (8 741 EUR) miesięcznie.
- składka solidarnościowa w wysokości 1% (pracodawca i pracownik najemny przekazują po 0,5%) od wynagrodzenia w wysokości pomiędzy 10 500 CHF (8 741 EUR) a 26 250 CHF (21 852 EUR) miesięcznie.
- Osoby prowadzące działalność na własny rachunek i osoby nieaktywne zawodowo nie są ubezpieczone.

Konfederacja wnosi wkład w koszty służb zatrudnienia i programów aktywności na rynku pracy w wysokości 0,159% całości wynagrodzeń podlegających składkom. W miarę potrzeby Konfederacja udziela pożyczek krótkoterminowych na warunkach rynkowych.

Świadczenia rodzinne

Świadczenia rodzinne w federalnym systemie dla rolnictwa: świadczenia rodzinne dla rolników prowadzących działalność na własny rachunek są finansowane ze środków publicznych (Konfederacji [$\frac{2}{3}$] i kantonów [$\frac{1}{3}$]), zaś świadczenia rodzinne dla pracowników rolnych są finansowane ze składek pracodawców (2% wynagrodzenia brutto), przy czym deficyt pokrywany jest przez Konfederację ($\frac{2}{3}$) i kantony ($\frac{1}{3}$).

Systemy kantonalne – inni pracownicy (w niektórych kantonach również osoby prowadzące działalność na własny rachunek): pracownicy nie płacą składek (poza kantonem Valais, w którym płacą 0,3% składki), zaś pracodawcy płacą od 0,1 do 4% w zależności od kantonu i funduszu. Kantony finansują świadczenia rodzinne dla osób, które nie są zatrudnione za wynagrodzeniem.

Rozdział II: Opieka zdrowotna

Kiedy masz prawo do opieki zdrowotnej?

Ubezpieczenie na wypadek leczenia jest obowiązkowe dla wszystkich osób zamieszkujących w Szwajcarii.

Ubezpieczenie ma charakter indywidualny. Każda osoba, która osiedla się w Szwajcarii jest zobowiązana ubezpieczyć się w ciągu trzech miesięcy. Pracodawcy nie są odpowiedzialni za ubezpieczenie pracownika na wypadek leczenia. Rząd może rozszerzyć obowiązek przystąpienia do ubezpieczenia na osoby, które nie zamieszkują w Szwajcarii na stałe, może również wyłączyć pewne osoby spod obowiązku zawarcia ubezpieczenia.

W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia w wymaganym terminie zaczyna ono działać od dnia zawiadomienia o zamieszkiwaniu w Szwajcarii. W przypadku późniejszego zawarcia ubezpieczenia zaczyna ono działać od dnia przystąpienia do ubezpieczenia. Świadczenia wynikające z obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego przyznawane są bez zastrzeżeń, nawet w przypadku istniejącej wcześniej choroby.

Można zawrzeć ubezpieczenie uzupełniające z tytułu prawa prywatnego na wypadek świadczeń niepokrywanych przez obowiązkowe ubezpieczenie na wypadek leczenia. Ubezpieczyciele mają swobodę decydowania w zakresie oferowania ubezpieczenia uzupełniającego; mogą w szczególności przewidzieć limity wieku i zgłosić zastrzeżenie do zawarcia takiego ubezpieczenia z powodu istniejących problemów zdrowotnych.

Co obejmuje ubezpieczenie?

Ubezpieczenie na wypadek leczenia obejmuje świadczenia rzeczowe z tytułu choroby, macierzyństwa lub wypadku (dodatkowo, w razie nieobjęcia przez ubezpieczenie od wypadków).

Obowiązkowe ubezpieczenie na wypadek leczenia pokrywa koszty świadczeń diagnostycznych oraz leczenia choroby i jej następstw. Świadczenia muszą być skuteczne, właściwe i oszczędne. Wszystkie podmioty oferujące ubezpieczenie na wypadek leczenia muszą nim objąć tę samą gamę świadczeń, przewidzianą w ustawie:

- badania i leczenie pacjentów leczonych ambulatoryjnie i w szpitalu oraz w placówce medyczno-socjalnej; opiekę w szpitalu świadczoną przez lekarzy, chiropraktyków lub osoby realizujące świadczenia recepturowe oraz świadczenia na zalecenie lekarza;
- składki na leczenie ambulatoryjne zapewniane w oparciu o skierowanie lekarskie oraz stwierdzoną konieczność opieki;
- opiekę pilną i przejściową, która jest niezbędna po pobycie w szpitalu, zaleconą przez lekarza w szpitalu (maksymalnie przez dwa tygodnie);
- analizy, leki, środki i aparaturę diagnostyczną lub terapeutyczną zapisane przez lekarza lub, w granicach określonych przez radę federalną, przez chiropraktyka;
- udział w kosztach kuracji uzdrowiskowych zleconych przez lekarza;
- zabiegi rehabilitacyjne wykonane lub zlecone przez lekarza;
- pobyt na zwykłym oddziale szpitala;
- pobyt w izbie porodowej w przypadku porodu;

- udział w kosztach transportu koniecznego z przyczyn medycznych oraz kosztach ratownictwa;
- usługi farmaceuty (doradztwo) przy wykupie właściwie przepisanych leków recepturowych;
- niektóre badania przesiewowe oraz niektóre środki profilaktyczne realizowane lub przepisywane przez lekarza;
- opieka dentystryczna związana z poważnymi i niemożliwymi do uniknięcia chorobami narządu żucia, związaną z innymi poważnymi chorobami bądź ich skutkami (np. białaczka lub AIDS), niezbędna do leczenia poważnych chorób bądź ich skutków lub też świadczona w przypadku urazów narządu żucia spowodowanych wypadkiem nie objętym ubezpieczeniem od wypadków.

Obowiązkowe ubezpieczenie od wypadków dla pracowników obejmuje wypadki niezwiązane z pracą, pod warunkiem, że dana osoba zatrudniona jest za wynagrodzeniem przez tego samego pracodawcę przez co najmniej 8 godzin tygodniowo.

Osoby prowadzące działalność na własny rachunek oraz osoby nieaktywne zawodowo nie mają obowiązku przystępowania do ubezpieczenia od wypadków, co oznacza, że w ich przypadku ubezpieczenie na wypadek leczenia pokrywa koszty leczenia wypadków przy pracy oraz wypadków niezwiązanych z pracą.

W jaki sposób można skorzystać z opieki zdrowotnej?

W Szwajcarii istnieje swoboda wyboru *lekarza*. Ubezpieczyciel pokrywa koszty do wysokości przewidzianej w taryfie stosowanej w miejscu zamieszkania lub miejscu pracy osoby ubezpieczonej bądź w najbliższej okolicy (za wyjątkiem sytuacji awaryjnych oraz przyczyn medycznych). Ubezpieczyciel może zaoferować ubezpieczonemu formę ubezpieczenia obejmującą ograniczoną możliwość wyboru (lekarza pierwszego kontaktu – *HMO*) w zamian za obniżkę wysokości składki.

O ile nie przewidziano inaczej, płatności dokonuje ubezpieczony, któremu następnie ubezpieczyciel zwraca koszty (system „gwarancji strony trzeciej”).

Ubezpieczeni wnoszą udział własny do kosztów świadczeń, z których korzystają. Ten obowiązkowy udział osób dorosłych (tzn. osób powyżej 18 roku życia) obejmuje roczną ustaloną kwotę (*opłata stała*, 300 CHF (250 EUR) na osobę dorosłą) i proporcjonalny udział w kosztach przekraczających opłatę stałą (*kwota udziału* w wysokości 10% kosztów powyżej opłaty stałej). W przypadku dzieci pokrywa się wyłącznie kwotę udziału. Zastosowanie ma maksymalna wartość kwoty udziału (700 CHF (583 EUR) w przypadku dorosłych i 350 CHF (291 EUR) w przypadku jednego dziecka bądź 1000 CHF (832 EUR) na kilkoro dzieci w tej samej rodzinie rocznie). Ubezpieczeni dorośli mogą zdecydować się na wyższą *opłatę stałą* dającą prawo do zniżkowych składek lub wnioskować o *opłatę stałą* w wysokości przewidzianej dla dzieci.

Udział w kosztach wynosi do 20% w przypadku leków, których cena o ponad 20% przewyższa średnią cenę trzeciego najtańszego leku zawierającego tę samą substancję aktywną. Z kolei nie ma konieczności wnoszenia opłaty stałej w przypadku pewnych środków prewencyjnych realizowanych w ramach programów krajowych bądź kantonalnych (obecnie są to: kantonalne programy przesiewowych badań mammograficznych oraz kantonalne programy szczepień przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego).

Świadczenia opieki zdrowotnej zapewnia się również w publicznych i prywatnych *szpitalach* znajdujących się na kantonalnych listach zatwierdzonych szpitali. Płatności dokonuje bezpośrednio ubezpieczyciel (system „gwarancji strony trzeciej”).

W przypadku leczenia szpitalnego przewidywany jest taki sam udział w kosztach jak w przypadku leczenia ambulatoryjnego. Dodatkowo ubezpieczeni w wieku powyżej 25 lat opłacają dzienną kwotę za koszty pobytu (15 CHF (12 EUR) dziennie).

Ubezpieczyciele podejmują decyzje co do świadczeń. Ubezpieczony ma prawo do odwołania się od takiej decyzji w terminie 30 dni. Decyzję w sprawie odwołania można przekazać do właściwego sądu kantonálního, od decyzji którego można się następnie odwołać przed trybunałem federalnym.

Rozdział III: Świadczenia pieniężne z tytułu choroby

Kiedy masz prawo do świadczeń pieniężnych z tytułu choroby?

Nie ma obowiązkowego ubezpieczenia na wypadek przejściowej niezdolności do pracy spowodowanej chorobą. Osoby zamieszkujące bądź zatrudnione za wynagrodzeniem w Szwajcarii i mające 15-65 lat mogą korzystać z ubezpieczenia dobrowolnego.

Ubezpieczyciele są zobowiązani do zawarcia fakultatywnego ubezpieczenia zapewniającego zasiłkiienne (na mocy ustawy o zabezpieczeniu społecznym) nawet w przypadku chorób wnioskodawcy. Jednakże ubezpieczyciel może zastrzec pozostawienie poza zasięgiem ubezpieczenia (na maksymalnie dwa lata) choroby występującej już w momencie przyjęcia wniosku.

W przypadku choroby lub ciąży, zgodnie z przepisami prawa pracy (kodeks zobowiązań), pracodawca jest zobowiązany do wypłacania wynagrodzenia pracownikowi tymczasowo niezdolnemu do pracy. W pierwszym roku pracy wynagrodzenie jest wypłacane przez trzy tygodnie. Dłuższe okresy ustala się w oparciu o zasady majątkowe. Zbiorowe układy pracy zawierają często bardziej korzystne warunki.

Jeśli zasiłkiienne zastępują obowiązek utrzymania dochodów pracowników zgodnie z prawem pracy w przypadku choroby lub ciąży, pracodawca jest zobowiązany do poniesienia kosztów przynajmniej połowy należnych składek.

Obowiązek ubezpieczeniowy może wynikać z umowy o pracę lub układu zbiorowego pracy. W takim przypadku ubezpieczenie zapewniające zasiłkiienne (*Taggeldversicherung/assurance d'indemnités journalières*) może zostać przyjęte w formie zbiorowego układu ubezpieczenia. Po rozwiązaniu umowy o pracę można przystąpić do ubezpieczenia indywidualnego zapewniającego zasiłkiienne, uniemożliwiającego ubezpieczycielowi dokonywanie nowych zastrzeżeń z tytułu istniejących chorób. Powyższe stwierdzenia nie odnoszą się do ubezpieczenia zapewniającego zasiłkiienne poza prawem o ubezpieczeniach społecznych, zawartych wedle prawa o ubezpieczeniach prywatnych.

Co obejmuje ubezpieczenie?

Ubezpieczyciel ustala z ubezpieczonym wysokość zasiłku dziennego (*Taggeld/indemnités journalières*). O ile nie przewidziano inaczej, prawo do zasiłku dziennego przysługuje od trzeciego dnia po dacie wystąpienia choroby. Zasiłek powinien być wypłacany przez co najmniej 720 dni w okresie 900 dni.

Oddzielne zasady zostały przewidziane dla bezrobotnych. Osoby o niezdolności do pracy powyżej 50% otrzymują zasiłek dzienny w pełnej wysokości, zaś osoby z niezdolnością do pracy pomiędzy 25 a 50% połowę wysokości zasiłku dziennego.

W jaki sposób można skorzystać ze świadczeń pieniężnych z tytułu choroby?

Niezdolność do pracy musi potwierdzić lekarz. Musi ona wynosić co najmniej 50%. O zasiłek dzienny z tytułu choroby należy zwrócić się do pracodawcy lub do ubezpieczyciela, w zależności od tego, kto ma obowiązek wypłacania świadczenia.

Ubezpieczyciele podejmują decyzje co do świadczeń. Ubezpieczony ma prawo do odwołania się od takiej decyzji w terminie 30 dni. Decyzję w sprawie odwołania można przekazać do właściwego sądu kantonálního, od decyzji którego można się następnie odwołać przed trybunałem federalnym.

Rozdział IV: Świadczenia z tytułu macierzyństwa i ojcostwa

Kiedy masz prawo do świadczeń z tytułu macierzyństwa lub ojcostwa?

Świadczenia rzeczowe

Ubezpieczenie na wypadek leczenia jest obowiązkowe dla wszystkich osób zamieszkujących w Szwajcarii (więcej informacji znaleźć można w części dotyczącej opieki zdrowotnej). Ubezpieczenie na wypadek leczenia obejmuje również świadczenia rzeczowe z tytułu macierzyństwa. Opieka ubezpieczeniowa przyznawana jest bez zastrzeżeń, nawet w przypadku istniejącej wcześniej ciąży.

Urlop macierzyński/świadczenia z tytułu macierzyństwa

O świadczenia pieniężne z tytułu macierzyństwa (zasiłek macierzyński) może wnioskować każda kobieta, która wykonywała pracę za wynagrodzeniem i jest ubezpieczona w obowiązkowym szwajcarskim systemie ubezpieczeń emerytalnych i ubezpieczeń dla osób pozostałych przy życiu (AHV-AVS) przez 9 miesięcy poprzedzających poród i która w tym okresie wykonywała pracę za wynagrodzeniem przez co najmniej 5 miesięcy i w chwili porodu jest pracownicą najemną lub prowadzi działalność na własny rachunek. Dodatkowo musi całkowicie zaprzestać pracy w trakcie urlopu macierzyńskiego.

Co obejmuje ubezpieczenie?

Świadczenia rzeczowe

- Obowiązkowe ubezpieczenie na wypadek leczenia pokrywa ogólne świadczenia na wypadek choroby (więcej informacji znaleźć można w części dotyczącej opieki zdrowotnej) oraz świadczenia powiązane z macierzyństwem: badania kontrolne wykonane przez lekarza lub położną lub zapisane przez lekarza w czasie ciąży i po porodzie;
- część kosztów szkoły rodzenia;
- poród domowy, w szpitalu bądź w izbie porodowej oraz pomoc lekarza lub położnej;
- porady konieczne w przypadku karmienia piersią;
- opiekę nad zdrowym noworodkiem podczas pobytu z matką w szpitalu.

Urlop macierzyński/ojcowski i świadczenia

Zgodnie z przepisami prawa pracy (kodeks zobowiązań), pracodawca jest zobowiązany do kontynuacji wypłacania wynagrodzenia przez określony czas w przypadku ciąży uniemożliwiającej pracę. W pierwszym roku pracy wynagrodzenie jest wypłacane przez trzy tygodnie. Dłuższe okresy ustala się w oparciu o zasady majątkowe. Zbiorowe układy pracy zawierają często bardziej korzystne warunki.

Prawo do zasiłku macierzyńskiego rozpoczyna się z dniem porodu i ustaje najpóźniej po 98 dniach (czyli 14 tygodniach). Jeśli matka podejmie pracę za wynagrodzeniem w pełnym lub niepełnym wymiarze godzin, lub jeśli umrze, prawo do zasiłku ustaje.

Wysokość zasiłku macierzyńskiego odpowiada 80% średniego dochodu uzyskiwanego przed zaistnieniem prawa do zasiłku, przy czym górny limit wynosi 196 CHF (163 EUR) dziennie.

W jaki sposób można skorzystać ze świadczeń z tytułu macierzyństwa i ojcostwa?

Świadczenia opieki zdrowotnej zapewniane są przez lekarza lub w publicznych i prywatnych szpitalach znajdujących się na kantonalnych listach zatwierdzonych szpitali. W przypadku świadczeń z tytułu macierzyństwa udział w kosztach nie jest wymagany.

System APG (świadczenia pieniężne z tytułu macierzyństwa) zarządzany jest przez organy ubezpieczenia emerytalnego i ubezpieczenia dla osób pozostałych przy życiu (AHV-AVS) odpowiedzialne za wypłacanie zasiłków macierzyńskich.

Ubezpieczyciele podejmują decyzje w sprawie świadczeń. Ubezpieczony ma prawo do odwołania się od takiej decyzji w terminie 30 dni. Decyzję w sprawie odwołania można przekazać do właściwego sądu kantonowego. Od decyzji sądu kantonowego można się następnie odwołać przed trybunałem federalnym.

Rozdział V: Świadczenia z tytułu inwalidztwa

Kiedy masz prawo do świadczeń z tytułu inwalidztwa?

Inwalidztwo

Inwalidztwo definiowane jest jako całkowita lub częściowa niezdolność do zarobkowania, uznana za trwałą lub długotrwałą. Każde zmniejszenie – całkowite lub częściowe – całości lub części zdolności do zarobkowania ubezpieczonego na zrównoważonym rynku pracy uznaje się za niezdolność do zarobkowania, jeśli wynika z uszczerbku na zdrowiu fizycznym, umysłowym lub psychicznym i utrzymuje się po zakończeniu leczenia i rehabilitacji. Inwalidztwo może być rezultatem schorzenia wrodzonego, choroby lub wypadku.

Ubezpieczenie na wypadek inwalidztwa, emerytalne oraz dla osób pozostałych przy życiu opiera się na koncepcji składającej się z trzech filarów.

Pierwszy filar

Pierwszy filar stanowi system państwowy i dotyczy ubezpieczenia emerytalnego oraz ubezpieczenia dla osób pozostałych przy życiu (*AHV-AVS*), jak również ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa (*IV-AI*). Świadczenia wypłacane z tych dwóch form ubezpieczenia przeznaczone są na pokrycie podstawowych potrzeb życiowych. W pewnych przypadkach można otrzymać nieskładkowe świadczenia uzupełniające (*PC*), mające na celu sfinansowanie podstawowych potrzeb życiowych. Pierwszy filar jest obowiązkowy dla wszystkich osób zamieszkujących lub zatrudnionych za wynagrodzeniem w Szwajcarii. Oznacza to, że osoby prowadzące działalność na własny rachunek oraz osoby nieaktywne zawodowo, tak samo jak pracownicy najemni, mają obowiązek zawarcia ubezpieczenia. Wyłączone z tego obowiązku są osoby spełniające warunki ubezpieczenia obowiązkowego tylko przez względnie krótki czas.

Osoby zatrudnione za wynagrodzeniem mają obowiązek opłacania składek od dnia 1 stycznia następującego po ich 17 urodzinach. Osoby nieaktywne zawodowo mają również obowiązek opłacania składek począwszy od dnia 1 stycznia następującego po ich 20 urodzinach. Uprawnione do świadczeń z tytułu inwalidztwa są osoby, które opłacały składki przez co najmniej trzy lata. O świadczenia można ubiegać się od 18. roku życia (do wieku emerytalnego).

Obywatele szwajcarscy oraz obywatele państw członkowskich Europejskiego Obszaru Gospodarczego zamieszkujący w państwie trzecim mogą zawierać ubezpieczenia fakultatywne, pod warunkiem, że wcześniej podlegali ubezpieczeniu obowiązkowemu AVS/AI przez co najmniej pięć kolejnych lat.

Drugi filar

Drugi filar – zawodowe systemy świadczeń z tytułu starości, świadczeń dla osób pozostałych przy życiu oraz świadczeń z tytułu inwalidztwa (*PP*), uzupełniają pierwszy filar i wraz z nim powinny pozwolić na utrzymanie wcześniejszego poziomu życia.

Ubezpieczeni w ramach obowiązkowego zawodowego funduszu emerytalnego to osoby ubezpieczone obowiązkowo w *AHV-AVS* i poddane obowiązkowi składkowemu z tytułu dochodów z pracy mieszczących się w widełkach dochodów rocznych. Instytucje

emerytalne mogą przewidzieć w swoich regulaminach świadczenia wykraczające ponad minimum obowiązkowe. Mogą w szczególności ubezpieczyć wynagrodzenie niższe od dolnego progu lub wyższe od górnego (aż do kwoty maksymalnej).

Od dnia 1 stycznia następującego po 17. urodzinach pracownicy są obowiązkowo ubezpieczeni na wypadek inwalidztwa i śmierci pod warunkiem otrzymywania rocznego wynagrodzenia od *jednego* pracodawcy. Po ukończeniu 24. roku życia obowiązkowe staje się również ubezpieczenie emerytalne. Bezrobotni są również ubezpieczeni na wypadek inwalidztwa i zgonu na restrykcyjnych warunkach.

Każdy pracodawca zatrudniający pracowników najemnych objętych obowiązkiem ubezpieczenia musi być związany umową z instytucją wpisaną do rejestru zawodowych funduszy emerytalno-rentowych.

Wyłączeniu podlegają, przykładowo, pracownicy najemni pracodawcy, który nie ma obowiązku płacenia składek na pierwszy filar, pracownicy najemni zatrudnieni na czas określony nie przekraczający 3 miesięcy, osoby o co najmniej 70-procentowej niepełnosprawności oraz niektórzy członkowie rodziny rolnika, którzy są zatrudnieni w jego przedsiębiorstwie.

Ubezpieczenie fakultatywne jest dostępne dla pracowników najemnych oraz osób prowadzących działalność na własny rachunek, które nie podlegają obowiązkowemu ubezpieczeniu.

Trzeci filar

Trzeci filar obejmuje fakultatywny indywidualny fundusz emerytalny przeznaczony na pokrycie innych indywidualnych potrzeb. Istnieje możliwość zawarcia umowy ubezpieczeniowej lub oszczędnościowej z przedsiębiorstwami ubezpieczeniowymi, bankami bądź instytucjami zajmującymi się ubezpieczeniami na życie w celu zapewnienia świadczeń z tytułu inwalidztwa, świadczeń emerytalnych lub świadczeń z tytułu śmierci.

Co obejmuje ubezpieczenie?

Pierwszy filar

Świadczenia w ramach ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa (*IV-AI, pierwszy filar*) mają na celu zapobieganie, zmniejszenie lub wyeliminowanie inwalidztwa dzięki odpowiednim, prostym i właściwym środkom rehabilitacyjnym; rekompensatę trwałych skutków ekonomicznych inwalidztwa; pokrycie we właściwym zakresie potrzeb życiowych; pomoc ubezpieczonym w prowadzeniu niezależnego i odpowiedzialnego życia.

▪ Środki rehabilitacji

Ubezpieczeni będący inwalidami lub zagrożeni nieuchronnym inwalidztwem mają prawo do *środków rehabilitacyjnych* w takim stopniu, w jakim są one konieczne i odpowiednie, aby przywrócić, utrzymać lub poprawić zdolność do zarobkowania lub zdolność do wykonywania czynności dnia codziennego (na przykład prac domowych). Środki rehabilitacyjne obejmują środki medyczne dla ubezpieczonych poniżej 20 roku życia, środki reintegracyjne przygotowujące do rehabilitacji zawodowej, środki zawodowe, zapewnienie niezbędnego sprzętu oraz środki nowej rehabilitacji dla rencistów. Możliwe jest przyznanie, pod pewnymi warunkami, dodatkowego zasiłku dziennego w okresie rehabilitacji. Stosuje się zasadę rehabilitacji przed przyznaniem renty.

▪ Renta inwalidzka

Każdy ubezpieczony o poziomie niezdolności do pracy powyżej 40% w okresie jednego roku może ubiegać się o *rentę inwalidzką* (*Invalidenrente/rente d'invalidité*) jeśli jest w stanie wykazać się co najmniej trzema latami opłacania składek na *AHV-AVS/IV-AI*.

Relacja pomiędzy stopniem niepełnosprawności a wysokością świadczenia:

- 70% daje prawo do pełnej renty;
- 60% daje prawo do trzech czwartych renty;
- 50% daje prawo do połowy renty;
- 40% daje prawo do jednej czwartej renty.

Obliczanie renty *IV-AI* odbywa się na tych samych zasadach, co obliczanie renty *AHV-AVS* (więcej informacji znaleźć można w [części](#) dotyczącej emerytur i świadczeń z tytułu starości). Wysokość renty uzależniona jest od liczby lat opłacania składek (która determinuje kategorię renty) oraz średniego rocznego dochodu (który determinuje wysokość renty w ramach mającej zastosowanie kategorii renty).

W przypadku współmałżonków, którzy nie są zatrudnieni za wynagrodzeniem, ich składki uważa się za opłacone, pod warunkiem, że aktywny zawodowo współmałżonek opłacił co najmniej dwukrotność minimalnej składki w ramach *AHV-AVS/IV-AI*. Warunek ten stosuje się również w przypadku zarejestrowanego związku partnerskiego.

W przypadku osób nieaktywnych zawodowo składki są konwertowane i przeliczane na potrzeby renty jako dochód z pracy za wynagrodzeniem.

Kwoty całej renty odpowiadają kwotom *AHV-AVS*. Jeśli stopień inwalidztwa ulegnie znacznej zmianie, renta jest odpowiednio korygowana.

Prawo do renty inwalidzkiej wygasa, jeśli ubezpieczony przestaje być inwalidą, w momencie, kiedy może ubiegać się o emeryturę oraz w przypadku śmierci.

Ocenę stopnia inwalidztwa przeprowadza się w drodze porównania dochodu, jaki ubezpieczony mógłby otrzymać gdyby nie był inwalidą, oraz dochodu, jaki mógłby uzyskać wykonując pracę, jakiej w granicach rozsądku można od niego wymagać po zakończeniu leczenia oraz rehabilitacji na zrównoważonym rynku pracy.

Inwalidztwo ubezpieczonych, którzy nie pracują za wynagrodzeniem i od których nie można w granicach rozsądku wymagać, aby taką pracę podjęli, oceniane jest w zależności od zdolności do wykonywania czynności dnia codziennego (na przykład prac domowych).

Beneficjent renty inwalidzkiej ma również prawo do świadczeń na każde dziecko, które w momencie śmierci byłoby uprawnione do renty sieroczej (w wysokości 40% pełnej renty inwalidzkiej).

▪ Zasiłek pielęgnacyjny

O zasiłek ten może ubiegać się każdy ubezpieczony, który z powodu uszczerbku na zdrowiu potrzebuje, w sposób stały, pomocy osoby trzeciej lub osobistego asystenta w wykonywaniu podstawowych czynności życia codziennego. Uzależnienie od pomocy osób trzecich może być poważne, średnie lub nieznaczne (więcej informacji znaleźć można w [części](#) dotyczącej opieki długoterminowej).

▪ Zasiłek opiekuńczy

Celem zasiłku jest umożliwienie ubezpieczonemu prowadzenia samodzielnego życia. Osoba otrzymująca zasiłek pielęgnacyjny, która mieszka lub chce mieszkać we własnym domu, ma prawo do zasiłku opiekuńczego umożliwiającego jej zatrudnienie osoby (opiekuna) świadczącej niezbędną opiekę.

Drugi filar

Osoby o stopniu niepełnosprawności wynoszącym co najmniej 40% w rozumieniu ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa (pierwszy filar), które w chwili powstania niezdolności do pracy były ubezpieczone z tytułu zawodowego funduszu emerytalnego (drugi filar), mogą się starać o rentę inwalidzką z tego tytułu. Stopień niepełnosprawności ma wpływ na wysokość renty (tak samo jak w pierwszym filarze).

Rentę oblicza się jako procentową wartość aktywów emerytalnych (złożonych ze składek i oprocentowania) przy uwzględnieniu przewidywanych aktywów (do momentu przejścia na emeryturę) oraz stawki konwersji renty (6,9% w przypadku mężczyzn i 6,85% w przypadku kobiet).

Renta inwalidzka zastępowana jest jednorazową płatnością kapitałową, jeśli renta jest niższa niż 10% minimalnej emerytury *AHV-AVS* lub jeśli regulamin instytucji emerytalnej to przewiduje.

Beneficjenci renty inwalidzkiej mogą wystąpić o rentę uzupełniającą na każde dziecko, które po ich śmierci miałyby prawo do renty sieroczej. Wysokość świadczenia wynosi 20% pełnej renty inwalidzkiej.

Drugi filar nie obejmuje świadczeń rehabilitacyjnych.

Trzeci filar

Warunki przyznania świadczeń przewidzianych w ramach fakultatywnego indywidualnego funduszu ubezpieczeniowego w przypadku inwalidztwa zależą od zapisu w umowie ubezpieczenia indywidualnego oraz od danego produktu ubezpieczeniowego. Pracownicy najemni oraz osoby prowadzące działalność na własny rachunek mogą w ramach indywidualnego ubezpieczenia otrzymać zniżki podatkowe.

Świadczenia z indywidualnego ubezpieczenia wypłacane są zasadniczo dopiero w chwili zaistnienia faktu objętego ubezpieczeniem.

Oprócz świadczeń należnych ze wszystkich trzech filarów możliwe jest również pobieranie świadczeń z tytułu inwalidztwa w ramach ubezpieczenia od wypadków.

W jaki sposób można skorzystać ze świadczeń z tytułu inwalidztwa?

Wnioski o świadczenia z tytułu inwalidztwa w ramach pierwszego filaru należy składać we właściwym biurze kantonalnym IV-AI. Właściwe kantonalne biuro IV-AI informuje ubezpieczonego o wstępnej decyzji podjętej w jego sprawie. Ubezpieczony ma prawo do dokonania z nim konsultacji (*Vorbescheid/préavis*). Następnie przyjmowana jest

decyzja ostateczna, którą można przekazać do właściwego sądu kantonowego; od jego decyzji można się następnie odwołać przed Trybunałem Federalnym.

Zawodowe systemy świadczeń z tytułu starości podeszłego wieku, świadczeń dla osób pozostałych przy życiu oraz świadczeń z tytułu inwalidztwa (drugi filar) administrowane są przez zarejestrowane instytucje emerytalno-rentowe, w których należy składać wnioski o świadczenia. Spory pomiędzy instytucjami odpowiedzialnymi za świadczenia a osobami ubezpieczonymi mogą rozstrzygać właściwe sądy kantonowe. Od decyzji sądu kantonowego można się następnie odwołać przed trybunałem federalnym.

Przegląd orzeczenia o inwalidztwie możliwy jest w dowolnym momencie, aż do osiągnięcia wieku emerytalnego.

Rozdział VI: Emerytury i świadczenia z tytułu podeszłego wieku

Kiedy masz prawo do świadczeń z tytułu podeszłego wieku?

Świadczenia z tytułu starości przyznawane są w ramach państwowego podstawowego systemu ubezpieczenia emerytalnego (i ubezpieczenia dla osób pozostałych przy życiu) (AHV-AVS, pierwszy filar), zawodowych funduszy emerytalnych (drugi filar) i – o ile ma to zastosowanie – indywidualnego funduszu ubezpieczeniowego (trzeci filar).

Wszystkie osoby zamieszkałe lub wykonujące pracę za wynagrodzeniem w Szwajcarii objęte są pierwszym filarem ubezpieczeniowym.

Mężczyźni i kobiety osiągnąwszy odpowiednio wiek 65 i 64 lat mogą się starać o emeryturę AHV-AVS, pod warunkiem posiadania historii składek w postaci co najmniej jednego pełnego roku składkowego w AHV-AVS/IV-AI.

Obowiązkowa opieka ubezpieczeniowa w ramach drugiego filaru (ubezpieczenie zawodowe) ma zastosowanie do pracowników najemnych powyżej 24. roku życia objętych pierwszym filarem i otrzymujących od tego samego pracodawcy roczne wynagrodzenie przekraczające 20 880 CHF (17 382 EUR). Ubezpieczenie fakultatywne dostępne jest dla pracowników najemnych, którzy nie są objęci obowiązkowym ubezpieczeniem oraz dla osób prowadzących działalność na własny rachunek.

Osoby ubezpieczone w zawodowym funduszu emerytalnym mogą się starać o świadczenia emerytalne w tym samym wieku, w jakim mogą ubiegać się o emeryturę AHV-AVS (czyli mężczyźni w wieku 65 lat, a kobiety w wieku 64 lat). Nie ma zastosowania minimalny okres ubezpieczenia.

Warunki przyznawania świadczeń z trzeciego filaru z tytułu starości zależą od zapisu w umowie ubezpieczenia indywidualnego oraz od danego produktu ubezpieczeniowego.

Co obejmuje ubezpieczenie?

AHV-AVS, pierwszy filar

Wysokość emerytury obliczana jest w oparciu o średni przeciętny dochód (który determinuje wysokość emerytury w ramach mającej zastosowanie kategorii emerytury) oraz liczbę lat składkowych (która determinuje zastosowaną kategorię emerytury). Dochód ten składa się z dochodów z zatrudnienia za wynagrodzeniem oraz wszelkich dodatków z tytułu wychowywania dzieci oraz czynności opiekuńczych.

Rodzice mogą ubiegać się o przyznanie dodatku z tytułu wychowywania dzieci (Erziehungsgutschriften/bonification pour tâches éducatives) za lata, w których otaczają opieką rodzicielską jedno lub więcej dzieci w wieku poniżej 16 lat.

Osoby, które opiekują się wstępnymi bądź zstępnymi krewnymi oraz rodzeństwem pobierających zasiłki AHV-AVS lub IV-AI dla osoby uzależnionej od pomocy osób trzecich w stopniu co najmniej średnim, mogą ubiegać się o dodatek na prace

opiekuńcze (*Betreuungsgutschriften/bonification pour tâches d'assistance*), jeśli są w stanie łatwo dotrzeć do krewnego w razie potrzeby udzielenia mu pomocy.

Dochody wypracowane przez współmałżonków w czasie trwania małżeństwa są dzielone równo pomiędzy małżonków. Rejestrowane związki partnerskie są w tym względzie traktowane identycznie jak małżeństwa.

Pełna emerytura przysługuje w przypadku kompletnej historii składek, tzn. jeśli ubezpieczony może wykazać się liczbą lat odpowiadającą jego kategorii wiekowej. Ubezpieczony uprawniony jest do pobierania wyłącznie emerytury częściowej, jeśli jego historia składek jest niepełna.

Miesięczna emerytura składa się z części emerytury minimalnej (stała kwota) oraz z części przeciętnego dochodu rocznego (zmienna kwota). Minimalna emerytura wynosi 1 160 CHF (966 EUR) miesięcznie, zaś maksymalna 2 320 CHF (1 931 EUR) (bądź 3 480 CHF (2 897 EUR) dla pary) miesięcznie.

Możliwe jest wcześniejsze (o rok lub dwa lata) wypłacanie emerytury (wcześniejsza emerytura), z zastosowaniem współczynnika redukcji emerytury za każdy rok wcześniejszej wypłaty (tzn. 6,8% rocznie). Możliwe jest również przesunięcie początku wypłacania emerytury o 1-5 lat; będzie ona wówczas powiększona o określony odsetek (pomiędzy 5,2 a 31,5%, w zależności od liczby miesięcy opóźnienia początku wypłacania emerytury).

Beneficjent emerytury (*Altersrente/rente de vieillesse*) ma również prawo do świadczeń na każde dziecko, które w momencie jego śmierci byłoby uprawnione do renty sieroczej (*Waisenrente/rente d'orphelin*). Wysokość świadczenia wynosi 40% emerytury.

AVS przyznaje zasiłki opiekuńcze osobom potrzebującym w na stałe pomocy osób trzecich lub osobistej opieki przy wykonywaniu podstawowych czynności życia codziennego (więcej informacji znaleźć można w części dotyczącej opieki długoterminowej).

PP, drugi filar

Emerytury z zawodowego funduszu emerytalnego obliczane są jako procent środków kapitałowych zgromadzonych przez ubezpieczonego (aktywa emerytalne, *Altersguthaben/avoir de vieillesse*). Środki te składają się ze składek i odsetek.

Roczna emerytura wynosi 6,9% (w przypadku mężczyzn) i 6,85% (w przypadku kobiet) aktywów emerytalnych zgromadzonych przez ubezpieczonego do momentu osiągnięcia wieku emerytalnego.

Prawo do renty powstaje zasadniczo w chwili zaistnienia faktu objętego ubezpieczeniem. Jednakże w szczególnych wypadkach, na przykład gdy ubezpieczony rozpoczyna prowadzenie działalności na własny rachunek lub nabywa na własność mieszkanie, możliwa jest (częściowa) wypłata zaliczkowa.

Wcześniejsza emerytura jest możliwa jeśli przepisy instytucji zawodowego funduszu emerytalnego to przewidują. Ubezpieczony może ubiegać się o wypłacenie, w formie jednorazowego świadczenia pieniężnego, jednej czwartej zgromadzonego kapitału emerytalnego, na podstawie którego oblicza się wysokość świadczeń emerytalnych. Ubezpieczony może otrzymać, na swój wniosek, jednorazowe świadczenie kapitałowe

w zastępstwie comiesięcznej płatności emerytury, jeśli przepisy instytucji emerytalnej na to pozwalają.

Emeryci mogą również pobierać świadczenia na dzieci (20% emerytury) na takich samych warunkach jak w pierwszym filarze.

Indywidualne fundusze ubezpieczeń, trzeci filar

Warunki przyznawania świadczeń z indywidualnego funduszu emerytalnego z tytułu starości i śmierci zależą od zapisu w umowie ubezpieczenia indywidualnego oraz od danego produktu ubezpieczeniowego. Wypłata wcześniejsza jest możliwa pod pewnymi warunkami.

W jaki sposób można skorzystać ze świadczeń z tytułu podeszłego wieku?

Wniosek o świadczenie z tytułu starości z pierwszego filaru należy złożyć do właściwego funduszu świadczeń. Od decyzji funduszu przysługuje odwołanie oraz odwołanie na drodze sądowej.

Zawodowe systemy świadczeń z tytułu starości, świadczeń dla osób pozostałych przy życiu oraz świadczeń z tytułu inwalidztwa (drugi filar) administrowane są przez zarejestrowane instytucje emerytalno-rentowe, w których należy składać wnioski o świadczenia. Spory pomiędzy instytucjami odpowiedzialnymi za świadczenia a osobami ubezpieczonymi mogą rozstrzygać właściwe sądy kantonalne. Od decyzji sądu kantonального można się następnie odwołać do trybunału federalnego.

Rozdział VII: Renty rodzinne

Kiedy masz prawo do renty rodzinnej?

Poza świadczeniami z państwowego systemu ubezpieczenia społecznego emerytalnego i ubezpieczenia dla osób pozostałych przy życiu (*AHV-AVS*, 1 filar), zawodowe fundusze emerytalne (*PP*, 2 filar) i – o ile ma to zastosowanie – indywidualne fundusze ubezpieczeniowe (trzeci filar) przyznają również renty rodzinne. Renty rodzinne przyznawane są także w ramach ubezpieczenia od wypadków.

AHV-AVS, pierwszy filar

Wszystkie osoby zamieszkałe lub wykonujące pracę za wynagrodzeniem w Szwajcarii objęte są ubezpieczeniem emerytalnym i ubezpieczeniem dla osób pozostałych przy życiu (*AHV-AVS*, *pierwszy filar*). Wdowy i wdowcy, którzy w chwili zgonu współmałżonka mają jedno lub więcej dzieci, mogą wystąpić o rentę wdowią. Konieczne jest spełnienie wymogu zgromadzenia przez zmarłego ubezpieczonego co najmniej jednego roku opłacanych składek.

Wdowiec lub osoba pozostająca w zarejestrowanym związku partnerskim ma prawo do renty wdowiej, tylko jeśli posiada dzieci poniżej 18. roku życia.

Z kolei wdowa jest uprawniona do renty wdowiej jeśli ma dzieci, ale również jeśli ma co najmniej 45 lat i była w związku małżeńskim przez co najmniej 5 lat. Osoby rozwiedzione lub z rozwiązanego zarejestrowanego związku partnerskiego mają również prawo do emerytury pod pewnymi warunkami (np. posiadania dziecka, przeprowadzenia rozwodu po 45. roku życia, przy czym w obydwu przypadkach małżeństwo musiało trwać co najmniej 10 lat). Prawo do renty wdowiej wygasa w chwili ponownego zawarcia małżeństwa lub w chwili śmierci.

Dzieci, których ojciec lub matka zmarli mają prawo do renty sieroczej z tytułu *AHV-AVS*. Prawo to wygasa z chwilą ukończenia 18 lat lub 25 lat w przypadku nauki zawodu lub studiów, lub z chwilą śmierci sieroty.

PP, drugi filar

Świadczenia dla osób pozostałych przy życiu przyznawane są również w ramach zawodowych funduszy emerytalnych w przypadku śmierci ubezpieczonego pracownika najemnego bądź pracownika najemnego otrzymującego emeryturę lub rentę inwalidzką z zawodowego funduszu emerytalnego. Można wystąpić o rentę wdowią jeśli pozostały przy życiu współmałżonek lub partner ma jedno lub więcej dzieci na utrzymaniu, lub gdy ma 45 lat i pozostawał w małżeństwie lub związku partnerskim przez co najmniej pięć lat. Pozostający na utrzymaniu rozwiedziony współmałżonek może mieć również prawo do świadczenia jeśli małżeństwo trwało co najmniej 10 lat. Prawo do renty wdowiej wygasa z chwilą zawarcia ponownego małżeństwa lub śmierci.

Renty sieroce wypłacane są do ukończenia 18. roku życia lub 25. roku życia w przypadku studiów, nauki zawodu co najmniej 70-procentowej niepełnosprawności i niezdolności do pracy za wynagrodzeniem. Renta sieroca wygasa również w przypadku śmierci sieroty.

Indywidualne fundusze ubezpieczeń, trzeci filar

Warunki przyznawania świadczeń w ramach funduszy fakultatywnych w przypadku śmierci zależą od zapisu w umowie ubezpieczenia indywidualnego oraz od danego produktu ubezpieczeniowego. W przypadku śmierci ubezpieczonego beneficjentami są jego bezpośredni spadkobiercy lub wskazane przez niego osoby.

Co obejmuje ubezpieczenie?

AHV-AVS, pierwszy filar

Renta wdowia odpowiada 80%, renta sieroca 40% emerytury przysługującej osobie zmarłej. W przypadku śmierci obojczyka rodziców beneficjent ma prawo do dwóch rent sierocych (*Waisenrenten/rentes d'orphelin*). Świadczenia ulegają zmniejszeniu, jeśli ich wysokość przekracza 60% maksymalnej emerytury.

Wysokość świadczenia oblicza się w oparciu o te same zasady co wysokość emerytury AHV-AVS. Przewidziano minimalną (928 CHF (773 EUR) miesięcznie dla pozostałego przy życiu współmałżonka lub partnera oraz 464 CHF (386 EUR) miesięcznie dla sieroty) i maksymalną (1 856 CHF (1 545 EUR) miesięcznie dla pozostałego przy życiu współmałżonka lub partnera oraz 928 CHF (773 EUR) miesięcznie dla sieroty) wysokość renty.

PP, drugi filar

Renta wdowia odpowiada 60%, renta sieroca (dla każdego dziecka) 20% pełnej renty inwalidzkiej przysługującej zmarłemu ubezpieczonemu. W przypadku śmierci obojczyka rodziców beneficjent ma prawo do dwóch rent sierocych.

Jeśli renty są bardzo niskie, możliwe jest przyznanie jednorazowego odszkodowania pieniężnego. Możliwość ta istnieje również w innych przypadkach, zgodnie z przepisami instytucji emerytalno-rentowej.

W jaki sposób można skorzystać z renty rodzinnej?

Wniosek o przyznanie renty rodzinnej z pierwszego filaru należy złożyć do właściwego funduszu świadczeń. Od decyzji funduszu przysługuje odwołanie oraz odwołanie na drodze sądowej.

Zawodowe systemy świadczeń z tytułu starości, świadczeń dla osób pozostałych przy życiu oraz świadczeń z tytułu inwalidztwa (drugi filar) administrowane są przez zarejestrowane instytucje emerytalno-rentowe, w których należy składać wnioski o świadczenia. Spory pomiędzy instytucjami odpowiedzialnymi za świadczenia a osobami ubezpieczonymi mogą rozstrzygać właściwe sądy kantonalne. Od decyzji sądu kantonálnego można się następnie odwołać do trybunału federalnego.

Rozdział VIII: Świadczenia z tytułu wypadku przy pracy i choroby zawodowej

Kiedy masz prawo do świadczeń z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych?

Ubezpieczenie od wypadków obejmuje wypadki przy pracy, choroby zawodowe oraz – jeśli pracownik wykonuje pracę najemną co najmniej przez osiem godzin tygodniowo dla tego samego pracodawcy – wypadki niezwiązane z pracą. Ochroną ubezpieczeniową objęte są również wypadki podczas przemieszczania się między domem a miejscem pracy. Beneficjenci zasiłków dziennych w ramach ubezpieczenia od utraty pracy objęci są również ubezpieczeniem od wypadków niezwiązanych z pracą.

Pracownicy najemni (w tym osoby pracujące na odległość, praktykanci, stażyści, wolontariusze i osoby wykonujące pracę w szkołach zawodowych i warsztatach pracy chronionej) mają obowiązek zawarcia umowy ubezpieczenia, natomiast w przypadku osób prowadzących działalność na własny rachunek i pomagających im członków rodziny nie jest ono obowiązkowe.

Przez wypadek rozumie się każdy nagły i niezamierzony uraz ludzkiego organizmu przez zewnętrzną nadzwyczajną przyczynę, który niesie ze sobą uszczerbek na zdrowiu fizycznym, umysłowym lub psychicznym lub pociąga za sobą śmierć.

Przez chorobę zawodową rozumie się każdą chorobę spowodowaną wyłącznie lub w przeważającej mierze szkodliwymi substancjami lub zadaniami (wyszczególnionymi na liście) podczas wykonywania działalności zawodowej, a także inne choroby, co do których dowiedziono, że zostały spowodowane wyłącznie lub w przeważającej mierze wykonywaniem działalności zawodowej (klauzula ogólna).

Co obejmuje ubezpieczenie?

Opieka zdrowotna

Szwajcarski system ubezpieczeń od wypadków przewiduje następujące świadczenia opieki zdrowotnej:

- właściwe leczenie:
 - leczenie ambulatoryjne prowadzone przez lekarza lub dentystę;
 - leki i analizy przepisane przez lekarza lub dentystę;
 - leczenie, wyżywienie i zakwaterowanie na oddziale publicznym szpitala, z którym została zawarta umowa dotycząca taryf,
 - leczenie uzupełniające lub sanatoryjne zlecone przez lekarza,
 - środki i sprzęt wykorzystywane w leczeniu;
- proste i odpowiednie wyposażenie pomocnicze, wypożyczone lub pozostawione na własność;
- straty materialne: ubezpieczony ma prawo do odszkodowania za spowodowane wypadkiem uszkodzenia przedmiotów, które zastępują morfologicznie lub funkcjonalnie jakąś część lub funkcję ciała (koszty nowych okularów, aparatów słuchowych i protez dentystycznych są brane pod uwagę jedynie, gdy uszczerbek na zdrowiu wymaga leczenia);

- koszty działań ratunkowych i podróży oraz transportu w medycznie uzasadnionych przypadkach;
- koszty transportu ciała i koszty pogrzebu.

W ramach ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa zapewniane są środki rehabilitacyjne.

Świadczenia pieniężne

Zasiłki dzienne

W przypadku całkowitej niezdolności do pracy, ubezpieczony otrzymuje odszkodowanie z tytułu utraconych dochodów odpowiadające 80% dochodu, od którego odprowadzane są składki, począwszy od trzeciego dnia po wypadku (przez pierwsze trzy dni pracodawca wypłaca 80% wynagrodzenia). Jeśli niezdolność jest częściowa, kwota ulega odpowiedniemu obniżeniu. Prawo do zasiłku z tytułu utraty dochodów ustaje w momencie, kiedy ubezpieczony odzyskuje pełną zdolność do pracy, kiedy zostanie mu wypłacona renta lub kiedy umrze. Dochód, od którego odprowadzane są składki odpowiada ostatniemu wynagrodzeniu, jakie ubezpieczony otrzymał przed wypadkiem, z zastrzeżeniem górnego pułapu dziennego dochodu (346 CHF (288 EUR)).

W przypadku hospitalizacji możliwe jest dokonanie pomniejszeń w postaci udziału w kosztach utrzymania, z wyjątkiem ubezpieczonych mających na utrzymaniu dzieci małoletnie, studium lub uczące się zawodu.

Można zawrzeć ubezpieczenie uzupełniające z tytułu prawa prywatnego na utratę dochodów nie pokrywaną przez ubezpieczenie od wypadków.

Renta inwalidzka

Prawo do renty inwalidzkiej powstaje, gdy nie można oczekiwać, że nastąpi znacząca poprawa stanu zdrowia ubezpieczonego wynikająca z dalszego leczenia i po wykonaniu ewentualnych zabiegów rehabilitacyjnych w ramach ubezpieczenia od wypadków. Prawo do renty ustaje, kiedy renta zastąpiona zostaje w całości świadczeniem zryczałtowanym lub podlega wykupowi, lub ze śmiercią ubezpieczonego.

Ubezpieczeni o niezdolności do pracy w wymiarze co najmniej 10% uprawnieni są do świadczenia z tytułu inwalidztwa. Ocenę stopnia inwalidztwa przeprowadza się w drodze porównania dochodu, jaki ubezpieczony mógłby otrzymać gdyby nie był inwalidą, oraz dochodu, jaki mógłby uzyskać wykonując pracę, jakiej w granicach rozsądku można od niego wymagać po zakończeniu leczenia oraz rehabilitacji na zrównoważonym rynku pracy.

W przypadku trwałej niezdolności do pracy ubezpieczony ma prawo do renty. W przypadku całkowitego inwalidztwa przyznaje się rentę inwalidzką w wysokości 80% dochodu, od którego odprowadzane są składki. W przypadku częściowego inwalidztwa kwota ulega odpowiedniemu obniżeniu. Dochód, od którego odprowadzane są składki odpowiada ostatniemu wynagrodzeniu, jakie ubezpieczony otrzymał przed wypadkiem, aż do ustalonego pułapu rocznego dochodu (126 000 CHF (104 889 EUR)).

Jeśli z charakteru wypadku i z zachowania ubezpieczonego można wywnioskować, że odzyska on zdolność do pracy zarobkowej, jeśli otrzyma jednorazowe odszkodowanie, świadczenia ustają i ubezpieczony otrzymuje zryczałtowane świadczenie równe maksymalnie trzykrotności rocznego dochodu ubezpieczonego.

Zasiłek integracyjny

Zasiłek integracyjny (*Integritätsentschädigung/indemnité pour atteinte à l'intégrité*) to zryczałtowane świadczenie rekompensujące szkody niematerialne wynikające z poważnego naruszenia integralności fizycznej, umysłowej bądź psychicznej. Jego wysokość zależy od stopnia naruszenia integralności i oblicza się ją jako odsetek maksymalnego rocznego dochodu, od którego odprowadzane są składki w momencie wypadku i nie może przekroczyć tej kwoty.

Zasiłek pielęgnacyjny

Zasiłek pielęgnacyjny (*Hilflosenentschädigung/allocation pour impotent*) przysługuje osobie, która z powodu uszczerbku na zdrowiu jest w sposób stały uzależniona od pomocy osoby trzeciej lub osobistej opieki przy wypełnianiu podstawowych czynności życia codziennego. Wysokość zasiłku pielęgnacyjnego ustalana jest w zależności od stopnia uzależnienia od osób trzecich (więcej informacji znaleźć można w części dotyczącej opieki długoterminowej).

Renty rodzinne

W przypadku śmierci ubezpieczonego osoby pozostałe przy życiu uprawnione są zasadniczo do renty rodzinnej.

- Uprawnieni współmałżonkowie pozostali przy życiu to: wdowy lub wdowcy, którzy w chwili zgonu współmałżonka mają jedno lub więcej dzieci uprawnionych do renty lub gdy są inwalidami co najmniej w 2/3;
- wdowy, które mają jedno lub więcej dzieci nie mających już prawa do renty lub które ukończyły 45 lat; wdowy mają prawo do jednorazowego odszkodowania pieniężnego, jeśli nie spełniają warunków koniecznych do przyznania renty;
- współmałżonek rozwiedziony posiada podobne prawa jak wdowa czy wdowiec, pod warunkiem, że ubezpieczony zmarły wskutek wypadku był zobowiązany do wypłacania mu alimentów.

Renta rodzinna wynosi 40% dochodu, od którego odprowadzane są podatki, w przypadku wdów i wdowców oraz 20% dochodu, od którego odprowadzane są podatki, w przypadku rozwiedzonego współmałżonka, jednakże do maksymalnej wysokości przysługujących alimentów. Renta sieroca wynosi 15% dochodu, od którego odprowadzane są podatki, w przypadku utraty jednego z rodziców oraz 25% dochodu, od którego odprowadzane są podatki, w przypadku utraty obojga rodziców.

W przypadku wielu osób pozostałych przy życiu, renty dla wszystkich pozostałych przy życiu mogą wynieść maksymalnie 70% dochodu, od którego odprowadzane są podatki (90% jeśli poza tym należy się renta dla rozwiedzonego współmałżonka).

Uprawnienie do renty rodzinnej wygasa w przypadku śmierci osoby uprawnionej lub wykupu renty. Prawo do renty dla pozostałego przy życiu współmałżonka wygasa w momencie zawarcia kolejnego związku małżeńskiego, natomiast prawo do renty sieroczej wygasa z chwilą ukończenia przez beneficjenta 18 lat lub 25 lat w przypadku studiów lub nauki zawodu.

Rejestrowany związek partnerski jest równoważny małżeństwu przez okres swojego trwania.. Status pozostałego przy życiu partnera jest taki sam jak osoby owdowiałej. Prawne rozwiązanie zarejestrowanego związku partnerskiego odpowiada rozwodowi..

W jaki sposób można skorzystać ze świadczeń z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych?

Wypadki przy pracy i choroby zawodowe należy natychmiast zgłaszać ubezpieczycielowi lub pracodawcy.

Opiekę zdrowotną świadczy dowolnie wybrany lekarz, dentysta, chiropraktyk, apteka bądź instytucja szpitalna. Ubezpieczony nie ponosi żadnych kosztów opieki zdrowotnej.

Wnioski o świadczenia pieniężne z ubezpieczenia od wypadków należy kierować do zarządca szwajcarskiej narodowej kasy ubezpieczenia od wypadków (CNA) lub każdego innego zatwierdzonego ubezpieczyciela, zależnie od kategorii pracowników. Od decyzji ubezpieczyciela przysługuje odwołanie oraz odwołanie na drodze sądowej. Od decyzji ubezpieczycieli przysługuje odwołanie oraz odwołanie na drodze sądowej.

Rozdział IX: Świadczenia rodzinne

Kiedy masz prawo do świadczeń rodzinnych?

Na szczeblu federalnym uregulowane są jedynie zasiłki rodzinne w sektorze rolnictwa. W innych sektorach zasiłki rodzinne podlegają przepisom 26 kantonów oraz federalnego prawa harmonizacyjnego. Można również ubiegać się o inne świadczenia rodzinne, np. na podstawie indywidualnych umów o pracę czy układów zbiorowych pracy.

Dzieci, na które można pobierać zasiłki rodzinne, to dzieci rodziców pozostających lub niepozostających w związku małżeńskim, dzieci adoptowane, dzieci małżonka/zarejestrowanego partnera, dzieci objęte opieką zastępczą, a także rodzeństwo i wnuki jeśli pozostają głównie na utrzymaniu uprawnionej osoby.

Zasiłek na dzieci przyznawany jest do momentu osiągnięcia przez dziecko 16. roku życia (20. roku życia w przypadku, gdy dziecko nie może podjąć pracy za wynagrodzeniem). Zasiłek na naukę zawodu wypłacany jest do ukończenia przez dziecko 25. roku życia.

Świadczenia rodzinne w sektorze rolnictwa

Pracownicy rolni i rolnicy prowadzący działalność na własny rachunek mogą ubiegać się o świadczenia rodzinne. Osoby zatrudnione w sektorze rolnictwa mają również prawo do zasiłku na prowadzenie gospodarstwa domowego, jeśli prowadzą wspólne gospodarstwo ze współmałżonkiem lub z dziećmi.

Świadczenia rodzinne w innych sektorach

Wszyscy pracownicy najemni oraz osoby, które nie są zatrudnione za wynagrodzeniem, których dochód nie przekracza pewnej kwoty (41 760 CHF (34 763 EUR) rocznie) mogą ubiegać się o świadczenia rodzinne. W 13 kantonach również osoby prowadzące działalność na własny rachunek uprawnione są do świadczeń rodzinnych.

Co obejmuje ubezpieczenie?

Świadczenia rodzinne w sektorze rolnictwa

Zasiłek na dzieci wynosi 200 CHF (166 EUR) na terenach nizinnych oraz 220 CHF (183 EUR) na terenach górzystych miesięcznie na jedno dziecko. Zasiłek na naukę zawodu wynosi 250 CHF (208 EUR) na terenach nizinnych oraz 270 CHF (225 EUR) na terenach górzystych miesięcznie na jedno dziecko.

Dodatkowo pracownicy rolni mogą pobierać zasiłek na prowadzenie gospodarstwa domowego (*Haushaltungszulage/allocation de ménage*) w wysokości 100 CHF (83 EUR) miesięcznie.

Świadczenia rodzinne w innych sektorach

Zasiłek na dzieci ma wysokość co najmniej 200 CHF (166 EUR) miesięcznie na dziecko. Zasiłek na naukę zawodu ma wysokość co najmniej 250 CHF (208 EUR) miesięcznie na dziecko. Kantony mogą zapewnić wyższe świadczenia.

Poza świadczeniami rodzinnymi w niektórych kantonach można ubiegać się o inne świadczenia, takie jak zasiłki z tytułu urodzenia dziecka lub adopcji.

W jaki sposób można skorzystać ze świadczeń rodzinnych?

O świadczenia rodzinne należy ubiegać się, w przypadku sektora rolnictwa, we właściwym kantonalnym funduszu świadczeń, a w pozostałych sektorach we właściwym funduszu świadczeń rodzinnych.

Rozdział X: Bezrobocie

Kiedy masz prawo do świadczeń z tytułu bezrobocia?

Ubezpieczenie od utraty pracy ma na celu zagwarantowanie osobom ubezpieczonym odpowiedniej rekompensaty zarobków utraconych z powodu (częściowego bądź całkowitego) bezrobocia, skrócenia godzin pracy, złych warunków pogodowych oraz niewypłacalności pracodawcy. Działania na rynku pracy na rzecz ubezpieczonych mają na celu ochronienie ich przed ryzykiem bezrobocia, zwalczanie istniejącego bezrobocia i popieranie trwałej i szybkiej integracji bezrobotnych w rynek pracy.

Ubezpieczone od utraty pracy są wszystkie osoby należące obowiązkowo do *AHV-AVS* i objęte obowiązkiem opłacania składek z tytułu pracy najemnej, a które nie osiągnęły jeszcze wieku emerytalnego. Zasadniczo nie ma możliwości dobrowolnego ubezpieczenia.

Świadczenie z tytułu bezrobocia przysługuje ubezpieczonemu, który:

- jest bezrobotny lub częściowo bezrobotny;
- utracił pracę (oraz wynagrodzenie) na co najmniej dwa kolejne dni, co znalazło odzwierciedlenie w historii zatrudnienia;
- zamieszkuje w Szwajcarii (specjalne zasady mają zastosowanie do osób zamieszkujących w państwach członkowskich UE i EOG);
- zakończył obowiązkową edukację, nie osiągnął jeszcze wieku dającego prawo do emerytury *AHV-AVS* i nie otrzymuje takiej emerytury;
- był zatrudniony za wynagrodzeniem przez co najmniej dwanaście miesięcy w ciągu dwóch lat bezpośrednio poprzedzających bezrobocie i zarejestrowany w urzędzie ds. zatrudnienia (osoby, które nie były zatrudnione z powodu szkoleń, choroby, wypadku lub pozbawienia wolności są zwolnione z warunków dotyczących okresu składkowego). Ten dwuletni okres jest zazwyczaj przedłużany o kolejne dwa lata dla ubezpieczonych, którzy podjęli działalność na własny rachunek bez pobierania pomocy z ubezpieczenia od utraty pracy, wychowywali dziecko, lub utracili pracę w ciągu czterech lat poprzedzających wiek dający prawo do emerytury *AHV-AVS* (i dla których bardzo trudno znaleźć pracę); jest gotowy i jest w stanie podjąć pracę;
- oraz oddaje się do dyspozycji biura ds. zatrudnienia, by mu znalazło zatrudnienie, podda się wymaganiom kontroli i sam również poszukuje pracy.

Co obejmuje ubezpieczenie?

Zasadniczo świadczenie z tytułu bezrobocia wynosi 70% średniego wynagrodzenia z ostatnich sześciu miesięcy, od którego odprowadzane były składki, w granicach ustalonego pułapu (10 500 CHF (8 741 EUR) miesięcznie). Ubezpieczeni mający zobowiązania związane z utrzymaniem dzieci poniżej 25. roku życia, których świadczenie z tytułu bezrobocia jest niższe od określonej kwoty minimalnej (140 CHF (117 EUR)) lub którzy są bezrobotni, uprawnieni są do 80% ostatniego wynagrodzenia, od którego odprowadzane były składki. Ubezpieczeni posiadający dzieci mają również prawo do świadczeń rodzinnych.

Świadczenie z tytułu bezrobocia wypłacane jest w formie zasiłku dziennego, pięć razy w tygodniu. Zasadniczo prawo do świadczenia rozpoczyna się po upływie okresu

oczekiwania wynoszącego pięć dni kontrolowanego bezrobocia. W szczególnych okolicznościach ten okres może zostać skrócony lub przedłużony. Ogólny okres oczekiwania nie ma zastosowania do ubezpieczonych, których wynagrodzenie nie przekracza określonego poziomu.

Specjalny okres oczekiwania wynoszący 120 dni (oprócz standardowych 5 dni) ma zastosowanie w przypadku osób zwolnionych z warunków związanych z okresami składkowymi ze względu na szkolenie, chorobę, wypadek, macierzyństwo lub pozbawienie wolności. Ogólny okres oczekiwania wydłuża się o 5 dni w przypadku innych osób zwolnionych z warunków związanych z okresami składkowymi, a o jeden dzień w przypadku pracowników sezonowych, pracowników najemnych w zawodach, w których zmiana pracodawcy zdarza się często oraz osób z umowami o pracę na czas określony.

O świadczenia z tytułu bezrobocia można się ubiegać w określonym okresie w ciągu dwóch lat, tzn.:

- 200 zasiłków dziennych przysługuje osobom poniżej 25 roku życia, które nie mają zobowiązań związanych z utrzymaniem dzieci;
- 260 zasiłków dziennych przysługuje dla okresu składkowego wynoszącego łącznie 12 miesięcy;
- 400 zasiłków dziennych przysługuje dla okresu składkowego wynoszącego łącznie 18 miesięcy;
- 520 zasiłków dziennych przysługuje od 55. roku życia, jeśli ubezpieczony może wykazać się co najmniej 22-miesięcznym okresem składkowym;
- 520 zasiłków dziennych przysługuje, jeśli ubezpieczony otrzymuje rentę inwalidzką odpowiadającą co najmniej 40% stopniowi inwalidztwa i jeśli może wykazać się co najmniej 22-miesięcznym okresem składkowym;
- 90 zasiłków dziennych przysługuje osobom zwolnionym z warunków związanych z okresami składkowymi.

Starsze osoby bezrobotne, które utraciły pracę w ciągu czterech lat poprzedzających wiek dający prawo do emerytury AHV-AVS i dla których bardzo trudno znaleźć pracę mają prawo do 120 dodatkowych zasiłków dziennych.

Jeśli ubezpieczony należy do kategorii bezrobotnych, którym trudno znaleźć pracę z powodów ściśle związanych z rynkiem pracy, może uczestniczyć, za zgodą urzędu ds. zatrudnienia, w kursach kształcenia ustawicznego lub ponownego wprowadzenia na rynek pracy, nadal otrzymując zasiłki dzienne.

Prawo do świadczenia z tytułu bezrobocia może zostać zawieszona na pewien okres, na przykład, jeśli ubezpieczony sam zrezygnował z pracy bez uzasadnionego powodu, nie podejmuje wystarczających wysiłków celem znalezienia nowej pracy lub jeśli odrzuci pracę zaproponowaną przez urząd ds. zatrudnienia. Zawieszenie może trwać od jednego do sześćdziesięciu dni, w zależności od powagi jego przyczyny.

Ubezpieczenie od utraty pracy obejmuje również świadczenia z tytułu częściowego bezrobocia. Przysługują one osobom poszukującym zatrudnienia w niepełnym wymiarze czasu pracy lub zatrudnionym w niepełnym wymiarze czasu pracy i pragnącym znaleźć zatrudnienie w pełnym wymiarze lub uzupełnić obecne zatrudnienie dodatkowym zatrudnieniem w niepełnym wymiarze czasu pracy. Pracownicy, których normalne godziny pracy zostały skrócone, lub których pracę zawieszono, mają prawo do zasiłku z tytułu skróconych godzin pracy (*Kurzarbeitsentschädigung/indemnité en cas de réduction de l'horaire de travail*).

Pracownicy w sektorach, w których częste są przerwy w pracy spowodowane czynnikami meteorologicznymi uprawnieni są do zasiłku z tytułu złych warunków meteorologicznych (*Schlechtwetterentschädigung/indemnité en cas d'intempéries*).

W ramach ubezpieczenia od utraty pracy mogą być również wypłacane świadczenia z tytułu niewypłacalności pracodawcy oraz świadczenia finansowe na działania na rynku pracy.

W jaki sposób można skorzystać ze świadczeń z tytułu bezrobocia?

Ubezpieczony jest zobowiązany zarejestrować się osobiście i w odpowiednim czasie, czyli najpóźniej pierwszego dnia, w którym chce skorzystać ze swego prawa do świadczenia z tytułu bezrobocia w urzędzie gminy właściwym ze względu na miejsce zamieszkania lub we właściwym regionalnym biurze pośrednictwa pracy, zależnie od przepisów obowiązujących w danym kantonie. Osoba bezrobotna musi spełnić wszystkie wymagania dotyczące kontroli i stawiać się na rozmowy doradcze do właściwych regionalnych biur pośrednictwa pracy (ORP). Świadczenie z tytułu bezrobocia wypłacane jest przez instytucję, którą można dowolnie wybrać w momencie rejestrowania się w urzędzie ds. zatrudnienia. Osoba bezrobotna ma obowiązek przyjąć dobraną dla niej ofertę pracy.

Rozdział XI: Świadczenia minimalne z pomocy społecznej

Kiedy masz prawo do świadczeń minimalnych z pomocy społecznej?

Konstytucja federalna (art. 12) zapewnia prawo do uzyskania pomocy w trudnych sytuacjach: „Kto popada w trudną sytuację i nie jest w stanie zatroszczyć się o siebie, ma prawo do pomocy i opieki oraz do środków, które są niezbędne do zapewnienia egzystencji godnej człowieka.”

W Szwajcarii, pomoc społeczna podlega, poza kilkoma wyjątkami, kompetencji kantonów, a jej wykonanie leży w gestii gmin. Pomoc społeczna opiera się więc na 26 różnych systemach kantonalnych. Jednakże *Conférence suisse des institutions d'action sociale* (CSIAS – szwajcarska konferencja instytucji akcji społecznej), ciało złożone ze specjalistów i z przedstawicieli służb socjalnych kantonów i gmin, określa wytyczne w dziedzinie pomocy społecznej dla władz socjalnych kantonów, gmin oraz dla prywatnych instytucji społecznych. Większość kantonów stosuje te normy.

Dlatego też nie istnieje powszechny system nieskładkowy na poziomie federalnym. Jednakże pewnym kategoriom osób mogą być zapewniane świadczenia socjalne jako świadczenia dodatkowe wobec pierwszego filaru (*Ergänzungsleistungen, EL/Prestations complémentaires, PC*). Świadczenia pierwszego filaru wraz ze świadczeniami dodatkowymi muszą umożliwić odpowiednią realizację podstawowych potrzeb osób starszych, niepełnosprawnych i pozostałych przy życiu członków rodziny.

Dodatkowe świadczenia przyznawane na podstawie oceny zasobów finansowych mogą być wypłacane beneficjentom emerytur i rent rodzinnych z ubezpieczenia emerytalnego oraz ubezpieczenia dla osób pozostałych przy życiu (AHV-AVS) oraz beneficjentom rent inwalidzkich i zasiłków pielęgnacyjnych z ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa (IV-AI). Obywatelstwo Szwajcarii nie jest wymogiem, ale stałe zamieszkiwanie w Szwajcarii już tak. Dodatkowo cudzoziemcy muszą zamieszkiwać w Szwajcarii nieprzerwanie przez 10 lat (uchodźcy i bezpaństwowcy przez pięć lat) bezpośrednio przed datą wnioskowania o świadczenia dodatkowe.

Co obejmuje ubezpieczenie?

Roczna wysokość świadczeń dodatkowych odpowiada nadwyżce uznanych wydatków nad dochodem. Uznane wydatki obejmują kwotę na pokrycie podstawowych potrzeb, czynszu i kosztów powiązanych (do określonego pułapu), wydatki na cele zawodowe, koszty obsługi nieruchomości oraz odsetki od hipoteki, składki na zabezpieczenie społeczne (na obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne: kwota ryczałtowa odpowiadająca przeciętnej składce w danym kantonie) oraz utrzymanie zgodnie z przepisami prawa rodzinnego.

Uznane wydatki na potrzeby obliczania świadczeń dodatkowych obejmują kwotę pokrywającą podstawowe potrzeby, różne w zależności od liczby osób w rodzinie, tj.:

- 19 050 CHF (15 858 EUR) rocznie dla osoby samotnej;
- 28 575 CHF (23 787 EUR) rocznie dla par i partnerów w zarejestrowanych związkach partnerskich;

- 9 945 CHF (8 279 EUR) rocznie na każde z pierwszych dwojga dzieci;
- 6 630 CHF (5 519 EUR) rocznie zarówno na trzecie, jak i na czwarte dziecko;
- 3 315 CHF (2 760 EUR) rocznie na piąte i kolejne dzieci.

Roczna wysokość świadczeń dodatkowych obliczana jest jako świadczenie wyrównawcze (tzn. różnica dochodu i wydatków). Do ich otrzymywania konieczne jest spełnienie wymogów kwalifikowalności.

Wedle norm CSIAS dotyczących pomocy społecznej na poziomie kantonów, pokrycie podstawowych potrzeb zawiera ryczałt na utrzymanie, koszty mieszkania i podstawowe wydatki medyczne.

W jaki sposób można skorzystać ze świadczeń minimalnych z pomocy społecznej?

Kantonalne fundusze świadczeń określają, kto jest uprawniony do świadczeń dodatkowych i dokonują okresowej oceny sytuacji finansowej wnioskodawcy (dochodu i uznanych wydatków) co najmniej co cztery lata.

Pobrane w sposób nieuprawniony świadczenia dodatkowe (w drodze oszustwa lub niedopełnienia obowiązku zgłoszenia informacji) muszą zostać zwrócone przez beneficjenta, jego przedstawicieli prawnych bądź jego spadkobierców. Nie ma konieczności dokonywania zwrotu, jeśli udowodnione zostanie, że dana osoba działała w dobrej wierze oraz jeśli zwrot spowodowałby trudną sytuację życiową danej osoby.

Rozdział XII: Opieka długoterminowa

Kiedy masz prawo do opieki długoterminowej?

W Szwajcarii nie istnieje żaden specjalny system opieki długoterminowej. Świadczenia zapewniają różne działy systemu zabezpieczenia społecznego.

Opieka zdrowotna świadczona jest w ramach obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego, ubezpieczenia od wypadków i ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa (świadczenia medyczne IV-AI).

Dodatkowo możliwe jest wypłacanie zasiłku pielęgnacyjnego w ramach podstawowego systemu emerytalno-rentowego (ubezpieczenie emerytalne i ubezpieczenie dla osób pozostałych przy życiu (AHV-AVS) oraz ubezpieczenie na wypadek inwalidztwa (IV-AI)) oraz ubezpieczenia od wypadków. Uprawnione do tych świadczeń są osoby stale potrzebujące pomocy osoby trzeciej bądź osobistej opieki przy wypełnianiu podstawowych czynności życia codziennego (np. wstawania, siadania, położenia się, jedzenia, ubierania się, rozbierania się, mycia się, korzystania z toalety, poruszania się po okolicy) ze względu na stan zdrowia.

Obecnie wyróżnia się trzy stopnie uzależnienia od osób trzecich:

- *znaczne uzależnienie*: ubezpieczony wymaga regularnej i znacznej pomocy w wykonywaniu wszystkich podstawowych czynności dnia codziennego i stałej opieki bądź nadzoru;
- *średnie uzależnienie*: ubezpieczony wymaga regularnej i znacznej pomocy w wykonywaniu większości podstawowych czynności dnia codziennego; lub regularnej i znacznej pomocy w wykonywaniu co najmniej dwóch podstawowych czynności dnia codziennego oraz stałego nadzoru;
- *nieznaczne uzależnienie*: ubezpieczony wymaga regularnej i znacznej pomocy w wykonywaniu co najmniej dwóch podstawowych czynności dnia codziennego; lub wymaga stałego nadzoru; lub stale wymaga szczególnie wymagającej opieki w związku ze swoją niepełnosprawnością; lub z powodu poważnego upośledzenia narządów zmysłów lub poważnej niepełnosprawności fizycznej ubezpieczony może nawiązywać kontakty społeczne ze swoją grupą społeczną przy zapewnieniu znacznej i regularnej pomocy.

W ramach podstawowego systemu ubezpieczenia emerytalnego (AHV-AVS/IV-AI) można również uzyskać zasiłek opiekuńczy. Celem zasiłku jest umożliwienie ubezpieczonemu prowadzenia samodzielnego życia. Osoba otrzymująca zasiłek pielęgnacyjny, która mieszka lub chce mieszkać we własnym domu, ma prawo do zasiłku opiekuńczego umożliwiającego jej zatrudnienie osoby (opiekuna) świadczącej niezbędną opiekę. Osoba otrzymująca zasiłek opiekuńczy AI do osiągnięcia wieku emerytalnego zachowuje to uprawnienie do wysokości otrzymywanej do momentu osiągnięcia wieku emerytalnego.

Koszty specjalne mogą zostać pokryte w ramach systemu świadczeń dodatkowych poprzez zapewnienie osobom starszym, niepełnosprawnym i pozostałym przy życiu świadczeń przyznawanych na podstawie oceny zasobów finansowych.

Co obejmuje ubezpieczenie?

Świadczenia rzeczowe

Leczenie w domu pacjenta, poza szpitalem, świadczona jest w ramach systemu ubezpieczenia zdrowotnego, jak również systemu ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa i ubezpieczenia od wypadków.

Świadczenia pieniężne

Zasiłek pielęgnacyjny odpowiada stopniowi uzależnienia od opieki osób trzecich. W ramach systemu ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa miesięczna wysokość świadczeń wynosi:

- 464 CHF (386 EUR) w przypadku nieznacznego uzależnienia od pomocy osób trzecich;
- 1 160 CHF (966 EUR) w przypadku średniego uzależnienia od pomocy osób trzecich;
- 1 856 CHF (1 545 EUR) w przypadku poważnego uzależnienia od pomocy osób trzecich.

W przypadku, gdy opiekę nad ubezpieczonym świadczy instytucja, zasiłek pielęgnacyjny wynosi jedną czwartą wskazanych kwot.

Małoletni, którzy wymagają intensywnej opieki i nie zamieszkują w instytucji opiekuńczej uprawnieni są do dodatku do zasiłku pielęgnacyjnego. Jego wysokość zależy od intensywności wymaganej opieki.

W systemie ubezpieczeń emerytalnych i ubezpieczeń dla osób pozostałych przy życiu miesięczna wysokość zasiłku pielęgnacyjnego wynosi 232 CHF (193 EUR) (w przypadku nieznacznego uzależnienia od pomocy osób trzecich), 580 CHF (483 EUR) (w przypadku średniego uzależnienia od pomocy osób trzecich) lub 928 CHF (773 EUR) (w przypadku poważnego uzależnienia od pomocy osób trzecich).

W przypadku ubezpieczenia od wypadków miesięczna wysokość zasiłku pielęgnacyjnego wynosi:

- 692 CHF (576 EUR) w przypadku nieznacznego uzależnienia od pomocy osób trzecich;
- 1 384 CHF (1 152 EUR) w przypadku średniego uzależnienia od pomocy osób trzecich;
- 2 076 CHF (1 728 EUR) w przypadku poważnego uzależnienia od pomocy osób trzecich.

Zasiłek opiekuńczy wynosi zasadniczo 32,50 CHF (27 EUR) na godzinę. Jeśli z uwagi na niepełnosprawność ubezpieczonego opiekun musi posiadać szczególne kwalifikacje, kwota zasiłku opiekuńczego wynosi 48,75 CHF (41 EUR) na godzinę. Świadczeń zapewnianych w godzinach nocnych dotyczy stawka specjalna (maks. 86,70 CHF (72 EUR) za noc).

Zwrot kosztów specjalnych poniesionych na pomoc, opiekę i wsparcie w systemie świadczeń dodatkowych pierwszego filaru jest możliwy do pewnego pułapu. Kantony określają, które koszty mogą zostać zwrócone.

W jaki sposób można skorzystać z opieki długoterminowej?

Konieczność zapewnienia opieki oceniana jest przez właściwego lekarza. Uzależnienie od pomocy osób trzecich stwierdzają biura IV-AI (w przypadku ubezpieczenia emerytalnego, ubezpieczenia dla osób pozostałych przy życiu oraz ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa).

Uzależnienie od pomocy osób trzecich podlega regularnej kontroli.

Załącznik: Dane kontaktowe instytucji i adresy przydatnych stron internetowych

Więcej szczegółowych informacji na temat warunków kwalifikujących oraz świadczeń zabezpieczenia społecznego w Szwajcarii można uzyskać od publicznych instytucji zarządzających systemem zabezpieczenia społecznego.

Aby uzyskać informacje na temat systemów zabezpieczenia społecznego dotyczące większej liczby krajów UE, można zwrócić się do instytucji kontaktowej znajdującej się w spisie instytucji prowadzonym przez Komisję Europejską, dostępnym na następującej stronie internetowej: <http://ec.europa.eu/social-security-directory>.

Pytania dotyczące wpływu na świadczenia, jaki powoduje odprowadzanie składek na ubezpieczenie w co najmniej dwóch państwach członkowskich, należy kierować do następujących instytucji:

Federalny Urząd Zdrowia Publicznego

Bundesamt für Gesundheit
Office Fédéral de la Santé Publique
3003 Bern
Tel.: +41 (0)31 322 21 11
Faks: +41 (0)31 322 95 07
<http://www.bag.admin.ch>

Sekretariat Stanu do Spraw Gospodarczych

Staatssekretariat für Wirtschaft
Secrétariat d'État à l'Économie
Effingerstrasse 31
3003 Bern
Tel.: +41 (0)31 322 56 56
Faks +41 (0)31 322 27 49
<http://www.seco.admin.ch>

Federalny Urząd Zabezpieczenia Społecznego

Bundesamt für Sozialversicherungen
Office Fédéral des Assurances Sociales
Effingerstrasse 20
3003 Bern
Tel.: +41 (0)31 322 90 11
Faks +41 (0)31 322 78 80
<http://www.bsv.admin.ch>

Organy łącznikowe

1. Choroba i macierzyństwo

Wspólny organ na mocy federalnej ustawy o ubezpieczeniu zdrowotnym

Gemeinsame Einrichtung KVG

Institution commune LAMal

Gibelinstrasse 25

4503 Solothurn

Tel.: +41 (0)32 625 30 30

Faks: +41 (0)32 625 30 90

E-mail: info@kvg.org

<http://www.kvg.org>

2. Starość, osoby pozostałe przy życiu, inwalidztwo

- Pierwszy filar

Szwajcarski Fundusz Świadczeń

Die Schweizerische Ausgleichskasse

Caisse suisse de compensation

Avenue Edmond-Vaucher 18

Case postale 3100

1211 Genève 2

Tel.: +41 (0)22 795 91 11

Faks: +41 (0)22 795 97 05

<http://www.zas.admin.ch>

- Drugi filar

Fundusz Gwarancyjny LOB

Sicherheitsfonds BVG

Fonds de garantie LPP

Eigerplatz 2

Case postale 1023

3000 Berne 14

Tel.: +41 (0)31 380 79 71

Faks: +41 (0)31 380 79 76

E-mail: info@sfbvg.ch

<http://www.sfbvg.ch>

3. Wypadki przy pracy i choroby zawodowe

Szwajcarski Narodowy Fundusz Ubezpieczeń od Wypadków

Schweizerische Unfallversicherungsanstalt

Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents

Fluhmattstrasse 1

6002 Lucerne

Tel.: +41 (0)41 419 51 11

Faks: +41 (0)41 419 58 28

<http://www.suva.ch>

4. Świadczenia rodzinne

Federalny Urząd Zabezpieczenia Społecznego
Bundesamt für Sozialversicherungen
Office Fédéral des Assurances Sociales
Effingerstrasse 20
3003 Bern
Tel.: +41 (0)31 322 90 11
Faks +41 (0)31 322 78 80
<http://www.bsv.admin.ch>

5. Ubezpieczenie od utraty pracy

Sekretariat Stanu do Spraw Gospodarczych
Staatssekretariat für Wirtschaft
Secrétariat d'État à l'Économie
Effingerstrasse 31
3003 Bern
Tel.: +41 (0)31 322 56 56
Faks +41 (0)31 322 27 49
<http://www.seco.admin.ch>