

# VOTRE RÉCAPITULATIF ANNUEL DES FRAIS EN BREF.

## 1 À propos de votre assurance de base

Vous trouverez, à la page suivante, des informations détaillées sur les prestations et primes de votre assurance de base.

## 2 À propos de vos assurances complémentaires

Vous trouverez, à la page suivante, des informations détaillées sur les prestations et primes de vos assurances complémentaires.

## 3 Frais non couverts par un produit SWICA

P. ex. frais de lunettes au-delà de la part SWICA

### Montants que vous pouvez reporter directement dans votre déclaration d'impôts

4 Total de votre participation aux frais de maladie et d'accident

5 Total des primes de l'assurance de base et des assurances complémentaires

SWICA GESUNDHEITSORGANISATION  
REGIONALDIREKTION WINTERTHUR  
Zürcherstrasse 31 / 8400 Winterthur / swica.ch

LÀ POUR VOUS.  
winterthur@swica.ch  
Téléphone +41 52 224 58 58

MAX MUSTER  
N° ASSURANCE 0000000



Monsieur  
Max Muster  
Musterstrasse 1  
8405 Winterthur

Winterthur, [date]

## RÉCAPITULATIF DES FRAIS POUR [année]

Prestations et primes	Montant Des factures	Non déductibles	Votre participation
<b>1 Assurance de base</b>			
Total des factures que vous avez envoyées	22'519.90		
Prestations remboursées par SWICA		20'548.25	
Franchise			300.00
Quote-part			1'189.95
Contribution aux frais hospitaliers			435.00
<b>Frais de traitement assurance de base</b>	<b>22'519.90</b>	<b>20'548.25</b>	<b>1'924.95</b>
<b>Primes assurance de base/Réduction de prime</b>	<b>4'951.20</b>	<b>0.00</b>	<b>4'951.20</b>
<b>2 Assurances complémentaires</b>			
Total des factures que vous avez envoyées	420.30		
Prestations remboursées par SWICA		420.30	
Votre participation à la prévoyance en matière de santé		0.00	
Franchise			0.00
Quote-part			0.00
<b>Frais de traitement assurances complémentaires</b>	<b>420.30</b>	<b>420.30</b>	<b>0.00</b>
<b>Primes assurances complémentaires</b>	<b>464.40</b>	<b>0.00</b>	<b>464.40</b>
<b>3 Frais de maladie ou d'accident non assurés</b>			<b>46.70</b>
Pour la déclaration fiscale.			
<b>4 Total de votre participation aux coûts pour [année]</b>			<b>1'971.65</b>
<b>5 Total des primes [année]</b>			<b>5'415.60</b>

## ASSURANCE DE BASE

Prestations et primes	Montant Des factures	Non déductibles	Votre participation
<b>Assurance de base</b>			
Total des factures que vous avez envoyées	<b>A</b> 22'519.90		
Prestations remboursées par SWICA		<b>B</b> 20'548.25	
Franchise			300.00 <b>C</b>
Quote-part			1'189.95 <b>D</b>
Contribution aux frais hospitaliers			435.00 <b>E</b>
<b>Frais de traitement assurance de base</b>	<b>F</b> 22'519.90	<b>G</b> 20'548.25	<b>H</b> 1'924.95
<b>Primes assurance de base/Réduction de prime</b>	<b>I</b> 4'951.20	<b>J</b> 0.00	<b>K</b> 4'951.20

- A** Somme de toutes les factures décomptées
- B** Prestations que SWICA vous a remboursées
- C** Franchise décomptée au cours de l'année fiscale
- D** Quote-part décomptée au cours de l'année fiscale
- E** Contribution aux frais hospitaliers décomptée au cours de l'année fiscale
- F** Reprise du total susmentionné

- G** Total des frais de l'assurance de base à **ne pas** indiquer dans la déclaration d'impôts
- H** Total des frais de l'assurance de base
- I** Total des primes de l'assurance de base
- J** Total de la réduction des primes. La taxe environnementale et les primes de la protection juridique santé ne sont pas prises en compte.
- K** Total des primes de l'assurance de base déduction faite de la réduction des primes et/ou du remboursement de primes conformément à l'art. 106 LAMal

## ASSURANCES COMPLÉMENTAIRES

Prestations et primes	Montant Des factures	Non déductibles	Votre participation
<b>Assurances complémentaires</b>			
Total des factures que vous avez envoyées	<b>A</b> 420.30		
Prestations remboursées par SWICA		<b>B</b> 420.30	
Votre participation à la prévoyance en matière de santé		<b>C</b> 0.00	
Franchise			0.00 <b>D</b>
Quote-part			0.00 <b>E</b>
<b>Frais de traitement assurances complémentaires</b>	<b>F</b> 420.30	<b>G</b> 420.30	<b>H</b> 0.00
<b>Primes assurances complémentaires</b>	<b>I</b> 464.40	<b>J</b> 0.00	<b>K</b> 464.40

- A** Somme de toutes les factures décomptées
- B** Prestations que SWICA vous a remboursées
- C** Frais de prévention qui dépassent le montant remboursé par SWICA. Exemple: participation du client aux frais d'abonnement de fitness. Ces prestations ne doivent pas être reportées dans la déclaration d'impôts.
- D** Franchise décomptée au cours de l'année fiscale
- E** Quote-part décomptée au cours de l'année fiscale

- F** Reprise du total susmentionné
- G** Total des frais des assurances complémentaires à **ne pas** indiquer dans la déclaration d'impôts
- H** Total des frais des assurances complémentaires à indiquer dans la déclaration d'impôts
- I** Total des primes des assurances complémentaires
- J** Champ non utilisé
- K** Reprise du point **I**

À VOTRE SERVICE 365 JOURS PAR AN, 24 HEURES SUR 24.

Téléphone 0800 80 90 80 / swica.ch

