

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
1 Assurance de base			
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
Frais de traitement assurance de base	22'519.90	20'548.25	1'924.95
Primes assurance de base/Réduction de prime	4'951.20	0.00	4'951.20
2 Assurances complémentaires			
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
Frais de traitement assurances complémentaires	420.30	420.30	0.00
Primes assurances complémentaires	464.40	0.00	464.40
3 Frais de maladie ou d'accident non assurés			46.70
Pour la déclaration fiscale.			
4 Total de votre participation aux coûts pour [année]			1'971.65
5 Total des primes [année]			5'415.60

ASSURANCE DE BASE

Prestations et primes	Montant Des factures	Non déductibles	Votre participation
Assurance de base			
Total des factures que vous avez envoyées	A 22'519.90		
Prestations remboursées par SWICA		B 20'548.25	
Franchise			300.00 C
Quote-part			1'189.95 D
Contribution aux frais hospitaliers			435.00 E
Frais de traitement assurance de base	F 22'519.90	G 20'548.25	H 1'924.95
Primes assurance de base/Réduction de prime	I 4'951.20	J 0.00	K 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
Assurances complémentaires			
Total des factures que vous avez envoyées	A 420.30		
Prestations remboursées par SWICA		B 420.30	
Votre participation à la prévoyance en matière de santé		C 0.00	
Franchise			0.00 D
Quote-part			0.00 E
Frais de traitement assurances complémentaires	F 420.30	G 420.30	H 0.00
Primes assurances complémentaires	I 464.40	J 0.00	K 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

