Notre engagement pour votre couverture d’assurance.

Transférez votre assurance chez Helsana et profitez d’avantages attractifs.

sbpv aseb asib
Schweizerischer Bankpersonalverband
Association suisse des employés de banque
Associazione svizzera degli impiegati di banca

Helsana
Engagée pour la vie.

L'Association suisse des employés de banque a souscrit une convention avec Helsana.*

Cette convention vous permet de profiter d'avantages attrayants pour toi et ta famille. Découvrez nos plus-values.

Vous souhaitez en savoir davantage?
Utilisez dès maintenant votre bon pour un entretien-conseil et rejoignez Helsana. Vos avantages en détail :
helsana.ch

* La réduction de 3% est valable sur les assurances complémentaires d’ hospitalisation : HOSPITAL Demi-privée, HOSPITAL Privée, HOSPITAL PLUS**, HOSPITAL PLUS (BONUS)**, HOSPITAL COMFORT**, HOSPITAL COMFORT (BONUS)**, HOSPITAL FLEX. La réduction de 3% est valable sur les assurances complémentaires des soins : TOP, SANA, COMPLETA EXTRA, COMPLETA.">
** Ces produits sont réservés aux clients existants et ne sont plus disponibles pour de nouvelles souscriptions. L'âge maximum d’ admission est celui de la retraite ordinaire, après déduction de douze mois.

120

années d’expérience
Grandir ensemble : nous devons notre savoir-faire à votre fidélité.

2

million de clients
Votre confiance nous incite à donner chaque jour le meilleur de nous-mêmes.

24/7

Service d’urgence 24h /24
Nous sommes à vos côtés partout dans le monde. Nous proposons aussi une aide psychologique d’urgence

Nous sommes là pour vous.
Personnellement et engagés.

Groupe Helsana
Agence générale Bern-Thun
Worblaufenstrasse 200
3048 Worblaufen

058 340 15 07
ga-bern.markt@helsana.ch
helsana.ch

Distinguée par les meilleures notes.

Le Groupe Helsana comprend Helsana Assurances SA, Helsana Assurances complémentaires SA et Helsana Accidents SA.

Helsana
Engagée pour la vie.

Bon pour un entretien-conseil

Je m’intéresse à la couverture d’assurance optimale et aux réductions avantageuses proposées par Helsana.

Veuillez me contacter.

❍ Je ne suis pas assuré auprès du Groupe Helsana.

❍ Je suis déjà assuré auprès du Groupe Helsana et je souhaite profiter des avantages attrayants des assurances complémentaires.

❍ Madame ❍ Monsieur

Nom

Prénom

Rue, n°

NPA, localité, pays

Téléphone/portable Date de naissance

Je suis joignable les jours suivants ❍ Lu ❍ Ma ❍ Me ❍ Je ❍ Ve entre h et h.

E-mail

Assurance-maladie actuelle* *Renseignement facultatif.

envoyer