

Il nostro impegno per i membri del Jardin Suisse.

Cambiando in Helsana beneficerete di una
copertura assicurativa di prim'ordine.

**Beneficiate
subito di
interessanti
vantaggi**

Helsana per gli interessanti vantaggi



Approfittate di vantaggiose agevolazione.

Desiderate saperne di più? Utilizzate adesso il buono per una consulenza e cambiate.

Fate ora la vostra scelta:

**Prestazioni
esclusive**

**A vostra
disposizione per
informarvi**



Helsana per la promozione della salute e la prevenzione

Vivere più a lungo e in salute? Helsana partecipa a delle misure di prevenzione prendendosi a carico una parte dei costi per i vostri abbonamenti di fitness. Fare walking e jogging sono divertenti anche sui sentieri Helsana Trails.



Helsana per i viaggi all'estero

Urgenza all'estero? Helsana non vi abbandona in asso e resta al vostro fianco in caso d'emergenza all'estero. Per una consulenza vi preghiamo di rivolgervi al Centro di competenza Estero.



Helsana per la famiglia

Bimbi in arrivo? Il baby package di Helsana offre protezione sin dal primo momento. **Vostro figlio è malato** e dovete andare al lavoro? Ci pensa KidsCare di Helsana. **Siete voi ad esservi ammalati** e non potete occuparvi dei figli? Nanny service di Helsana vi sostituisce.



Helsana per gli interessanti vantaggi

Approfittate di vantaggiose agevolazione.

Desiderate saperne di più? Utilizzate adesso il buono per una consulenza e cambiate.

[< Indietro](#)



Siamo al vostro fianco. Con tutto
il nostro impegno e un'assistenza su misura



helsana.ch/punti-vendita

Il punto vendita più vicino a voi



043 340 90 80

Chiamateci per una consulenza telefonica
o per fissare un appuntamento



info.pflege@helsana.ch

Consulenza tramite e-mail



helsana.ch/federazione

Maggiori informazioni

Buono per una consulenza

Un'eccellente protezione assicurativa e vantaggiose agevolazione:

Sono interessato/a. Vi prego di contattarmi per una consulenza.

☐ Non sono assicurato/a presso il gruppo Helsana.

☐ Sono già assicurato/a presso il gruppo Helsana e vorrei beneficiare ora degli interessanti vantaggi offerti dalle assicurazioni integrative.

Signora Signor

Cognome

Nome

Via, n.

NPA, località, paese

Telefono/cellulare

Data di nascita

Datore di lavoro/Sezione

Reperibile nei giorni

Lun

Mar

Mer

Gio

Ven

tra le ore

e le ore

E-Mail

Attuale assicurazione malattia*

* indicazione facoltativa