

# Für Ihren Versicherungsschutz engagiert.

**15%**  
Reduktion auf  
ausgewählte Zusatz-  
versicherungen\*

Wechseln Sie  
zu Helsana und  
profitieren Sie  
von attraktiven  
Vorteilen.

## Treffen Sie jetzt Ihre Auswahl:

Exklusive Leistungen

Wir informieren Sie gerne

Beratungstalon ausfüllen

Der Kantonale Lehrerverband SG hat mit Helsana eine Vereinbarung abgeschlossen.\*

Dank dieser kommen Sie in den Genuss von attraktiven Vorteilen für Sie und Ihre Familie. Lassen Sie sich von unseren Mehrwerten überzeugen.

### Mehr darüber erfahren?

Jetzt Beratungsgutschein einlösen und wechseln.

Ihre Vorteile im Detail:

**[helsana.ch/kv-verband](https://helsana.ch/kv-verband)**

Die Vergünstigung gilt für Helsana und Progrès.

Die Reduktion von 15% gilt für die Spitalzusatzversicherungen: HOSPITAL HALBPRIVAT, HOSPITAL PRIVAT, HOSPITAL PLUS\*\*, HOSPITAL PLUS (BONUS)\*\*, HOSPITAL COMFORT\*\*, HOSPITAL COMFORT (BONUS)\*\*, HOSPITAL FLEX.

Die Reduktion von 7% gilt für die Krankenpflegezusatzversicherungen: TOP, SANA, COMPLETA, COMPLETA EXTRA.

\*\* Diese Produkte sind Bestandskunden vorbehalten und können nicht mehr neu abgeschlossen werden. Das Höchsteintrittsalter bildet das ordentliche Pensionsalter abzüglich 12 Monate.

# 120

### Jahre Erfahrung

Gemeinsam gewachsen:  
Unser Know-how verdanken wir Ihrer Treue.

# 2

### Millionen Kunden

Ihr Vertrauen spornt uns an, immer unser Bestes zu geben – Tag für Tag.

# 24/7

### 24 Std. Notfallservice

Wir stehen Ihnen weltweit zur Seite. Auch mit psychologischer Soforthilfe.



**Wir sind für Sie da  
Individuell und engagiert.**

Helsana-Gruppe  
Verkaufsstelle St. Gallen  
Unterer Graben 1  
9000 St. Gallen

058 340 15 50  
ga-stgallen.private@helsana.ch  
helsana.ch/kv-verband

**Mit Bestnoten ausgezeichnet.**



Zur Helsana-Gruppe gehören Helsana Versicherungen AG, Helsana Zusatzversicherungen AG, Helsana Unfall AG und Progrès Versicherungen AG.

# Beratungstalon

**Ich interessiere mich für den erstklassigen Versicherungsschutz und den vorteilhaften Vergünstigungen von Helsana.**

Bitte nehmen Sie mit mir Kontakt auf.

Ich bin nicht bei der Helsana-Gruppe versichert.

Ich bin bereits bei der Helsana-Gruppe versichert und möchte jetzt von den attraktiven Vorteilen der Zusatzversicherungen profitieren.

Frau  Herr

Name

Vorname

Strasse, Nr.

PLZ, Ort, Land

Telefon/Mobile

Geburtsdatum

Arbeitgeber/Sektion

Ich bin erreichbar am  Mo  Di  Mi  Do  Fr  Sa  So zwischen  und  Uhr.

E-Mail

Jetzige Krankenversicherung\*

\*Freiwillige Angabe.