



**Antrag zur
Anerkennung als Leistungserbringer/-in zulasten der Zusatzversicherung
Komplementär bei Visana Versicherungen AG**

Die Health Insurance Solutions AG führt im Auftrag von Visana Versicherungen AG die Therapeutenanerkennung durch.

Antragsteller/-in:

☐ Herr

☐ Frau

Name, Vorname Geb. Datum

Name der Praxis ZSR-Nr.

Strasse

PLZ, Ort

Tel.-Nr.

E-Mail.....

Webseite

Allfällige zweite
Praxisadresse.....

Für welche Therapieform/en möchten Sie von uns anerkannt werden?

.....

Folgende Unterlagen legen Sie Ihrem Antragsformular bitte bei:

- Ausbildungsnachweis gemäss Anerkennungskriterien von Visana
- Strafregistrauszug (nicht älter als sechs Monate)
- Berufsausübungsbewilligung (Informationen dazu siehe Merkblatt Berufsausübungsbewilligung)

Zustellung per Post: Health Insurance Solutions AG, Therapeutenanerkennung, Marienstrasse 8, 3005 Bern

Zustellung per E-Mail: therapeutenanerkennung@healthinsurancesolutions.ch

Achtung:

Um unnötigen Aufwand zu vermeiden, informieren Sie sich bitte vorgängig auf der Webseite von Visana (www.visana.ch) über die zu erfüllenden Anerkennungskriterien für die gewünschte Therapieform. Diese und andere wichtige Informationen (wie z.B. die Grundsätze der partnerschaftlichen Zusammenarbeit) finden Sie unter der Rubrik «Partner / Services für Leistungserbringer».

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass:

- meine Angaben korrekt sind
- die eingereichten Dokumente echt sind
- ich den Grundsätzen der partnerschaftlichen Zusammenarbeit mit Visana zustimme
- eine Expertengruppe Kontrollen über meine Therapietätigkeit durchführen kann
- kein Strafverfahren/Verwaltungsverfahren im Zusammenhang mit meiner Tätigkeit als Therapeut/-in gegen mich hängig ist
- ich bei Änderungen im Strafregister umgehend einen aktuellen Strafregistrauszug an Health Insurance Solutions AG sende
- ich Strafverfahren gegen meine Person unverzüglich der Health Insurance Solutions AG melde
- ich dem Datenaustausch zwischen der Health Insurance Solutions AG und der Visana Versicherungen AG zustimme, sofern dieser für die Bearbeitung meines Antrags sowie allfälligen späteren Überprüfungen erforderlich ist.

Ort und Datum: Unterschrift: