



**HEALTH
INSURANCE
SOLUTIONS**

**Richiesta di
riconoscimento come fornitore / fornitrice di prestazioni a carico dell'assicurazione
complementare Complementare presso Visana Assicurazioni SA**

Health Insurance Solutions AG si occupa del riconoscimento dei terapeuti su incarico di Visana Assicurazioni SA.

Richiedente

☐ Signor

☐ Signora

Cognome, nome Data di nascita

Nome dello studio N. RCC

Via

NPA, luogo

N. di tel.

E-mail

Sito web

Eventuale secondo indirizzo
dello studio

Per quale forma terapeutica / quali forme terapeutiche richiede il riconoscimento da parte nostra?

.....

La preghiamo di allegare alla Sua richiesta di riconoscimento la documentazione seguente:

- attestato di formazione conforme ai criteri di riconoscimento di Visana
- estratto del casellario giudiziale (data non anteriore a sei mesi)
- autorizzazione a esercitare la professione (per informazioni in proposito cfr. Promemoria autorizzazione all'esercizio della professione)

Invio per posta: Health Insurance Solutions AG, Therapeutenanerkennung, Marienstrasse 8, 3005 Bern

Invio per e-mail: therapeutenanerkennung@healthinsurancesolutions.ch

Attenzione:

per evitare un inutile dispendio di tempo, La preghiamo di informarsi preventivamente sul sito web di Visana (www.visana.ch) a proposito dei criteri di riconoscimento da soddisfare per la forma di terapia desiderata. Trova questa e altre informazioni importanti (ad es. i principi di collaborazione) alla rubrica «Partner / Informazioni per fornitori di prestazioni».

Con la mia firma confermo

- che i miei dati sono corretti
- che i documenti presentati sono autentici
- di accettare i principi di collaborazione con Visana
- che un gruppo di esperti può effettuare controlli sulla mia attività di terapeuta
- che nei miei confronti non sono in corso procedimenti penali / procedure amministrative in relazione alla mia attività di terapeuta
- che invierò immediatamente a Health Insurance Solutions AG un estratto aggiornato del casellario giudiziale in caso di modifiche
- che notificherò immediatamente a Health Insurance Solutions AG eventuali procedimenti penali nei miei confronti
- di acconsentire allo scambio di dati tra Health Insurance Solutions AG e Visana Assicurazioni SA, nella misura in cui ciò è necessario per l'elaborazione della mia richiesta e di eventuali verifiche successive

Luogo e data: Firma: