

GKV-Spitzenverband
Sicherstellungszuschlag
Reinhardtstr. 28
10117 Berlin

Formular zur Anlage 1.4 des Vertrages nach § 134a SGB V für die Zahlung eines Ausgleiches der Haftpflichtkostensteigerung

(Das Formular ist nur gültig bei vollständigen Angaben und Unterschrift. Eine Empfangsbestätigung wird nicht versandt.)

Datum des Antrages: _____
Anrede: _____
Vor- und Nachname der Hebamme: _____
Straße u. Hausnr.: _____
PLZ, Ort: _____
E-Mail: _____
Tel.-Nr.: _____

Für den Ausgleichszeitraum/die Ausgleichszeiträume von (bitte ankreuzen):

- 01.07. bis 30.09. 01.10. bis 31.12. **oder** von: _____ bis: _____
 01.01. bis 31.03. 01.04. bis 30.06. (nur für Hebammen **ohne** Versicherungs-Wechselmöglichkeit)

IK der Hebamme gemäß § 1 i.V.m. § 4 Abs. 2 der Anlage 1.4, über das im Ausgleichszeitraum geburtshilfliche Leistungen der Hebamme abgerechnet wurden:

IK: _____ (gültig von: _____ bis: _____)
IK: _____ (gültig von: _____ bis: _____)

- Die erforderlichen **Qualitätsnachweise** gemäß Anhang 3.b Nachweisverfahren zur Qualitätsvereinbarung (Anlage 3 des Vertrages nach § 134a SGB V) wurden erbracht.

Folgende Anlagen sind beigelegt:

- **Versicherungspolice:** Nachweis über Versicherungszeitraum, Versicherungsprämie und weitere Versicherungsbedingungen im Sinne von § 2 Abs. 4a der Anlage 1.4 im Ausgleichszeitraum, insbesondere
 - Besondere Bedingungen zu den Versicherungen (auch Gruppen-Haftpflicht-Versicherungen) sowie der beantragten Versicherungsform
 - Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Haftpflichtversicherung (AHB)
 - Risikobeschreibungen und Besondere Bedingungen Haftpflichtversicherung für private Risiken sowie
 - Leistungskatalog für Hebammen, Allgemeine Vertragsinformation
- **Nachweis** über abgerechnete **geburtshilfliche Leistung/en** im o.g. Ausgleichszeitraum/-räumen (ggf. inkl. einer abgesagten Geburt, nachgewiesen durch schriftlichen Behandlungsvertrag)

Eidesstattliche Erklärung:

Ich versichere die Richtigkeit der o.g. Angaben. Ich bin damit einverstanden, dass mein IK an die Krankenkassen zur Prüfung meiner Angaben zu den abgerechneten geburtshilflichen Leistungen/dem Behandlungsvertrag weitergegeben werden kann.

Datum: _____ Unterschrift: _____