

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 30.09.20\_\_     01.10. bis 31.12.20\_\_  
 01.01. bis 31.03.20\_\_     01.04. bis 30.06.20\_\_

**oder** von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_ (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: \_\_\_\_\_