

GKV-Spitzenverband
Sicherstellungszuschlag
Reinhardtstr. 28
10117 Berlin

Nur vom GKV-SV zu füllen:

Antrag auf Zahlung eines Ausgleiches der Haftpflichtkostensteigerung nach § 134a SGB V

Je Versicherungsjahr dürfen höchstens 2 Anträge für vergangene Abrechnungszeiträume gestellt werden.

Bitte füllen Sie das Formular vollständig aus und unterschreiben es. Die erforderlichen Unterlagen sind bitte – ungeheftet und ohne Büroklammern – hintereinander beizufügen. Eine Empfangsbestätigung wird nicht versandt.

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

Für den Ausgleichszeitraum/die Ausgleichszeiträume von (bitte ankreuzen u. Jahreszahl angeben):

01.07. bis 30.09.20 __ __ 01.10. bis 31.12.20 __ __
 01.01. bis 31.03.20 __ __ 01.04. bis 30.06.20 __ __

gesplittet
 01
 02

oder von: _____ bis: _____ (nur für Hebammen **ohne** Versicherungs-Wechselmöglichkeit)

Persönliches 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: 4 5 _ _ _ _ _

Erforderliche Nachweise zur Beantragung (vgl. § 4 der Anlage 1.4 des Vertrages)
Bitte nachfolgende Felder entsprechend ankreuzen und dazu Unterlagen beifügen.

Block 1

Berufshaftpflichtversicherung

- Berufshaftpflicht-Versicherungspolice habe ich beigefügt
Ersichtlich sein muss: Versicherungszeitraum, Versicherungsunternehmen, Prämienhöhe, Name des Versicherten, Deckungssumme, und ob es sich um eine Police mit oder ohne Vorschaden handelt

und

- Nachweis über die von mir getragenen Kosten für den tatsächlichen Versicherungszeitraum habe ich beigefügt (Nachweis über Rechnung und/oder Kontoauszug über die Abbuchung der Kosten, bei dem nicht relevante Positionen zu schwärzen sind o.ä.)
 - ggf. Nachweis über Zuschuss zur Haftpflichtversicherung habe ich beigefügt

zusätzlich für Einzel-Versicherung (nicht DHV-Gruppenvertrag):

- Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Haftpflichtversicherung (AHB) habe ich beigefügt
- Risikobeschreibungen und Besondere Bedingungen Haftpflichtversicherung für private Risiken (Privathaftpflicht) habe ich beigefügt
- Leistungskatalog für Hebammen, Allgemeine Vertragsinformation habe ich beigefügt
- ggf. Unterlagen zur Einzel-Versicherung sind unverändert und liegen Ihnen bereits vor

Empty vertical box for additional notes or stamps.

Block 2

Nachweis über abgerechnete geburtshilfliche Leistung/en
in den o.g. Ausgleichszeiträumen (ggf. inkl. einer abgesagten Geburt)

- Rechnungsstellungsbeleg(e) (selbst erstellte oder vom Abrechnungszentrum) habe ich beigefügt

Folgende Angaben für die jeweilige geburtshilfliche Leistung müssen ersichtlich sein:

- Name und IK der Hebamme
- IK der Krankenkasse
- Versichertennummer und Versichertenkontaktdaten sind zu schwärzen
- Datum der Leistungserbringung der geburtshilflich relevanten Gebührenposition/en
- Angabe der relevanten geburtshilflichen Positionsnummer/n und Vergütungshöhe
- Gesamtbetrag der Rechnung inkl. Angabe der Rechnungsnummer

und

- Nachweis(e) über den Zahlungseingang von der Krankenkasse über die in dem Rechnungsstellungsbeleg aufgeführte geburtshilfliche Leistung habe ich beigefügt
Nachweis z.B. durch Kontoauszug (nicht relevante Positionen schwärzen) oder durch Bestätigung des Eingangs der Zahlung durch ein Abrechnungszentrum. Krankenkasse, Rechnungsnummer und Betrag der in Rechnung gestellten geburtshilflichen Leistung müssen auf dem Nachweis über den Zahlungseingang ersichtlich sein.

sowie wenn notwendig

- Nachweis über eine abgesagte Geburt habe ich beigefügt
Hinweis: Maximal eine abgesagte Geburt pro Jahr, nachgewiesen durch Kopie des Behandlungsvertrages mit Krankenkassen-IK und Versichertennummer. Kontaktdaten der Versicherten komplett schwärzen.

Block 3

- Ich stelle den Antrag für meine angestellte Hebamme:

Name, Vorname: _____

Eidesstattliche Erklärung

(Bitte ankreuzen, die Bearbeitung setzt voraus, dass alle Felder angekreuzt sind)

- Ich versichere die Richtigkeit der oben gemachten Angaben an Eides statt.
- Ich habe alle relevanten Nachweise (s. o.) beigefügt (bitte ungeheftet und ohne Büroklammern).
- Ich bin damit einverstanden, dass mein IK an die Krankenkassen zur Prüfung meiner Angaben zu den abgerechneten geburtshilflichen Leistungen/dem Behandlungsvertrag weitergegeben werden kann.
- Die erforderlichen **Qualitätsnachweise** gemäß Anhang 3.b Nachweisverfahren zur Qualitätsvereinbarung (Anlage 3 des Vertrages nach § 134a SGB V) habe ich erbracht.
- Mir ist bewusst, dass falsche Angaben einen Vertragsverstoß i.S.v. § 15 des Vertrages nach § 134a SGB V darstellen und auch strafrechtliche Konsequenzen nach sich ziehen können.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Hinweise zur Informationspflicht des GKV-Spitzenverbandes bei der Erhebung von personenbezogenen Daten finden Sie unter https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/datenschutz/20180816_Datenschutz_Hebammen_Haftpflichtkosten.pdf

- bewilligt
- abgelehnt
- Nachfrist
- geprüft

Bemerkungen (nur vom GKV-SV zu füllen):