



Amt für Gesundheit  
Äulestrasse 51  
Postfach 684  
LI-9490 Vaduz

## Deckungsbestätigung für die Berufshaftpflichtversicherung

**Police Nr.** \_\_\_\_\_

**Versicherungsnehmer:** \_\_\_\_\_  
(Name, Adresse)

**Die** \_\_\_\_\_  
(Name/Adresse Versicherung)

bestätigt, dass für den Versicherungsnehmer eine Berufshaftpflichtversicherung im Sinne von Art. 7 Abs. 4a GesG, Art. 7 GesV, Art. 38 des VersVG sowie § 1486 ABGB in folgendem Umfang abgeschlossen wurde:

Versicherungssumme: CHF \_\_\_\_\_ Mio. (mind. CHF 3 Mio. für Apotheker, Chiropraktoren, Drogisten, labormedizinischen Diagnostiker, Zahnärzte, Übrige mind. CHF 1 Mio.)

Selbstbehalt: CHF \_\_\_\_\_ (max. CHF 50'000.00)

Die Versicherungsgesellschaft verpflichtet sich, das Aussetzen oder Aufhören des Versicherungsschutzes dem Amt für Gesundheit mitzuteilen.

Freundliche Grüsse

\_\_\_\_\_  
(Stempel und Unterschrift der Versicherung)

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)