

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. 25 Ärztegesetz, Art. 11 Ärzteverordnung, Art. 38 des VersVG sowie § 1486 ABGB in folgendem Umfang abgeschlossen wurde:

Versicherungssumme:

CHF _____ Mio. (mind. CHF 3 Mio. für allgemeinmedizinisch tätige Ärzte sowie für nicht chirurgisch tätige Fachärzte, mind. CHF 5 Mio. für chirurgisch tätige Ärzte oder Fachärzte)

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)