

Telefon: (+423) 236 73 42
Fax: (+423) 236 73 50
E-Mail: info@ag.lv.li

Fürstentum
Liechtenstein



Amt für Gesundheit

**Gesuch um Eintragung in das Register der in
Liechtenstein für die Durchführung der
obligatorischen Unfallversicherung
zugelassenen Versicherer**

Amt für Gesundheit
Abteilung Kranken- und
Unfallversicherung
Äulestrasse 51
Postfach 684
9490 Vaduz

Name Versicherungsgesellschaft: _____

Adresse Hauptsitz

Strasse: _____ Nummer: _____

Postleitzahl: _____ Ort: _____

Adresse FL Vertretung

Name des Vertreters: _____

Strasse: _____ Nummer: _____

Postleitzahl: _____ Ort: _____

Ort und Datum

Unterschrift des Gesuchstellers

Dem Gesuch ist beizulegen

- Der unterzeichnete Vertrag zwischen dem OUFL-Versicherer und dem geschäftsführenden Versicherer
- Die Kopie der von der Finanzmarktaufsicht erteilten Zulassung als Unfallversicherer