

Name, Vorname	Geburtsdatum
Anschrift	
<b>Beihilfeaktenzeichen:</b>	<b>Zutreffendes bitte ausfüllen oder ankreuzen</b> ☒
<b>Versorgungsaktenzeichen:</b>	

An die  
Niedersächsische Versorgungskasse  
Postfach 81 04 04

30504 Hannover

### VOLLMACHT

**zur Regelung**

- meiner Versorgungs- und Beihilfeangelegenheiten  
 nur meiner Versorgungsangelegenheiten  
 nur meiner Beihilfeangelegenheiten

Hiermit bevollmächtige ich Frau / Herrn

Name, Vorname
Anschrift, Telefonnummer (tagsüber)

mit der Regelung meiner o.a. Angelegenheiten.

Die / Der Bevollmächtigte steht zu mir in folgendem Verwandtschaftsverhältnis:

<input type="checkbox"/> Ehepartner <input type="checkbox"/> Lebenspartner <input type="checkbox"/> Kind	<input type="checkbox"/> sonstiges Verwandtschaftsverhältnis -----	<input type="checkbox"/> kein Verwandtschaftsverhältnis
--	--	--

Die / Der Bevollmächtigte ist berechtigt, anfallenden Schriftverkehr mit der Niedersächsischen Versorgungskasse zu führen, Anträge zu stellen, Bescheide in Empfang zu nehmen, Widersprüche zu erheben und die sich für mich aus meinem Verhältnis als Versorgungsempfänger/-in ergebenden Pflichten (z.B. Anzeigepflichten) wahrzunehmen.

Der Schriftverkehr ist an <input type="checkbox"/> die/den Beihilfeberechtigte(n) <input type="checkbox"/> die/den Bevollmächtigte(n) zu senden
Bemerkungen

Unterschrift (Vor- und Nachname) des / der Versorgungsempfänger(-in)	Datum
Unterschrift (Vor- und Nachname) des / der Bevollmächtigten	