

Name, Vorname	Geburtsdatum
Anschrift	
Beihilfeaktenzeichen:	<b>Zutreffendes bitte ausfüllen oder ankreuzen</b> <input checked="" type="checkbox"/>
Versorgungsaktenzeichen:	

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 Bevollmächtigte/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 Bevollmächtigte/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 Versorgungsempfängerin/Versorgungsempfänger ergebenden Pflichten (z.B. Anzeigepflichten) wahrzunehmen.

Der Schriftverkehr ist an <input type="checkbox"/> die Vollmacht gebende Person <input type="checkbox"/> die bevollmächtigte Person zu senden
Bemerkungen:

Unterschrift (Vor- und Nachname) der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers	Datum
Unterschrift (Vor- und Nachname) der Bevollmächtigten/des Bevollmächtigten	Datum