

VOLLMACHT ZUR REGELUNG

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

Niedersächsische Versorgungskasse
Abteilung Beihilfen
Postfach 81 04 04
30504 Hannover

Beihilfe-Nummer

Beihilfeberechtigte/r

Name, Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

Zutreffendes bitte ausfüllen oder ankreuzen

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="text"/>	<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