**An  
*(hier die Anschrift, der für Beihilfe-, Versorgungs- und Krankenversicherungsangelegenheiten zuständigen Stelle einfügen)*1.****NLBV 2. debeka**

**Aurich Hannover**

**Vollmacht für Beihilfe-, Versorgungs- und Krankenversicherungsangelegenheiten**

**Empf.-Nr.       Pers.-Nr.         
Service-Nr.        
Name:        
Anschrift:**

**Hiermit bevollmächtige ich Frau / Herrn**

1. **ggf. Verwandschaftsgrad Vorname Name  
   meine Ehefrau   
   Anschrift  
          
     
   Unterschrift  
     
    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
2. **ggf. Verwandschaftsgrad Vorname Name  
   meine Tochter   
   Anschrift  
          
     
   Unterschrift  
     
    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**mit der Regelung meiner Beihilfe-, Versorgungs- und Krankenversicherungsangelegenheiten.**

**Der / Die Bevollmächtigte/n sind auch im vorübergehenden Verhinderungsfalle berechtigt, anfallenden Schriftverkehr u.a. mit den zuständigen Dienststellen für Besoldung und Versorgung und Krankenversicherungen zu führen, Anträge zu stellen, sämtliche Schriftstücke in Empfang zu nehmen, Widersprüche zu erheben und die sich, für mich aus meinem Verhältnis als Landesbeamter/in bzw. Versorgungsempfänger/in, ergebenden Rechten und Pflichten (z. B. Anzeigepflichten) wahrzunehmen.**

**Ort, Datum Unterschrift der / des Berechtigten**