**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**