



Name, Vorname	Geburtsdatum
Anschrift	
Beihilfe-Aktenzeichen	Versorgungs-Aktenzeichen

KVK Beamtenversorgungskasse
Kölnische Str. 42
34117 Kassel

VOLLMACHT

Zur Regelung

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

Hiermit bevollmächtige ich

Name, Vorname	Geburtsdatum
Anschrift, Telefonnummer (tagsüber)	

mit der Regelung meiner o.a. Angelegenheiten.

Die/Der Bevollmächtigte (m/w/d) steht zu mir in folgendem Verwandtschaftsverhältnis:

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

Die/Der Bevollmächtigte (m/w/d) ist berechtigt, anfallenden Schriftverkehr mit der Beamtenversorgungskasse Kassel zu führen, Anträge zu stellen, Bescheide in Empfang zu nehmen, Widersprüche zu erheben und die sich für mich aus meinem Verhältnis als Versorgungsempfänger/-in bzw. Beihilfeberechtigter/-m ergebenden Pflichten (z. B. Anzeigepflichten) wahrzunehmen. Die/Der Vollmachtgeber/-in haftet für unrichtige Angaben der/des Bevollmächtigten.

Der Schriftverkehr ist an	<input type="checkbox"/> die/den Versorgungsempfänger/-in bzw. Beihilfeberechtigte/-n
	<input type="checkbox"/> die/den Bevollmächtigte/-n zu senden
Anmerkungen:	
Unterschrift (Vor- und Nachname) der/des Versorgungsempfängers/-in	Datum
Unterschrift (Vor- und Nachname) der/des Bevollmächtigten	