



Erklärung der/des Vollmachtgebenden	Personalnummer
	und/oder Beihilfe-Nr :

Ch bevollmächtige hiermit ame Vorname Geburtsname, falls abweichend Jalle von der VKPB verlangten und für den Fortbezug der Versorgung erforderlichen Nachweise und Erklärungen beizubringen, sowie den gesamten Schriftwechsel in meiner Versorgungsangelegenheit für mich zu führen und für mich in Empfang zu nehmen, für mich Beihilfen in Geburts-, Krankheits-, Pflege- und Todesfällen nach den jeweils gültigen Beihilfevorschriften bei der VKPB zu beantragen, sowie den gesamten Schriftwechsel in meinen Beihilfeangelegenheiten für mich zu führen und für mich in Empfang zu nehmen. Die Vollmacht erstreckt sich auch auf die Vertretung im Rahmen eines evtl. Widerspruchsverfahrens im Zusammenhang mit vorstehenden Ansprüchen. Eine Vertretung im Klageverfahren ist auf der Grundlage dieser Vollmacht nicht möglich. Der Schriftverkehr soll weiterhin an meine Anschrift erfolgen. Diese Vollmacht gilt über meinen Tod hinaus für die/den Bevollmächtigten erfolgen. Diese Vollmacht gilt über meinen Tod hinaus für die/den Bevollmächtigten. Ort Datum Unterschrift der/des Vollmachtgebenden schraße, Hausnummer Vorname Vorname Für die Zahlung der Versorgungsbezüge für die Gewährung von Beihilfen n meine/n Vollmachtgebende/n erforderlichen Nachweise und Erklärungen beizubringen und insbesondere Wohnsitzände ungen und das Ableben derselben/desselben unverzüglich mitzuteilen, sowie den gesamten Schriftwechsel in dieser Angel enheit zu führen und in Empfang zu nehmen.				
Ceburtsname, falls abweichend ame Vorname Geburtsname, falls abweichend Jalle von der VKPB verlangten und für den Fortbezug der Versorgung erforderlichen Nachweise und Erklärungen beizubringen, sowie den gesamten Schriftwechsel in meiner Versorgungsangelegenheit für mich zu führen und für mich in Empfang zu nehmen, für mich Beihilfen in Geburts-, Krankheits-, Pflege- und Todesfällen nach den jeweils gültigen Beihilfevorschriften bei der VKPB zu beantragen, sowie den gesamten Schriftwechsel in meinen Beihilfeangelegenheiten für mich zu führen und für mich in Empfang zu nehmen. Die Vollmacht erstreckt sich auch auf die Vertretung im Rahmen eines evtl. Widerspruchsverfahrens im Zusammenhang mit vorstehenden Ansprüchen. Eine Vertretung im Klageverfahren ist auf der Grundlage dieser Vollmacht nicht möglich. Der Schriftverkhr soll weiterhin am meine Anschrift erfolgen. ab sofort an die unten angegebene Anschrift des/der Bevollmächtigten erfolgen. Diese Vollmacht gilt über meinen Tod hinaus für die/den Bevollmächtigten erfolgen. Ort Datum Unterschrift der/des Vollmachtgebenden rklärung der/des Bevollmächtigten ame Vorname Vorname Vorname Vorname Vorname Tür die Gewährung von Beihilfen n meine/n Vollmachtgebende/n erforderlichen Nachweise und Erklärungen beizubringen und insbesondere Wohnsitzände ungen und das Ableben derselben/desselben unverzüglich mitzuteilen, sowie den gesamten Schriftwechsel in dieser Angel enheit zu führen und in Empfang zu nehmen. It Datum Telefon	Name		Vorname	Geburtsdatum
ch bevollmächtige hiermit ame Vorname Geburtsname, falls abweichend Jalle von der VKPB verlangten und für den Fortbezug der Versorgung erforderlichen Nachweise und Erklärungen beizubringen, sowie den gesamten Schriftwechsel in meiner Versorgungsangelegenheit für mich zu führen und für mich in Empfang zu nehmen, für mich Beihilfen in Geburts-, Krankheits-, Pflege- und Todesfällen nach den jeweils gültigen Beihilfevorschriften bei der VKPB zu beantragen, sowie den gesamten Schriftwechsel in meinen Beihilfeangelegenheiten für mich zu führen und für mich in Empfang zu nehmen. Die Vollmacht erstreckt sich auch auf die Vertretung im Rahmen eines evtl. Widerspruchsverfahrens im Zusammenhang mit vorstehenden Ansprüchen. Eine Vertretung im Klageverfahren ist auf der Grundlage dieser Vollmacht nicht möglich. Der Schriftverkehr soll weiterhin an meine Anschrift erfolgen. ab sofort an die unten angegebene Anschrift des/der Bevollmächtigten erfolgen. Diese Vollmacht gilt über meinen Tod hinaus für die/den Bevollmächtigten. Ort Datum Unterschrift der/des Vollmachtgebenden **Vorname** Postleitzahl Ort Che Verpflichte mich, der VKPB alle für die Zahlung der Versorgungsbezüge	Straße, Hausnummer			
alle von der VKPB verlangten und für den Fortbezug der Versorgung erforderlichen Nachweise und Erklärungen beizubringen, sowie den gesamten Schriftwechsel in meiner Versorgungsangelegenheit für mich zu führen und für mich in Empfang zu nehmen. für mich Beihilfen in Geburts-, Krankheits-, Pflege- und Todesfällen nach den jeweils gültigen Beihilfevorschriften bei der VKPB zu beantragen, sowie den gesamten Schriftwechsel in meinen Beihilfeangelegenheiten für mich zu führen und für mich in Empfang zu nehmen. Die Vollmacht erstreckt sich auch auf die Vertretung im Rahmen eines evtl. Widerspruchsverfahrens im Zusammenhang mit vorstehenden Ansprüchen. Eine Vertretung im Klageverfahren ist auf der Grundlage dieser Vollmacht nicht möglich. Der Schriftverkehr soll weiterhin an meine Anschrift erfolgen. ab sofort an die unten angegebene Anschrift des/der Bevollmächtigten erfolgen. Diese Vollmacht gilt über meinen Tod hinaus für die/den Bevollmächtigten. Ort	Postleitzahl	Ort		
bringen, sowie den gesamten Schriftwechsel in meiner Versorgungsangelegenheit für mich zu führen und für mich in Empfang zu nehmen, Tür mich Beihilfen in Geburts-, Krankheits-, Pflege- und Todesfällen nach den jeweils gültigen Beihilfevorschriften bei der VKPB zu beantragen, sowie den gesamten Schriftwechsel in meinen Beihilfeangelegenheiten für mich zu führen und für mich in Empfang zu nehmen. Die Vollmacht erstreckt sich auch auf die Vertretung im Rahmen eines evtl. Widerspruchsverfahrens im Zusammenhang mit vorstehenden Ansprüchen. Eine Vertretung im Klageverfahren ist auf der Grundlage dieser Vollmacht nicht möglich. Der Schriftverkehr soll		tige hiermit	Vorname	Geburtsname, falls abweichend
VKPB zu beantragen, sowie den gesamten Schriftwechsel in meinen Beihilfeangelegenheiten für mich zu führen und für mich in Empfang zu nehmen. Die Vollmacht erstreckt sich auch auf die Vertretung im Rahmen eines evtl. Widerspruchsverfahrens im Zusammenhang mit vorstehenden Ansprüchen. Eine Vertretung im Klageverfahren ist auf der Grundlage dieser Vollmacht nicht möglich. Der Schriftverkehr soll weiterhin an meine Anschrift erfolgen. ab sofort an die unten angegebene Anschrift des/der Bevollmächtigten erfolgen. Diese Vollmacht gilt über meinen Tod hinaus für die/den Bevollmächtigten. Ort Datum Unterschrift der/des Vollmachtgebenden rklärung der/des Bevollmächtigten ame Vorname vorname vorname vorstieitzahl Ort Ch verpflichte mich, der VKPB alle für die Zahlung der Versorgungsbezüge für die Gewährung von Beihilfen n meine/n Vollmachtgebende/n erforderlichen Nachweise und Erklärungen beizubringen und insbesondere Wohnsitzände ungen und das Ableben derselben/desselben unverzüglich mitzuteilen, sowie den gesamten Schriftwechsel in dieser Angelenheit zu führen und in Empfang zu nehmen. tt Datum Telefon	bringen, sowie d	en gesamten Schriftwechsel i		
mit vorstehenden Ansprüchen. Eine Vertretung im Klageverfahren ist auf der Grundlage dieser Vollmacht nicht möglich. Der Schriftverkehr soll weiterhin an meine Anschrift erfolgen. ab sofort an die unten angegebene Anschrift des/der Bevollmächtigten erfolgen. Diese Vollmacht gilt über meinen Tod hinaus für die/den Bevollmächtigten. Ort Datum Unterschrift der/des Vollmachtgebenden rklärung der/des Bevollmächtigten ame Vorname Postleitzahl Ort Ort	VKPB zu beantra	gen, sowie den gesamten Schr	=	
Der Schriftverkehr soll weiterhin an meine Anschrift erfolgen. ab sofort an die unten angegebene Anschrift des/der Bevollmächtigten erfolgen. Diese Vollmacht gilt über meinen Tod hinaus für die/den Bevollmächtigten. Ort Datum Unterschrift der/des Vollmachtgebenden rklärung der/des Bevollmächtigten ame Vorname			_	•
Ort Datum Unterschrift der/des Vollmachtgebenden Vorname	Der Schriftverke r weiterhin an	nr soll meine Anschrift erfolgen.	. G	
Straße, Hausnummer Postleitzahl Ort Ch verpflichte mich, der VKPB alle für die Zahlung der Versorgungsbezüge für die Gewährung von Beihilfen n meine/n Vollmachtgebende/n erforderlichen Nachweise und Erklärungen beizubringen und insbesondere Wohnsitzände ungen und das Ableben derselben/desselben unverzüglich mitzuteilen, sowie den gesamten Schriftwechsel in dieser Angel enheit zu führen und in Empfang zu nehmen. rt Datum Telefon		gilt über meinen Tod hinaus fü		
ch verpflichte mich, der VKPB alle für die Zahlung der Versorgungsbezüge für die Gewährung von Beihilfen n meine/n Vollmachtgebende/n erforderlichen Nachweise und Erklärungen beizubringen und insbesondere Wohnsitzände ungen und das Ableben derselben/desselben unverzüglich mitzuteilen, sowie den gesamten Schriftwechsel in dieser Angel enheit zu führen und in Empfang zu nehmen. rt Datum Telefon	rklärung der/d lame Straße, Hausnummer	les Bevollmächtigten	Vorname	
für die Zahlung der Versorgungsbezüge	Postleitzahl	Ort		
für die Zahlung der Versorgungsbezüge	 ch verpflichte r	nich. der VKPB alle		
ungen und das Ableben derselben/desselben unverzüglich mitzuteilen, sowie den gesamten Schriftwechsel in dieser Angel enheit zu führen und in Empfang zu nehmen. rt Datum Telefon			ge ☐ für die	e Gewährung von Beihilfen
	ungen und das Able	ben derselben/desselben unve		
Jnterschrift der/des Bevollmächtigte/n	rt		Datum	Telefon
	Unterschrift der/des B	evollmächtigte/n		