|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | , geboren am |  |

*Name, Vorname (Beihilfeberechtigte/-r / Vollmachtgeber/-in)*

|  |
| --- |
|  |

*Straße, Hausnr.*

|  |
| --- |
|  |

*PLZ, Ort*

**Empfänger:**

Stadt Ingolstadt

Personalamt – Beihilfestelle

85047 Ingolstadt

# Vollmacht zur Regelung von Beihilfe- und Dienstunfallangelegenheiten

Ich erteile hiermit Frau / Herrn *(Unzutreffendes bitte streichen)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | , geboren am |  |

Vollmacht gegenüber der Beihilfestelle der Stadt Ingolstadt. Die Vollmacht erstreckt sich auf

* die Stellung meiner Beihilfeanträge,
* die Abgabe aller in meinen Beihilfeangelegenheiten notwendigen Willenserklärungen und der hierzu erforderlichen Nachweise,
* die Führung und den Empfang des in meinen Beihilfeangelegenheiten notwendigen Schriftwechsels.

Die von mir bevollmächtigte Person ist im Falle eines Dienstunfalls zudem berechtigt, gegenüber dem Bayerischen Versorgungsverband die nötigen Erklärungen abzugeben.

*(Diese Passage bitte ankreuzen oder streichen)*

Mir ist bekannt, dass ich diese Vollmacht jederzeit beschränken oder insgesamt widerrufen kann.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

*Ort, Datum Unterschrift der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers*

# Erklärung der/des Bevollmächtigten

Ich verpflichte mich, gegenüber der Beihilfestelle der Stadt Ingolstadt alle für die Zahlung meiner Vollmachtgeberin/meines Vollmachtgebers erforderlichen Willenserklärungen und die hierzu erforderlichen Nachweise, insbesondere Wohnsitzwechsel und Ableben der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers, unverzüglich unter Vorlage entsprechender Dokumente (Meldebescheinigung/Sterbeurkunde) mitzuteilen, sowie den gesamten Schriftwechsel in Beihilfeangelegenheiten zu führen. Mit der Bevollmächtigung in Dienstunfallangelegenheiten (sofern von der Vollmachtgeberin/dem Vollmachtgeber erteilt) bin ich einverstanden.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

*Ort, Datum Unterschrift der/des Bevollmächtigten*