|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | , 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*