

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Sachb.Nr./DSt.Nr./Personalnummer

## **Vollmacht**

Hiermit bevollmächtige ich

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Geburtsdatum, vollständige Wohnanschrift

Herrn/Frau

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
vollständige Wohnanschrift, Telefon

meine Heilfürsorgeansprüche gegenüber der Versorgungsausgleichskasse der Kommunalverbände in Schleswig-Holstein – Beihilfekasse –, Knooper Weg 71, 24116 Kiel, geltend zu machen.

Die Kostenerstattungsbescheide der Beihilfekasse sind folgender Person zu übersenden:

(Bitte Zutreffendes ankreuzen!)

Heilfürsorgeberechtigter

Bevollmächtigte/r

\_\_\_\_\_  
Unterschrift d. Vollmachtgebers

\_\_\_\_\_  
Unterschrift d. Bevollmächtigten

Urschriftlich an

Versorgungsausgleichskasse  
der Kommunalverbände in Schleswig-Holstein  
Beihilfekasse  
Knooper Weg 71

24116 Kiel