

SVA Basel-Landschaft  
**Ausgleichskasse**  
Hauptstrasse 109  
4102 Binningen

## Vollmacht/Ermächtigung

Das Formular kann nur verarbeitet werden, wenn alle Felder auf der zweiten Seite ausgefüllt sind.

### Art der Vollmacht (Bitte nur eine Art ankreuzen)

- Vertretungsvollmacht

Ich bevollmächtige den/die Vollmachtnehmer/in, meine Interessen gegenüber der Ausgleichskasse der SVA Basel-Landschaft **zu vertreten (Zustellung der Original-Korrespondenzen, Ergreifung von Rechtsmitteln, Akteneinsicht usw.)**.

#### ODER

- Vollmacht für Auskünfte und Kopien der Korrespondenzen, Akteneinsicht

Ich ermächtige die aufgeführte Person bei der Ausgleichskasse der SVA Basel-Landschaft **Auskünfte einzuholen und Akten einzusehen** (keine Vertretung).

Der/die Vollmachtnehmer/in soll eine Kopie der Korrespondenzen erhalten:  Ja  Nein

### Die Vollmacht gilt für folgende Geschäfte (Bitte relevante Bereiche ankreuzen)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Renten (AHV/IV), IV-Taggeld und<br>Hilflosenentschädigung | <input type="checkbox"/> Familienzulagen                     |
| <input type="checkbox"/> Ergänzungsleistungen (EL)                                 | <input type="checkbox"/> Beiträge Nichterwerbstätige (NE)    |
| <input type="checkbox"/> Individuelle Prämienverbilligung (IPV)                    | <input type="checkbox"/> Beiträge Selbständigerwerbende (SE) |
| <input type="checkbox"/> EO/Mutterschaftsentschädigung (MSE)                       | <input type="checkbox"/> Beiträge Arbeitgebende              |

Diese Vollmacht ist ab dem von mir als Vollmachtgeber/in unterschriebenen Ausstellungsdatum bis zum schriftlichen Widerruf gültig.

### Meldepflicht

Es ist sowohl dem/der Vollmachtgeber/in als auch dem/der Vollmachtnehmer/in bekannt, dass wirtschaftliche und persönliche Änderungen die Höhe gewisser Leistungen beeinflussen können und deshalb der Ausgleichskasse der SVA Basel-Landschaft sofort und unaufgefordert zu melden sind. Es wird zur Kenntnis genommen, dass zu Unrecht bezogene Leistungen zurückerstattet werden müssen.

Personalien Vollmachtgeber/in	Personalien Vollmachtnehmer/in
Name	Name
Vorname	Vorname
Strasse, Nr.	Strasse, Nr.
PLZ, Ort	PLZ, Ort
AHV-Nr. 7 5 6 . □ □ □ □ . □ □ □ □ . □ □	AHV-Nr. 7 5 6 . □ □ □ □ . □ □ □ □ . □ □
oder Abrechnungs-Nr. (nur für Beitragskunden)	Geburtsdatum
Telefonnummer	Telefonnummer
Ort, Datum	Ort, Datum
Unterschrift	Unterschrift

**Ist eine Unterschrift aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich, ist ein Arztzeugnis mit entsprechender Bestätigung beizulegen.**