

Kontoverbindungsänderung

Personalien Gesuchsteller/in

Name	AHV-Nr. 7 5 6 . [] [] [] [] . [] [] [] [] . [] []
Vorname	Telefonnummer
Geburtsdatum	

Neue Kontoverbindung

Name und Sitz der Bank / Post	Vollständige(r) Name(n) Kontoinhaber
IBAN-Nr. C H []	
Gültig ab (Kontoänderungen per Ende Monat müssen bis Mitte Monat bei uns eingegangen sein.)	

Betroffene Versicherungsbranche

Die Kontoänderung gilt für:

<input type="checkbox"/> Renten (AHV/IV)	<input type="checkbox"/> Familienzulagen
<input type="checkbox"/> Hilflosenentschädigung	<input type="checkbox"/> Nichterwerbstätige
<input type="checkbox"/> Invalidentaggeld	<input type="checkbox"/> Selbständigeerwerbende
<input type="checkbox"/> Ergänzungsleistungen	<input type="checkbox"/> Hausdienst-Arbeitgebende
<input type="checkbox"/> Krankheitskosten Ergänzungsleistungen	

Bestätigung

Ort, Datum
Unterschrift
Unterschrift des Ehepartners (bei Ergänzungsleistungen und Familienzulagen)



SVA Basel-Landschaft
Hauptstrasse 109
4102 Binningen

Dieses Deckblatt dient zum Einreichen des Formulars.