

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

## Vollmacht/Ermächtigung

Bitte zutreffendes ankreuzen. Das Formular kann nur verarbeitet werden, wenn alle Felder ausgefüllt sind.

### Art der Vollmacht

- 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.)**.
- 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

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

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 . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	AHV-Nr. 7 5 6 . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
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.**