



Søknad om uførepensjon

Det foreligger ikke rett til uførepensjon fra SOP etter fylte 62 år

<p><u>Opplysninger om søkeren</u></p> <p>Søkerens navn _____</p> <p>Adresse _____</p> <p>Postnummer og sted _____</p> <p>Telefonnr privat _____ Mobil _____</p> <p>Fødselsnummer (11 siffer) _____</p> <p>Embetseksamen år/semester _____</p> <p>Kontonr. pensjonen ønskes overført til: _____</p> <p>Skattekommune _____</p>	<p><u>Opplysninger om søkerens yrkesform</u></p> <table><thead><tr><th></th><th>Ja</th><th>Periode</th></tr></thead><tbody><tr><td>Allment praktiserende lege/Fastlege</td><td><input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr><tr><td>Privatpraktiserende spesialist</td><td><input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr><tr><td>Sykehuslege</td><td><input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr><tr><td>Annen offentlig legestilling</td><td><input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr><tr><td>Annen legevirksomhet (angi ev. hvilken)</td><td><input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr><tr><td>Oppgi ev. spesialitet _____</td><td></td><td></td></tr></tbody></table>		Ja	Periode	Allment praktiserende lege/Fastlege	<input type="checkbox"/>	_____	Privatpraktiserende spesialist	<input type="checkbox"/>	_____	Sykehuslege	<input type="checkbox"/>	_____	Annen offentlig legestilling	<input type="checkbox"/>	_____	Annen legevirksomhet (angi ev. hvilken)	<input type="checkbox"/>	_____	Oppgi ev. spesialitet _____		
	Ja	Periode																				
Allment praktiserende lege/Fastlege	<input type="checkbox"/>	_____																				
Privatpraktiserende spesialist	<input type="checkbox"/>	_____																				
Sykehuslege	<input type="checkbox"/>	_____																				
Annen offentlig legestilling	<input type="checkbox"/>	_____																				
Annen legevirksomhet (angi ev. hvilken)	<input type="checkbox"/>	_____																				
Oppgi ev. spesialitet _____																						
<p><u>Opptjeningstid:</u></p> <p>Hvor lenge har du drevet legevirksomhet i Norge i heltidsarbeid* (antall år) _____</p> <p>Har du i noe tidsrom drevet annen virksomhet? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/></p> <p>Hvis ja, oppgi fra og til hvilke(t) tidspunkt (måned, år) og type virksomhet _____</p> <p>_____</p> <p>Har du arbeidet i utlandet? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/></p> <p>Hvis ja, oppgi fra og til hvilke(t) tidspunkt (måned, år) og type virksomhet _____</p> <p>_____</p> <p>*Dersom du i perioder bare delvis har drevet legevirksomhet, avgjør SOPs styre hvor stor del av tidsrommet som skal medregnes som opptjeningstid</p>	<p><u>Pensjonsrelevant informasjon:</u></p> <p>Navn på siste arbeidsgiver _____</p> <p>Har du opptjent pensjonsrettigheter fra andre arbeidsforhold? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/></p> <p>Hvis ja, oppgi hvilke(n) pensjonsordning(er) du mottar/vil motta pensjon fra _____</p> <p>_____</p> <p>Fra hvilket tidspunkt søker eller mottar du :</p> <p>Arbeidsavklaringspenger : _____</p> <p>Uførepensjon: _____</p>																					

Helseopplysninger:

Arbeidsuførhetens årsak _____ Borte fra arbeidet fra dato: _____ til dato: _____

Uføregraden er nå _____%

Uførheten har vært _____% i tiden fra dato: _____ til dato: _____

_____ % i tiden fra dato: _____ til dato: _____

_____ % i tiden fra dato: _____ til dato: _____

Barn under 18 år som du forsørger:

Barnets fornavn, etternavn _____ Fødselsnummer (11 siffer): _____

Vedlegg:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fullmakt for innhenting av økonomiske opplysninger | <input type="checkbox"/> Skattekort vedlagt |
| <input type="checkbox"/> Fødselsattest/dåpsattest for barn under 18 år | <input type="checkbox"/> Skattekort ettersendes |

Vi gjør oppmerksom på at du ved å undertegne denne søknaden, gir samtykke til at opplysningene i anonymisert form kan benyttes i forskningsøyemed.

Sted _____ Dato _____ Underskrift _____

Merk at du selv er ansvarlig for å søke om pensjon fra folketrygden og eventuelle tjenstepensjonsordninger der du har opptjent rettigheter. Pensjonsberegning i SOP vil ikke kunne utføres før øvrige instanser har foretatt sine beregninger.

Mer informasjon om SOP finnes på SOPs hjemmesider: www.sop.no Tlf. 23 10 92 07/23 10 92 09

**Søknad om uførepensjon med vedlegg (fullmaktsskjemaet MÅ følge søknaden), sendes til:
SOP, c/o Den norske legeförening, Postboks 1152 sentrum, 0107 OSLO**

Fullmakt

for innhenting av økonomiske opplysninger ved søknad om uførepensjon

Pensjonssøkers navn: _____

Fødselsnr. (11 siffer): _____

Undertegnede har søkt om uførepensjon fra stiftelsen Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP). For å kunne behandle saken videre, må SOP innhente relevante økonomiske opplysninger. Opplysningene skal danne grunnlag for vurderingen av retten til og utmålingen av ytelser fra SOP. Fullmakten omfatter også vedtak om arbeidsavklaringspenger og uførepensjon fra Nav. Undertegnede er kjent med at slike vedtak kan inneholder helseopplysninger.

Fullmakten gjelder folketrygden (NAV trygd), Statens pensjonskasse, Kommunal landspensjonskasse (KLP) og Oslo pensjonsforsikring. **Søker må i tillegg oppgi alle andre tjenestepensjonsordninger der det kan foreligge rettigheter.**

Opplysninger kan hentes fra følgende instanser - vennligst oppgi instansens fulle navn:

Arbeidsgiver	
Trygdekontor / lokalt NAV-kontor	
Tjenestepensjonsordning (offentlig/privat)	
Andre kilder	

De angitte kilder løses med dette fra sin taushetsplikt, og bes overlevere relevante opplysninger til SOP eller Vital Pekon som representant for SOP. SOP og Vital Pekon forutsettes å behandle opplysningene konfidensielt ihht konsesjon gitt av Datatilsynet.

Sted

Dato

Underskrift