



Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger

Søknad om uførepensjon

SØKNADSRIST

Uførepensjon ytes ikke for lengre tid tilbake enn *seks måneder* fra søknaden kom inn til ordningen.

Opplysninger om søkeren

Søkerens navn _____

Adresse _____

Mobil _____

E-post _____

Personnummer _____

Konto nr. stønaden ønskes overført til: _____

Har du vært medlem av folketrygden i over tre år? Ja Nei

Autorisasjon

Autorisasjonsdato _____

Har du autorisasjon i dag? Ja Nei

Har du kjennskap til forhold som kan innebære fare for at autorisasjonen suspenderes eller tapes? Ja Nei

Opptjeningstid

Hvor lenge har du drevet legevirksomhet i Norge i heltidsarbeid* (antall år) _____

Har du i noe tidsrom drevet annen virksomhet? Ja Nei

Hvis ja, oppgi fra og til hvilke(t) tidspunkt (måned, år) og type virksomhet _____

Har du arbeidet i utlandet? Ja Nei

Hvis ja, oppgi fra og til hvilke(t) tidspunkt (måned, år) og type virksomhet _____

* Dersom du i perioder bare delvis har drevet legevirksomhet, avgjør SOPs styre hvor stor del av tidsrommet som skal medregnes som opptjeningstid

Opplysninger om søkerens yrkesform

	Ja	Periode
Allmennpraktiserende lege / fastlege		
Privatpraktiserende spesialist		
Sykehuslege		
Annen offentlig legestilling		
Annen legevirksomhet (angi ev. hvilken)		

Oppgi eventuell spesialitet _____

Stønadsvedtak fra Nav

Fra hvilket tidspunkt søker eller mottar du følgende fra Nav:

Arbeidsavklaringspenger: _____

Uføretrygd: _____

Ved gradert uførhet: Angi størrelsen på den pensjonsgivende inntekt som opprettholdes per år:

_____ kr. per år

Pensjonsrelevant informasjon

Navn på siste arbeidsgiver _____

Har du opptjent pensjonsrettigheter fra andre arbeidsforhold?

Ja Nei

Oppgi hvilke andre pensjonsordninger du mottar/vil motta pensjon fra:

Har du søkt om uførepensjon fra denne/disse pensjonsordningene?

Ja Nei



Sykehjelps- og
pensjonsordningen for leger

Uføregrad

Uføregraden er nå _____ %

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

_____ % i tiden fra dato _____ til dato _____

Barn under 18 år som du forsørger

Barnets fornavn, etternavn _____ Personnummer (11 siffer) _____

Barnets fornavn, etternavn _____ Personnummer (11 siffer) _____

Barnets fornavn, etternavn _____ Personnummer (11 siffer) _____

Kryss av for vedlegg

<input type="checkbox"/>	Fullmakt for innhenting av økonomiske opplysninger (side 3 av dette søknadsskjemaet)
<input type="checkbox"/>	Ditt vedtak fra NAV om enten arbeidsavklaringspenger eller uføretrygd
<input type="checkbox"/>	Utskrift av din opptjeningshistorikk fra Nav. Vi trenger kopi av alle dine år som yrkesaktiv . Denne finner du under Din pensjon ved å logge deg inn med BankID på www.nav.no
<input type="checkbox"/>	Fødselsattest for barn under 18 år

Sted _____ Dato _____ Søkers underskrift _____

Vi påpeker at søker selv er ansvarlig for å søke om pensjon fra folketrygden og eventuelle tjenstepensjonsordninger der det foreligger rettigheter. Pensjonsberegning i SOP vil ikke kunne utføres før øvrige pensjonsordninger har foretatt sine beregninger.



Sykehjelps- og
pensjonsordningen for leger

Fullmakt

for innhenting av opplysninger ved søknad om pensjon

Pensjonssøkers navn _____

Personnummer (11 siffer) _____

Undertegnede har søkt om pensjon fra stiftelsen Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP). For å kunne behandle saken videre, må SOP innhente relevante opplysninger som skal danne grunnlag for vurderingen av retten til – og utmålingen av – pensjon fra SOP.

Fullmakten gjelder Statens pensjonskasse (SPK), Kommunal landspensjonskasse (KLP), Oslo pensjonsforsikring (OPF), Pensjonskassen for helseforetakene i hovedstadsområdet (PKH), Nav, Den norske legeforening og eventuelt andre instanser.

Søker må oppgi alle tjenestepensjonsordninger der det kan foreligge rettigheter. Vennligst oppgi pensjonsordningers fulle navn.

Arbeidsgiver	
Tjenestepensjonsordning (privat)	
Tjenestepensjonsordning (offentlig)	
Andre pensjonsordninger	

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

Sted _____ Dato _____ Underskrift _____

Søknad med vedlegg sendes til: SOP, c/o Den norske legeforening, Postboks 1152 Sentrum, 0107 Oslo
Kontaktinformasjon: e-post: sop@legeforeningen.no, tel: 23 10 90 00, www.sop.no