



Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger

# Søknad om ektefellepensjon og / eller barnepensjon

## VIKTIG!

- Gjenlevende ektefelle og barn mellom 18 og 20 år må fylle ut hvert sitt søknadsskjema
- Ektefelle og barnepensjon ytes ikke for lengre tid tilbake enn seks måneder fra søknaden kom inn til ordningen

### Opplysninger om søkeren

Kryss av for relasjon til avdøde	
<input type="checkbox"/>	Gjenlevende ektefelle
<input type="checkbox"/>	Verge for avdødes barn under 18 år
<input type="checkbox"/>	Gjenlevende barn over 18 år

Søkerens navn \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Postnummer og sted \_\_\_\_\_

Telefon privat \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

E-post \_\_\_\_\_

Fødselsnummer (11 siffer) \_\_\_\_\_

Kontonr. pensjonen ønskes overført til: \_\_\_\_\_

Skattekommune \_\_\_\_\_

### Opplysninger om avdøde

Avdødes navn \_\_\_\_\_

Fødselsnummer (11 siffer) \_\_\_\_\_

Dødsdato \_\_\_\_\_ Dødsårsak \_\_\_\_\_

### Opplysninger om avdødes yrkesform

	Ja	Periode
Allmennpraktiserende 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 \_\_\_\_\_

### Opplysninger om barn under 18 år

Navn \_\_\_\_\_

Fødselsnummer (11 siffer) \_\_\_\_\_

Navn \_\_\_\_\_

Fødselsnummer (11 siffer) \_\_\_\_\_

Navn \_\_\_\_\_

Fødselsnummer (11 siffer) \_\_\_\_\_

Navn \_\_\_\_\_

Fødselsnummer (11 siffer) \_\_\_\_\_

### Avdødes opptjeningstid

Embetseksamen / cand. med. \_\_\_\_\_

Tidspunkt for norsk autorisasjon som lege \_\_\_\_\_

Hvor lenge drev avdøde legevirksomhet i Norge i heltidsarbeid\* (antall år) \_\_\_\_\_

Har avdøde i noe tidsrom drevet annen virksomhet? Ja  Nei

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

Har avdøde arbeidet i utlandet? Ja  Nei

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

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

## Pensjonsrelevant informasjon

Navn på avdødes siste arbeidsgiver \_\_\_\_\_

Hadde avdøde opptjent pensjonsrettigheter fra andre arbeidsforhold? Ja  Nei

Fra hvilke(n) annen / andre pensjonsordning(er) mottas eller søkes det om pensjon:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*Det er en betingelse for rett til ektefelle- og barnepensjon fra Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger, at det søkes om pensjon fra tjenstepensjonsordning der avdøde og søker hadde/har opptjent rettigheter.*

Kryss av for vedlegg	
<input type="checkbox"/>	Fullmakt for innhenting av økonomiske opplysninger (side 3 av dette søknadsskjemaet)
<input type="checkbox"/>	Skifteattest/uskifteattest
<input type="checkbox"/>	Vigselsattest (kun for ektefellepensjon)
<input type="checkbox"/>	Fødselsattest/dåpsattest for barn under 18 år (barn mellom 18 og 20 år må fylle ut eget søknadsskjema)

## Samtykkeerklæring (kryss av)

- Jeg samtykker til at Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP) behandler personopplysninger om meg for å kunne tilstå søknad på riktig grunnlag. Jeg er informert om og klar over at jeg når som helst kan trekke mitt samtykke tilbake.
- Jeg er klar over at det er mer informasjon om SOPs bruk av personopplysninger i **Legeforeningens personvernerklæring**, som er tilgjengelig her: <https://beta.legeforeningen.no/om-oss/legeforeningens-personvernerklaring/>

Sted \_\_\_\_\_ Dato \_\_\_\_\_ Søkers underskrift \_\_\_\_\_

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

***Søknad om ektefelle- og barnepensjon med vedlegg (fullmaktsskjemaet MÅ følge søknaden) sendes til:***

*SOP, c/o Den norske legeforening, Postboks 1152 Sentrum, 0107 Oslo*

**Kontaktinformasjon:** E-post: [sop@legeforeningen.no](mailto:sop@legeforeningen.no), tel: 23 10 90 00, [www.sop.no](http://www.sop.no)



Sykehjelps- og  
pensjonsordningen for leger

## Fullmakt

for innhenting av opplysninger ved søknad om barnepensjon

Pensjonssøkers navn \_\_\_\_\_

Fødselsnummer (11 siffer) \_\_\_\_\_

Undertegnede har søkt om barnepensjon 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 – ytelser 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 i tillegg oppgi alle andre tjenstepensjonsordninger der det kan foreligge rettigheter – se tabellen under.** Vennligst oppgi instansens fulle navn.

<b>Arbeidsgiver</b>	
<b>Tjenstepensjonsordning (privat)</b>	
<b>Tjenstepensjonsordning (offentlig)</b>	
<b>Andre instanser</b>	

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 forutsettes å behandle opplysningene konfidensielt iht. konsesjon gitt av Datatilsynet.

Sted \_\_\_\_\_ Dato \_\_\_\_\_ Underskrift \_\_\_\_\_