



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"/>	Gjenlevende barn over 18 år
<input type="checkbox"/>	Verge for avdødes barn under 18 år

Søkerens navn _____

Adresse _____

Mobil _____

E-post _____

Personnummer _____

Konto nr. stønaden ønskes overført til: _____

Opplysninger om avdøde

Avdødes navn _____

Personnummer (11 siffer) _____

Dødsdato _____

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"/>	

Opplysninger om barn under 18 år

Navn _____

Personnummer (11 siffer) _____

Navn _____

Personnummer (11 siffer) _____

Navn _____

Personnummer (11 siffer) _____

Navn _____

Personnummer (11 siffer) _____

Avdødes opptjeningstid

Embetseksamen/cand.med. _____

- a) Har avdøde drevet legevirksomhet i Norge i heltidsarbeid* i minst 35 år Ja Nei

Hvis nei, fyll ut punkt b) & c)

- b) Har avdøde i noe tidsrom drevet annen virksomhet?

Ja Nei

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

- c) 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



Sykehjelps- og
pensjonsordningen for leger

Pensjonsrelevant informasjon

Navn på avdødes siste arbeidsgiver _____

Hadde avdøde opptjent pensjonsrettigheter fra andre arbeidsforhold? Ja Nei

For gjenlevende ektefelle

Har du opparbeidet deg rett til tjenestepensjon fra eget arbeidsforhold? Ja Nei

Mottar du – eller har du søkt om – pensjon fra en slik ordning? Ja Nei

Fra hvilke andre pensjonsordninger mottas eller søkes det om pensjon:

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"/>	Fødselsattest for barn under 18 år (barn mellom 18 og 20 år må fylle ut eget skjema)

Sted _____ Dato _____ Søkers underskrift _____

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

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



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 _____