

Søknad om engangsstønad ved død

SØKNADSFRIST

Krav om engangsstønad må være innkommet til ordningen *innen seks måneder etter dødsfallet* for at rett til utbetaling skal foreligge.

Opplysninger om søkeren

Søkerens navn _____

Adresse _____

Postnummer og sted _____

Mobil _____

E-post _____

Personnummer (11 siffer) _____

Kontonr. stønaden ønskes overført til: _____

Kryss av for søkers relasjon til avdøde	
<input type="checkbox"/>	Gjenlevende ektefelle/registrert partner
<input type="checkbox"/>	Gjenlevende samboer
<input type="checkbox"/>	Gjenlevende barn med pensjonsrett (mellom 18 og 20 år)
<input type="checkbox"/>	Gjenlevende barn uten pensjonsrett (over 20 år)
<input type="checkbox"/>	Verge for gjenlevende mindreårig barn med pensjonsrett
<input type="checkbox"/>	Annet, beskriv: _____

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

Opplysninger om avdøde

Avdødes navn: _____

Personnummer (11 siffer) _____

Dødsdato _____

Opplysninger om avdødes yrkesform	Kryss av	Periode
Allmennpraktiserende lege / fastlege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Privatpraktiserende spesialist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sykehuslege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annen offentlig legestilling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annen legevirksomhet (angi ev. hvilken): _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kryss av for vedlegg

Skifte- / uskifteattest

Fullmakt: Dersom avdøde ikke etterlater seg ektefelle eller barn under 20 år og boet skal deles mellom flere, ber vi om at fullmakt fra øvrige arvinger vedlegges

Ved samboerskap må følgende dokumenteres:

Samboer har rett til ytelser i samme utstrekning som ektefelle/partner såfremt vedkommende oppfyller ett av følgende kriterier:

- Vedkommende hadde levd sammen med avdøde i ekteskapslignende forhold hvis det i folkeregisteret framgår at de to har hatt samme bolig de siste to årene
- Vedkommende hadde felles barn og felles bolig med avdøde

Sted _____ Dato _____ Søkers 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