

Umsókn um örorkulífeyri

Nafn	Kennitala
Heimili	Sími
Póstnr. og sveitarfélag	Netfang

Bankareikningur sem leggja skal lífeyri inná

Nafn banka (4 tölustafir)	Tegund reiknings (2 tölustafir)	Reikningsnúmer (allt að 6 tölustafir)
---------------------------	---------------------------------	---------------------------------------

Persónuafsláttur

Ég óska eftir að nýta _____% af persónuafslætti mínum frá og með _____

Ég óska eftir að nýta _____% af persónuafslætti **maka** frá og með _____

Nafn maka, kt: _____

Skattþrep

Skattþrep 1 (36,94% skattur á heildar skattskyldar mánaðarlegar tekjur á bilinu kr. 0 – 893.713)

Skattþrep 2 (46,24% skattur á heildar skattskyldar mánaðarlegar tekjur frá kr. 893.713)

Sækir um

Gögn sem þurfa að fylgja með

<input type="radio"/> Örorkulífeyrir	Nýlegt læknisvottorð (má vera afrit). Staðgreiðsluskrá núverandi árs. Ljósrit af fjórum síðustu skattframtölum. (Einungis tekjusiðu umsækjanda)
<input type="radio"/> Barnalífeyrir	Fæðingarvottorð

Ef sótt er um örorkulífeyrir útfyllist eftirfarandi: Nafn barns og kennitala yngri en 19 ára

Nafn barns	Kennitala
Nafn barns	Kennitala
Nafn barns	Kennitala
Nafn barns	Kennitala

Upplýsingar um eigin starfsorku

Hvenær varðst þú óvinnufær, dags., mán. og ár?									
Hvenær fór að draga úr vinnugetu þinni?									
Hver er vinnugeta þín nú utan heimilis?			Hver er vinnugeta þín nú til heimilisstarfa?						
Engin	25%	50%	75%	100%	Engin	25%	50%	75%	100%

Hvaða störf telur þú þig geta unnið núna?

Ertu í vinnu í dag?	Nei	Já	Frá hvaða tíma, mán. og ár
Ef já, hve marga tíma á dag vinnu þú?			Ef já, hvaða vinnu?

Greiðslur

Greiðslu frá atvinnuleysistryggingasjóði	<input type="radio"/> Nei <input type="radio"/> Já	Ef já, fyrir hvaða tímabil og fjárhæð?
Greiðslur frá atvinnurekanda	<input type="radio"/> Nei <input type="radio"/> Já	Ef nei, hvenær stöðvast greiðslur frá atvinnurekanda?
Greiðslur frá Tryggingastofnun Íslands?	<input type="radio"/> Nei <input type="radio"/> Já	Ef já, frá hvaða degi?
Greiðslur frá sjúkrasjóði stéttafélags	<input type="radio"/> Nei <input type="radio"/> Já	Ef já, frá hvaða degi og fjárhæð?
Aðrar greiðslur	<input type="radio"/> Nei <input type="radio"/> Já	Ef já, hverjar og fjárhæð?

Starfsferill (síðastliðin 20 ár)

Starfsheiti	Vinnuveitandi	Tímabil

Nöfn lækna sem leitað hefur verið til síðustu 5 ár	Nöfn sjúkrastofnanna og innlagnir síðustu 5 ár
Annað sem vert er að taka fram	

Ef sótt er um örorkulífeyri samþykki ég undirrituð/aður eftirfarandi:

- a) Ég óska eftir að staðfesting á umsókn þessari verði send til Tryggingastofnunar ríkisins.
- b) Tryggingayfirlæknir (trúnaðarlæknir) meti örorku mína og stjórn fái afrit af örorkumatinu.
- c) Að stjórn sjóðsins fái afrit af skattframtölum hjá skattsjóra.
- d) Að stjórn sjóðsins fái upplýsingar um iðgjaldagreiðslur til annarra lífeyrissjóða (á við um allar tegundir lífeyris).
- e) Að láta stjórn sjóðsins og trúnaðarlækni í té allar upplýsingar um heilsufar mitt, sem nauðsynlegar eru, til þess að dæma um rétt minn til örorkulífeyris.
- f) Að fara í viðtal hjá endurhæfingarlækni sjóðsins til að athuga vinnufærni mína.
- g) Ég heimila að lífeyrissjóðurinn fái upplýsingar hjá VIRK starfsendurhæfingu eða viðeigandi endurhæfingaraðila um framgang endurhæfingar minnar. Ég heimila einnig að VIRK fái afrit umsóknar minnar, matsgerð trúnaðarlæknis, gögn frá vottorðskrifandi lækni og geti aflað frekari gagna sem snúa að heilsufari mínu, enda geti það varðað mat VIRK á starfsgetu og mögulegri endurhæfingu minni.
- h) Ég heimila að umsókn mín ásamt fylgigögnum verði send öðrum lífeyrissjóðum sem ég hef greitt til.

Allar upplýsingar sem lífeyrissjóðurinn fær varðandi umsókn þessa verður farið með sem trúnaðarmál.

Dagsetning*	Undirskrift
-------------	-------------

Ath: Líðið geta 3-6 mánuðir þar til úrskurður liggur fyrir.