

Umsókn um endurhæfingar- og örorkulífeyri

Nafn	Kennitala
Heimilisfang	Póstnúmer og staður
Netfang	Sími/GSM

Bankaupplýsingar

Banki - höfuðbók - reikningsnúmer

Börn undir 18 ára á framfæri sjóðfélaga

Nafn	Kennitala
Nafn	Kennitala
Nafn	Kennitala

Færðu greiðslur frá neðangreindum aðilum?

Greiðslur frá atvinnurekanda	
<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Já	Hvenær stöðvast greiðslur frá atvinnurekanda? _____
Greiðslur frá Vinnuálastofnun	
<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Já	frá dags: _____ til dags: _____ fjárhæð pr. mánuð: _____
Endurhæfingar- eða örorkulífeyrir frá Tryggingastofnun ríkisins	
<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Í vinnslu <input type="checkbox"/> Já	frá dags: _____
Sjúkrapeningar frá sjúkrasjóði stéttarfélags	Hvaða stéttarfélag? _____
<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Já	frá dags: _____ til dags: _____ fjárhæð pr. mán: _____
Aðrar greiðslur	Hverjar? _____
<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Já	frá dags: _____ til dags: _____ fjárhæð pr. mánuð: _____

Starfsferill þinn

Starfsheiti	Vinnuveitandi	Tímabil

Hefur þú áður fengið greiddan örorkulífeyri frá lífeyrissjóði?

<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Já
--

Upplýsingar um starfsorku

Hvenær varðst þú óvinnufær að gegna því starfi sem örorkan tengist? *dagur, mánuður, ár:* _____Hvenær fór verulega að draga úr vinnugetu þinni? *dagur, mánuður, ár:* _____

Hver er vinnugeta þín nú utan heimilis?

 Engin 25% 50% 75%

Hver er vinnugeta þín nú til heimilisstarfa?

 Engin 25% 50% 75%

Ert þú í vinnu núna?

 Nei Já Ef já, þá hvaða vinnu? _____Hve marga tíma á dag _____ Frá hvaða tíma? *mánuður, ár:* _____

Hvaða störf telur þú þig geta unnið núna? _____

Staðfesting á umsókn

 Ég óska eftir að staðfesting á umsókn þessari verði send til Tryggingastofnunar ríkisins

Nauðsynleg fylgigögn með umsókn

 Ítarlegt læknisvottorð Tekjuútskrift úr skattframtölum sl. 4 ár fyrir orkutap til og með dagsins í dag ásamt útskrift úr staðgreiðsluskrá eða RSK veflykli

Annað sem þú vilt að komi fram:

Ég undirrituð/undirritaður samþykki eftirfarandi:

- Að gefa lífeyrissjóðnum allar nauðsynlegar upplýsingar um heilsuhagi mína og allar launatekjur.
- Að lífeyrissjóðurinn afli nauðsynlegra upplýsinga hjá ríkisskattstjóra um tekjur mínar og efnahag, sem farið verður með sem trúnaðarmál.
- Að lífeyrissjóðurinn afli upplýsinga um iðgjaldgreiðslur mínar til annarra lífeyrissjóða.
- Að lífeyrissjóðurinn fái upplýsingar hjá VIRK, starfsendurhæfingu eða viðeigandi endurhæfingaraðila um framgang endurhæfingar minnar.
- Að VIRK fái afrit umsóknar minnar, matsgerð trúnaðarlæknis, gögn frá vottorðaskrifandi lækni og geti aflað frekari gagna sem snúa að heilsufari mínu enda geti það varðað mat VIRK á starfshæfni og mögulegri endurhæfingu minni.
- Þessar heimildir gilda einnig gagnvart öðrum lífeyrissjóðum þar sem örorkulífeyrisréttur hefur stofnast.
- Með undirritun minni staðfesti ég að ofangreindar upplýsingar eru gefnar samkvæmt bestu vitund og að ég mun tilkynna lífeyrissjóðnum þær breytingar sem verða á tekjum mínum og öðrum aðstæðum sem hafa áhrif á greiðslur.

Að fengnum upplýsingum um heilsufarssögu og starfsorku þína aftur í tímann svo og álitu trúnaðarlæknis sjóðsins, sem farið verður með sem trúnaðarmál, úrskurðar sjóðsstjórn um orkutap og tímasetningu þess.

Vinsamlegast athugið, þegar úrskurður liggur fyrir, að hafa samband við sjóðinn ef umsækjandi vill nýta persónuafslátt.

Með undirskrift minni samþykki ég að þær upplýsingar sem ég veiti í þessari umsókn verði vistaðar og skráðar í viðskiptasögu mína hjá Stapa lífeyrissjóði. Öll vinnsla á persónuupplýsingum, þ.m.t. öflun, skráning, vistun og meðferð þeirra er í samræmi við lög um persónuvernd og persónuverndarstefnu Stapa lífeyrissjóðs sem birt er á heimasíðu sjóðsins.

Dagsetning	Undirskrift umsækjanda
------------	------------------------