

Umsókn um endurhæfingar- og örorkulífeyri

Upplýsingar um umsækjanda

Nafn	Kennitala
Heimilisfang	Póstnúmer og staður
Netfang	Sími/GSM

Bankaupplýsingar

Banki - höfuðbók - reikningsnúmer (umsækjandi þarf að vera reikningseigandi)
--

Börn undir 18 ára á framfæri sjóðfélaga

Nafn	Kennitala
Nafn	Kennitala
Nafn	Kennitala
Nafn	Kennitala

Börn á aldrinum 18-22 ára

Nafn	Kennitala
Nafn	Kennitala

Staðfesting til Tryggingastofnunar

<input type="checkbox"/> Undirrituð/aður óskar eftir að staðfesting verði send til Tryggingastofnunar um að sótt hafi verið um örorkulífeyri
--

Staðgreiðsla skatta

Vinsamlega athugið, þegar úrskurður liggur fyrir, að tilkynna lífeyrissjóðum um nýtingu persónuafsláttar og viðeigandi skattþrep
--

Virk starfsendurhæfing

Hefur þú verið hjá Virk starfsendurhæfingu?

 Nei Já Ef já, frá hvaða tíma? _____

Hefur þú áður fengið greiddan örorkulífeyri frá lífeyrissjóði?

 Nei Já Ef já, frá hvaða sjóði og fyrir hvaða tímabil? _____

Færðu greiðslur frá neðangreindum aðilum?

Greiðslur frá atvinnurekanda

 Nei Já Hvenær stöðvast greiðslur frá atvinnurekanda? _____

Greiðslur frá Vinnumálastofnun

 Nei Já frá dags: _____ til dags: _____ fjárhæð pr. mánuð: _____

Greiðslur frá Tryggingastofnun ríkisins

 Nei Já Í vinnslu Endurhæfingar- eða örorkulífeyir frá dags: _____

Sjúkrapeningar frá sjúkrasjóði stéttarfélag

 Nei Já Hvaða stéttarfélag? _____
frá dags: _____ til dags: _____ fjárhæð pr. mán: _____

Upplýsingar um starfsorku

Hvenær varðst þú óvinnufær að gegna því starfi sem örorkan tengist? *dagur, mánuður, ár:* _____Hver er vinnugeta þín nú utan heimilis? Engin 25% 50% 75% 100%

Ert þú í vinnu núna?

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

Annað sem þú vilt að komi fram:

Umboð

Ég undirrituð/undirritaður staðfesti að umsókn þessi gildi **gagnvart öllum þeim lífeyrissjóðum þar sem ég á lífeyrisréttindi** og ég samþykki að umsóknin og gögn vegna umsóknar verði send á þá lífeyrissjóði. Ég undirrituð / undirritaður **samþykki eftirfarandi og gildir samþykki mitt gagnvart öllum þeim lífeyrissjóðum þar sem ég á lífeyrisréttindi;**

- að láta í té allar upplýsingar um heilsufar mitt, sem nauðsynlegar eru, til að meta um rétt minn til örorkulífeyris.
- að trúnaðarlæknir meti örorku mína og afhendi afrit af örorkumati. Örorkumatið og tímasetning er byggð á upplýsingum um heilsufars sögu og starfsorku mína aftur í tímann og framtíðarhorfur. Jafnframt að mér er skylt að gangast undir lækni- og lækissskoðun hjá trúnaðarlækni ef það er talið nauðsynlegt til að meta um rétt minn til örorkulífeyris.
- að afla sé nauðsynlegra upplýsinga hjá VIRK, starfsendurhæfingu eða viðeigandi endurhæfingaraðila um framgang starfsendurhæfingar minnar enda geti það sannarlega varðað mat á orkutapi mínu.
- að VIRK fái afrit umsóknar minnar, matsgerðar trúnaðarlækna, gögn frá vottorðaskrifandi lækni og geti aflað frekari gagna sem snúa að heilsufari mínu, enda geti það varðað mat á orkutapi mínu sem og mögulegri starfsendurhæfingu minni.
- að reglulega sé aflað upplýsinga frá Ríkisskattstjóra um tekjur mínar. Ég samþykki einnig og heimila að upplýsingar um launatekjur mínar úr staðgreiðsluskrá sé aflað allt að 4 árum aftur í tíma frá því óskað er eftir þeim samkvæmt umboði þessu og skattframtali síðustu 10 ára. Farið verður með upplýsingarnar sem trúnaðarmál. Heimilt er að afla allra framangreindra upplýsinga með rafrænum hætti og miðla þeim áfram til viðkomandi lífeyrissjóða. Upplýsingarnar verða notaðar við vinnslu á umsókn þessari um örorkulífeyri og vegna reglubundins tekjueftirlits.
- að afla sé upplýsinga um iðgjaldagreiðslur mínar til annarra sjóða.
- að kallað sé eftir upplýsingum til vinnuveitanda vegna starfsloka og/eða breytinga á starfshlutfalli.
- að afla sé upplýsinga til stéttarfélags vegna réttar til greiðslna sjúkradagpeninga.
- rafræna skráningu á öllum upplýsingum er tengjast umsókn þessari, þ.m.t. upplýsingum frá Ríkisskattstjóra
- Ég geri mér grein fyrir að hægt er að skilyrða greiðslu örorkulífeyris við þátttöku mína í endurhæfingu samkvæmt samþykktum.
- Með umsókn þessari staðfesti ég að ofangreindar upplýsingar eru gefnar samkvæmt bestu vitund og að mér er skylt að upplýsa um breytingar á högum mínum að því marki sem þær kunna að hafa áhrif á rétt til greiðslna örorkulífeyris eða á fjárhæð hans, svo sem er varðar heilsufar eða tekjur.

Fylgiskjöl með umsókn

- Ítarlegt læknisvottorð ekki eldra en 3ja mánaða
- Fæðingarvottorð barna sem ekki eru búsett hjá sjóðfélaga.
- Annað

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

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
------------	------------------------