|  |  |
| --- | --- |
| LÍFEYRISSJÓÐUR RANGÆINGA |  |
| umsókn um örorku- og barnalífeyri |

**Ég óska eftir mánaðarlegri útgreiðslu örorkulífeyris:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|       |  |       |
| Nafn sjóðfélaga |  | Kennitala |
|       |  |       |  |       |
| Heimilisfang |  | Póstnúmer |  | Staður |
|       |  |       /       |
| Netfang |  | Sími / GSM |

**Ég óska eftir mánaðarlegri útgreiðslu barnalífeyris v. barna/fósturbarna/kjörbarna/stjúpbarna undir 18 ára aldri á framfæri mínu:**

|  |  |
| --- | --- |
|       |       |
| **Nafn barns** | **Kennitala** |
|       |       |
| **Nafn barns** | **Kennitala** |
|       |       |
| **Nafn barns** | **Kennitala** |

**Staðfesting til Tryggingastofnunar:** Ætli sjóðfélagi að sækja um örorkulífeyri frá Tryggingastofnun þarf hann áður að sækja um örorkulífeyri í öllum lífeyrissjóðum sem hann á réttindi í. Staðfesting á umsókn verður send til Tryggingastofnunar eftir að umsókn um útgreiðslu hefur verið móttekin.

**Fylgigögn með umsókn:**

|  |
| --- |
| **Nauðsynleg fylgigögn:** |
| [ ]  | Læknisvottorð vegna umsóknar um örorkulífeyri sem er 3ja mánaða eða yngra og inniheldur áætlaða upphafsdagsetningu orkutaps - greitt af sjóðnum |
| **Ef við á:** |
| [ ]  | Erlend skattframtöl. |
| [ ]  | Fæðingarvottorð barna sem ekki eru búsett hjá sjóðfélaga, vegna barnalífeyris |
| [ ]  | Framsalsheimild, óski umsækjandi eftir að barnalífeyrir verði greiddur inn á reikning barna sem náð hafa 16 ára aldri. |
|  |  |
| **Athugasemdir:** |       |  |
|  |

**Útgreiðslu óskast ráðstafað á bankareikning sem er skráður á kennitölu sjóðfélaga:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Bankanúmer:      | Höfuðbók:   | Reikningsnúmer:      |

**Skattaupplýsingar:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lífeyrisgreiðslur eru staðgreiðsluskyldar eins og aðrar tekjur. Skattþrepin eru nú þrjú. Ef þú hefur tekjur annars staðar sem hafa áhrif á útreikning staðgreiðslu þá berð þú ábyrgð á að upplýsa sjóðinn um það með því að skrá aðrar mánaðarlegar skattskyldar tekjur hér að neðan eða númer þess skattþreps sem skattlagning á að hefjast í.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Aðrar mánaðarlegar skattskyldar tekjur, fyrir skatt: |       | eða númer skattþreps sem skattlagning á að hefjast í: |       |

**Persónuafsláttur**: sjóðnum er ekki heimilt að nálgast upplýsingar um fyrri nýtingu þína, þrátt fyrir að skattkort séu nú rafræn, vinsamlegast skráðu óskir þínar hér:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ég óska eftir að nýta |       | (% eða kr.) af persónuafslætti mínum frá og með dags: |       |  | ***Nafn maka:*** |
| Ég óska eftir að nýta |       | (% eða kr.) af persónuafslætti **maka** frá og með dags: |       |  |       |
| Ég óska eftir að nýta |       | (kr.) ónýttan/uppsafnaðan persónuafslátt. |  |  | *****K****ennitala maka:*** |
| Ég óska eftir að nýta |       | (kr.) ónýttan/uppsafnaðan persónuafslátt **maka**. |  |  |       |
|  |  |  |  |  |

Heimilt er að nýta persónuafslátt maka 100% ef um samsköttun er að ræða og ennfremur látins maka í 9 mánuði frá andláti. Allar nánari upplýsingar á [www.rsk.is](http://www.rsk.is). |

**Hefurðu fengið / færðu greiðslur frá neðangreindum aðilum?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Atvinnurekanda:****[ ]**  Já **[ ]**  Nei | Ef nei, hvenær stöðvuðust greiðslur frá atvinnurekanda? |       |
| **Vinnumálastofnun:****[ ]**  Já **[ ]**  Nei | Frá dags.  |       | Til dags. |       | Fjárhæð á mán. |       |  |
| **Sjúkrasj.stéttarfél.:****[ ]  Já [ ]  Nei** | Frá dags.  |       | Til dags. |       | Fjárhæð á mán. |       |  |
| **Tryggingastofnun:****[ ]  Já [ ]  Nei** | Frá dags.  |       | Til dags. |       | Fjárhæð á mán. |       | **[ ]**  Í vinnslu |
| **Frá öðrum:****[ ]  Já [ ]  Nei** | Frá dags.  |       | Til dags. |       | Fjárhæð á mán. |       | Frá hverjum? |       |  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| uMSÓKN UM ÖRORKULÍFEYRI OG BARNALÍFEYRI, ef við á |  |

**Eigið starfsorkumat sjóðfélaga:**

|  |  |
| --- | --- |
| Hvenær varðst þú óvinnufær, dagur, mánuður, ár? |       |
| Hver er vinnugeta þín nú utan heimilis?[ ]  Engin **[ ]**  25% **[ ]**  50% **[ ]**  75% **[ ]**  100%  | Hver er vinnugeta þín nú til heimilisstarfa?[ ]  Engin **[ ]**  25% **[ ]**  50% **[ ]**  75% **[ ]**  100%  |
| Hvaða störf telur þú þig geta unnið núna?      |
|       |
|       |
| Hver er orsök heilsubrests/óvinnufærni að þínu mati?      |
|       |
|       |
| Hjá hverjum vannst þú síðustu árin fyrir orkutap?      | Við hvað?      | Tímabil      |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|  Ert þú í vinnu núna? | **[ ]**  Já  | **[ ]**  Nei | Ef já, þá hvaða vinnu? |       |
| Ef já, þá hve marga tíma á dag? |       | Frá hvaða tíma, mánuður, ár? |       |
| Hefur þú fengið greiddar atvinnuleysisbætur eftir að þú varðst óvinnufær? | **[ ]**  Já **[ ]**  Nei Ef já, þá fyrir hvaða tímabil? |       |
| Ef já, hvaða læknir gaf þér vottorð um að þú værir óvinnufær? |       |
| Hefur þú verið utan vinnumarkaðar vegna barnauppeldis? [ ]  Já **[ ]**  Nei |
| Ef já, fæðingardagur barns/barna      | Tímabil      | Ef já, fæðingardagur barns/barna      | Tímabil      |
|       |       |       |       |
| Nöfn lækna sem þú hefur leitað til síðustu fimm ár:      |
|       |
|       |
| Sjúkrastofnanir (þar með taldar meðferðarstofnanir) og innlagnir síðustu 5 ár      | Tímabil      |
|       |       |
| Annað sem þú vilt taka fram?      |
|       |
|       |

|  |  |
| --- | --- |
| uMSÓKN UM ÖRORKULÍFEYRI OG BARNALÍFEYRI, ef við á |  |

**Upplýsingar vegna VIRK starfsendurhæfingarsjóðs:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Hefur þú verið í starfsendurhæfingu hjá VIRK?** [ ]  Já **[ ]**  Nei

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|       |  |       |  |
| Ef já, frá hvaða tíma?  | Nafn ráðgjafa |  |

**Hefur þú verið í endurhæfingu hjá öðrum endurhæfingaraðilum en VIRK?** [ ]  Já **[ ]**  Nei

|  |  |
| --- | --- |
|  Ef já, þá hjá hverjum? [ ]  Reykjalundi **[ ]**  Janus [ ]  Þraut **[ ]**  Grensás **[ ]**  öðrum, þá hverjum?  |       |
|        |  |       |  |       |
| Ef já, frá hvaða tíma? | Nafn ráðgjafa |  | Nafn starfsendurhæfingar |

 |

* Ég heimila að lífeyrissjóðurinn fái allar nauðsynlegar upplýsingar og gögn hjá VIRK Starfsendurhæfingarsjóði eða viðeigandi endurhæfingaraðila sem lífeyrissjóðurinn telur nauðsynlegar og máli skipta við mat á framgangi endurhæfingar minnar svo sem matsgerðir, endurhæfingaráætlanir og niðurstöður.
* Ég heimila einnig að endurhæfingaraðili 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 á starfsgetur og mögulegri endurhæfingu minni.
* **Ég geri mér grein fyrir að samkvæmt samþykktum sjóðsins er hægt að skilyrða greiðslu örorkulífeyris við þátttöku mína í endurhæfingu.**
* Ég mun gefa lífeyrissjóðnum allar nauðsynlegar upplýsingar um heilsuhagi mína.
* Ég geri mér grein fyrir að mér er skylt að upplýsa sjóðinn um breytingar á högum mínum að því marki sem þær kunna að hafa áhrif á rétt til greiðslu örorkulífeyris eða á fjárhæð hans, svo sem er varðar heilsufar eða tekjur.
* Ég heimila að lífeyrissjóðurinn afli nauðsynlegra upplýsinga hjá ríkisskattstjóra um tekjur mínar og efnahag.
* Ég heimila að lífeyrissjóðurinn afli upplýsinga um iðgjaldagreiðslur mínar til annarra lífeyrissjóða.
* Þessar heimildir gilda einnig gagnvart öðrum lífeyrissjóðum þar sem örorkulífeyrisréttur hefur stofnast.
* Ég geri mér grein fyrir að lífeyrissjóðurinn greiðir örorkulífeyri úr samtryggingarsjóði á grundvelli örorkumats frá trúnaðarlæknum sjóðsins. Örorkumatið og tímasetning þess er byggt á upplýsingum um heilsufarssögu og starfsorku mína aftur í tímann. Jafnframt að mér er skylt að gangast undir læknisskoðun hjá trúnaðarlækni sjóðsins ef það er talið nauðsynlegt til að dæma um rétt minn til örorkulífeyris.
* Ég geri mér grein fyrir því að ef upplýsingar og fylgigögn frá mér eru ekki fullnægjandi þá getur það tafið afgreiðslu umsóknar.

*Farið er með allar upplýsingar sem trúnaðarmál. Í framangreindri yfirlýsingu felst samþykki til vinnslu persónuupplýsinga samkvæmt lögum um persónuvernd og vinnslu persónuupplýsinga nr. 90/2018.*

**Áttu lífeyrisréttindi í öðrum lífeyrissjóðum?**

|  |
| --- |
| Umsókn þessi verður send öðrum lífeyrissjóðum sem ég á rétt í, nema óskað sé eftir öðru hér að neðan.Athugasemdir:      |

**Ég geri mér grein fyrir að greiðslur úr lífeyris- og séreignarsjóðum geta haft áhrif á greiðslur frá Tryggingastofnun.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|       |  |  |
| **Staður og dagsetning** |  | **Undirskrift sjóðfélaga** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |       |  |
| **Móttekið fyrir hönd Lífeyrissjóðs Rangæinga (nafn starfsmanns)** |  | **Dagsetning** |  |

**Umsókn skilað til sjóðsins á Hellu:** lífeyrisráðgjafi móttekur umsókn, fylgigögn og aðstoðar við útfyllingu ef við á. Mikilvægt að bóka fund fyrirfram á [arionbanki.is](http://www.arionbanki.is), lifrang@lifrang.is eða í 487 5002. Móttaka á Suðurlandsvegi 1-3, 850 Hellu. Fjarfundir einnig í boði.

**Umsókn skilað til sjóðsins í Reykjavík:** lífeyrisráðgjafi móttekur umsókn, fylgigögn og aðstoðar við útfyllingu ef við á. Mikilvægt að bóka fund fyrirfram á [arionbanki.is](http://www.arionbanki.is), lifeyristhjonusta@arionbanki.is eða í 444 7000. Móttaka í Borgartúni 19, 105 Reykjavík. Fjarfundir einnig í boði.