

Søknad om ETTERLATTEPENSJON

Sandnes kommunale pensjonskasse

Rådhusgata 3

4306 SANDNES

Tlf. 51 33 54 91

e-post adresse: pensjonskassen@sandnes.kommune.no

Søknaden vil bli behandlet konfidensielt

Avdødes etternavn og fornavn:		Fødselsnummer:	
Ansatt dato:	Dødsdato:	NAV kontor:	
Ektefelle/registrert partners navn:		Fødselsnummer:	
Adresse:	Postnr:	Poststed	
Bankkontonr:		e-mailadresse	
Avdødes barn under 20 år. Navn:		Fødselsnummer:	
Navn:		Fødselsnummer:	
Navn:		Fødselsnummer:	
Er det søkt NAV om pensjon? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei			
Har du ytelser fra andre pensjonsordninger: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Hvis ja, oppgi hvilken ordning:			
Har avdøde vært medlem av andre pensjonsordninger: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Hvis ja, oppgi hvilken ordning:			
Jeg samtykker i at SKP kan innhente de opplysningene som er nødvendig for behandlingen av pensjonskravet.			
..... sted dato søkers underskrift	
Vedlegg:			
<input type="checkbox"/> Skifteattest			
For arbeidsgiver:			
..... sted dato Underskrift av persona lansvarlig	