Unntatt offentlighet etter off. § offl. § 13,fvl §13.1

SØKNAD OM UFØREPENSJON

(når det er søkt om arbeidsavklaringspenger eller uføretrygd fra NAV)

Sandnes kommunale pensjonskasse
Rådhusgata 3
4306 SANDNES
Tlf. 51 33 54 91

Søknaden vil bli behandlet konfidensielt

Etternavn og fornavn:			Fødselsnummer:
Adresse:	Postnr.:	Poststed:	NAV kontor:
Arbeidssted/avdeling:	e-post adresse:	Telefon privat /arbeid:	
Ektefelle/registrert partners navn:			Fødselsnummer:
Vedrørende barnetillegg til uførepensjon. Jeg forsørger følgende barn under 18 år:			
Navn:			Fødselsnummer:
Navn:			Fødselsnummer:
Navn:			Fødselsnummer:

Søknad om uførepensjon fra ……/…… 20……. ☐ Midlertidig ☐ Fast ...……..…… % i uføregrad

Når oppstod sykdommen / inntraff ulykken: (dato) ……..……..

Når ble du sykemeldt første gang for denne sykdommen / ulykken? (dato) …….……..…

Når søkte du lege første gang for denne sykdommen / ulykken: (dato) ……..……

Behandlende lege: (navn) …….……..…….…….

Forventer du å jobbe i deler av din stilling tillegg til arbeidsavklaringspenger / uførepensjon?

☐ Ja ☐ Nei

Forventet aktiv stillingsprosent: .....

Hvilken årsinntekt forventer du å ha i tillegg til arbeidsavklaringspenger / uførepensjon:

arbeidsinntekt (både privat og offentlig sektor) kr .....

annen inntekt (næringsinntekt, utenlandsinntekt) kr .....

Unntatt offentlighet etter off. § offl. § 13,fvl §13.1

Har du vært medlem av annen pensjonsordning? ☐ Ja ☐ Nei	Hvis ja, oppgi navnet på pensjonsordningen: (eks. KLP, Statens pensjonskasse eller andre offentlige ordninger). Evt. oppgi navnet på tidligere arbeidsgivere.	
Årslønn	Pensjonsgivende tillegg	Lønnen opphørte den (maks sykepengedato):

Mottar du arbeidsavklaringspenger/uføretrygd fra NAV: ☐ Ja ☐ Nei

Har du framsatt krav om arbeidsavklaringspenger/uføretrygd fra NAV: ☐ Ja ☐ Nei

Har du ytelser fra andre pensjons- eller trygdeordninger: ☐ Ja ☐ Nei
Hvis ja, oppgi hvilken ordning:

Har du vært arbeidsufør tidligere? ☐ Ja ☐ Nei

Hvis ja, hva var årsaken til uførheten: ……..…….

Når var du ufør?: (periode) ……

Hva het behandlende lege? ……

Spesielle opplysninger kan gis her.

…….

…….

…….

Jeg samtykker at SKP om nødvendig kan innhente ytterligere opplysninger hos lege, annen pensjonsordning eller NAV for behandlingen av pensjonskravet.

……	……..	……
sted	dato	søkers underskrift

Bankkontonummer pensjonen skal overføres til: ……..……

For arbeidsgiver:
Har arbeidsgiver vært i kontakt med HMS- avdelingen om den ansattes sykefravær?

…….	……	……..
Sted	Dato	Underskrift av nærmeste leder

Samtykke til innhenting av medisinske opplysninger – Uføre

I forbindelse med søknad om uføreytelse vil Sandnes kommunale pensjonskasse i en del tilfeller ha behov for å innhente opplysninger om min helsetilstand fra medisinske behandlere og eventuelle vedtak fattet hos NAV. Pensjonskassen vil også kunne ha behov for å innhente opplysninger om pensjonsopptjening hos andre tjenestepensjonsleverandører.

Jeg samtykker til innhenting av informasjon om min helsetilstand, pensjonsopptjening og stønadshistorikk, og er innforstått med at pensjonskassen vil lagre nødvendig informasjon i den utstrekning dette er påkrevet for å ivareta retter og plikter etter pensjonsavtalen. Informasjonen kan bli delt med databehandlere, som underleverandører for pensjonskassen, og på bakgrunn av databehandleravtale. Både pensjonskassens ansatte og eventuelle databehandlere er underlagt taushetsplikt.

Jeg er videre kjent med at mitt samtykke kan trekkes tilbake, men at dette vil kunne ha konsekvenser for retten til pensjonsytelse som følge av at det ikke lenger kan sannsynliggjøres at vilkårene oppfylles. Pensjonskassen har ansvar for at lagrende opplysninger er relevante for saksbehandlingen og du kan til enhver tid kontakte pensjonskassen og anmode om innsyn i opplysninger vi har lagret om deg.

…… ……
sted dato

……
underskrift