

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

Søknad om ALDERSPENSJON

Sandnes kommunale pensjonskasse

Rådhusgata 3

4306 SANDNES

Tlf. 51 33 54 91

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

Søknaden vil bli behandlet konfidensielt

Etternavn og fornavn:		Fødselsnummer:
Adresse:	Postnr:	Poststed:
Bankkontonr:	e-mail adresse:	
Pensjon fra dato:	Skal du fortsette i din stilling på deltid ? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
Hvis ja, oppgi fremtidig deltidsprosent:		
Ansatt dato:	Årsbeløp:	Pensjonsgivende tillegg:
Stilling:	Stillingsens aldersgrense:	Stillingskode:
Ektefelle/registrert partners navn:		Fødselsnummer:
Opplysninger om barn under 18 år som en forsørger:		
Navn:		Fødselsnummer:
Navn:		Fødselsnummer:
Er det søkt NAV om pensjon? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		
Har du ytelser fra andre pensjons- eller trygdeordninger: Hvis ja, oppgi hvilken ordning: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		
Har du vært medlem av andre pensjonsordninger: Hvis ja, oppgi hvilken ordning: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		
Jeg samtykker i at SKP kan innhente de opplysningene som er nødvendig for behandlingen av pensjonskravet.		
..... sted dato søkers underskrift
Vedlegg:		
<input type="checkbox"/> Ved krav om barnetillegg må fødsels/dåpsattest for barna vedlegges		
For arbeidsgiver:		
..... sted dato Underskrift av personalansvarlig