

## SØKNAD OM BRUTTO UFØREPENSJON

(når det ikke er søkt om arbeidsavklaringspenger eller uføretrygd fra NAV/eller ved avslag 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..... <input type="checkbox"/> Midlertidig <input type="checkbox"/> 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) .....			
Behandler lege: (navn) .....			
Forventer du å jobbe i deler av din stilling tillegg til arbeidsavklaringspenger / uførepensjon? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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. § 13, fvl § 13.1**

Har du vært medlem av annen pensjonsordning?  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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: <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Ja    <input type="checkbox"/> Nei</span>		
Har du framsatt krav om arbeidsavklaringspenger/uføretrygd fra NAV: <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Ja    <input type="checkbox"/> Nei</span>		
Har du ytelser fra andre pensjons- eller trygdeordninger: <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Ja    <input type="checkbox"/> Nei</span> Hvis ja, oppgi hvilken ordning:		
Har du vært arbeidsufør tidligere? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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.  <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div data-bbox="194 1308 501 1361">..... sted</div> <div data-bbox="507 1308 871 1361">..... dato</div> <div data-bbox="877 1308 1436 1361">..... søkers underskrift</div> </div> Bankkontonummer pensjonen skal overføres til: .....		
<b>For arbeidsgiver:</b> Har arbeidsgiver vært i kontakt med HMS- avdelingen om den ansattes sykefravær ?		
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div data-bbox="194 1854 501 1912">..... Sted</div> <div data-bbox="507 1854 871 1912">..... Dato</div> <div data-bbox="877 1854 1436 1912">..... Underskrift av nærmeste leder</div> </div>		

## *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 lagrede 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

# Legeerklæring

Godkjent av Den norske Lægeforening

**Søknaden vil bli behandlet konfidensielt**

Etternavn, fornavn		Fødselsnummer	
1. Uførehetens årsak	Diagnosen på norsk og latin	Sykdommen begynte dato	Uføreheten inntrådte dato
2. Sykehistorie	Oppgi hvordan sykdommen har utviklet seg siden den oppsto, og hvilke symptom den har gitt		
3. Nåværende helbreds-tilstand	a. Subjektive symptom og objektive funn		
	b. Hvilke plager oppgir forsikrede som viktigste årsaker til den nedsatte arbeidsuførheten?		
4. Behandling	a. Første gang behandlet av meg for denne sykdom		
	b. Den forsikrede er behandlet på sykehus/institusjon: Navn	Fra dato	Til dato

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

5. Tidligere sykdommer	a. Er det grunn til å tro at uførheten skyldes tidligere sykdom eller legemsfeil?			
	b. Tidligere arbeidsuførhet/sykemeldinger	Uføreårsak	Fra dato	Til dato
6. Uføregrad	a. Anser de forsikrede helt eller delvis udyktig til arbeid i sin nåværende stilling?	Den forsikrede har vært:	Fra dato	Til dato
		% arbeidsufør		
		% arbeidsufør		
		% arbeidsufør		
		% arbeidsufør		
	Anser de forsikrede skikket til annet arbeid, og i tilfelle hvilket?			
7. Prognose	Antar de at nåværende helsetilstand vil bli varig; eller at forandring vil kunne inntre, og i så fall hvordan og når?			
8. Andre opplysninger	a. Er det grunn til å tro at uførheten er fremkalt ved forsett?			
	b. Svarer de objektive funn til forsikredes klager?			
9. Særskilte merknader				
10. Underskrift av lege				
	_____	_____	_____	
	Sted og dato	Legens underskrift	Legens stempel	
	Honorar etter satser fra Den norske Lægeforening			
	Faktura sendes: SKP, Rådhusgata 3, 4306 Sandnes			
Til bruk for SKP				

Når legerklæringen er utfylt av legen, skal søknaden sendes direkte til SKP, Rådhusgata 3, 4306 SANDNES