

UMSÓKN UM ÖRORKULÍFEYRI

Umsækjandi:

Nafn: _____ Kennitala: _____

Heimilisfang: _____ Pnr.: _____ Staður: _____

Sími: _____ Netfang: _____

Hæfni til vinnu:

Óvinnufær: að fullu að hluta tímabilið frá _____ til _____

Börn á framfæri:

Nafn: _____ Kennitala: _____

Nafn: _____ Kennitala: _____

Nafn: _____ Kennitala: _____

Upplýsingar fyrir starfsorkumat

Hvenær varðst þú ófær um að gegna því starfi sem örorkan tengist? dag, mán., ár	
Hvenær fór verulega að draga úr vinnugetu þinni? dag, mán., ár	
Hver er vinnugeta þín nú utan heimilis? <input type="checkbox"/> Engin <input type="checkbox"/> 25% <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 75% <input type="checkbox"/> 100%	Hver er vinnugeta þín nú til heimilisstarfa? <input type="checkbox"/> Engin <input type="checkbox"/> 25% <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 75% <input type="checkbox"/> 100%
Ert þú í vinnu núna? <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei	Ef já, þá hvaða vinnu?
Hvað marga tíma á dag?	Frá hvaða tíma, mán., ár?
Hvaða störf telur þú þig geta unnið núna?	
Hver er orsök heilsubreysts/óvinnufærni að þínu mati?	

Hefur þú fengið greiddar atvinnuleysisbætur eftir að þú varðst óvinnufær? Já Nei

Ef já, hvaða læknir gaf þér vottorð um að þú værir vinnufær? _____

Hjá hverjum vannst þú síðustu 5 árin fyrir orkutap?	Við hvað?	Tímabil

Færðu greiðslur frá neðangreindum aðilum?

Atvinnurekanda:	
<input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei	Hvenær stöðvast greiðslur frá atvinnurekanda? _____
Vinnumálastofnun:	
<input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei	frá dags: _____ til dags: _____ fjárhæð pr. mán: _____
Sjúkrasjóði stéttarfélags:	
<input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei	Hvaða félagi? _____ Sjúkradagpeningar frá dags _____ til dags: _____
Tryggingastofnun ríkisins:	
<input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei	Örorkulífeyrir frá dags _____ <input type="checkbox"/> í vinnslu
Öðrum:	
<input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei	Hverjar: _____ til dags: _____ fjár. pr. mán: _____

Virkt starfsendurhæfing:

<input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei	Frá hvaða tíma: _____	Nafn ráðgjafa: _____
--	-----------------------	----------------------

Nöfn lækna, sem þú hefur leitað til síðustu 5 ár

Sjúkrastofnanir (þar með talið meðferðastofnanir) og innlagnir síðustu 5 ár

Tímabil

Annað sem þú vilt taka fram

Fylgiskjöl með umsókn

Læknisvottorð Afrit af skattskýrslum síðustu þriggja ára fyrir orkutap og til dagsins í dag Fæðingarvottorð barna

Lífeyrir er greiddur út 1. hvers mánaðar. Athugið að tekjuskattur er greiddur af lífeyrisgreiðslum eins og um venjulegar launatekjur væri að ræða.

Óska eftir að nýta persónuafslátt hjá Almenna lífeyrissjóðnum, hlutfall _____%
Til að nýta uppsafnaðan persónuafslátt þarf að leggja fram skriflega staðfestingu frá Ríkisskattstjóra.

Skattþrep

Sjóðfélagi getur óskað eftir því að greiðslur úr lífeyrissjóði verði skattlagðar í samræmi við heildartekjur hans. Ef ekkert skattþrep er valið verður byrjað að greiða út samkvæmt skattþrepi 1 (36,94%).

Skattþrep 1: 36,94% tekjuskattur á tekjur frá kr. 0 til kr. 893.713
 Skattþrep 2: 46,24% tekjuskattur á tekjur frá kr. 893.714.

Ef skipta þarf greiðslum úr lífeyrissjóði á bæði skattþrepin getur sjóðfélagi gefið upp aðrar launatekjur en útgreiðslur úr lífeyrissjóði samkvæmt þessari umsókn.

Launatekjur, aðrar en útgreiðsla samkvæmt þessari umsókn: _____

Ráðstöfun: Banki (bankanúmer): _____ Höfuðbók: _____ Reikningur nr. _____

Með undirritun minni samþykki ég eftirfarandi:

- Að trúnaðarlæknir lífeyrissjóðsins meti örorku mína og að sjóðurinn fái afrit af örorkumatínu
- Að láta sjóðnum í té allar upplýsingar um heilsufar mitt, sem nauðsynlegar eru, til þess að dæma um rétt minn til örorkulífeyris
- Að lífeyrissjóðurinn fái upplýsingar um iðgjaldagreiðslur til annarra sjóða
- Að lífeyrissjóðurinn fái upplýsingar hjá VIRK, starfsendurhæfingu eða viðeigandi endurhæfingaraðila um framgang endurhæfingar minnar.
- Að VIRK starfsendurhæfing 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 VIRK á starshæfni og mögulegri endurhæfingu.
- Að lífeyrissjóðurinn fái reglulega upplýsingar frá skattyfirvöldum um tekjur mínar, sem farið verður með sem trúnaðarmál.
- Þessar heimildir gilda einnig gagnvart öðrum lífeyrissjóðum þar sem örorkulífeyrisréttur hefur stofnast.
- Ég geri mér grein fyrir því að samkvæmt samþykktum sjóðsins er hægt að skilyrða greiðslu örorkulífeyris við þátttöku mína í endurhæfingu.

Með undirritun minni samþykki ég að þær upplýsingar sem ég veiti í þessari umsókn séu vistaðar og skráðar í viðskiptasögu mína hjá Almenna lífeyrissjóðnum. Öll vinnsla á persónuupplýsingum, þ.m.t. öflun, skráning, vistun og meðferð þeirra er í samræmi við lög um persónuvernd og persónuverndarstefnu lífeyrissjóðsins.

 **Smelltu hér til að skoða persónuverndarstefnu Almenna lífeyrissjóðsins**

Staður/dagsetning

Undirskrift umsækjanda