|  |  |
| --- | --- |
| lsbí | **LÍFEYRISSJÓÐUR STARFSMANNA BÚNAÐARBANKA ÍSLANDS HF.** |
| umsókn um örorkulífeyri og barnalífeyri |

**Ég óska eftir mánaðarlegri útgreiðslu örorkulífeyris:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | |  |  |
| **Nafn sjóðfélaga** | | |  | **Kennitala** |
|  |  |  |  |  |
| **Heimilisfang** |  | **Póstnúmer** |  | **Staður** |
|  | | |  | / |
| **Netfang** | | |  | **Sími / GSM** |

**Ég óska eftir mánaðarlegri útgreiðslu barnalífeyris v. barna/fósturbarna/kjörbarna/stjúpbarna undir 18 ára aldri á framfæri mínu:**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **Nafn barns** | **Kennitala** |
|  |  |
| **Nafn barns** | **Kennitala** |
|  |  |
| **Nafn barns** | **Kennitala** |

**Staðfesting til Tryggingastofnunar**: Ætli sjóðfélagi að sækja um örorkulífeyri frá Tryggingastofnun þarf hann áður að sækja um örorkulífeyri í öllum lífeyrissjóðum sem hann á réttindi í. Staðfesting á umsókn verður send til Tryggingastofnunar eftir að umsókn um útgreiðslu hefur verið móttekin.

**Fylgigögn með umsókn:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nauðsynleg fylgigögn:** | | |
|  | Læknisvottorð v. umsóknar um örorkulífeyri sem er 3ja mánaða eða yngra og inniheldur áætlaða upphafsdagsetningu orkutaps - greitt af sjóðfélaga. | |
| **Ef við á:** | | |
|  | Erlend skattframtöl. | |
|  | Fæðingarvottorð barna sem ekki eru búsett hjá sjóðfélaga, vegna barnalífeyris. | |
|  | Framsalsheimild, óski umsækjandi eftir að barnalífeyrir verði greiddur inn á reikning barna sem náð hafa 16 ára aldri. | |
|  | | |
| **Athugasemdir:** | |  |
|  | | |

**Útgreiðslu óskast ráðstafað á bankareikning sem er skráður á kennitölu sjóðfélaga:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Bankanúmer: | Höfuðbók: | Reikningsnúmer: |

**Skattaupplýsingar:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lífeyrisgreiðslur eru staðgreiðsluskyldar eins og aðrar tekjur. Skattþrepin eru nú þrjú. Ef þú hefur tekjur annars staðar sem hafa áhrif á útreikning staðgreiðslu þá berð þú ábyrgð á að upplýsa sjóðinn um það með því að skrá aðrar mánaðarlegar skattskyldar tekjur hér að neðan eða númer þess skattþreps sem skattlagning á að hefjast í.   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Aðrar mánaðarlegar skattskyldar tekjur, fyrir skatt: |  | eða númer skattþreps sem skattlagning á að hefjast í: |  |   **Persónuafsláttur**: sjóðnum er ekki heimilt að nálgast upplýsingar um fyrri nýtingu þína, þrátt fyrir að skattkort séu nú rafræn, vinsamlegast skráðu óskir þínar hér:   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Ég óska eftir að nýta |  | (% eða kr.) af persónuafslætti mínum frá og með dags: |  |  | ***Nafn maka:*** | | Ég óska eftir að nýta |  | (% eða kr.) af persónuafslætti **maka** frá og með dags: |  |  |  | | Ég óska eftir að nýta |  | (kr.) ónýttan/uppsafnaðan persónuafslátt. |  |  | *****K****ennitala maka:*** | | Ég óska eftir að nýta |  | (kr.) ónýttan/uppsafnaðan persónuafslátt **maka**. |  |  |  | |  |  |  |  |  | |   Heimilt er að nýta persónuafslátt maka 100% ef um samsköttun er að ræða og ennfremur látins maka í 9 mánuði frá andláti. Allar nánari upplýsingar á [www.rsk.is](http://www.rsk.is). |

**Hefurðu fengið / færðu greiðslur frá neðangreindum aðilum?**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Atvinnurekanda:**  Já  Nei | Ef nei, hvenær stöðvuðust greiðslur frá atvinnurekanda? | | | |  | | | | |
| **Vinnumálastofnun:**  Já  Nei | Frá dags. |  | Til dags. |  | Fjárhæð á mán. |  |  | | |
| **Sjúkrasj.stéttarfél.:**  **Já  Nei** | Frá dags. |  | Til dags. |  | Fjárhæð á mán. |  |  | | |
| **Tryggingastofnun:**  **Já  Nei** | Frá dags. |  | Til dags. |  | Fjárhæð á mán. |  | Í vinnslu | | |
| **Frá öðrum:**  **Já  Nei** | Frá dags. |  | Til dags. |  | Fjárhæð á mán. |  | Frá hverjum? |  |  |
|  | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| uMSÓKN UM ÖRORKULÍFEYRI OG BARNALÍFEYRI |  |

**Eigið starfsorkumat sjóðfélaga:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Hvenær varðst þú óvinnufær, dagur, mánuður, ár? | | | |  | | | | | | |
| Hver er vinnugeta þín nú utan heimilis?  Engin  25%  50%  75%  100% | | | | | Hver er vinnugeta þín nú til heimilisstarfa?  Engin  25%  50%  75%  100% | | | | | |
| Hvaða störf telur þú þig geta unnið núna? | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| Hver er orsök heilsubrests/óvinnufærni að þínu mati? | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| Hjá hverjum vannst þú síðustu árin fyrir orkutap? | | | | Við hvað? | | | Tímabil | | | | |
|  | | | |  | | |  | | | | |
|  | | | |  | | |  | | | | |
|  | | | |  | | |  | | | | |
|  | | | |  | | |  | | | | |
| Ert þú í vinnu núna? | Já | Nei | Ef já, þá hvaða vinnu? | | |  | | | | | |
| Ef já, þá hve marga tíma á dag? | |  | | | | Frá hvaða tíma, mánuður, ár? | | |  | | |
| Hefur þú fengið greiddar atvinnuleysisbætur eftir að þú varðst óvinnufær? | | | | | | Já  Nei Ef já, þá fyrir hvaða tímabil? | | | |  | |
| Ef já, hvaða læknir gaf þér vottorð um að þú værir óvinnufær? | | | | | |  | | | | | |
| Hefur þú verið utan vinnumarkaðar vegna barnauppeldis?  Já  Nei | | | | | | | | | | | |
| Ef já, fæðingardagur barns/barna | | Tímabil | | | | Ef já, fæðingardagur barns/barna | | | Tímabil | | |
|  | |  | | | |  | | |  | | |
| Nöfn lækna sem þú hefur leitað til síðustu fimm ár: | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| Sjúkrastofnanir (þar með taldar meðferðarstofnanir) og innlagnir síðustu 5 ár | | | | | | | | Tímabil | | | |
|  | | | | | | | |  | | | |
| Annað sem þú vilt taka fram? | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| uMSÓKN UM ÖRORKULÍFEYRI OG BARNALÍFEYRI |  |

**Upplýsingar vegna VIRK starfsendurhæfingarsjóðs:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Hefur þú verið í starfsendurhæfingu hjá VIRK?**  Já  Nei   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  | | Ef já, frá hvaða tíma? | Nafn ráðgjafa |  |   **Hefur þú verið í endurhæfingu hjá öðrum endurhæfingaraðilum en VIRK?**  Já  Nei   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | Ef já, þá hjá hverjum?  Reykjalundi  Janus  Þraut  Grensás  öðrum, þá hverjum? | | | |  | |  |  |  |  |  | | Ef já, frá hvaða tíma? | Nafn ráðgjafa |  | Nafn starfsendurhæfingar | |

* Ég heimila að lífeyrissjóðurinn fái allar nauðsynlegar upplýsingar og gögn hjá VIRK Starfsendurhæfingarsjóð eða viðeigandi endurhæfingaraðila sem lífeyrissjóðurinn telur nauðsynlegar og máli skipta við mat á framgangi endurhæfingar minnar svo sem matsgerðir, endurhæfingaráætlanir og niðurstöður.
* Ég heimila einng að endurhæfingaraðili 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 á starfsgetu og mögulegri endurhæfingu minni.
* **Ég geri mér grein fyrir að samkvæmt samþykktum sjóðsins er hægt að skilyrða greiðslu örorkulífeyris við þátttöku mína í endurhæfingu.**
* Ég mun gefa lífeyrissjóðnum allar nauðsynlegar upplýsingar um heilsuhagi mína.
* Ég geri mér grein fyrir að mér er skylt að upplýsa sjóðinn um breytingar á högum mínum að því marki sem þær kunna að hafa áhrif á rétt til greiðslu örorkulífeyris eða á fjárhæð hans, svo sem er varðar heilsufar eða tekjur.
* Ég heimila að lífeyrissjóðurinn afli nauðsynlegra upplýsinga hjá ríkisskattstjóra um tekjur mínar og efnahag.
* Ég heimila að lífeyrissjóðurinn afli upplýsinga um iðgjaldagreiðslur mínar til annarra lífeyrissjóða.
* Þessar heimildir gilda einnig gagnvart öðrum lífeyrissjóðum þar sem örorkulífeyrisréttur hefur stofnast.
* Ég geri mér grein fyrir að lífeyrissjóðurinn greiðir örorkulífeyri úr samtryggingarsjóði á grundvelli örorkumats frá trúnaðarlæknum sjóðsins. Örorkumatið og tímasetning þess er byggt á upplýsingum um heilsufarssögu og starfsorku mína aftur í tímann. Jafnframt að mér er skylt að gangast undir læknisskoðun hjá trúnaðarlækni sjóðsins ef það er talið nauðsynlegt til að dæma um rétt minn til örorkulífeyris.
* Ég geri mér grein fyrir því að ef upplýsingar og fylgigögn frá mér eru ekki fullnægjandi þá getur það tafið afgreiðslu umsóknar.

*Farið er með allar upplýsingar sem trúnaðarmál. Í framangreindri yfirlýsingu felst samþykki til vinnslu persónuupplýsinga samkvæmt lögum um persónuvernd og vinnslu persónuupplýsinga nr. 90/2018.*

**Áttu lífeyrisréttindi í öðrum lífeyrissjóðum?**

|  |
| --- |
| Umsókn þessi verður send öðrum lífeyrissjóðum sem ég á rétt í, nema óskað sé eftir öðru hér að neðan.  Athugasemdir: |

**Ég geri mér grein fyrir að greiðslur úr lífeyris- og séreignarsjóðum geta haft áhrif á greiðslur frá Tryggingastofnun.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **Staður og dagsetning** |  | **Undirskrift sjóðfélaga** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| **Móttekið f.h. LSBÍ/Arion banka hf. (nafn starfsmanns)** |  | **Dagsetning** |  |

**Umsókn skilað til sjóðsins:** lífeyrisráðgjafi móttekur umsókn, fylgigögn og aðstoðar við útfyllingu ef við á. Mikilvægt að bóka fund fyrirfram á arionbanki.is, [lifeyristhjonusta@arionbanki.is](mailto:lifeyristhjonusta@arionbanki.is) eða í 444 7000. Móttaka í Borgartúni 19, 105 Reykjavík. Fjarfundir einnig í boði.