|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| EFTIRLAUNASJÓÐUR FÍA | |  |
| UMSÓKN UM ÖRORKU- OG BARNALÍFEYRI |  |

**Ég óska eftir mánaðarlegri útgreiðslu örorkulífeyris:**

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

**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 efir að umsókn um útgreiðslu hefur verið móttekin. |

**Ég óska eftir mánaðarlegri útgreiðslu barnalífeyris v. barna/fósturbarna/kjörbarna/stjúpbarna undir 20 ára aldri á framfæri mínu:**

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

**Fylgigögn með umsókn:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nauðsynleg fylgigögn:**  Staðfesting fluglæknis á höfnun útgáfu 1. flokks heilbrigðisvottorðs.    **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. | | |
| Umsækjanda er skylt að afhenda öll þau gögn sem óskað er eftir og geta talist nauðsynleg til að meta rétt hans til örorkulífeyris. Berist ekki fullnægjandi gögn frá umsækjanda ber að vísa umsókninni frá. | | |
|  | **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 ÖRORKU- OG BARNALÍFEYRI | A picture containing text, clipart  Description automatically generated |

**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 ÖRORKU- 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 Starfsendurhæfingarsjóði eða viðeigandi endurhæfingaraðila sem lífeyrissjóðurinn telur nauðsynlegar og máli skipta við mat á framgangi endurhæfingar minnar svo sem matsgerðir, endurhæfingaráætlanir og niðurstöður.
* Ég heimila einnig 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 fyrir hönd EFÍA (nafn starfsmanns)** |  |  | **Dagsetning** |

**Umsókn skilað til sjóðsins:** Lífeyrisráðgjafi móttekur umsókn, fylgigögn og aðstoðar við útfyllingu ef við á. Mikilvægt er að bóka fund fyrirfram á [efia.is](http://www.efia.is), [efia@arionbanki .is](mailto:efia@arionbanki.is) eða í síma 444 8960. Móttaka í Borgartúni 19, 105 Reykjavík. Fjarfundir einnig í boði. Nánar um útgreiðslur á [efia.is/utgreidslur](https://www.arionbanki.is/efia/utgreidslur/#valmynd).