



Sykehjelps- og  
pensjonsordningen for leger

## Søknad om engangsstønad ved død

### SØKNADSRIST

Krav om engangsstønad må være innkommet til ordningen *innen seks måneder etter dødsfallet* for at rett til utbetaling skal foreligge.

#### Opplysninger om søkeren

Søkerens navn \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Postnummer og sted \_\_\_\_\_

Telefon privat \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

E-post \_\_\_\_\_

Fødselsnummer (11 siffer) \_\_\_\_\_

Kontonr. stønaden ønskes overført til: \_\_\_\_\_

Skattekommune \_\_\_\_\_

Kryss av for søkers relasjon til avdøde	
<input type="checkbox"/>	Gjenlevende ektefelle/registrert partner
<input type="checkbox"/>	Gjenlevende samboer iht. definisjon i Lov om folketrygd § 1-5
<input type="checkbox"/>	Verge for gjenlevende mindreårig barn med pensjonsrett
<input type="checkbox"/>	Gjenlevende barn med pensjonsrett (mellom 18 og 20 år)
<input type="checkbox"/>	Gjenlevende barn uten pensjonsrett (over 20 år)
<input type="checkbox"/>	Annet, beskriv: _____

#### Opplysninger om avdøde

Avdødes navn: \_\_\_\_\_

Fødselsnummer (11 siffer) \_\_\_\_\_

Dødsdato \_\_\_\_\_ Dødsårsak \_\_\_\_\_

Opplysninger om avdødes yrkesform	Kryss av	Periode
Allmennpraktiserende lege / fastlege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Privatpraktiserende spesialist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sykehuslege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annen offentlig legestilling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annen legevirksomhet (angi ev. hvilken)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Oppgi eventuell spesialitet \_\_\_\_\_

#### Avdødes opptjeningsstid

Embetsksamen/Cand.med. \_\_\_\_\_

Hvor lenge drev avdøde legevirksomhet i Norge i heltidsarbeid\* (antall år) \_\_\_\_\_

Har avdøde i noe tidsrom drevet annen virksomhet? Ja  Nei

Hvis ja, oppgi fra og til hvilke(t) tidspunkt (måned, år) og type virksomhet \_\_\_\_\_

Har avdøde arbeidet i utlandet? Ja  Nei

Hvis ja, oppgi fra og til hvilke(t) tidspunkt (måned, år) og type virksomhet \_\_\_\_\_

*\* Dersom avdøde i perioder bare delvis har drevet legevirksomhet, avgjør SOPs styre hvor stor del av tidsrommet som skal medregnes som opptjeningsstid*

Kryss av for vedlegg	
<input type="checkbox"/>	Skifte- / uskifteattest
<input type="checkbox"/>	Fullmakt: Dersom avdøde ikke etterlater seg ektefelle eller barn under 20 år og boet skal deles mellom flere, ber vi om at fullmakt fra øvrige arvinger vedlegges
<input type="checkbox"/>	Ved samboerskap må nødvendig dokumentasjon iht. lovens krav foreligge

Sted \_\_\_\_\_ Dato \_\_\_\_\_ Søkers underskrift \_\_\_\_\_

**Søknad med vedlegg sendes til:** SOP, c/o Den norske legeforening, Postboks 1152 Sentrum, 0107 Oslo  
**Kontaktinformasjon:** e-post: [sop@legeforeningen.no](mailto:sop@legeforeningen.no), tel: 23 10 90 00, [www.sop.no](http://www.sop.no)