



Sykehjelps- og
pensjonsordningen for leger

VIKTIG!

- Gjenlevende ektefelle og barn mellom 18 og 20 år må fylle ut hvert sitt søknadsskjema
- Ektefelle og barnepensjon ytes ikke for lengre tid tilbake enn seks måneder fra søknaden kom inn til ordningen

Søknad om ektefellepensjon og/eller barnepensjon

Opplysninger om søkeren

Kryss av for relasjon til avdøde	
<input type="checkbox"/>	Gjenlevende ektefelle
<input type="checkbox"/>	Verge for avdødes barn under 18 år
<input type="checkbox"/>	Gjenlevende barn over 18 år

Søkerens navn _____

Adresse _____

Postnummer og sted _____

Telefon privat _____ Mobil _____

E-post _____

Fødselsnummer (11 siffer) _____

Kontonr. pensjonen ønskes overført til: _____

Skattekommune _____

Opplysninger om avdøde

Avdødes navn _____

Fødselsnummer (11 siffer) _____

Dødsdato _____ Dødsårsak _____

Opplysninger om avdødes yrkesform

	Ja	Periode
Allmennpraktiserende lege / fastlege	<input type="checkbox"/>	
Privatpraktiserende spesialist	<input type="checkbox"/>	
Sykehuslege	<input type="checkbox"/>	
Annen offentlig legestilling	<input type="checkbox"/>	
Annen legevirksomhet (angi ev. hvilken)	<input type="checkbox"/>	

Oppgi ev. spesialitet _____

Opplysninger om barn under 18 år

Navn _____

Fødselsnummer (11 siffer) _____

Navn _____

Fødselsnummer (11 siffer) _____

Navn _____

Fødselsnummer (11 siffer) _____

Navn _____

Fødselsnummer (11 siffer) _____

Avdødes opptjeningstid

Embsetseksamen / cand. med. _____

Tidspunkt for norsk autorisasjon som lege _____

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 opptjeningstid*

Pensjonsrelevant informasjon

Navn på avdødes siste arbeidsgiver _____

Hadde avdøde opptjent pensjonsrettigheter fra andre arbeidsforhold? Ja Nei

Fra hvilke(n) annen / andre pensjonsordning(er) mottas eller søkes det om pensjon:

Det er en betingelse for rett til ektefelle- og barnepensjon fra Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger, at det søkes om pensjon fra tjenstepensjonsordning der avdøde og søker hadde/har opptjent rettigheter.

Kryss av for vedlegg	
<input type="checkbox"/>	Fullmakt for innhenting av økonomiske opplysninger (side 3 av dette søknadsskjemaet)
<input type="checkbox"/>	Skifteattest/uskifteattest
<input type="checkbox"/>	Vigselsattest (kun for ektefellepensjon)
<input type="checkbox"/>	Fødselsattest/dåpsattest for barn under 18 år (barn mellom 18 og 20 år må fylle ut eget skjema)

Vi gjør oppmerksom på at du ved å undertegne denne søknaden, gir samtykke til at opplysningene i anonymisert form kan benyttes i forskningsøyemed.

Sted _____ Dato _____ Søkers underskrift _____

Vi påpeker at søker selv er ansvarlig for å søke om pensjon fra eventuelle tjenstepensjonsordninger der det foreligger rettigheter. Pensjonsberegning i SOP vil ikke kunne utføres før øvrige instanser har foretatt sine beregninger.

Søknad om ektefelle- og barnepensjon med vedlegg (fullmaktsskjemaet MÅ følge søknaden) sendes til:

SOP, c/o Den norske legeforening, Postboks 1152 Sentrum, 0107 Oslo

Kontaktinformasjon: E-post: sop@legeforeningen.no, tel: 23 10 90 00, www.sop.no



Sykehjelps- og
pensjonsordningen for leger

Fullmakt

for innhenting av opplysninger ved søknad om ektefellepensjon

Pensjonssøkers navn _____

Fødselsnummer (11 siffer) _____

Undertegnede har søkt om ektefellepensjon fra stiftelsen Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP). For å kunne behandle saken videre, må SOP innhente relevante opplysninger som skal danne grunnlag for vurderingen av retten til – og utmålingen av – ytelser fra SOP.

Fullmakten gjelder Statens pensjonskasse (SPK), Kommunal landspensjonskasse (KLP), Oslo pensjonsforsikring (OPF), Pensjonskassen for helseforetakene i hovedstadsområdet (PKH), Nav, Den norske legeforeningen og eventuelt andre instanser.

Søker må i tillegg oppgi alle andre tjenestepensjonsordninger der det kan foreligge rettigheter – se tabellen under. Vennligst oppgi instansens fulle navn.

Arbeidsgiver	
Tjenestepensjonsordning (privat)	
Tjenestepensjonsordning (offentlig)	
Andre instanser	

De angitte kilder løses med dette fra sin taushetsplikt, og bes å overlevere relevante opplysninger til SOP eller Gabler pensjonstjenester AS som representant for SOP.

SOP og Gabler pensjonstjenester forutsettes å behandle opplysningene konfidensielt iht. konsesjon gitt av Datatilsynet.

Sted _____ Dato _____ Underskrift _____