



Sykehjelps- og  
pensjonsordningen for leger

## Søknad om uførepensjon

### SØKNADSRIST

Uførepensjon ytes ikke for lengre tid tilbake enn seks måneder fra søknaden kom inn til ordningen.

#### Opplysninger om søkeren

Søkerens navn \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

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

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

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

Fødselsnummer (11 siffer) \_\_\_\_\_

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

Skattekommune \_\_\_\_\_

#### Opptjeningstid

Embetseksamen / cand. med. \_\_\_\_\_

Tidspunkt for norsk autorisasjon som lege \_\_\_\_\_

Hvor lenge har du drevet legevirksomhet i Norge i heltidsarbeid\*  
(antall år) \_\_\_\_\_

Har du i noe tidsrom drevet annen virksomhet? Ja  Nei

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

Har du arbeidet i utlandet? Ja  Nei

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

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

#### Opplysninger om søkerens yrkesform

	Ja	Periode
Allmennpraktiserende lege / fastlege		
Privatpraktiserende spesialist		
Sykehuslege		
Annen offentlig legestilling		
Annen legevirksomhet (angi ev. hvilken)		

Oppgi ev. spesialitet \_\_\_\_\_

#### Stønadsvedtak fra Nav

Fra hvilket tidspunkt søker eller mottar du følgende fra Nav:

Arbeidsavklaringspenger: \_\_\_\_\_

Uføretrygd: \_\_\_\_\_

Ved gradert uførhet: Angi størrelsen på den pensjonsgivende inntekt som  
oppretholdes per år:

\_\_\_\_\_ kr. per år

#### Pensjonsrelevant informasjon

Navn på siste arbeidsgiver \_\_\_\_\_

Hadde du opptjent pensjonsrettigheter fra andre  
arbeidsforhold?

Ja  Nei

Hvis ja, oppgi hvilke(n) annen / andre pensjonsordning(er) du mottar / vil  
motta pensjon fra:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



Sykehjelps- og  
pensjonsordningen for leger

## Helseopplysninger

Arbeidsuførhetens årsak \_\_\_\_\_ Borte fra arbeidet fra dato \_\_\_\_\_ til dato \_\_\_\_\_

Uføregraden er nå \_\_\_\_\_ %

Uførheten har vært:

\_\_\_\_\_ % i tiden fra dato \_\_\_\_\_ til dato \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ % i tiden fra dato \_\_\_\_\_ til dato \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ % i tiden fra dato \_\_\_\_\_ til dato \_\_\_\_\_

## Barn under 18 år som du forsørger

Barnets fornavn, etternavn \_\_\_\_\_ Fødselsnummer (11 siffer) \_\_\_\_\_

Barnets fornavn, etternavn \_\_\_\_\_ Fødselsnummer (11 siffer) \_\_\_\_\_

Barnets fornavn, etternavn \_\_\_\_\_ Fødselsnummer (11 siffer) \_\_\_\_\_

Barnets fornavn, etternavn \_\_\_\_\_ Fødselsnummer (11 siffer) \_\_\_\_\_

### Kryss av for vedlegg

Utskrift over egen pensjonsopptjening i folketrygden (*Din pensjon* på [www.nav.no](http://www.nav.no)) må vedlegges

Fullmakt for innhenting av økonomiske opplysninger (side 3 av dette søknadsskjemaet)

Fødselsattest/dåpsattest for barn under 18 år

*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 folketrygden og eventuelle tjenstepensjonsordninger der det foreligger rettigheter. Pensjonsberegning i SOP vil ikke kunne utføres før øvrige instanser har foretatt sine beregninger.***

**Søknad om uførepensjon med vedlegg (fullmaktsskjema og opptjeningshistorikk i folketrygden MÅ følge søknaden) 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)



Sykehjelps- og  
pensjonsordningen for leger

## Fullmakt

for innhenting av opplysninger ved søknad om uførepensjon

Pensjonssøkers navn \_\_\_\_\_

Fødselsnummer (11 siffer) \_\_\_\_\_

Undertegnede har søkt om uførepensjon 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 legeforening og eventuelt andre instanser.

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

<b>Arbeidsgiver</b>	
<b>Tjenstepensjonsordning (privat)</b>	
<b>Tjenstepensjonsordning (offentlig)</b>	
<b>Andre instanser</b>	

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 \_\_\_\_\_