

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 móttækin.

**Fylgigögn með umsókn:**

Senda skal fylgigögn á [utgreidslur@arionbanki.is](mailto:utgreidslur@arionbanki.is) svo afgreiða megi umsókn en umsókn verður ekki tekin til afgreiðslu fyrr en nauðsynleg fylgigögn hafa borist sjóðnum

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

**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 \_\_\_\_\_ eða númer skattþreps sem skattlagning á að hefjast skatt: \_\_\_\_\_ 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/upsafnaðan persónuafslátt. *Kennitala maka:*

Ég óska eftir að nýta \_\_\_\_\_ (kr.) ónýttan/upsafnaðan 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?**

<b>Atvinnurekanda:</b>			
<input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei	Ef nei, hvenær stöðvuðust greiðslur frá atvinnurekanda?		
<b>Vinnumálastofnun:</b>			
<input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei	Frá dags. _____	Til dags. _____	Fjárhæð á mán. _____
<b>Sjúkrasj. stéttarféll.:</b>			
<input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei	Frá dags. _____	Til dags. _____	Fjárhæð á mán. _____
<b>Tryggingastofnun:</b>			
<input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei	Frá dags. _____	Til dags. _____	Fjárhæð á mán. _____ <input type="checkbox"/> Í vinnslu
<b>Frá öðrum:</b>			
<input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> 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?		Hver er vinnugeta þín nú til heimilisstarfa?							
<input type="checkbox"/> Engin	<input type="checkbox"/> 25%	<input type="checkbox"/> 50%	<input type="checkbox"/> 75%	<input type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> Engin	<input type="checkbox"/> 25%	<input type="checkbox"/> 50%	<input type="checkbox"/> 75%	<input type="checkbox"/> 100%
Hvaða störf telur þú þig geta unnið núna?				_____					
Hver er orsök heilsubreysts/óvinnufærni að þínu mati?				_____					
Hjá hverjum vannst þú síðustu árin fyrir orkutap?				Við hvað?		Tímabil			
_____				_____		_____			
Ert þú í vinnu núna? <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei		
Ef já, frá hvaða tíma?	Nafn ráðgjafa	
Hefur þú verið í endurhæfingu hjá öðrum endurhæfingaraðilum en VIRK? <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei		
Ef já, þá hjá hverjum? <input type="checkbox"/> Reykjalundi <input type="checkbox"/> Janus <input type="checkbox"/> Þraut <input type="checkbox"/> Grensás <input type="checkbox"/> 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 móttækur umsókn, fylgigögn og aðstoðar við útfyllingu ef við á. Mikilvægt að bóka fund fyrirfram á arionbanki.is, [lífeyristhjonusta@arionbanki.is](mailto:lífeyristhjonusta@arionbanki.is) eða í 444 7000. Móttaka í Borgartúni 19, 105 Reykjavík. Fjarfundir einnig í boði.