



## UMSÓKN UM ÖRORKULÍFEYRI

Nafn	Kennitala
Heimilisfang	Póstnúmer
Netfang	Sími / Gsm

### Bankareikningur

Nafn banka og útibú	Tegund reiknings	Reikningsnúmer
---------------------	------------------	----------------

### Nafn og kennitala barna undir 18 ára aldri á framfæri sjóðfélaga:

Nafn barns	Kennitala
Nafn barns	Kennitala
Nafn barns	Kennitala

### Ertu með eftirfarandi greiðslur?

Greiðslur frá atvinnurekanda <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Já Hvenær stöðvast greiðslur frá atvinnurekanda? _____
Greiðslur frá atvinnuleysistryggingasjóði <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Já Frá dags: _____ Til dags: _____ Fjárhæð pr. mán.: _____
Greiðslur frá Tryggingastofnun ríkisins <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Já Örorkulífeyrir frá dags: _____ <input type="checkbox"/> Í vinnslu
Greiðslur frá sjúkrasjóði stéttarfélags <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Já Sjúkradagpeningar frá dags: _____ Til dags: _____
Aðrar greiðslur <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Já Hverjar: _____ Til dags: _____ Fjárh. pr. mán.: _____

### Upplýsingar um starfsorku

Hvenær varðst þú óvinnufær að gegna því starfi sem örorkan tengist, dag, mán., ár?	
Hvenær fór verulega að draga úr vinnugetu þinni, dag, mán., ár?	
Hver er vinnugeta þín utan heimilis? <input type="checkbox"/> Engin <input type="checkbox"/> 25% <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 75% <input type="checkbox"/> 100%	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%
Ert þú í vinnu núna? <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei	Ef já, hvaða vinnu?
Hve marga tíma á dag?	Frá hvaða tíma, mán., ár?
Hvaða störf telur þú þig geta unnið núna?	

### Starfsferill þinn

Starfsheiti	Vinnuveitandi

### Annað sem þú vilt taka fram

--



Lífeyrissjóður bænda  
Stórhöfða 23  
110 Reykjavík

Sími: 563 1300  
Heimasíða: lsb.is  
Netfang: lsb@lsb.is

## Umboð

Ég undirrituð/undirritaður staðfesti að umsókn þessi gildi gagnvart öllum þeim lífeyrissjóðum þar sem ég á lífeyrisréttindi og ég samþykki að umsóknin og gögn vegna umsóknar verði send á þá lífeyrissjóði. Ég undirrituð/undirritaður samþykki eftirfarandi og gildir samþykki mitt gagnvart öllum þeim lífeyrissjóðum sem ég á lífeyrisréttindi í.

1. Ég mun gefa lífeyrissjóðnum allar nauðsynlegar upplýsingar um heilsuhagi mína.
2. Ég heimila að trúnaðarlæknir meti örorku mína og afhendi afrit af örorkumati. Örorkumatið og tímasetning er byggð á upplýsingum um heilsufarssögu mína aftur í tímann og framtíðarhorfur. Jafnframt samþykki ég að mér er skylt að gangast undir læknisskoðun hjá trúnaðarlækni ef það er talið nauðsynlegt til að meta um rétt minn til örorkulífeyris.
3. Ég heimila að reglulega sé aflað upplýsinga frá Ríkisskattstjóra um tekjur mínar. Ég samþykki einnig og heimila að aflað sé upplýsinga um launatekjur mínar úr staðgreiðsluskrá allt að 4 árum aftur í tíma frá því óskað er eftir þeim samkvæmt umboði þessu og skattframtali síðustu 10 ár. Farið verður með upplýsingarnar sem trúnaðarmál. Heimilt er að afla allra framangreindra upplýsinga með rafrænum hætti og miðla þeim áfram til viðkomandi lífeyrissjóða. Upplýsingarnar verða notaðar við vinnslu á umsókn þessari um örorkulífeyri og vegna reglubundins tekjueftirlits.
4. 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 starfsendurhæfingar minnar. Svo sem matsgerðir, endurhæfingarátlanir og niðurstöðu ferils hjá VIRK.
5. Ég heimila einnig að VIRK fái afrit umsóknar minnar og matsgerðar trúnaðarlæknis, gögn frá vottorðaskrifandi lækni og geti aflað frekari gagna sem snúa að heilsufari mínu enda geti það varðað mat VIRK á starfsgetu og mögulegri endurhæfingu minni.
6. Ég geri mér grein fyrir að samkvæmt samþykktum sjóðsins er hægt að skilyrða greiðslu örorkulífeyris við þátttöku mína í endurhæfingu.
7. Ég heimila að lífeyrissjóðurinn afli upplýsinga um iðgjaldagreiðslur mínar til annarra lífeyrissjóða.
8. Ég heimila að kallað sé eftir upplýsingum til vinnuveitanda vegna starfsloka og/eða breytinga á starfshlutfalli.
9. Ég heimila að aflað sé upplýsinga til stéttarfélags vegna réttar til greiðslna sjúkradagpeninga.
10. Ég heimila rafræna skráningu á öllum upplýsingum er tengjast umsókn þessari, þ.m.t. upplýsingum frá Ríkisskattstjóra.

Ég óska eftir að staðfesting á umsókn þessari verði send til Tryggingastofnunar ríkisins.

Fylgigögn með umsókn

<input type="checkbox"/> Læknisvottorð	<input type="checkbox"/> Tekjuáætlun	<input type="checkbox"/> Vottorð v/barna sem ekki eru búsett hjá sjóðfélaga
--	--------------------------------------	---

**Með undirritun minni samþykki ég að þær upplýsingar sem ég veiti í þessari umsókn séu vistaðar og skráðar í viðskiptasögu mína hjá Lífeyrissjóði bænda.**

**Farið er með allar upplýsingar sem trúnaðarmál. Í framangreindum yfirlýsingum felst samþykki til vinnslu persónu-upplýsinga samkvæmt lögum um persónuvernd og vinnslu persónuupplýsinga nr. 90/2018.**

Dagsetning	Undirskrift og kennitala
------------	--------------------------



Lífeyrissjóður bænda  
Stórhöfða 23  
110 Revkiavík

Sími: 563 1300  
Heimasíða: Isb.is  
Netfang: Isb@Isb.is

## Staðgreiðsla tekjuskatts

Athugið: Persónuafsláttur er nú rafrænn (ekki þarf að skila skattkorti lengur) og ber lífeyrisþegi fulla ábyrgð á upplýsingum um nýtingu persónuafsláttar. Nauðsynlegt er að fylla út þetta eyðublað.

Á vefsíðu Ríkisskattstjóra [www.rsk.is](http://www.rsk.is) má finna upplýsingar um nýtingu á persónuafslætti.

Nafn	Kennitala
------	-----------

### Skattkort

Staðgreiða skal af lífeyrisgreiðslum eins og um venjulegar launagreiðslur væri að ræða. Tekjuskattur reiknast af heildarlífeyristekjum umfram 218.136 krónur á mánuði. Persónuafsláttur er kr. 68.691,- fullnýttur.

( ) Ég óska eftir að nýta \_\_\_\_\_% af persónuafslætti mínum frá og með \_\_\_\_\_

( ) Ég óska eftir að nýta \_\_\_\_\_% af persónuafslætti maka frá og með \_\_\_\_\_

Kennitala maka: \_\_\_\_\_

Nafn maka: \_\_\_\_\_

( ) Ég óska eftir að nýta uppsafnaðan persónuafslátt að upphæð: \_\_\_\_\_

### Skattþrep

Það er á ábyrgð lífeyrisþega að láta lífeyrissjóðinn vita í hvaða skattþrepi skattgreiðslur eiga að vera. Hægt er að merkja við viðeigandi skattþrep eða tilgreina mánaðarlegar skattskyldar tekjur frá öðrum en Greiðslustofu lífeyrissjóða.

( ) Skattþrep 1 (31,49% skattur á samtals skattskyldar tekjur til 472.005 kr. á mánuði)

( ) Skattþrep 2 (37,99% skattur á samtals skattskyldar tekjur 472.006 -1.325.127 kr. á mánuði)

( ) Skattþrep 3 (46,29% skattur á samtals skattskyldar tekjur yfir 1.325.127 kr. á mánuði)

Aðrar mánaðarlegar skattskyldar tekjur: \_\_\_\_\_

Dagsetning	Undirskrift
------------	-------------