

Samningur um skiptingu ellilífeyrisréttinda

skv. 3. mgr. 14. gr laga nr. 129/1997

1. gr.

Undirritaðir samningsaðilar gera með sér eftirfarandi samning um skiptingu ellilífeyrisréttinda með heimild í 3. mgr. 14. gr. laga nr. 129/1997 um skyldutryggingu lífeyrisréttinda og starfsemi lífeyrissjóða.

2. gr.

Samningsaðilar eru:

Nafn _____

Nafn _____

Kennitala _____

Kennitala _____

Heimili _____

Heimili _____

Netfang _____ Sími _____

Netfang _____ Sími _____

3. gr.

3.1. Samningur þessi tekur til jafnrar og gagnkvæmrar skiptingar á milli okkar á ellilífeyrisréttindum hvors okkar, sem áunnist hafa eða ávinnast á meðan á hjúskap okkar, óvígðri sambúð eða staðfestri samvist hefur staðið eða stendur. Afhenda þarf sjóðnum hjúskaparvottorð eða sambúðarvottorð.

3.2. Samningur þessi tekur til _____ % af ellilífeyrisréttindum okkar. (Ath. mest 50%)

3.3. Skipting ellilífeyrisréttinda okkar skal fara fram samkvæmt eftirfarandi ákvæði í 3. mgr. 14. gr. laga nr. 129/1997. Athugið að hægt er að merkja bæði við lið b. (skipting áunninna réttinda) og lið c. (skipting framtíðarréttinda) en ekki unnt að velja alla liði.

a. Skipting ellilífeyrisgreiðslna.

b. Skipting áunninna réttinda. Tímabil frá: _____ Tímabil til: _____ Með samningi um skiptingu þegar áunninna réttinda ber að fylgja heilbrigðisvottorð sem sent er trúnaðarlækni sjóðsins sem metur hvort aðili sé haldinn sjúkdómi eða heilsufar sjóðfélaga dragi úr lífslíkum.

c. Skipting framtíðarréttinda. Frá hvaða tíma: _____

4. gr.

Taki samningur þessi til skiptingar ellilífeyrisréttinda samkvæmt 1. eða 3. tölulíð 3. mgr. 14. gr. laga nr. 129/1997, sbr. liði 3.3.a og 3.3.c hér að framan, getur hvor samningsaðili sagt samningi þessum upp með þriggja mánaða fyrirvara, enda standi aðrir samningar eða fyrirmæli því ekki í vegi. Uppsögn skal vera skrifleg.

5. gr.

Samningsaðilar skuldbinda sig til að tilkynna hlutaðeigandi lífeyrissjóðum eða Landsamtökum lífeyrissjóða um samning þennan og afhenda þeim afrit eða ljósrit samningsins, svo og önnur gögn sem máli skipta. Taki samningur þessi til skiptingar framtíða ellilífeyrisréttinda skuldbinda samningsaðilar sig jafnframt til þess að tilkynna lífeyrissjóðum, sem þeir hefja síðar iðgjaldagreiðslur til, um samninginn og afhenda þeim afrit eða ljósrit hans. Með sama hætti skuldbinda samningsaðilar sig til að tilkynna skriflega hlutaðeigandi lífeyrissjóðum um slit samnings þessa.

6. gr.

Samningsaðilar staðfesta með undirskrift sinni að þeir hafi kynnt sér áhrif samnings þessa á ellilífeyrisréttindi þeirra og efni þeirra lagaákvæða, sem samningur þessi byggist á, sem er einkum 3. mgr. 14. gr. laga um skyldutryggingu lífeyrisréttinda og starfsemi lífeyrissjóða nr. 129/1997. Aðilar staðfesta jafnframt að hafa kynnt sér áhrif samningsins á réttindi í hlutfallssjóðum en það eru einkum eldri réttindakerfi ríkis- og sveitafélagastarfsmanna. Í slíkum réttindakerfum kann að vera óvarlegt að gera samning um skiptingu ellilífeyrisréttinda þar sem makalífeyrisréttindi eru greidd ævilangt.

7. gr.

Til staðfestu öllu framangreindu rita aðilar undir samning þennan í viðurvist tveggja vitundarvotta.

Staður og dagsetning

Undirritun samningsaðila

Vottar að rétttri dagsetningu, undirskriftum og fjárræði aðila.

Nafn _____

Nafn _____

Kennitala _____

Kennitala _____

Nafnaupplýsingar

Nafn sjóðfélaga	Kennitala
Heimilisfang	Sími
Hjúskaparstétt <input type="checkbox"/> Gift(ur) <input type="checkbox"/> Skilin(n) <input type="checkbox"/> Sambúð	
Nafn maka	Kennitala maka

NÝTUR SJÓDFÉLAGI ÖRORKULÍFEYRIS FRÁ LÍFEYRISJÓÐI?

Nei Já Ef já, hvaða lífeyrissjóði og frá hvaða tíma?

I. hluti: Upplýsingar um heilsufar

Til læknis: svara skal öllum neðangreindum spurningum. Ekki má nota endurtekningarmarki eða sviga utanum spurningarnar.

1. Þekkirðu sjóðfélaga? _____ Nei Já
 Ef já, hve lengi hefurðu verið læknir hans? _____
 Ef nei, hvernig hefurðu gengið úr skugga um hver maðurinn er? _____
2. Hefur sjóðfélagi nú eða áður haft eftirfarandi:
 - a) krampa, lömum, vefræna taugasjúkdóma, yfirlíð, mígreni eða tíða höfðuverki? _____ Nei Já
 - b) geðsjúkdóma/vandamál, þ.m.t. taugaveiklun eða þunglyndi? _____ Nei Já
 - c) sjúkdóma/vandamál í augum? _____ Nei Já
 - d) sjúkdóma/vandamál í eyrum? _____ Nei Já
 - e) astma, berkjubólgu, lungnaþembu, lungnateppu, langvinnt hæsi eða sjúkdóma í koki eða barkakýli? _____ Nei Já
 - f) sjúkdóma í hjarta eða æðum, hjartslattartruflanir eða hjartaverki eða önnur óþægindi fyrir hjarta? _____ Nei Já
 - g) háþrýsting? _____ Nei Já
 - h) blóðleysi eða aðra blóðsjúkdóma? _____ Nei Já
 - i) magasár, sár í görnum/ristli, blæðingar í görnum/ristli eða aðra maga- og garna/ristilssjúkdóma, þ.m.t. í endaparmi? _____ Nei Já
 - j) gallsteina, gulu eða sjúkdóma/vandamál í lifur, gallblöðru, briskirtli eða milta? _____ Nei Já
 - k) nýrnabólgu, prótín eða blóð í þvagi, nýrnaskjóðubólgu, nýrnasteina eða aðra þvagfærasjúkdóma? _____ Nei Já
 - l) alvarlega smitsjúkdóma? _____ Nei Já
 - m) sykursýki? _____ Nei Já
 - n) skjaldkirtilssjúkdóma eða aðra innkirtla- og efnaskiptasjúkdóma? _____ Nei Já
 - o) brjós-klos, þursabit, verk í hálsi/mjóhrygg eða aðra baksjúkdóma? _____ Nei Já
 - p) liðagigt (íksýki), þvagkýrgigt, bandvefssjúkdóma eða aðra gigtarsjúkdóma
 (þ.m.t. verkir í vöðvum og beinum)? _____ Nei Já
 - q) krabbamein eða aðra illkynja sjúkdóma/vandamál, frumubreytingar, vöxt, æxli, eitlasjúkdóma
 eða góðkynja heilaæxli? _____ Nei Já
 - r) aðra sjúkdóma/vandamál? _____ Nei Já

Ef já við lið a til r. Tilgeinið sjúkdómsgreiningu, dagsetningar, framvindu og meðferð sjúkdómsins og þann tíma sem sjóðfélagi var óvinnufær, svo og nöfn lækna og/eða sjúkrastofnana sem höfðu hann til meðferðar.

Ef sjóðfélagi er í meðferð þá skal tilgreina hverskonar, t.d. lyf og lyfjaskammta. _____

3. Hefur sjóðfélagi orðið fyrir slysi? _____ Nei Já

Ef já, hvenær, hvernig og hvaða afleiðingar hafði það? _____

4. Hefur sjóðfélagi nokkurn tímann:

a) Verið langvarandi undir læknishendi? _____ Nei Já

Ef já, hvenær, hvers vegna, hvaða meðferð var beitt og nafn læknis og aðsetur _____

b) Ofnotað lyf, áfengi, ávana- og fíkniefni? _____ Nei Já

Ef já, hvenær, hvers vegna, hvaða meðferð var beitt og nafn læknis og aðsetur _____

II. hluti: Læknisskoðun

1. a) Hæð _____ cm b) Þyngd _____ kg.

c) Bendir útlit eða framkoma til einhverrar veiklunar eða heilsubrests, þ.m.t. geðrænna sjúkdóma? _____ Nei Já

Ef já, nánari skýringa er óskað _____

2. Er nokkuð óeðlilegt við:

a) höfuð, munn, kok eða háls? _____ Nei Já

b) lungu (m.a. við hlustun)? _____ Nei Já

c) hjarta og æðar (m.a. við hlustun)? _____ Nei Já

Púls: Taktur _____

Blóðþrýstingur: Slagbil (systolic) _____

Tíðni _____

Hlébil (diastolic) _____

d) kviðarhol, t.d. uppþemba, stækkun líffæra, eymsli eða ör? (Ekki er óskað eftir kvensjúkdómaskoðun) _____ Nei Já

e) bak og sérstaklega hrygg? _____ Nei Já

f) handleggi, fótleggi og liði (æðahnútar, bjúgur, sláttur í útæðum eða merki um yfirstandandi eða yfirstaðna bláæðabólgu eða vöðvarýrnun? _____ Nei Já

g) húð og eitla? _____ Nei Já

h) rannsókn á taugakerfi (einkum lömun, skjálfti eða óeðlileg sinaviðbrögð)? _____ Nei Já

3. Telur þú sjóðfélaga heilbrigðan og fyllilega vinnufæran? _____ Nei Já

Ef nei, hvers vegna ekki? _____

4. Tilgreindu hér ef þú hefur frekari upplýsingar varðandi heilsufar sjóðfélaga.

Þetta læknisvottorð er gefið út af mér í fullu samræmi við það sem ég veit um sjóðfélaga og hef skráð hjá mér um hann, svo og spurningar mínar og þá rannsókn sem ég hef framkæmt.

Dagsetning _____ Staður _____

Undirskrift læknis _____

Aðsetur _____

**Vottorðið óskast sent í lokuðu umslagi til lífeyrissjóðsins, merkt trúnaðarlæknir.
Sjóðfélagi greiðir sjálfur fyrir heilbrigðisvottorðið.**