

Information om Anmälan AGB



Blanketten fylls i av arbetsgivaren och den anställde, och skickas in när anställningen har upphört.

Fyll i alla uppgifter i blanketten. Då kan vi handlägga ärendet snabbare.

Försäkring om avgångsbidrag (AGB) ingår i avtalsförsäkringarna för privatanställda arbetare inom avtalsområde Svenskt Näringsliv-LO.

Den som blir uppsagd från en tillsvidareanställning kan ha rätt till ersättning från AGB om uppsägningen sker på grund av **arbetsbrist i företaget**.

Längre ned på detta blad kan du läsa om uppsägning på grund av sjukdom, och om tidsbegränsad anställning som upphör.

Vi betalar ersättningen som ett engångsbelopp. Hur stort beloppet blir beror på den anställdes ålder och arbetstid (timmar/vecka). Ersättningen är skattepliktig.

Den som har blivit uppsagd måste ha fyllt **40 år** för att kunna få ersättning, och försäkringen gäller som längst till och med månaden före den månad då man fyller **65 år**.

För ersättning krävs också att man **de senaste fem åren** har arbetat **minst 50 månader** hos nuvarande arbetsgivare eller annan arbetsgivare som haft försäkring om AGB (räknat bakåt från datumet då anställningen upphör, eller skulle ha upphört enligt LAS).

Man kan inom en femårsperiod inte få mer i total ersättning än vad som motsvarar beloppet vid en uppsägning av en heltidstjänst.

En uppsagd person som blir återanställd senast tre månader från anställningens slut har inte rätt att få ersättning. Med återanställning menas ny anställning hos samma arbetsgivare, eller i företag inom samma koncern. Samma sak gäller om man tackar nej till sådan anställning utan att ha särskilda skäl. Ny anställning hos annan arbetsgivare är däremot inget hinder för att få ersättning från AGB. Den uppsagde behöver alltså inte bli arbetslös för att kunna få ersättning.

- **AGB vid uppsägning på grund av sjukdom**
- **AGB vid tidsbegränsad anställning/provanställning som upphör**

Ersättning kan eventuellt betalas även vid

- uppsägning på grund av sjukdom
- tidsbegränsad anställning (inklusive provanställning) som löper ut eller sägs upp på grund av arbetsbrist, och inte följs av fortsatt anställning inom tre månader.

Om vi kan betala ersättning i dessa fall beror på vad som ingår i ert företags försäkringsavtal.

Om det inte ingår i avtalet, så kan vi enbart betala ersättning vid uppsägning av tillsvidareanställning på grund av arbetsbrist.

OBS! Om försäkringen gäller även vid uppsägning på grund av sjukdom samt vid tidsbegränsad anställning som upphör, så gäller i övrigt samma krav för ersättning i dessa fall – till exempel ålderskraven och kravet på 50 månaders anställning hos arbetsgivare med AGB-försäkring inom de senaste 5 åren.

För dig som vill veta mer

Mer information om försäkringen finns under rubriken "Uppsägning" på www.afaforsakring.se

Under "Kontakta oss" längst ned på hemsidan kan du också ställa frågor genom att klicka på "Skicka meddelande".

Du kan även ringa till vårt kundcenter på 0771-88 00 99 (knappval 4), om du till exempel är osäker på hur du ska fylla i blanketten.

Förklaring till vissa av fälten i anmälan

Arbetsgivaren fyller i uppgifterna under 1–10. Den anställde fyller i uppgifterna under 11–12.

Arbetsgivarens uppgifter (1–10):

1 Arbetsgivare:

Försäkringsavtalsnummer är det 7-siffriga eller 10-siffriga nummer som företaget har hos Fora. Om du är osäker på avtalsnumret eller har andra frågor om försäkringsavtal, kontakta Fora kundservice, 08-787 40 10.

Arbetsställe. Skriv ortnamnet om företaget har verksamhet på mer än en ort.

2 Den anställde:

Ordinarie arbetstid är den anställdes avtalade arbetstid vid datumet för uppsägningen. Uppgift om *Yrkets ordinarie heltid* finns i kollektivavtalet.

3 Kollektivavtal som gällt den anställde:

OBS! Det är viktigt att du besvarar dessa tre frågor. Om du är osäker på vilket avtalsområde den anställde går under, kontakta fackförbundet.

4 Orsak till att anställningen upphör:

Här behöver du utveckla orsaken till att det har blivit arbetsbrist.

10 Arbetsgivarens underskrift:

Kom ihåg att skriva under anmälan.

Skriv också kontaktpersonens namn och telefonnummer.

Den anställdes uppgifter (11–12):

11 Den anställdes egna uppgifter:

Med sjukersättning menas det som tidigare hette förtidspension.

Om du har haft anställningen kortare tid än 50 månader när den tar slut, så vill vi att du

- fyller i tidsperioderna för de tidigare anställningar du haft de senaste 5 åren, och
- skickar med kopior av arbetsgivarintyg från anställningarna.

12 Fullmakt/underskrift:

Kom ihåg att skriva under anmälan.

I informationsbladet som medföljer blanketten på www.afaforsakring.se hittar du information om hur blanketten ska fyllas i.
När både arbetsgivaren och den anställde fyllt i blanketten, skicka den till: Afa Försäkring, 106 27 Stockholm.

1–10 fylls i av arbetsgivaren

1 Arbetsgivare

Företagets fullständiga namn	Organisationsnummer	Försäkringsavtalsnummer (7 eller 10 siffror)
Utdelningsadress	Postnummer	Ortnamn (texta)
Ange postnummer och ortnamn där arbetsstället finns om det inte är samma som företagets enligt ovan.	Postnummer	Ortnamn (texta)

2 Den anställde

Den anställdes förnamn och efternamn	Personnummer (ååmmdd-nnnn)					
Yrke/sysselsättning (Skriv med STORA bokstäver)						
Anställningstid (= faktisk tid som anställningen varar)	Från och med (åååå-mm-dd)	Till och med (åååå-mm-dd)	Ordinarie arbetstid	Tim/vecka	Yrkets ord heltid	Tim/vecka
Anställningsform		Vid tidsbegränsad anställning/provanställning, vilket datum står som sista anställningsdag i anställningsavtalet (åååå-mm-dd)?				
<input type="checkbox"/> Tillsvidareanställning	<input type="checkbox"/> Provanställning	<input type="checkbox"/> Tidsbegränsad anställning				

3 Kollektivavtal som gäller den anställde

OBS! viktiga uppgifter för vår handläggning – kontakta fackförbundet om du är osäker på vilket avtalsområde den anställde går under

Kollektivavtal för anställningen har gällt mellan	Arbetsgivarorganisation (t.ex. BA)	Fackförbund (t.ex. Transport)	Avtalsområde (t.ex. Transportavtalet)
---	------------------------------------	-------------------------------	---------------------------------------

4 Orsak till att anställningen upphör

Vad är orsaken till att det har blivit arbetsbrist? Förklara.

Vid uppsägning på grund av arbetsbrist:
Medför arbetsbristen en personalminskning i mer än 3 månader? Nej Ja Vet inte

Antalet anställda på arbetsstället före uppsägningen	Antal arbetare	Antal tjänstemän	Antal arbetare	Antal tjänstemän
--	----------------	------------------	----------------	------------------

Antalet uppsagda på arbetsstället

Fackförbund som förhandlat om uppsägningen	Fackförbundets namn	Avdelning
Kontaktperson hos fackförbund (texta)	Telefon (även riktnummer)	

5 Övergång av verksamhet (överlåtelse av företag, verksamhet eller del av verksamhet)

Har övergång av verksamhet skett? Nej Ja

Om "Ja", skicka med kopia av förhandlingsprotokoll och ange det övertagande företagets namn, adress och telefonnummer på raden nedan

6 Anbjudit anställning vid övergång av verksamhet (fylls bara i om du har svarat "Ja" på 5 Övergång av verksamhet)

Har den anställde tackat ja eller nej till att följa med vid verksamhetsövergången? Tackat ja Tackat nej

Eventuell kommentar (till exempel "Får inget erbjudande")

7 Uppsägning av den anställde

Uppsägning enligt LAS skedde	Datum (åååå-mm-dd)	Den anställde har/hade rätt till lön enligt LAS	Till och med (åååå-mm-dd)
------------------------------	--------------------	---	---------------------------

8 Erbjudande om arbete (gäller även vikariat eller tillfälligt arbete)

Finns det möjlighet att arbetstagaren kan få erbjudande om fortsatt/nytt arbete (återanställning) - i företaget eller koncernen - senast tre månader från anställningens slut? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Vet inte <input type="checkbox"/> Tillsvidareanställning <input type="checkbox"/> Tidsbegränsad anställning		Om "Ja", vilken typ av anställning gäller erbjudandet?	
Fortsatt/nytt arbete från och med Datum (åååå-mm-dd)		Om den nya anställningen är tidsbegränsad, ange sista dag för den nya anställningen Till och med (åååå-mm-dd)	
Innebär det erbjudna arbetet en minskning av arbetstiden, jämfört med den anställning som har angetts under 2 Den anstälde ? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja			
Är arbetstiden fastställd? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		Om "Ja", ange ny arbetstid Timmar/vecka	
Har den anstälde tackat ja eller nej till erbjudandet om fortsatt/nytt arbete? <input type="checkbox"/> Tackat ja <input type="checkbox"/> Tackat nej			
Eventuell kommentar			

9 Ägare/delägare

Är eller har den anstälde varit ägare/delägare i arbetsgivarens rörelse eller make/registerad partner till ägare/delägare? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja

Information om Afa Försäkrings behandling av personuppgifter finns på www.afaforsakring.se/personuppgifter

10 Arbetsgivarens underskrift Riktigheten av lämnade uppgifter under 1–9 intygas

Datum för underskrift (åååå-mm-dd) 2 0 - -	Namnteckning	Namnförtydligande
Kontaktperson (vid konkurs: konkursförvaltarens namn) – texta		
Telefon (även riktnummer)	E-postadress	

11 Den anställdes egna uppgifter (11–12 fylls i av den anstälde)

Har du ansökt om, eller pågår utredning om hel sjukersättning? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		Om "Ja", vilket beslut har du fått? <input type="checkbox"/> Avslag <input type="checkbox"/> Bifall <input type="checkbox"/> Har inte fått beslut ännu	
Vilken arbetslöshetskassa (a-kassa) är du med i? Namn		Har du fått nytt arbete? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
Om du har fått nytt arbete, skriv arbetsgivarens (företagets) namn här	Arbetsgivarens organisationsnummer	Anställningsdatum för nytt arbete (åååå-mm-dd) 2 0 - -	

Tidigare anställningar under 5-årsperioden närmast före anställningens slut

Om anställningen som AGB-anmälan gäller har varat **kortare tid än 50 månader** när den tar slut, så måste du fylla i uppgifter om tidigare anställningar som du har haft under de 5 åren närmast före anställningens slut. Det kan vara anställningar hos nuvarande arbetsgivare eller hos annan arbetsgivare. Fortsätt på separat papper om du behöver, skriv i så fall också ditt personnummer på papperet.

OBS! Skicka också med kopia av arbetsgivarintyg från de tidigare anställningarna, eller andra handlingar som styrker anställningstiden!

Företagets namn	Anställningstid från och med - till och med (åååå-mm-dd - åååå-mm-dd)

Utbetalning av ersättning

Om du får ersättning så betalar vi ut den genom Swedbank. Du behöver ansluta ditt bankkonto på www.swedbank.se/kontoregister. Det ska du göra om du har ett konto hos Swedbank eller annan svensk bank. Om du inte ansluter ett konto får du en utbetalningsavi med posten.

Information om Afa Försäkrings behandling av personuppgifter finns på www.afaforsakring.se/personuppgifter

12 Fullmakt/underskrift Jag lämnar Afa Försäkring följande fullmakt och intygar att lämnade uppgifter är riktiga

Jag medger att Afa Försäkring tjänstepensionsaktiebolag (Afa Försäkring) har rätt att ta del av de uppgifter och handlingar från försäkringsföretag, utländsk försäkringsgivare, arbetsgivare, arbetslöshetskassa, fackförbund samt från Försäkringskassan och andra myndigheter som kan vara nödvändiga för att bedöma min rätt till ersättning från Afa Försäkring. Samtycket gäller inte inhämtande av sjukjournaler, läkarintyg och liknande handlingar.		
Datum för underskrift (åååå-mm-dd) 2 0 - -	Namnteckning	Namnförtydligande
Utdelningsadress	Postnummer	Ortnamn
Telefon dagtid (även riktnummer)	Mobiltelefon	E-postadress