

# 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.afa-forsakring.se](http://www.afa-forsakring.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 gäller 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](http://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<br>(Skriv med STORA bokstäver)         |                                          |                                                                                                                                |                     |
| Anställningstid<br>(= faktisk tid som anställningen varar) | Från och med (åååå-mm-dd)                | Till och med (åååå-mm-dd)                                                                                                      | Ordinarie arbetstid |
|                                                            |                                          |                                                                                                                                | Tim/vecka           |
|                                                            |                                          |                                                                                                                                | Yrkets ord heltid   |
| 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

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

### 4 Orsak till att anställningen upphör

|                                                                                                                                                                                                      |                     |                  |                |                           |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|------------------|----------------|---------------------------|--|
| Vad är orsaken till att det har blivit arbetsbrist? Förklara.                                                                                                                                        |                     |                  |                |                           |  |
| Vid uppsägning på grund av arbetsbrist:<br>Medför arbetsbristen en personalkminskning i mer än 3 månader? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja | Om "Ja", skicka med kopia av förhandlingsprotokoll och ange det övertagande företags namn, adress och telefonnummer på raden nedan |
|                                                                                            |                                                                                                                                    |

### 6 Avböjt 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? <input type="checkbox"/> Tackat ja <input type="checkbox"/> 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 <b>möjlighet</b> att arbetstagaren kan få erbjudande om fortsatt/nytt arbete (återanställning) - i företaget eller koncernen - senast tre månader från anställningens slut?         |                                                          | Om "Ja", vilken typ av anställning gäller erbjudandet?                              |                           |
| <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Vet inte <input type="checkbox"/> Tillsvidareanställning <input type="checkbox"/> Tidsbegränsad anställning |                                                          |                                                                                     |                           |
| 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 <b>2 Den anställde</b> ?                                                          |                                                          | <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              |
| Eventuell kommentar                                                                                                                                                                           |                                                          |                                                                                     |                           |
| Har den anställde tackat ja eller nej till erbjudandet om fortsatt/nytt arbete?                                                                                                               |                                                          | <input type="checkbox"/> Tackat ja <input type="checkbox"/> Tackat nej              |                           |

## 9 Ägare/delägare

|                                                                                                                              |                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| Är eller har den anställde varit ägare/delägare i arbetsgivarens rörelse eller make/registrerad 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](http://www.afaforsakring.se/personuppgifter)

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

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

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

|                                                                        |  |                                                                                                                    |  |
|------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Har du ansökt om, eller pågår utredning om hel sjukersättning?         |  | Om "Ja", vilket beslut har du fått?                                                                                |  |
| <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja               |  | <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                                                                                                               |  |
| Om du har fått nytt arbete, skriv arbetsgivarens (företagets) namn här |  | Har du fått nytt arbete?                                                                                           |  |
| Arbetsgivarens organisationsnummer                                     |  | <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja                                                           |  |
| 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 varit **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](http://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](http://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)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Namnteckning | Namnförtydligande |
| 2 0 - -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |              |                   |
| Utdelningsadress                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Postnummer   | Ortnamn           |
| Telefon dagtid (även riktnummer)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Mobiltelefon | E-postadress      |