

## Information om Anmälan AGB

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

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

Försäkringen omfattar även arbetare anställda inom Kooperationen, avtalsområdena KFO-LO och KFO-Handels, med uppsägningsdatum senast 2018-12-31. För uppsägning inom Kooperationen som sker 2019-01-01 eller senare finns istället försäkring hos CIKO. (Datumet då uppsägningen skedde avgör om försäkring finns hos AFA Försäkring eller hos CIKO – inte datumet för sista anställningsdag.)

AGB lämnar ersättning till den som blir uppsagd från en tillsvidareanställning på grund av arbetsbrist. Om uppsägningen sker av personliga skäl kan den anställde inte få ersättning.

Ersättning kan bara betalas till den som har fyllt 40 år när anställningen upphör. Försäkringen gäller som längst till och med månaden före den månad då man fyller 65 år.

Ersättningen betalas som ett engångsbelopp. Hur stort beloppet blir beror på den anställdes ålder och arbetstid. Normalt dras 30 procent skatt vid betalningen.

Samma person kan inom en femårsperiod högst få ersättning som (sammanlagt) motsvarar ett helt AGB-belopp.

Den som inom tre månader från anställningens slut får fortsatt anställning, eller anställning i företag inom samma koncern, har inte rätt till AGB. Detsamma gäller om man tackar nej till en sådan anställning utan att ha ett godtagbart skäl. Om den som har blivit uppsagd får arbete hos annan arbetsgivare så är detta i sig inget hinder för att AGB ska kunna betalas. Man behöver alltså inte ha blivit arbetslös för att ha rätt till ersättning.

### **För dig som vill veta mer**

Mer information om AGB finns på [www.afaforsakring.se](http://www.afaforsakring.se) under "Uppsägning" ("Försäkring vid arbetsbrist"). Du kan skicka frågor till oss genom att under "Kontakta oss" klicka på "Skicka meddelande". Du får också gärna ringa till oss, till exempel om du är osäker på hur anmälan ska fyllas i. Telefonnumret till AFA Försäkring kundcenter är 0771-88 00 99.

### **Att tänka på när anmälan fylls i**

Det underlättar vår handläggning om vi redan från början får en fullständigt ifylld blankett.

### **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 sju-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.

Obs! Företag inom Kooperationen fyller i organisationsnummer, men inte försäkringsavtalsnummer. Om du har frågor om försäkringsavtal för kooperativ arbetsgivare, kontakta Pensionsvalet, 08-459 92 00. För uppsägning inom Kooperationen som sker 2019-01-01 eller senare finns försäkring hos CIKO, inte hos AFA Försäkring. (Datumet då uppsägningen skedde avgör om försäkring finns hos AFA Försäkring eller hos CIKO – inte datumet för sista anställningsdag.)

*Arbetsställe.* Ange ortnamn om företaget har verksamhet på mer än en ort.

**2 Den anställde:**

Med *Ordinarie arbetstid* menas den anställdes avtalade arbetstid vid uppsägningstillfället. Uppgift om *Yrkets ordinarie heltid* finns i kollektivavtalet.

**4 Driftsmässig förändring:**

Med "varaktig personalminskning" menas att neddragningen varar i mer än tre månader. På frågan om orsaken till arbetsbristen räcker det inte att bara svara "arbetsbrist". Beskriv anledningen till arbetsbristen.

**10 Arbetsgivarens underskrift:**

Kom ihåg att skriva under anmälan. Ange också kontaktperson 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, ber vi dig skicka med kopior av anställningsintyg från tidigare anställningar som du har haft de senaste fem åren. Fyll i så fall också i tidsperioderna för dessa anställningar på blanketten.

**12 Fullmakt/underskrift:**

Kom ihåg att skriva under anmälan.

**1– 10 fylls i av arbetsgivaren**

I informationsbladet som medföljer blanketten på [www.afaforsakring.se](http://www.afaforsakring.se) hittar du information om hur blanketten ska fyllas i.

**1 Arbetsgivare**

Företagets fullständiga namn	Organisationsnummer	Försäkringsavtalsnummer
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 anstälde**

Den anställdes förnamn och efternamn		Personnummer (ååmmdd-nnnn)			
Yrke/sysselsättning (skriv med STORA bokstäver)					
Anställningstid	Fr.o.m. (åååå-mm-dd)	T.o.m.	Ordinarie arbetstid	Tim/vecka	Yrkets ord heltid
Anställningsform					
<input type="checkbox"/> Tillsvidareanställning	<input type="checkbox"/> Tidsbegränsad anställning	<input type="checkbox"/> Provanställning			

**3 Kollektivavtal som gäller den anstälde**

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

**4 Driftsmässig förändring**

Har uppsägning skett på grund av arbetsbrist?	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	Medför arbetsbristen en varaktig personalminskning?	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Vad är orsaken till arbetsbristen?					
Antalet anställda på arbetsstället före driftsomläggningen	Antal arbetare	Antal tjänstemän	Antalet uppsagda på arbetsstället	Antal arbetare	Antal tjänstemän
Fackförbund som förhandlat om den driftsmässiga förändringen	Fackförbundets namn			Avdelning	
Kontaktperson hos fackförbund (texta)				Telefon (även riktnr)	

**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 företagets 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 anstälde tackat ja eller nej till att följa med vid verksamhetsövergången?	<input type="checkbox"/> Tackat ja	<input type="checkbox"/> Tackat nej
--	------------------------------------	-------------------------------------

**7 Uppsägning av den anstälde**

Har den anstälde blivit uppsagd på grund av arbetsbrist som beskrivs under 4?	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	Om "Nej", vilket annat skäl finns till uppsägningen av den anstälde?
Uppsägning enligt LAS skedde	Datum (åååå-mm-dd)	Den anstälde har/hade rätt till lön enligt LAS	T.o.m. (åååå-mm-dd)

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

Har/kommer den anställde att erbjudas fortsatt arbete i företaget eller koncernen inom tre månader efter anställningens slut?		Om "Ja"	
<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Tillsvidareanställning	<input type="checkbox"/> Tidsbegränsad anställning
Fortsatt arbete fr.o.m.	Datum (åååå-mm-dd)	Om anställningen är tidsbegränsad, ange sista dag för anställningen	T.o.m. (åååå-mm-dd)
Innebär det erbjudna arbetet en minskning av arbetstiden, jämfört med den anställning som har angetts under 2?			
<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 anställde tackat ja eller nej till erbjudandet om fortsatt 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/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/arbetsgivare](http://www.afaforsakring.se/personuppgifter/arbetsgivare)

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

Datum (åååå-mm-dd)	Namnteckning och namnförtydligande
Kontaktperson (vid konkurs: konkursförvaltarens namn) – texta	
Telefon (även riktnr)	E-post

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

Har du ansökt om, eller pågår utredning om hel sjukersättning?	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	Om "Ja", uppge eventuellt beslut	<input type="checkbox"/> Avslag	<input type="checkbox"/> Bifall	<input type="checkbox"/> Ej beslut
Vilken arbetslöshetskassa är du medlem i?		Namn				
Har du fått nytt arbete?	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	Om "Ja", företags namn	Anställningsdatum		

## Tidigare anställningar under 5-årsperioden närmast före anställningens slut

Om anställningen som du har blivit uppsagd från har varat *i minst 5 år* behöver du *inte* lämna uppgift om tidigare anställningar.

Om anställningen har varat *kortare tid än 5 år* måste du fylla i uppgifter om tidigare anställningar som du har haft (hos nuvarande eller annan arbetsgivare) under de 5 åren närmast före anställningens slut. Skicka i så fall också med en kopia av anställningsintyg eller arbetsgivarintyg från de tidigare anställningarna, eller andra handlingar som styrker anställningstiden.

Företags namn	Postadress	Anställningstid (fr.o.m.– t.o.m.)

## Utbetalning av AGB-ersättning

Vi betalar ut ersättning från AGB genom Swedbanks utbetalningssystem (SUS). Om du får ersättning så sätts pengarna in på det bankkonto som du själv har anmält till Swedbanks kontoregister. Du anmäler ditt konto direkt till Swedbank, antingen på deras webbplats eller genom att besöka något av Swedbanks kontor. Om du inte har anmält något konto så skickar Swedbank en kontantavi till dig.

Information om AFA Försäkrings behandling av personuppgifter finns på [www.afaforsakring.se/personuppgifter/forsakrad](http://www.afaforsakring.se/personuppgifter/forsakrad)

## 12 Fullmakt/underskrift Jag lämnar AFA Försäkring följande fullmakt och intyg att lämnade uppgifter är riktiga

Jag medger att AFA Livförsäkringsaktiebolag 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. Samtycket gäller inte inhämtande av sjukjournaler, läkarintyg och liknande handlingar.			
Datum (åååå-mm-dd)	Namnteckning		
Utdelningsadress	Postnummer	Ortnamn	
Telefon dagtid (även riktnr)	Mobiltelefon	E-post	