

Ansökan om avgångsbidrag (AGB)Tjänstemän inom AFO-Handels och
Funktionärer/Ombudsmän inom LO och LO-förbund
uppsagda efter 2024-01-01**Fylls i av Folksam**

Akt ID:

							-		

Var vänlig skriv tydligt, blanketten läses maskinellt.

Fylls alltid i											
Försäkrad: Personnr*/Samordningsnr								Försäkringstagare: Arbetsgivarnummer**			
								0	1	-	

Bifoga förhandlingsprotokoll.
På folksam.se kan du fylla i
blanketten direkt innan du
skriver ut den.

*Anges med 12 tecken utan bindestreck **Anges med 5 siffror

Uppgifter om den försäkrade

Den försäkrades namn			Personnummer (10 siffror)			
Adress			Postnummer och ort			
Uppsägningsdatum	Anställd från och med år, månad, dag	Anställd till och med år, månad, dag	Syssetningsgrad i procent (%)			
Anställningsform			Datum för sista anställningsdag enligt anställningsavtal			
<input type="checkbox"/> Tillsvidare anställd <input type="checkbox"/> Provanställning <input type="checkbox"/> Tidsbegränsad anställning						

Uppgifter om arbetsgivaren (fylls i av arbetsgivaren)

Företagets namn		Organisationsnummer		Telefon
Adress		Postnummer och ort		
Kontaktperson hos arbetsgivaren (ev. konkursförvaltares namn och adress)		Telefon		
E-post				

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 ej	Om "Ja", vilken typ av anställning gäller erbjudandet?	<input type="checkbox"/> Tillsvidare anställd <input type="checkbox"/> Tidsbegränsad anställning
	Datum (åååå-mm-dd)	Till och med (åååå-mm-dd)	
Fortsatt/nytt arbete från och med		Om den nya anställningen är tidsbegränsad, ange sista dag för den nya anställningen	
Innebär det erbjudna arbetet en minskning av arbetstiden, jämfört med den tidigare anställningen?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Är arbetstiden fastställd?	Om "Ja" ange ny arbetstid med sysselsättningsgrad i procent (%)
Har den anställda tackat ja eller nej till erbjudandet om fortsatt/nytt arbete?	<input type="checkbox"/> Tackat ja <input type="checkbox"/> Tackat nej	Eventuell kommentar	

Underskrift av arbetsgivaren

Kom ihåg att skicka med förhandlingsprotokollet.

Härmed intygas att lämnade uppgifter är riktiga. Om oriktiga eller ofullständig uppgifter lämnas kan försäkringen bli helt eller delvis ogiltig.
Arbetsgivaren förbinder sig snarast skriftligen underrätta Folksam om ändring i ovan angivna förhållanden inträffar.

Datum

Arbetsgivarens (ev. konkursförvaltares) underskrift

Namnförtydligande

Den underskrivna blanketten skickas in till:
 Folksam livförsäkring
 LIV 1080
 BOX 90346
 120 25 STOCKHOLM
 tillsammans med sida 2, som skrivs under
 av den försäkrade.

Fylls i av den försäkrade

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?		Har du fått nytt arbete? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
Om du fått nytt arbete, skriv arbetsgivarens (företagets) namn är	Arbetsgivarens organisationsnummer	Anställningsdatum, nytt arbete (åå-mmdd)	

Jag har haft följande anställningar de senaste fem åren

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 även ditt personnummer på papperet.

Arbetsgivarens namn och adress	Anställningstid från och med - till och med (ååååmmdd - ååååmmdd) -
Arbetsgivarens namn och adress	Anställningstid från och med - till och med (ååååmmdd - ååååmmdd) -
Arbetsgivarens namn och adress	Anställningstid från och med - till och med (ååååmmdd - ååååmmdd) -
Arbetsgivarens namn och adress	Anställningstid från och med - till och med (ååååmmdd - ååååmmdd) -
Arbetsgivarens namn och adress	Anställningstid från och med - till och med (ååååmmdd - ååååmmdd) -

Utbetalning hanteras av Swedbank.

Om du redan har anmält ett konto till Swedbanks portal kommer ersättningen automatiskt in på ditt konto.
Om du vill ha ersättningen till ett bankkonto i en annan bank kan du gå in på portalen www.swedbank.se/kontoregister
Om Swedbank saknar dina kontouppgifter får du en utbetalningsavi.

Skydd av personuppgifter

Vi värnar om våra kunders personliga integritet och vill att du ska känna dig trygg i hur vi hanterar dina uppgifter.
Läs mer om vår hantering av personuppgifter och dina rättigheter på folksam.se/personuppgifter

Underskrift av den försäkrade

Försäkringsavtalet grundar sig på de uppgifter som försäkringstagaren eller den försäkrade lämnat Folksam.
Om oriktiga eller ofullständiga uppgifter lämnas, kan försäkringen bli helt eller delvis ogiltig.
Härmed intygar jag mina lämnade uppgifter är riktiga.

Den försäkrades namn	Personnummer (10 siffror)
Ort och datum	Telefon
Den försäkrades underskrift	Namnförtydligande
E-post och telefon	