Name, Vorname	PLZ, Ort
Geburtsdatum	Straße
ggf. Geburtsname	Telefon

Geschäftszeichen, sofern bereits bekannt:
-

Landesamt für Finanzen
Dienststelle
Bezügestelle Arbeitnehmer
-Arbeitsgruppe:

Antrag auf Befreiung von der Pflichtversicherung in der Zusatzversorgung des öffentlichen Dienstes (§ 2 Absatz 2 Tarifvertrag Altersversorgung – ATV –)

Belege bitte nicht heften, klammern oder aufkleben.

1 Antrag der/des Beschäftigten

Ich beantrage für mein am beginnendes/begonnenes Beschäftigungsverhältnis die Befreiung von der Pflichtversicherung in der Zusatzversorgung des öffentlichen Dienstes bei der Versorgungsanstalt des Bundes und der Länder (VBL).

Die Hinweise und Erläuterungen zur Befreiung von der Pflichtversicherung in der Zusatzversorgung des öffentlichen Dienstes habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen. Mir ist insbesondere bekannt, dass

- die Leistungen aus der freiwilligen Versicherung nach derzeitigem Stand erheblich niedriger sind als die Leistungen aus der Pflichtversicherung,
- sich durch die Befreiung auch sonstige Nachteile bei den Zusatzversorgungsleistungen ergeben,
- der Antrag auf Befreiung von der Versicherungspflicht nicht widerrufen werden kann,
- nach Befreiung von der Versicherungspflicht ein Antrag auf Wechsel von der freiwilligen Versicherung in die Pflichtversicherung nicht rückwirkend, sondern nur zum nächsten Monatsersten möglich ist,
- die Befreiung endet, sobald das befristete Arbeitsverhältnis auf genau drei Jahre oder darüber hinaus verlängert wird (eine Befreiung ist bei befristeten Arbeitsverhältnissen von genau drei Jahren nicht möglich),
- der Arbeitgeber zu meinen Gunsten Beiträge in eine freiwillige kapitalgedeckte Versicherung bei der VBL an Stelle der Pflichtversicherung entrichtet und ich selbst die Möglichkeit habe, darüber hinaus eine eigene freiwillige Versicherung bei der VBL zu vereinbaren und die Arbeitgeberbeiträge aus eigenen Mitteln aufzustocken.

Ich bestätige, dass ich bisher **keine** Pflichtversicherungszeiten in einer Zusatzversorgungseinrichtung des öffentlichen Dienstes habe.

Informationen zur Verarbeitung der Daten und zu den diesbezüglichen Rechten erhalten Sie unter http://www.lff.bayern.de/ds-info oder alternativ unter unserer Datenschutz-Telefonnummer 0931 4504-6770.

Ort, Datum	Unterschrift

2 Bestätigung der Beschäftigungsstelle

Die/der Beschäftigte übt eine wissenschaftliche Tätigkeit im Sinne des § 2 Abs. 2 ATV aus.

Die Beschäftigungsstelle ist eine Hochschule oder Forschungseinrichtung im Sinne des § 2 Abs. 2 ATV.

Ort, Datum	Unterschrift, Stempel

Drucken