

Name, Vorname \_\_\_\_\_

PLZ Ort \_\_\_\_\_

ggf. Geburtsname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

**Personalnummer, sofern  
bereits bekannt:** \_\_\_\_\_

Fernmündlich zu erreichen unter Ruf-Nummer:  
( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Geb.-Datum  
\_\_\_\_\_

An das  
Landesamt für Finanzen  
Dienststelle \_\_\_\_\_  
Bezugestelle \_\_\_\_\_  
- Arbeitsgruppe \_\_\_\_\_ -  
  
\_\_\_\_\_

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

<b>1</b>	<p><b>Antrag der/des Beschäftigten:</b></p> <p>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).</p> <p>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</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– der Antrag auf Befreiung von der Versicherungspflicht nicht widerrufen werden kann,</li><li>– sich durch die Befreiung Nachteile ergeben können,</li><li>– 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.</li></ul> <p>Ich bestätige, dass ich bisher <b>keine</b> Pflichtversicherungszeiten in einer Zusatzversorgungseinrichtung des öffentlichen Dienstes habe.</p> <p>_____ Ort, Datum</p> <p>_____ Unterschrift</p>
<b>2</b>	<p><b>Bestätigung der Beschäftigungsstelle:</b></p> <p>Die/der Beschäftigte übt eine wissenschaftliche Tätigkeit im Sinne des § 2 Absatz 2 des Tarifvertrags Altersversorgung aus.</p> <p>Die Beschäftigungsstelle ist eine Hochschule oder Forschungseinrichtung im Sinne des § 2 Absatz 2 des Tarifvertrags Altersversorgung.</p> <p>_____ Ort, Datum</p> <p>_____ Unterschrift, Stempel</p>