

Wichtig: Dieser Antrag kann nur innerhalb von 2 Monaten (Eingang beim Arbeitgeber) nach Beginn des Arbeitsverhältnisses gestellt werden!

Stempelfeld

Eingang am (vom Arbeitgeber auszufüllen)

Empfänger:

Philipps-Universität Marburg
Der Präsident
II B - Personalabteilung
Biegenstraße 10

Antragsteller/-in (Privatadresse):

Name

Vorname

Straße,
Haus-Nr.

PLZ, Ort

Geb.Datum

Antrag auf Befreiung von der Pflichtversicherung in der Zusatzversorgung des öffentlichen Dienstes (§ 2 Abs. 2 Tarifvertrag Altersversorgung - ATV-)

Die Informationsschrift der VBL zur Sonderregelung nach § 2 Abs. 2 ATV (VBLspezial Wissenschaftler West) habe ich zur Kenntnis und zu meinen Unterlagen genommen. (Das VBLspezial steht in deutscher und englischer Sprache zur Verfügung unter www.vbl.de oder unter <https://www.uni-kassel.de/einrichtung/hochschulbezugestelle/informationen-zur-vbl>)

Mir ist bekannt, dass

- eine Befreiung **nicht** möglich ist, wenn bisher bereits eine Pflichtversicherung bei der VBL oder einer anderen Zusatzversorgungseinrichtung des öffentlichen Dienstes besteht/bestanden hat (ohne das für diese Versicherungszeit eine Beitragserstattung durchgeführt wurde),
- der Antrag auf Befreiung von der Versicherungspflicht nicht widerrufen werden kann,
- sich durch die Befreiung bei einer später eintretenden Pflichtversicherung Nachteile ergeben können,
- der Arbeitgeber zu meinen Gunsten Beiträge in eine freiwillige kapitalgedeckte Versicherung bei der VBL entrichtet und ich selbst die Möglichkeit habe, an Stelle der Pflichtversicherung eine eigene freiwillige Versicherung bei der VBL zu vereinbaren,
- die Befreiung endet, sobald das befristete Arbeitsverhältnis über 5 Jahre hinaus verlängert oder fortgesetzt wird,
- es Unterschiede im Leistungsrecht der Pflichtversicherung und der freiwilligen Versicherung gibt (VBLextra), die wiederum zu Unterschieden beim späteren Rentenbezug führen können.

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) und erkläre, dass ich **bisher nicht bei einer Zusatzversorgungseinrichtung des öffentlichen Dienstes pflichtversichert war.**

Datum

Unterschrift

Bestätigung der Beschäftigungsdienststelle (Personalabteilung):

Die/Der Beschäftigte übt eine wissenschaftliche Tätigkeit im Sinne des § 2 Absatz 2 des ATV aus.

Die Personalnummer lautet: _____ Zuständige/-r Sachbearbeiter/-in BHF: _____

Datum, Unterschrift Sachbearbeiter/-in

Stempel Dienststelle