

Appendix to forms 4450 and 4650

Information on the Declaration – Handling funded employee contributions –

The VBL supplementary pension scheme is funded by the employer for all compulsorily insured persons (for VBL classic) of remuneration subject of the supplementary pension fee obligations 1% apportionment and 2% to the capital-funded pension scheme. Since July 1, 2017, the employee contributions to the VBL - Ost for all compulsorily insured persons have been of 4,25 % to cover capital.

For the employees freed from the obligation to pay insurance, the scientific staff, the employer establishes supplementary voluntary insurance (VBLextra), employers pays also 1% apportionment and 2% to the capital-funded pension scheme. For employees who are freed from the obligation to pay insurance contributions, the employee contribution has been 01.01.2010 in the amount of 2.00% to cover the capital.

Name, Vorname	Anwendernummer <table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>					Personalnummer <table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>										
Anschrift	Bearbeiternummer	Geburtsdatum	Telefonnummer													

Landesamt für Finanzen
Mecklenburg-Vorpommern
Abteilung Bezüge
Schloßstraße 7
17235 Neustrelitz

Erklärung

1. a) Ich war bereits bei der Versorgungsanstalt des Bundes und der Länder versichert:

ja Datum des Beginns _____ nein

Wenn ja, bitte unbedingt Versicherungs-Nr. der VBL - nicht zu verwechseln mit der Versicherungsnummer der BfA bzw. LVA - angeben. (Geburtsdatum - sechsstellig - und Seriennummer - vierstellig) und eine Kopie der Anmeldung als Anlage beifügen.)

Versicherungsnummer VBL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1. b) Ich bin aufgrund meiner Tätigkeit als wissenschaftlicher Mitarbeiter bereits von der Versicherungspflicht bei der VBL befreit.

ja nein **Wenn ja:** Bitte Nachweis einreichen.

2. Zuschüsse zu den Beiträgen für eine Lebensversicherung oder zu einer öffentlich-rechtlichen Versicherungs- oder Versorgungseinrichtung (z.B. Ärzteversorgung) habe ich von einem früheren Arbeitgeber erhalten:

ja nein

Wenn ja, Name und Anschrift des früheren Arbeitgebers:

3. Behandlung der kapitalgedeckten Arbeitnehmerbeiträge:

Meine gesamten Arbeitnehmerbeiträge sollen ab _____ steuerfrei behandelt werden.

Ich verzichte auf die Steuerfreiheit meiner Arbeitnehmerbeiträge ab* _____.

Ich verzichte auf die Steuerfreiheit meiner Arbeitnehmerbeiträge ab* _____
anteilig in Höhe von _____ €.

Ich verzichte auf die Steuerfreiheit meiner Arbeitgeberbeiträge ab* _____
in Höhe von _____ %.

*Nur für die Zukunft möglich

Anmerkung:

Zwischen der VBL und zahlreichen anderen Zusatzversorgungskassen des öffentlichen Dienstes besteht ein Überleitungsabkommen zur gegenseitigen Anerkennung bzw. Überleitung von Versicherungszeiten. Beschäftigte im öffentlichen Dienst können daher eine Anrechnung bzw. eine Überleitung von Versicherungszeiten beantragen. Für weitere Informationen wenden Sie sich bitte direkt an die Versorgungsanstalt des Bundes und der Länder (VBL).

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

B

