

| | | | | | | | | | | |
|-----------------------|-------------------------|--|--|---------------|--|--|----------|--|--|--|
| First name, last name | User no. / employee no. | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| Address | Processor no. | | | Date of birth | | | Tel. no. | | | |
| | | | | | | | | | | |

State Finance Office
 Mecklenburg-Western
 Pomerania
 Schloßstraße 7
 17235 Neustrelitz

Declaration

1. a) I have had insurance cover with the federal and state pension agencies before:
 yes Start date _____ no

If yes, please give the VBL (Federal and State Retirement Fund) insurance number (birth date - six digits - and serial number - four digits) – not to be confused with the BfA (Social Security Administration) or LVA (Federal Insurance Administration) insurance number – and attach a copy of the registration.

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

I have had the following claims paid out:

- Yes No

1. b) I am already exempt from the insurance obligation with the VBL due to my work as a research assistant.
 Yes No **If yes:** Please attach supporting documents.

2. I received subsidies for contributions to a life insurance policy or to a public insurance or care institution (e.g. medical care) from a former employer:
 Yes No

If **yes**, please give the former employer's name and address: _____

3. Handling funded employee contributions:

- My employee contributions are to be exempt from tax from _____.
- I hereby renounce the tax exemption on employee contributions from* _____.
- I hereby renounce the tax exemption on employee contributions from* _____ proportionate the sum of _____ EUR.
- I hereby renounce the tax exemption on employee contributions from* _____ proportionate the sum of _____ %.

*Possible only for the future

Note:

The VBL and many other supplementary pension funds in the public sector are linked by an agreement on the transition of insurance periods for the unilateral acknowledgement or transfer of insurance periods. Employees in the public sector may therefore request the crediting or transfer of insurance periods request. For further information, please contact directly the federal and state pension agencies (VBL).



B

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><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

