



CENTRE COMMUN
DE LA SÉCURITÉ SOCIALE
L-2975 Luxembourg
Tél.: 40141-1 www.ccss.lu

ANTRAG ZUR FREIWILLIGEN RENTENVERSICHERUNG

Weiter- / Zusatz- / Fakultativversicherung

1) Angaben zum Versicherten

VERSICHERTENNUMMER *	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name	_____ Vorname(n) _____											
Name des Ehepartners	_____											
Strasse, Nr	_____											
Postleitzahl, Ort	_____ Landeskennzeichen _____											
Ende der Pflichtversicherung	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	(im Falle einer Weiterversicherung)

2) Angaben zur Versicherung

Beginn der Versicherung (nur eine der drei Möglichkeiten ankreuzen)

- Erster Monat nach dem Antrag
 Erster Monat nach dem Ende der Pflichtversicherung (bei Weiter- oder Zusatzversicherung)
 Erster Monat nach dem Ende der „Babyjahre“

Monatliche Berechnungsgrundlage

- 1/3 des gesetzlichen Mindestlohns (auf 60 Monate pro Versicherungslaufbahn begrenzt)
 der gesetzliche Mindestlohn
 maximale Beitragsgrundlage erhöht auf das Doppelte des gesetzlichen Mindestlohns
 Betrag zwischen der minimalen und der maximalen Beitragsgrundlage EUR

Maximale Beitragsbemessungsgrundlage für Beamte des Übergangsregimes

- zuletzt bezahltes Gehalt vor dem Abschluss der Weiter- oder Fakultativversicherung
 Unterschied zwischen dem zurzeit bezahlten Gehalt und dem zuletzt bezahlten Gehalt vor dem Abschluss der Zusatzversicherung

Ich möchte meine Beiträge per Einzugsermächtigung entrichten ja nein

3) Angaben zum Bevollmächtigten (fakultativ)

Versicherten- Nummer	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Wenn noch keine Versichertennummer besteht, bitte das Geburtsdatum angeben und eine Kopie des Personalausweises/Passes beifügen.												
Name	_____ Vorname(n) _____											

_____, den _____ Ort _____ Datum _____ Unterschrift _____



Code Archivage
C130 (V201403)

Der Verwaltung vorbehalten		

* Falls keine Versicherungsnummer besteht, bitte das Geburtsdatum angeben und eine Kopie eines offiziellen Ausweispapieres beilegen (Pass, Personalausweis...)