



CENTRE COMMUN  
DE LA SÉCURITÉ SOCIALE  
L-2975 Luxembourg  
Tél.: 40141-1 [www.ccss.lu](http://www.ccss.lu)

# Abmeldung aus der freiwilligen Weiter- / Zusatz- / Fakultativversicherung bei der Rentenversicherung

## 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	_____

## 2) Angaben zum Austritt aus der Versicherung

<b>DATUM DES AUSTRITTS</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Grund des Austritts	_____						

Ein erneuter Antrag zur freiwilligen Rentenversicherung ist möglich, wenn zum Zeitpunkt der Anfrage folgende Aufnahmebedingungen erfüllt sind. **Der Antragsteller muss nachweislich 12 Monate innerhalb der letzten 3 Jahre vor dem Verlust der Pflichtversicherung pflichtversichert gewesen sein.** Der Zeitraum von 3 Jahren wird ausgedehnt, wenn der Antragsteller während dieser Zeit eine freiwillige Rentenversicherung hatte.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_, Ort \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_



Code Archivage  
C130 (V201403)

Der Verwaltung vorbehalten		

\* Wenn noch keine Versichertennummer besteht, bitte das Geburtsdatum angeben und eine Kopie des Personalausweises oder des Passes beilegen.