



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

# ANTRAG ZUR FREIWILLIGEN RENTENVERSICHERUNG

Weiter-  / Zusatz-  / Fakultativversicherung

## 1) Angaben zum Versicherten

VERSICHERTENNUMMER *	<input type="text"/>											
Name	_____											
Name des Ehepartners	_____											
Strasse, Nr	_____											
Postleitzahl, Ort	_____										Landeskennzeichen	_____
Ende der Pflichtversicherung	<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

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



Code Archivage  
C130 (V201403)

Der Verwaltung vorbehalten		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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