



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

DATUM DES AUSTRITTS	<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)

<i>Der Verwaltung vorbehalten</i>		

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