



# Antrag auf Beitragsfreistellung bei der KAB Deutschlands

Ich/wir bin/sind Mitglied der KAB Deutschlands und beantrage(n) eine Beitragsfreistellung

ab dem 1.1.20..

Name: ..... Name des Ehepartners: .....

Vorname: ..... Vorname: .....

Straße: .....

PLZ, Ort: .....

Mitgliedsnummer: ..... Mitgliedsnummer: .....

Ich/wir (bitte Zutreffendes ankreuzen)

- lebe(n) in einem Senioren- und Pflegeheim
- werde(n) gesetzlich betreut

Hinweis: Durch eine Beitragsfreistellung werden meine Mitgliedsrechte nicht eingeschränkt.

Datum/Unterschrift: .....

## Bestätigung von zwei Mitgliedern der KAB Basisgruppe

KAB Basisgruppe/Ortsverein/Ortsverband: .....

Gliederungsnummer: .....

Name: ..... Name: .....

Vorname: ..... Vorname: .....

Daum/Unterschrift: .....

## Bitte weiterleiten an das zuständige KAB Sekretariat:

### Kenntnis des Diözesanverbandes:

Datum/Unterschrift: .....