

**Vorsorge & Schutz als  
attraktive Verbandsleistung**

# Blicken Sie entspannt voraus.

**Seit dem 1.1.2004 entfallen die Sterbegeld-  
Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen!**

Dies bedeutet, Sie bzw. Ihre Angehörigen müssen nun in voller Höhe für die Bestattungskosten selbst aufkommen. Deshalb ist eine private Vorsorge wichtiger denn je!

**Als Mitglied der KAB genießen Sie  
besonders günstigen und speziellen  
Schutz**

**Beitritt bis zum 80. Lebensjahr:**

■ Sterbegeld-Vorsorge

■ Unfall-Vorsorge

**Besondere Verbandsleistung:**

■ Kollektiv-Rentenversicherung

**Wir informieren Sie gern!**

Gemeinnütziges Sozialwerk der KAB  
Neubrückenstr. 60, 48143 Münster  
Telefon: 0251 / 49 01 80

Versicherungsträger: Hamburg-Mannheimer Versicherungsgesellschaft mit der Organisation für Verbandsgruppenversicherungen, Überseering 45, 22297 Hamburg



Ein Unternehmen der  
ERGO Versicherungsgruppe.

Die Beitrittserklärung und die Einzugsermächtigung bitte an das zuständige KAB-Sekretariat weiterleiten.

Adresse des KAB-Sekretariats

Die Werbung erfolgte durch (Name und Adresse)

Ehrenamtliche Funktionen des neuen Mitglieds:

(z.B. Betriebliche Mitbestimmung, Öffentliche Gremien, Pfarrgemeinde, Sozialversicherung)

Ortsverband/Ortsverein

Bezirksverband/Kreisverband

Diözesanverband

Die folgenden Daten werden von Ihrem KAB-Sekretariat eingetragen

Einzelmitglied

Ehegattenmitglied

Gliederungsnummer der KAB

Neumitglied in eVEWA erfasst am \_\_\_\_\_

durch \_\_\_\_\_



# Willkommen in einer starken Gemeinschaft





## Eine starke Gemeinschaft

**S**ie werden Mitglied der Katholischen Arbeitnehmer-Bewegung: Gemeinsam mit rund 200.000 Frauen und Männern unterstützen Sie den Einsatz für eine menschenwürdige gerechte Gesellschaft. Ihr Engagement ist uns willkommen.

**S**chalten Sie sich ein. In eine lebendige christliche Gemeinschaft von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern mit ihren Familien. Wir informieren und mischen uns ein, damit Familie und Beruf, Arbeit und Einkommen, Leben und Arbeit zusammenpassen – damit die Arbeit dem Menschen dient.

**D**ie KAB unterstützt Sie in arbeits- und sozialrechtlichen Angelegenheiten. Sollten Sie in diesem Bereich Hilfe benötigen bzw. Fragen zum Verband oder zu Ihrer Mitgliedschaft haben, so wenden Sie sich bitte an Ihr zuständiges KAB-Sekretariat.

**E**inen Überblick zu aktuellen Schwerpunkten erhalten Sie unter [www.kab.de](http://www.kab.de).

Wir freuen uns auf Ihre Beteiligung.  
Ihre KAB Deutschlands

Mein/unser Beitritt erfolgte zum 1.

## Ich/wir möchten Mitglied der KAB werden ab 1.

Name des Mitglieds  Name des Ehepartners

Vorname des Mitglieds  Vorname des Ehepartners

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Wohnort

Geburtsdatum

weiblich   
männlich

weiblich   
männlich

Religion

Tel. Nr.

E-Mail, Fax Nr.

Beitragsquittung wird benötigt.

### Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Ich bin – jederzeit widerruflich – einverstanden, dass meine Anschrift und mein Geburtsdatum an Unternehmen übermittelt werden, mit denen der KAB Deutschlands e.V. zusammenarbeitet (z.B. Versicherungen), um günstige Dienstleistungsangebote zu erhalten. Die Vertragspartner werden verpflichtet, dass sie die Daten ausschließlich für die mit der KAB vereinbarten Zwecke verwenden dürfen.

Ich bin nicht einverstanden

Datum  Datum

Unterschrift  Unterschrift

## Einzugsermächtigung

Kontoinhaber

Kontonummer

Bankleitzahl

Bank

Hiermit ermächtige ich (ankreuzen)

- den KAB Ortsverband/Ortsverein
- den KAB Bezirksverband/Kreisverband
- den KAB Diözesanverband
- die KAB Deutschlands

widerruflich, mindestens den satzungsgemäßen Mitgliedsbeitrag,

oder €

- jährlich
- halbjährlich
- vierteljährlich

von meinen Girokonto mittels Lastschrift abzubuchen. Wenn mein Girokonto nicht die erforderliche Deckung aufweist, besteht für das kontoführende Institut keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden nicht vorgenommen.

Datum

Unterschrift

abtrennen

abtrennen