



**Inkomsten uit arbeid** :  beroep, naam werkgever : \_\_\_\_\_  
 nee

**Ontvangt u één van de volgende uitkeringen?**

- WW-uitkering, vanaf : \_\_\_\_\_
- WAO/WIA-uitkering, vanaf : \_\_\_\_\_
- WWB-uitkering, vanaf : \_\_\_\_\_
- IOAW-uitkering, vanaf : \_\_\_\_\_
- Vut/pensioenuitkering, vanaf : \_\_\_\_\_

**Vergeet u niet bij uw aanvraag mee te sturen:**

- bewijsstuk van eventueel samenwonen
- de (kopie)nota's
- medische verklaring van de arts
- bewijsstuk afrekening/specificatie of afwijzingsbrief van uw zorgverzekeraar of wettelijke instantie
- bij WW- en/of WAO-uitkering een eventuele toekenningsbeslissing en een recente specificatie

Zodra wij alle noodzakelijke informatie van u hebben ontvangen kunnen wij uw aanvraag in behandeling nemen. De ondergetekende verklaart bovenstaande gegevens naar waarheid te hebben verstrekt.

**Onderteken dit formulier**

plaats en datum

handtekening

\_\_\_\_\_

*Scan het formulier met de bewijsstukken en mail ze naar [ks.asf@grafimediafondsen.nl](mailto:ks.asf@grafimediafondsen.nl). Of stuur het formulier met bewijsstukken naar ASF/De Grafische Gezondheid, afdeling Klantenservice, Postbus 7855, 1008 CA Amsterdam.*