

ASF/GEZONDHEIDSZORG

Vragen en antwoorden vergoedingsregeling



INHOUD

Inleiding	3
Deelnemers	4
Premie en voorzieningenpakket	5
1. Prothesen, hulpmiddelen en behandelingen	5
2. Gebitsprothesen	6
3. Dieetkosten	7
4. Thuiszorg (gezins- en persoonlijke verzorging)	8
5. Alternatieve geneeswijzen	9
6. Vergoeding bij gezinsuitbreiding	10
7. Reiskosten	11
8. Verpleegkosten	11
9. Bijzondere aanschaffingen en bijzondere behandelingen	12
Aanvragen	14
Bijlage	15
Overzicht van prothesen, hulpmiddelen en behandelingen waarvoor een vergoeding kan worden aangevraagd	
Meer informatie	17
Ruimte voor aantekeningen	18

De woordkeus van een brochure is een andere dan die van het reglement. U kunt bij geschillen geen beroep doen op de brochuretekst. Dan geldt alleen de tekst in het reglement. Die vindt u op de website www.grafimediafondsen.nl.

20010w19

DE GEZONDHEIDSZORGREGELING VAN HET ASF

Soms moeten er voorzieningen getroffen worden in verband met ziekte of handicap die niet of niet volledig worden vergoed door de zorgverzekering of waarvoor de wettelijke voorzieningen in Nederland geen vergoedingsregeling kennen. Die kosten komen dan voor eigen rekening. De grafimediabedrijfstaking kent daarvoor de gezondheidszorgregeling van het Algemeen Sociaal Fonds (ASF/Gezondheidszorg).

Wanneer u om gezondheidsredenen voor uzelf of voor uw gezin kosten maakt die niet of slechts gedeeltelijk worden vergoed door uw zorgverzekering, kunt u in bepaalde gevallen een beroep doen op ASF/ Gezondheidszorg. Het fonds kent vergoedingen toe in aansluiting op de wettelijke voorzieningen op het gebied van de gezondheidszorg.

Het is van belang dat u eerst nagaat in hoeverre u aanspraak maakt op een vergoeding vanuit uw basis- en/of aanvullende zorgverzekering. Of nagaat in hoeverre u eventueel aanspraak kunt maken op een vergoeding vanuit één van de wettelijke instanties (gemeente).

Als duidelijk is dat het gaat om kosten waarvoor de zorgverzekering of de wettelijke instanties geen dekking biedt, kan voor die kosten een vergoeding aangevraagd worden bij ASF/Gezondheidszorg.

In deze brochure wordt meer informatie verstrekt over de ASF/Gezondheidszorgregeling. Aangegeven wordt wie er gebruik van kunnen maken, welke vergoedingssoorten er zijn en hoe een vergoeding aangevraagd kan worden.

Aanvragen via Grafimediafondsen.nl

Voor het aanvragen van een vergoeding van ASF/Gezondheidszorg gaat u naar **www.grafimediafondsen.nl**. U kiest op de website de juiste rubriek, kijkt na of u voor een vergoeding in aanmerking komt en vult het aanvraagformulier in. Dat kunt u met de gevraagde stukken naar ons sturen per e-mail of post.

DEELNEMERS

Wie kunnen er gebruik maken van de ASF/Gezondheidszorgregeling?

Alle werknemers die werkzaam zijn bij een grafimediabedrijf die premie betalen aan het ASF/Gezondheidszorg zijn deelnemer. De vergoedingen en voorzieningen van de regeling gelden voor:

- a. de deelnemer zelf;
- b. de partner (gehuwd, geregistreerd partnerschap of samenwonend met samenlevingsovereenkomst);
- c. kinderen van de deelnemer (waarvoor kinderbijslag ontvangen wordt of die in aanmerking komen voor studiefinanciering).

Geldt de regeling ook na pensioneren?

Ja, maar alleen als de gepensioneerde de laatste 10 jaar voor het bereiken van de pensioengerechtigde leeftijd onafgebroken deel heeft genomen aan het ASF/Gezondheidszorg. Deelname is dan premievrij.

En voor arbeidsongeschikten?

Als een WIA/WAO-uitkering op basis van volledige arbeidsongeschiktheid wordt ontvangen voortkomend uit een grafisch dienstverband, kan men premievrij aan de regeling blijven deelnemen.

En voor wie werkloos is?

Werklozen die een loongerelateerde WW-uitkering ontvangen voortkomend uit een grafisch dienstverband, kunnen premievrij aan de regeling blijven deelnemen.

Hoe zit het met de achterblijvende partner bij overlijden van de deelnemer?

De achterblijvende partner van een deelnemer kan onder bepaalde voorwaarden premievrij deelnemer blijven als de deelnemer direct voorafgaande aan het overlijden deel heeft genomen aan ASF/Gezondheidszorg. De deelname eindigt bij hertrouwen of opnieuw samenwonen.

PREMIE EN VOORZIENINGENPAKKET

Wat moet ik als deelnemer voor de regeling betalen?

Om deel te kunnen nemen moet premie worden betaald. De premie is 0,25%. De premie wordt door uw werkgever op uw loon ingehouden en aan het ASF afgedragen.

Ik betaal dus premie, maar welke voorzieningen staan daar tegenover?

Het pakket bevat een aantal vergoedingssoorten en voorzieningen voor de gezondheidszorg. De vergoedingssoorten worden hieronder genoemd. Verderop worden de vergoedingssoorten vervolgens per hoofdstuk uitgebreider behandeld.

1. kosten voor prothesen, hulpmiddelen en behandelingen;
2. kosten voor gebitsprothesen;
3. dieetkosten;
4. thuiszorg (gezinsverzorging en persoonlijke verzorging);
5. kosten voor alternatieve geneeswijzen;
6. vergoeding in verband met gezinsuitbreiding;
7. reiskosten;
8. kosten voor verpleging;
9. kosten voor bijzondere aanschaffingen en bijzondere behandelingen.

1. PROTHESEN, HULPMIDDELEN EN BEHANDELINGEN

De meeste medische hulpmiddelen worden vergoed op grond van de regeling hulpmiddelen van de zorgverzekering of via het Wmo (Wet Maatschappelijke Ondersteuning) bij de gemeente. Als u een medisch hulpmiddel nodig heeft, is het dus van belang om eerst na te gaan in hoeverre u aanspraak kunt maken op een vergoeding van uw zorgverzekering of van het Wmo. Het voorschrijven van een medisch hulpmiddel gebeurt meestal via uw huisarts of specialist.

In welke gevallen geeft ASF/Gezondheidszorg een vergoeding voor prothesen, hulpmiddelen en behandelingen?

In een aantal situaties moet u (bij)betalen voor de aanschaf of huur van een medisch hulpmiddel en daarvoor kunt u in bepaalde gevallen een vergoeding

aanvragen bij ASF/Gezondheidszorg. Het fonds verstrekt een vergoeding voor prothesen, hulpmiddelen en behandelingen alleen op medische gronden. De voorzieningen en behandelingen dienen specifiek voor de handicap van betrokkene te zijn bedoeld. (Zie de bijlage op bladzijde 15).

Normale gebruiksartikelen die bestemd zijn voor algemeen gebruik en die niet aan de handicap van betrokkene zijn aangepast, zoals bijvoorbeeld meubels, keukenattributen, kleding e.d. komen niet voor vergoeding in aanmerking.

Om welke bedragen gaat het dan?

Per aanvraag wordt maximaal € 1.000 vergoed. Voorzieningen die medisch nodig zijn en die niet aangeschaft zouden worden als er geen medische noodzaak voor zou zijn (bijvoorbeeld een gehoorapparaat), worden voor 80% van de voor eigen rekening komende kosten vergoed.

Gaat het om een voorziening die niet uitsluitend voor een medisch doel is bestemd (bijvoorbeeld een aan de handicap aangepaste stoel), dan wordt 50% van de voor eigen rekening komende kosten vergoed tot een maximum van € 1.000. Als ondergrens wordt € 25 gehanteerd. Bedragen onder de € 25 worden dus niet uitgekeerd.

VOORBEELD

ASF/Gezondheidszorg kent een vergoedingsregeling voor de eigen bijdrage van gehoorapparaten, die binnen uw indicatiecategorie vallen. U kunt daarom alleen een vergoeding bij ons aanvragen als uw gehoorapparaten gedeeltelijk worden vergoed door uw zorgverzekeraar. Komt een gedeelte van de kosten na vergoeding van uw zorgverzekeraar voor uw eigen rekening? In dat geval kunt u in aanmerking komen voor een vergoeding van 80% tot een maximum van € 1.000 vanuit het ASF/Gezondheidszorg.

2. GEBITSPROTHESEN

De vergoeding voor gebitsprothesen bedraagt 80% van de voor eigen rekening komende kosten, met een maximum van € 300 in totaal gedurende een

periode van telkens drie volle kalenderjaren, voor het eerst beginnend op 1 januari 2019. Het gaat niet alleen om uitneembare gebitsprothesen maar kronen, stifttanden, frameprothese en bruggen vallen hier ook onder. U kunt meerdere vergoedingen aanvragen tot het maximum van € 300 per persoon is bereikt. Bedragen onder de € 25 worden niet uitgekeerd.

3. DIEETKOSTEN

Kan ik voor de kosten van een dieet bij ASF/Gezondheidszorg terecht?

Ja, maar er gelden een paar voorwaarden:

1. Het dieet moet worden voorgeschreven door een arts en worden samengesteld door een diëtist, die voor u een dieetlijst heeft opgesteld.
2. De dieetlijst moet met het aanvraagformulier worden meegestuurd.
3. Het dieet moet voor u extra kosten meebrengen.

Aan de hand van de dieetlijst stelt onze medisch adviseur van het ASF/Gezondheidszorg vast of en in hoeverre het dieet kostenverhogend is. De dieetkosten waarvoor het fonds een vergoeding verstrekt hebben altijd betrekking op kostenverhogende diëten van mensen die op het gebied van voeding ernstige problemen hebben. Veelal gaat het hier om mensen met bepaalde voedselallergieën en mensen die lijden aan maag- en darmziekten.

Hoe hoog is de eventuele vergoeding?

Als een dieet voor meer dan € 95 per jaar kostenverhogend is dan kan voor het meerdere tot maximaal € 300 per jaar een vergoeding worden toegekend. Het drempelbedrag van € 95 betekent dat relatief minder dure diëten (van ongeveer € 2 per week) niet worden vergoed.

Hoe lang kan de vergoeding doorlopen?

Zolang het dieet medisch noodzakelijk en kostenverhogend blijft, kunt u een vergoeding aanvragen. De periode waarover u een vergoeding krijgt wordt vastgesteld door onze medisch adviseur. Als die termijn is verstreken, zal onze medische adviseur opnieuw vaststellen of het dieet nog steeds een medische noodzaak heeft.

Wat vergoedt ASF/Gezondheidszorg niet?

Er wordt geen vergoeding verstrekt voor consulten bij een diëtiste en diëten in verband met diabetes en afvallen.

VOORBEELD

Als uw dieet voor € 300 per jaar kostenverhogend is, krijgt u dus € 300 min € 95 (drempelbedrag) = € 205.

4. THUISZORG (GEZINS- EN PERSOONLIJKE VERZORGING)

Op 1 januari 2015 vervangt de nieuwe Wet langdurige zorg (Wlz) de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ).

De thuiszorg valt daarna onder de zorgverzekeringswet (Zvw) of Wet Langdurige Zorg (Wlz). Wilt u in aanmerking komen voor thuiszorg dan dient u zich eerst te melden bij de zorgverzekeraar of CIZ; zij bepalen de invulling. Aan gebruikers van thuiszorg wordt een inkomensafhankelijke eigen bijdrage in rekening gebracht.

Wanneer kan ik bij ASF/Gezondheidszorg een vergoeding aanvragen?

ASF/Gezondheidszorg kent een vergoedingsregeling voor thuiszorg. De vergoedingsregeling van ASF/Gezondheidszorg beperkt zich tot de eigen bijdrage die een deelnemer moet betalen voor medisch geïndiceerde thuiszorg (Wlz/ Zvw). ASF/Gezondheidszorg vergoedt 80% van die eigen bijdrage tot maximaal € 50 per week.

Overigens is een vergoeding van ASF/Gezondheidszorg uitgesloten:

- a. tijdens de eerste 10 dagen na een bevalling;
- b. wanneer de hulp wordt verleend door gezinsleden of personen die deel uitmaken van het huishouden;
- c. voor huishoudelijke hulp.
- d. begeleiding tijdens baden, wassen en aankleden e.d.
- e. particuliere hulp

Met **gezinsverzorging** wordt de verzorging van de kinderen bedoeld. Met persoonlijke verzorging de hulp aan gehandicapten en ouderen bij het baden, wassen en aankleden e.d. Begeleiding hiervan valt hier niet onder.

Hoe lang loopt een vergoeding?

Aan de hand van de indicatiestelling wordt vastgesteld gedurende welke periode thuiszorg vanuit medisch oogpunt noodzakelijk is. Gedurende een periode van 3 jaar kan een vergoeding worden verstrekt.

5. ALTERNATIEVE GENEESWIJZEN

Wat rekent ASF/Gezondheidszorg onder alternatieve geneeswijzen?

Voor de volgende alternatieve geneeswijzen kan een vergoeding in de kosten van consulten bij ASF/Gezondheidszorg worden aangevraagd:

1. acupunctuur
2. natuurgeneeswijze
3. homeopathie
4. antroposofie
5. chiropractie
6. manuele geneeskunde.

De vergoedingsregeling geldt alleen voor de consulten, dus niet voor medicijnen. Voor andere vormen van alternatieve geneeswijzen kent het fonds helaas geen vergoedingsregeling.

Hoe hoog is de vergoeding?

De vergoedingsregeling geldt voor de eerdergenoemde behandelmethoden en dan alleen voor het deel dat na vergoeding door de (aanvullende) zorgverzekering voor eigen rekening overblijft. Bij het indienen van een aanvraag is het noodzakelijk dat de afrekening of specificatie van de zorgverzekeraar wordt meegestuurd. De vergoeding bedraagt 80% tot maximaal € 300 per persoon per kalenderjaar.

En als de verzekeraar de behandeling niet vergoedt?

Als de zorgverzekeraar geen vergoeding verstrekt voor één van de genoemde vormen van alternatieve geneeswijzen kunt u alleen dán in aanmerking komen voor een vergoeding als de behandeling wordt verricht door een medicus die is aangesloten bij een door het fonds erkende beroepsvereniging van alternatieve artsen/therapeuten. De door ons erkende beroepsverenigingen kunt u terug vinden op onze internetsite www.grafimediafondsen.nl.

6. VERGOEDING BIJ GEZINSUITBREIDING



Wanneer kan deze vergoeding aangevraagd worden?

Bij de geboorte of adoptie van een kind kan een vergoeding aangevraagd worden bij het ASF/Gezondheidszorg. De aanvraag voor een vergoeding kan gedaan worden nadat de bevalling heeft plaatsgevonden of de adoptie volledig afgerond is. De aanvraag moet wel gebeuren binnen 12 maanden na afloop van het kalenderjaar waarin de bevalling of adoptie heeft plaatsgevonden.

Hoe hoog is de vergoeding?

Bij de geboorte of adoptie van een kind verstrekt het ASF/Gezondheidszorg een vaste vergoeding van € 150 per kind.

Wat is de vergoeding bij een twee- of drieling?

Bij de geboorte van een tweeling of adoptie van 2 kinderen wordt € 300 uitgekeerd en bij een drieling of adoptie van 3 kinderen € 450.

7. REISKOSTEN

In welke gevallen wordt er een vergoeding verstrekt in de reiskosten?

In de hierna vermelde gevallen kan door het fonds aan de deelnemer een vergoeding worden verstrekt voor reiskosten.

- a. Voor de door uw zorgverzekeraar opgelegde wettelijke eigen bijdrage voor reiskosten i.v.m. poliklinische bezoeken.
- b. Voor ziekenhuisbezoek. De afstand tussen uw woonadres en het ziekenhuis, verpleeghuis e.d. moet 10 kilometer of meer zijn, op basis van een enkele reisafstand. Tot 1 oktober 2018 gold een vergoeding indien de instelling buiten de eigen woonplaats lag. De verpleegperiode moet langer hebben geduurd dan één week (7 dagen).

Er kunnen maximaal drie bezoeken per week worden vergoed. Voor bezoek aan eigen kinderen die permanent in een verpleeghuis verblijven, geldt niet de voorwaarde dat voor hen kinderbijslag of studiefinanciering wordt ontvangen om voor vergoeding van reiskosten in aanmerking te komen.

Hoe hoog is de vergoeding?

De vergoeding moet worden gezien als een tegemoetkoming in de reiskosten. Van een volledige reiskostenvergoeding is dus geen sprake. De tegemoetkoming wordt berekend op basis van de fiscaal vrijgestelde reiskostenvergoeding per kilometer ongeacht de wijze van vervoer. Voor de vaststelling van het aantal kilometers maakt het fonds gebruik van gestandaardiseerde afstandstabellen waarmee de kilometerafstand wordt berekend.

8. VERPLEEGKOSTEN

Wanneer wordt er door het ASF/Gezondheidszorg een vergoeding verstrekt in de kosten van verpleging?

De vergoedingsregeling voor verpleegkosten is bedoeld om een deelnemer tegemoet te komen in de extra kosten die ontstaan als iemand tijdelijk moet worden opgenomen in een verpleeg- of ziekenhuis. Van extra kosten is sprake als men na opname in een verpleeghuis nog steeds beschikt over zelfstandige

huisvesting ten behoeve van de partner of (als er geen partner is) men de bedoeling heeft om na de verpleegperiode weer de zelfstandige huisvesting aan te vangen. In dat geval moet hij/zij een inkomensafhankelijke Wlzbijdrage betalen. Wlz staat voor Wet Langdurige Zorg. De Wlz noemt dit de 'lage' eigen bijdrage. Daarvoor kan gedurende maximaal drie jaar een vergoeding van 80% worden gegeven. Voor verpleegkosten die niet door de Wlz (bijv. bij herstellingsoorden) worden vergoed en die geheel of gedeeltelijk voor eigen rekening komen, kan een vergoeding in de voor eigen rekening komende verpleegkosten worden gegeven van 80% tot maximaal € 25 per dag. De periode waarover een vergoeding wordt verleend, wordt vastgesteld door onze medisch adviseur en geldt voor maximaal 1 jaar.

9. BIJZONDERE AANSCHAFFINGEN EN BIJZONDERE BEHANDELINGEN

Voor andere dan de in de brochure genoemde voorzieningen wordt geen vergoeding gegeven. Zijn er geen uitzonderingen denkbaar?

In bijzondere situaties kunt u toch een beroep doen op het fonds. Deze bijzondere situatie moet dan wel het gevolg zijn van een medische oorzaak. Het gaat dan vaak om zeer omvangrijke kosten. Met name moet hierbij worden gedacht aan voor eigen rekening komende kosten van aanschaf of indien van toepassing huur die verband houden met:

1. het geschikt maken van een auto voor invalidenvervoer;
2. specifieke gehandicapten-vervoermiddelen;
3. aanpassingen in en om de woning voor lichamelijk gehandicapten;
4. plastische chirurgische ingrepen waarbij als voorwaarde geldt dat een aanvraag om een vergoeding alleen in behandeling wordt genomen als vooraf goedkeuring is verleend door onze medisch adviseur;
5. kuurreizen die gemaakt worden op medisch advies en na goedkeuring door onze medisch adviseur.

De vergoeding door het fonds bedraagt ten hoogste 80% van de voor eigen rekening komende kosten tot een maximum van € 2.500. Uiteraard wordt verwacht dat eerst een beroep wordt gedaan op de zorgverzekeraar of de wettelijke voorzieningen, bijvoorbeeld de WMO (Wet Maatschappelijke Ondersteuning). Hiervoor moet u bij de gemeente zijn.

Wij verstrekken geen vergoeding als het bedrag van de vergoeding en/of het totaalbedrag van de huur minder dan € 115 bedraagt. Als u wordt geconfronteerd met omvangrijke kosten als gevolg van een bijzondere situatie en uw zorgverzekeraar of de gemeente heeft u niet of niet volledig kunnen helpen, dan is het raadzaam om hierover contact met ons op te nemen.

AANVRAGEN

HOE, WAT, WAAR, WANNEER

Hoe kunt u een vergoeding bij ASF/Gezondheidszorg aanvragen?

1. Voor het aanvragen van een vergoeding van ASF/Gezondheidszorg gaat u naar **www.grafimediafondsen.nl**. U kiest op de website de juiste rubriek, kijkt na of u voor een vergoeding in aanmerking komt en vult het aanvraagformulier in. Dat kunt u met de gevraagde stukken naar ons sturen per e-mail (ks.asf@grafimediafondsen.nl) of post.
2. Het kan ook **telefonisch** via telefoonnummer 020 5418112.
3. Of **schriftelijk**:
Algemeen Sociaal Fonds, t.a.v. afd. Klantenservice ASF/Gezondheidszorg,
Postbus 7855, 1008 CA Amsterdam

BELANGRIJK: mee sturen met uw aanvraag

Afrekening of specificatie van de zorgverzekeraar en kopie nota's

Om een juiste beoordeling te kunnen doen en vast te kunnen stellen welk bedrag ASF/Gezondheidszorg als vergoeding kan uitbetalen in de voor uw eigen rekening komende kosten, is het noodzakelijk dat wij een volledig overzicht hebben van de gemaakte kosten en de (eventuele) vergoedingen die u heeft ontvangen. Wij verzoeken u daarom altijd om de stukken op te sturen die gevraagd worden op het aanvraagformulier.

Verjaringstermijn

Om voor een vergoeding in aanmerking te komen moet de aanvraag binnen een termijn van 12 maanden na afloop van een jaar waarin de kosten zijn gemaakt bij het fonds worden ingediend.

Hoe zit het met de kosten in het buitenland?

De vergoedingsregelingen van het ASF/Gezondheidszorg sluiten aan op de regelingen die gelden in Nederland. Kosten die in het buitenland worden gemaakt komen niet voor vergoeding in aanmerking.

BIJLAGE

Overzicht van prothesen, hulpmiddelen en behandelingen waarvoor een vergoeding kan worden aangevraagd.

Hulpmiddelen

- elastische kousen (w.o. steunkousen, knie- en enkelband e.d.)
- pruik (bijvoorbeeld na chemotherapie)
- orthopedische corsetten
- orthopedische aanpassingen aan confectieschoenen zoals een hakverhoging
- orthopedische schoenen als de voor eigen rekening komende kosten hoger zijn dan de wettelijke opgelegde eigen bijdrage
- duurzame braille artikelen (meerkosten)

Gehoorhulpmiddelen

- gehoorapparaten
- andere hulpmiddelen voor slechthorenden

Voorzieningen in verband met de luchtwegen

- snörex (een hulpmiddel om snurken tegen te gaan) als dat geïndiceerd is door de KNO-arts

Hulpmiddelen voor de mobiliteit

- loophulpmiddelen (eigen bijdrage)
- rolstoelen (eigen bijdrage in het kader van WMO)
- aanpassingen aan vervoermiddelen (eigen bijdrage in het kader van WMO)
- aangepaste fietsen voor gehandicapten (eigen bijdrage in het kader van WMO)
- rollator

Voorzieningen in de woning

- speciaal bed (meerkosten)
- speciale stoel (meerkosten)
- orthopedisch rugkussen
- douchestoelen, douchesteunen (eigen bijdrage in het kader van WMO)

- toiletsteunen, toiletverhogers, toiletstoelen (eigen bijdrage in het kader WMO)
- revalidatiehulpmiddelen (eigen bijdrage in het kader van WMO)
- alarmeringssystemen voor lichamelijk en geestelijk gehandicapten, verkerende in een verhoogde risicosituatie

Behandelingen

- psychotherapie (behandelaar moet een BIG geregistreerde psycholoog/psychiater zijn)
- dyslexiebehandeling (als er sprake is van medische achtergrond)
- behandelingen in verband met huidziekten (psoriasis, eczeem, acne, e.d.)
- tandregulatie (orthodontie) voor personen tot en met 21 jaar
- podotherapeutische behandelingen (bijvoorbeeld steunzolen)
- parodontale behandelingen

Géén vergoeding wordt gegeven voor:

- brillen
- tandheelkundige hulp
- medicijnen
- fysiotherapie
- eigen risico van zorgverzekering
- kosten die gemaakt zijn in het buitenland
- eigen bijdrage orthopedische schoenen
- huishoudelijke hulp
- ziekenhuiskosten
- verlies of diefstal van hulpmiddelen
- en bedragen die lager zijn dan € 25

Voor de uitgebreide lijst van geen vergoedingen verwijzen wij u naar onze website **www.grafimediafondsen.nl**.

MEER INFORMATIE

Mocht u na het lezen van deze brochure nog vragen hebben, dan helpen wij u graag verder. Voor meer informatie kunt u terecht op onze website **www.grafimediafondsen.nl**.

U kunt ons ook bellen, e-mailen of schrijven. De afdeling Klantenservice ASF/Gezondheidszorg is iedere werkdag tussen 8.00 en 17.00 uur bereikbaar via 020 5418112 of via ks.asf@grafimediafondsen.nl.



Bezoekadres

Algemeen Sociaal Fonds
Zwaansvliet 3
1081 AP Amsterdam

Correspondentieadres

Algemeen Sociaal Fonds
Afdeling Klantenservice ASF/Gezondheidszorg
Postbus 7855
1008 CA Amsterdam
Telefoon: 020-5418112
Internet: www.grafimediafondsen.nl

RUIMTE VOOR AANTEKENINGEN

A series of horizontal dotted lines for taking notes.

ASF/GEZONDHEIDSZORG

Gezondheidszorgregelingen
voor werknemers in de grafimedia.