



másképp / mint mások

Önkéntes egészségpénztári belépési nyilatkozat

Egészségpénztár adatai

Bankszámlaszám 10918001-00000005-06060007 UniCredit Bank Hungary Zrt.	Pénztár tevékenységi engedély száma: PSZÁF/IV/294/2002, E 381 Pénztár adószáma: 18177734-1-42	Üzletkötő azonosító _____ Aranyponty azonosító _____
---	---	---

Pénztártag adatai (pénztártag tölti ki, nyomtatott betűkkel)

Név*	Születési (leánykori) neve*	
_____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____	
Születési helye*	Születési ideje*	
_____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____	
Anyja születési (leánykori) neve*	Neme* <input type="checkbox"/> férfi <input type="checkbox"/> nő	Állampolgársága*
_____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____
Adóazonosító jel* (Külföldi állampolgárság esetén a letelepedési, vagy munkavállalási engedély másolatát kérjük csatolni)	_____ _____ _____ _____ _____	
Állandó lakcím* (ir. szám, helység, út/utca, házszám, emelet, ajtó)	_____ _____ _____ _____ _____	
Levelezési cím, ha más, mint az állandó lakcím (ir. szám, helység, út/utca, házszám, emelet, ajtó)	_____ _____ _____ _____ _____	

Nem postai kapcsolattartásra vonatkozó adatok:

Vezetékes telefonszám _____ _____ _____ _____ _____	Fax _____ _____ _____ _____ _____
E-mail _____ _____ _____ _____ _____	Mobil telefonszám _____ _____ _____ _____ _____

Igénybe kívánom venni az elektronikus kommunikáció szolgáltatást, amelynek segítségével az Egészségpénztár által kiküldött adóigazolásokhoz, egyéni számlaértesítőkhoz elektronikus úton juthatok hozzá. Tudomásul veszem, hogy az itt megadott e-mail címemre küldött értesítést követően a fenti dokumentumokat a Pénztár által rendelkezésemre bocsátott személyes internetes felületemen keresztül, egyéni regisztrációt és azonosítást követően tölthetem le, továbbá azt, hogy az Egészségpénztár jelen regisztrációm feldolgozását követően ezen dokumentumokat elektronikus formában küldi meg részemre elektronikus aláírással és időbélyegzővel ellátva.

Tájékoztatom, hogy jelen nyilatkozat bármikor, ingyenesen visszavonható, és bármikor kérheti adóigazolásának vagy egyéni számlaértesítőjének papír alapú megküldését is. Erre vonatkozó kérelmét juttassa el a Pénztár székhelyére (1138 Budapest, Váci út 135-139.) postai úton küldött levél vagy az info.axa@axa.hu e-mail címre küldött elektronikus levél útján.

Azonosító okmány száma _____
Szem. igazolvány _____ Útlevél _____
Lakcímkártya száma (ha van) _____
Bankszámlaszám - ahová az elszámolásra benyújtott számlái ellenértékét kéri _____

Tagdíj

Kötelezettséget válllok az alább megjelölt tagdíj fizetésére, valamint arra, hogy a saját tagdíjrész és a munkáltatói tagdíjrész együttesen legalább eléri a mindenkor érvényes egységes tagdíj összegét.

Saját tagdíjrész _____ Ft/hó, vagy a havi munkabér _____ %-a
Munkáltatói tagdíjrész _____ Ft/hó, vagy a havi munkabér _____ %-a

Tagdíjfizetés gyakorisága: Havi Negyedéves Féléves Éves

Fizetési mód: Munkáltatói elszámolással Csekk (Pénztár küldi) Átutalással Csoportos beszedési megbízással

(Kérjük a megfelelő X-szel jelölje. Amennyiben a csoportos beszedési megbízás útján történő fizetést választja, szíveskedjen csatolni az ehhez szükséges kitöltött nyomtatványt, mely letölthető honlapunkról - www.axa.hu - vagy kérhető ügyfélszolgálatunkon.)

Szolgáltatásra jogosult közeli hozzátartozó és haláleseti kedvezményezett jelölése

Itt tüntetheti fel azon személyek adatait, akik az Ön jogán jogosultak egyéni számlája terhére szolgáltatást igényelni a Pénztártól, valamint itt nevezheti meg a haláleseti kedvezményezett(ek)et. Közeli hozzátartozók a Ptk. 685.§ b.) pontja alapján a házastárs, a bejegyzett élettárs, az egyeneságbeli rokon, az örökbefogadott, a mostoha- és nevelt gyermek, az örökbefogadó-, a mostoha- és a nevelőszülő, valamint a testvér. Haláleseti kedvezményezettként bárki szabadon megjelölhető.

1. Hozzátartozó neve

Születési (leánykori) neve

Születési helye

Születési ideje

Adóazonosító jele

Neme

Hozzátartozói minőség

férfi nő

Állandó lakcím (ir. szám, helység, út/utca, hászám, emelet, ajtó)

A hozzátartozó jogosult a pénztárhoz egyéni számlája terhére egészségpénztári szolgáltatást igénybe venni (Kérjük szíveskedjen X-szel jelölni.)

igen

nem

A hozzátartozó a pénztárhoz halála esetén az egészségpénztári számlán lévő összeg örököse, azaz haláleseti kedvezményezett. (Kérjük szíveskedjen X-szel jelölni.)

igen, a jogosultság aránya ____ %

nem

(Több kedvezményezett esetén a jogosultsági arányok összegének 100%-ot kell eredményeznie.)

2. Hozzátartozó neve

Születési (leánykori) neve

Születési helye

Születési ideje

Adóazonosító jele

Neme

Hozzátartozói minőség

férfi nő

Állandó lakcím (ir. szám, helység, út/utca, hászám, emelet, ajtó)

A hozzátartozó jogosult a pénztárhoz egyéni számlája terhére egészségpénztári szolgáltatást igénybe venni (Kérjük szíveskedjen X-szel jelölni.)

igen

nem

A hozzátartozó a pénztárhoz halála esetén az egészségpénztári számlán lévő összeg örököse, azaz haláleseti kedvezményezett. (Kérjük szíveskedjen X-szel jelölni.)

igen, a jogosultság aránya ____ %

nem

(Több kedvezményezett esetén a jogosultsági arányok összegének 100%-ot kell eredményeznie.)

3. Hozzátartozó neve

Születési (leánykori) neve

Születési helye

Születési ideje

Adóazonosító jele

Neme

Hozzátartozói minőség

férfi nő

Állandó lakcím (ir. szám, helység, út/utca, hászám, emelet, ajtó)

A hozzátartozó jogosult a pénztárhoz egyéni számlája terhére egészségpénztári szolgáltatást igénybe venni (Kérjük szíveskedjen X-szel jelölni.)

igen

nem

A hozzátartozó a pénztárhoz halála esetén az egészségpénztári számlán lévő összeg örököse, azaz haláleseti kedvezményezett. (Kérjük szíveskedjen X-szel jelölni.)

igen, a jogosultság aránya ____ %

nem

(Több kedvezményezett esetén a jogosultsági arányok összegének 100%-ot kell eredményeznie.)

Tanúk:

Haláleseti kedvezményezett megjelöléséhez 2 tanú aláírása szükséges! A tanúk aláírása nélkül a jelölés nem fogadható el! (A szolgáltatásra jogosult hozzátartozók jelölése tanúk aláírása nélkül is érvényes.)

1. Név: _____ 2. Név: _____

Lakcím: _____ Lakcím: _____

Aláírás: _____ Aláírás: _____

Adatközlés célja

- Egészségpénztárba első ízben történő belépés Más egészségpénztárból történő átlépés

Átadó pénztár neve, címe (ir. szám, helység, út/utca, hászám, emelet, ajtó)

A szabad pénztárválasztás jogának ismeretében kijelentem, hogy tagja kívánok lenni az AXA Önkéntes Egészségpénztárnak (továbbiakban: Egészségpénztár). Az Egészségpénztár alapszabályát, a tagokra vonatkozó szabályokat, kötelezettségeket ismerem, magamra nézve kötelezően elfogadom. Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy az általam közölt adatok a valósággal egyezők. Hozzájárulok, hogy személyes adataimat az Egészségpénztár tevékenysége keretében felhasználja. Kötelezettséget vállalok arra, hogy az előzőekben megadott adatok változását 5 napon belül az Egészségpénztárnak írásban bejelentem. Tudomásul veszem, hogy az ennek elmulasztásából eredő károkért az Egészségpénztár nem tartozik felelősséggel.

Dátum

Pénztártag aláírása*

Munkáltató adatai (munkáltató tölti ki, ha valamilyen módon részt vesz az utalásban)

Munkáltató neve

Adószáma

Kapcsolattartó neve

Telefonszáma

Munkáltató címe (ir. szám, helység, út/utca, hászám, emelet, ajtó)

Dátum

aláírás

SMS regisztráció

SMS küldő szolgáltatásunk segítségével bármikor lekérdezheti aktuális egyenlegét, és számos egészségpénztári számlájával kapcsolatos dologról érdeklődhet SMS-ben. Részletes tájékoztatás a kitöltési útmutatóban található.

Az AXA Egészségpénztár SMS küldő szolgáltatását (Kérjük a megfelelő X-szel jelölje.)

igénybe kívánom venni

nem kívánom igénybe venni

Tudomásul veszem, hogy az Egészségpénztár az értesítéseket kizárólag a jelen nyilatkozatban általam megadott alábbi belföldi telefonszámra küldi:

E-mail küldő szolgáltatás regisztráció

Igénybe kívánom venni az e-mail küldő szolgáltatást, amelynek segítségével az Egészségpénztár naprakész tájékoztatást nyújt számomra az egyéni számlámon történt eseményekről: jóváírásokról, beérkezett és kifizetett számláiról, az Egészségpénztár híreiről, akcióiról, valamint arról is, ha valamely számlám elszámolása, kifizetése akadályba ütközik (pl. hiányzó orvosi javaslat, stb. esetén).

Záradék (pénztár tölti ki)

Az AXA Önkéntes Egészségpénztár a belépést elfogadja.

A tag pénztári nyilvántartási száma

A pénztárba való felvétel dátuma

Egészségpénztár cégszerű aláírása

Nyilatkozat

Kifejezetten hozzájárulok ahhoz, hogy – írásbeli eltérő rendelkezésem hiányában – az általam rendelkezésre bocsátott, a személyes adatok védelméről és a közérdekű adatok nyilvánosságáról szóló 1992. évi LXIII. törvény szerinti személyes adataimat, valamint az Önkéntes Kölcsönös Biztosító Pénztárakról szóló 1993. évi XCVI. törvény (Öpt.) szerint pénztártitoknak minősülő adataimat/adatokat az AXA csoport Magyarország: az AXA Bank Europe SA Magyarországi Fióktelepe, az AXA Biztosító Zrt., az AXA Önkéntes és Magánnyugdíjpénztár, a Premium Magánnyugdíjpénztár, az AXA Önkéntes Egészségpénztár, az AXA Magyarország Befektetési Alapkezelő Zrt., az AXA Szolgáltató Kft., az AXA Személyes Pénzügyek Tanácsadó Kft., valamint a felsorolt társaságok tulajdonában álló értékesítési tevékenységet [a hitelintézetekről és a pénzügyi vállalkozásokról szóló 1996. évi CXII. törvény (Hpt.) 3. § (1) bekezdés h) pont és Hpt. 2. számú melléklet I. fejezet 12. pont szerinti ügynöki tevékenység; a biztosítókról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény (Bit.) 33. § (1) bekezdés szerinti biztosításközvetítői tevékenység; a magánnyugdíj- és a magánnyugdíjpénztárakról szóló 1997. évi LXXXII. törvény (Mpt.) 22/A. §-a szerinti tagszervezés; az Önkéntes Kölcsönös Biztosító Pénztárakról szóló 1993. évi XCVI. törvény (Öpt.) 11/A. §-a szerinti tagszervezés] végző társaságok egységes nyilvántartással kezeljék, feldolgozzák, azokat értékesítés és marketing, valamint promóciós és kockázatelemzési célra felhasználják az ezekhez szükséges mértékben, továbbá, hogy kizárólag e célból a velem szerződésben álló harmadik fél részére átadják. Továbbá hozzájárulok ahhoz, hogy személyes adataimat kizárólag számítástechnikai eszközzel végrehajtott, automatizált adatfeldolgozással történő értékeléshez is felhasználják. Kijelentem, hogy jelen nyilatkozatban az adatok átadására, kezelésére adott felhatalmazásom önkéntesen történt, megfelelő tájékoztatáson alapul és tudomással bírok arról, hogy az erre vonatkozó hozzájárulás bármikor visszavonható az alábbi elérhetőségeken:

Cím: 1138 Budapest, Váci út 135-139.

Fax: 06 1 465 65 99

Telefon: 06 40 30 30 30

E-mail: info.axa@axa.hu

Dátum

Pénztártag

AXA Pajzs I. nyilatkozat

Nyilatkozom, hogy az Egészségpénztár által létrehozott AXA Pajzs I. Szolidáris Alapba az egyéni számlám fedezeti alapján rendelkezésre álló egyenlemből a nyilatkozat beérkezését követő hónaptól havonta 1 250 Ft-ot, azaz egyezerkettőszázötven forintot az AXA Önkéntes Egészségpénztár a szolidáris alapba átcsoportosítson. Tudomásul veszem, hogy az elkülönített összegeket a mindenkor hatályos Szolgáltatási Szabályzatban megfogalmazott feltételek szerint vehetem igénybe az abban meghatározott szolgáltatásokra.

Jelen nyilatkozat az általam történő visszavonásig, illetve az egészségpénztári tagsági jogviszonyom megszűnéséig érvényes.

Dátum

Aláírás

AXA Pajzs II. nyilatkozat

Nyilatkozom, hogy az Egészségpénztár által létrehozott AXA Pajzs II. Szolidáris Alapba az egyéni számlám fedezeti alapján rendelkezésre álló egyenlemből a nyilatkozat beérkezését követő hónaptól havonta 5 750 Ft-ot, azaz ötezer hétszázötven forintot az AXA Önkéntes Egészségpénztár a szolidáris alapba átcsoportosítson. Tudomásul veszem, hogy az elkülönített összegeket a mindenkor hatályos Szolgáltatási Szabályzatban megfogalmazott feltételek szerint vehetem igénybe az abban meghatározott szolgáltatásokra. Jelen nyilatkozat az általam történő visszavonásig, illetve az egészségpénztári tagsági jogviszonyom megszűnéséig érvényes.

Dátum

Aláírás

AXA Pajzs III. nyilatkozat

Nyilatkozom, hogy az Egészségpénztár által létrehozott AXA Pajzs III. Szolidáris Alapba az egyéni számlám fedezeti alapján rendelkezésre álló egyenlemből a nyilatkozat beérkezését követő hónaptól havonta 17 250 Ft-ot, azaz tizenhétezer kettőszázötven forintot az AXA Önkéntes Egészségpénztár a szolidáris alapba átcsoportosítson. Tudomásul veszem, hogy az elkülönített összegeket a mindenkor hatályos Szolgáltatási Szabályzatban megfogalmazott feltételek szerint vehetem igénybe az abban meghatározott szolgáltatásokra. Jelen nyilatkozat az általam történő visszavonásig, illetve az egészségpénztári tagsági jogviszonyom megszűnéséig érvényes.

Dátum

Aláírás

AXA Ezüst Lépéselőny nyilatkozat

Nyilatkozom, hogy az Egészségpénztár által létrehozott AXA Ezüst Lépéselőny Szolidáris Alapba az egyéni számlám fedezeti alapján rendelkezésre álló egyenlemből a nyilatkozat beérkezését követő hónaptól havonta 1 500 Ft-ot, azaz ezerötven forintot az AXA Önkéntes Egészségpénztár a szolidáris alapba átcsoportosítson. Tudomásul veszem, hogy az elkülönített összegeket a mindenkor hatályos Szolgáltatási Szabályzatban megfogalmazott feltételek szerint vehetem igénybe az abban meghatározott szolgáltatásokra. Jelen nyilatkozat az általam történő visszavonásig, illetve az egészségpénztári tagsági jogviszonyom megszűnéséig érvényes.

Dátum

Aláírás

AXA Arany Lépéselőny nyilatkozat

Nyilatkozom, hogy az Egészségpénztár által létrehozott AXA Arany Lépéselőny Szolidáris Alapba az egyéni számlám fedezeti alapján rendelkezésre álló egyenlemből a nyilatkozat beérkezését követő hónaptól havonta 3 000 Ft-ot, azaz háromezer forintot az AXA Önkéntes Egészségpénztár a szolidáris alapba átcsoportosítson. Tudomásul veszem, hogy az elkülönített összegeket a mindenkor hatályos Szolgáltatási Szabályzatban megfogalmazott feltételek szerint vehetem igénybe az abban meghatározott szolgáltatásokra. Jelen nyilatkozat az általam történő visszavonásig, illetve az egészségpénztári tagsági jogviszonyom megszűnéséig érvényes.

Dátum

Aláírás

Nyilatkozat a 24 órás Orvosi Call Center és a Nemzetközi Orvosi Szakvélemény igénybevételére

A jelen Nyilatkozat aláírásával kijelentem, hogy igénybe kívánom venni az AXA Szolgáltató Kft. Orvosi Call Center és a Nemzetközi Orvosi Szakvélemény szolgáltatását. Kijelentem, hogy az Orvosi Call Center Szolgáltatási Feltételeit, valamint a Nemzetközi Orvosi Szakvélemény Szolgáltatási Feltételeit a jelen Nyilatkozat aláírását megelőzően megismertem, az abban foglalt rendelkezéseket magamra nézve kötelezőnek fogadom el. Tudomásul veszem, hogy az Orvosi Call Center, valamint a Nemzetközi Orvosi Szakvélemény szolgáltatásokat kizárólag együttesen vehetem igénybe. A szolgáltatások ellenértéke a Nyilatkozat aláírásakor 480 Ft/hó. Tudomásul veszem, hogy az AXA Szolgáltató Kft. a szolgáltatások havi díját jogosult – előzetes tájékoztatásomat követően – egyoldalúan megváltoztatni. A Nemzetközi Orvosi Szakvélemény a hatodik hónaptól korlátozások (önrész) nélkül vehető igénybe. Egyúttal felhatalmazom az AXA Önkéntes Egészségpénztárt, hogy az AXA Szolgáltató Kft. megkeresése alapján a szolgáltatások havi díjának összegét egészségpénztári számlámon havonta zárolja, és kifizesse.

Jelen Nyilatkozat az általam történő visszavonásig, illetve az egészségpénztári tagsági jogviszonyom megszűnéséig érvényes.

Dátum

Aláírás

Tisztelt Leendő Pénztártagunk!

Kérjük, hogy mielőtt kitölti a belépési nyilatkozatot, szíveskedjen figyelmesen elolvasni kitöltési útmutatónkat, mely fontos tudnivalókat tartalmaz az Ön számára. Kérjük, ügyeljen a nyilatkozat pontos és olvasható kitöltésére. A *-gal jelölt adatok megadása kötelező, ezek hiányában a belépési nyilatkozat nem fogadható el, és így az Egészségpénztárba történő belépése sem lehetséges.

1. Az egészségpénztári tagság feltételei

Az AXA Egészségpénztárnak (a továbbiakban Egészségpénztár) tagja lehet az a természetes személy, aki 16. életévét betöltötte, az Alapszabály rendelkezéseit magára nézve kötelezőnek ismeri el és tagdíjfizetést vállal.

2. Tagdíjfizetés

Egészségpénztárunk (havi) alaptagdíja 2 000 Ft, azaz legalább ennek az összegnek a megfizetését kell a pénztártagnak vállalnia. Ez lehet egyéni – azaz a pénztártag adózott (nettó) jövedelméből teljesített – befizetés, vagy a munkáltató által nyújtott béren kívüli juttatás (pl. vállalati cafeteria rendszeren belül). Az egyéni befizetések után szja-kedvezmény érvényesíthető az alábbiak szerint:

- a nettó jövedelemből fizetett tagdíj, az eseti befizetések, és a kapott adomány együttes összege után 30%-os szja-kedvezmény vehető igénybe, melynek maximális mértéke évi 100 000 Ft. Azon pénztártagok esetében, akik 2020. január 1-je előtt töltik be az öregségi nyugdíjkorhatárt, maximum évi 130 000 Ft,
- aki az egészségpénztáron túl önkéntes nyugdíjpénztárnak is tagja, maximum évi 120 000 Ft szja-kedvezmény vehető igénybe. Amennyiben 2020. január 1-je előtt betöltik az öregségi nyugdíjkorhatárt, maximális adó-visszatérítés összege évi 150 000 Ft. Az szja-visszatérítés összegét az APEH a pénztártag által az adóbevallásában megadott önkéntes pénztári számlájára utalja vissza.

Amennyiben a tagdíjfizetést teljes egészében a munkáltató vállalja át, a saját tagdíjrész megadására vonatkozó rovatot nem kell kitölteni. A munkáltató által fizetett tagdíj után szja-kedvezmény nem érvényesíthető.

A béren kívüli juttatásként fizetett tagdíjat abban az esetben tudjuk jóváírni a pénztártag egyéni számláján, amennyiben a munkáltató és Egészségpénztárunk között munkáltatói szerződés van érvényben. A szerződés-tervezet letölthető honlapunkról (www.axa.hu) vagy ügyfélszolgálatunktól igényelhető.

A munkáltató adatainak megadása csak abban az esetben szükséges, ha a munkáltató valamilyen módon részt vesz a tagdíjfizetés teljesítésében, azaz ha a munkáltató béren kívüli juttatásként fizeti az egészségpénztári tagdíjat, vagy ha a munkavállaló pénztártag megbízza a munkáltatót, hogy az egyéni tagdíjként vállalt összeget nettó munkabéréből levonja és az Egészségpénztár számlájára átutalja.

3. Szolgáltatásra jogosult közeli hozzátartozók és haláleseti kedvezményezettek

A pénztártag egyéni egészségpénztári számlájának terhére az általa megjelölt közeli hozzátartozók is igénybe vehetnek egészségpénztári szolgáltatásokat. A hozzátartozók adatait a belépési nyilatkozaton vagy a későbbiekben az e célra szolgáló „Szolgáltatásra jogosult közeli hozzátartozó(k) és haláleseti kedvezményezett(ek) jelölése” elnevezésű nyomtatványunkon lehet megadni. (A nyomtatvány letölthető honlapunkról vagy ügyfélszolgálatunkon igényelhető. Közeli hozzátartozónak a Ptk. 685.§ b.) pontja alapján a házastárs, a bejegyzett élettárs, az egyeneságbeli rokon, az örökbefogadott, a mostoha- és nevelt gyermek, az örökbefogadó-, a mostoha- és a nevelőszülő, valamint a testvér minősül. (Nem jelölhető tehát após, anyós, sógor, unokatestvér, stb.) Lehetőség van haláleseti kedvezményezett jelölésére is, aki a pénztártag halála esetén az egészségpénztári számlán lévő összegre jogosulttá válik. Haláleseti kedvezményezettként a pénztártag bárkit megjelölhet, nem csak közeli hozzátartozókat.

A haláleseti kedvezményezett jelölése csak abban az esetben érvényes, ha a nyilatkozaton két tanú aláírása is szerepel.

4. SMS-küldő szolgáltatás

Amennyiben regisztrál SMS-küldő szolgáltatásunkra, a hét bármely napján lekérdezheti egyenlegét SMS-ben, illetve választ kaphat egészségpénztári számlája alakulásával kapcsolatos kérdéseire.

AMIT MEGTUDHAT	AZ ELKÜLDENDŐ SMS SZÖVEGE
Aktuális egyenlege	EGYENLEG vagy röviden EGY
Az egészségpénztári számlájára érkezett utolsó befizetés időpontja és összege	UTBEFIZETES
Az Ön által benyújtott készpénzes számlák alapján utoljára teljesített kifizetés időpontja és összege	UTKIFIZETES
Az Ön számláján lévő utolsó zárolás összege	UTZAROLAS
Az Ön számláján lévő valamennyi zárolás együttes összege	ZAROLASOK
Az adott évben teljesített egyéni befizetései együttes összege	EGYENIBEFIZ
Az adott évben Ön által igénybe vehető adókedvezmények	ADOKEDV
Az adott évben teljesített jogosulatlan kifizetések összege	JOGOSULATLAN
Az adott évben Ön által gyógyüdülésre igénybe vett összeg	GYOGYUDULES
Segítség	HELP

Valamennyi üzenetet a +36 30 3444 550-es telefonszámra kell elküldenie. Amennyiben Ön regisztrált pénztártagunk, az SMS elküldését követően hamarosan válasz SMS-t küldünk az Ön által feltett kérdésre.

Egészségpénztárunk csak a regisztrációkor megadott telefonszámról érkező üzeneteket tudja fogadni, illetve csak erre a telefonszámra tud üzenetet küldeni. Felhívjuk szíves figyelmét arra is, hogy – mivel ez a szolgáltatás automatizált – csak a fent leírt formátumokban kért válaszokat tudja megküldeni. Ha a fentiek közül Ön több kérdésre is választ szeretne kapni, valamennyi kérdést külön SMS-ben kell feltennie.

5. Kapcsolat

Kérjük, hogy amennyiben módjában áll, szíveskedjen figyelemmel kísérni honlapunkat (www.axa.hu), ahol számos, Egészségpénztárunkkal kapcsolatos információt ismerhet meg. Megtalálhatja többek között Egészségpénztárunk általános tájékoztató anyagait, Alapszabályunkat és függelékeit, így a Szolgáltatási szabályzatunkat, Kárt yahasználati szabályzatunkat, valamint szerződött szolgáltató partnereink listáját. Az egyenlegkérdéző menüpontban előzetes regisztrációt követően teljes és részletes számlatörténetét is megtekintheti. Amennyiben kérdése merül fel, hívja bizalommal ügyfélszolgálatunkat a 06 40 30 30 30-as telefonszámon vagy írjon e-mailt az info.axa@axa.hu e-mail címre.

Bízunk benne, hogy hamarosan Önt is Egészségpénztárunk tagjai között üdvözölhetjük!