

EP001 Önkéntes egészségpénztári belépési nyilatkozat

1. Egészségpénztár adatai

1.1 Egészségpénztár adatai

Bankszámlaszám

10918001-00000005-06060007

UniCredit Bank Hungary Zrt.

Pénztár tevékenységi engedély száma:

PSZÁF/IV/294/2002, E 381

Pénztár adószáma: 18177734-2-42

1.2 Azonosítók

Üzletkötő azonosító

2. Pénztártag adatai (pénztártag tölti ki, nyomtatott betűkkel)

2.1 Név* (a személyi azonosító okmányon szereplő előnév, családi név, utónév)

2.2 Születési név*

2.3 Születési hely*

2.4 Születési dátum*

2.5 Anyja születési neve*

2.6 Adóazonosító jel*

2.7 Neme*

 férfi nő

2.8 Állampolgársága*

(Külföldi állampolgárság esetén a letelepedési, vagy munkavállalási engedély másolatát kérjük csatolni)

2.9 Állandó lakcím* (irányítószám, település, közterület, házszám, emelet, ajtó)

2.10 Levelezési cím (irányítószám, település, közterület, házszám, emelet, ajtó)

2.11 Telefonszám

2.12 Fax

2.13 Mobiltelefonszám

2.14 E-mail cím

2.15 Személyazonosító okmány típusa* (Kérjük, csak egyet jelöljön meg!)

 Régi típusú személyi igazolvány Új típusú személyi igazolvány Útleveél Új típusú vezetői engedély Személyazonosságot igazoló hatósági igazolvány

2.16 Személyazonosító okmány száma*

2.17 Lakcímkártya száma*

 Nem rendelkezem lakcímkártyával

2.18 Bankszámlaszám

 - -

A bankszámlaszám megadására az elszámolni kívánt készpénzes számlák ellenértékének átutalásához van szükség.

3. Tagdíj

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

3.1 Saját tagdíja a munkabérének hány %-a vagy mekkora összeg (Ft)?

 % Ft/hó

3.2 Munkáltató tagdíja a munkabérének hány %-a vagy mekkora összeg (Ft)?

 % Ft/hó

3.3 Tagdíjfizetés gyakorisága

 Havi Negyedéves Féléves Éves

3.4 Tagdíjfizetés módja

 Munkáltatói elszámolással Csekk (Pénztár küldi) Átutalással Csoportos beszedés

(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.)

a *-gal jelölt mezők kitöltése kötelező

4. 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 továbbá az élettárs. Haláleseti kedvezményezettként bárki szabadon megjelölhető.

4.1 Első hozzátartozó adatai (Szolgáltatásra jogosult közeli hozzátartozó és haláleseti kedvezményezett jelölése)

Hozzátartozó neve

Születési név

Születési hely

Születési dátum

Adóazonosító jel

Neme

férfi nő

Hozzátartozói minőség

Állandó lakcím (irányítószám, település, közterület, házszám, emelet, ajtó)

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

Igen nem

A hozzátartozó a pénztárat 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.)

4.2 Második hozzátartozó adatai (Szolgáltatásra jogosult közeli hozzátartozó és haláleseti kedvezményezett jelölése)

Hozzátartozó neve

Születési név

Születési hely

Születési dátum

Adóazonosító jel

Neme

férfi nő

Hozzátartozói minőség

Állandó lakcím (irányítószám, település, közterület, házszám, emelet, ajtó)

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

Igen nem

A hozzátartozó a pénztárat 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.)

4.3 Harmadik hozzátartozó adatai (Szolgáltatásra jogosult közeli hozzátartozó és haláleseti kedvezményezett jelölése)

Hozzátartozó neve

Születési név

Születési hely

Születési dátum

Adóazonosító jel

Neme

férfi nő

Hozzátartozói minőség

Állandó lakcím (irányítószám, település, közterület, házszám, emelet, ajtó)

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

Igen nem

A hozzátartozó a pénztárat 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.)

Haláleseti kedvezményezett megjelöléséhez a belépési nyilatkozat 4. oldalának alján 2 tanú aláírása szükséges! A tanúk aláírása nélkül a jelölés nem fogadható el! (A szolgáltatásra jogosult hozzátartozók jelölése tanúk aláírása nélkül is érvényes.)

5. Adatközlés célja

Egészségpénztárba első ízben történő belépés Más egészségpénztárból történő átlépés

5.1 Átadó pénztár adatai

Átadó pénztár neve

Címe (ir. szám, helység, út/utca, házszám, emelet, ajtó)

5.2 Nyilatkozat

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 károkról az Egészségpénztár nem tartozik felelősséggel.

5.3 Aláírás

Település

Dátum

Pénztártag saját kezű aláírása*

6. Azonosítási nyilatkozat

A pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló 2007. évi CXXXVI. törvény alapján büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy az AXA Egészségpénztár felé tett nyilatkozatot saját nevemben más nevében teljesítem

6.1 Név

6.2 Adószám

6.3 Aláírás

Település

Dátum

Belépő aláírása*

Az alábbi adatmezőket az üzletkötő tölti ki!

Alulírott üzletkötő igazolom, hogy a Belépőnek a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló 2007. évi CXXXVI. törvény alapján történő azonosítását elvégeztem, a Pénztárba Belépő jelen Belépési nyilatkozatban közölt adatai az azonosító okmányban foglaltaknak megfelelnek. nem végeztem el.

6.4 Üzletkötő neve

6.5 Üzletkötő Kódja

6.6 Aláírás

Település

Dátum

Üzletkötő aláírása (Azonosítás esetén kötelezően kitöltendő!)

7. Munkáltató adatai

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

7.1 Munkáltató neve

7.2 Adószáma

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

7.4 Aláírás

Település

Dátum

Aláírás

a *-gal jelölt mezők kitöltése kötelező jelölt mezők kitöltése kötelező

8. Nyilatkozatok

8.1 SMS regisztrációs nyilatkozat

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 igénybe kívánom venni nem kívánom igénybe venni (Kérjük a megfelelő X-szel jelölje.)

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

8.2 Elektronikus kommunikáció nyilatkozat

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

csak elektronikus úton kérem papír alapon és elektronikus úton is kérem

Ezen kívüli 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 számla elszámolása, kifizetése akadályba ütközik (pl. hiányzó orvosi javaslat, stb. esetén).

Tájékoztatjuk, 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.

Tudomásul veszem, hogy az Egészségpénztár az értesítéseket (regisztrációm esetleges módosításáig) kizárólag a jelen nyilatkozatban megadott email címre küldi.

8.2.1 Email cím (ahová kérem, hogy a különböző értesítéseket küldjék)
8.3 Ügyfélklub regisztráció

Ezúton nyilatkozom, hogy be kívánok lépni az Ügyfélklubba, annak szabályzatát megismertem és a mindenkor szabályzatot magamra nézve kötelezőnek fogadom el.

8.4 Adatkezelési 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, 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 (Bt.) 33. § (1) bekezdés szerinti biztosításközvetítói tevékenység; a magánnyugdíjról 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 vele 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 1 413 51 01 | Telefon: 06 40 30 30 30 | E-mail: info.axa@axa.hu

8.5 AXA Pajzs I. nyilatkozat

Nyilatkozom, hogy az Egészségpénztár által létrehozott AXA Pajzs I. Szolidáris Alapba az egyéni számlám fedezeti alapján rendelkezésre álló egyenlegről 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.

8.6 AXA Pajzs II. nyilatkozat

Nyilatkozom, hogy az Egészségpénztár által létrehozott AXA Pajzs II. Szolidáris Alapba az egyéni számlám fedezeti alapján rendelkezésre álló egyenlegről a nyilatkozat beérkezését követő hónaptól havonta 6 500 Ft-ot, azaz hatezer-ötszáz 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.

8.7 AXA Pajzs III. nyilatkozat

Nyilatkozom, hogy az Egészségpénztár által létrehozott AXA Pajzs III. Szolidáris Alapba az egyéni számlám fedezeti alapján rendelkezésre álló egyenlegről a nyilatkozat beérkezését követő hónaptól havonta 12 500 Ft-ot, azaz tizenkettőezer-ötszáz 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.

8.8 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 szolgáltatás a hatodik hónaptól korlátozások (önrész) nélkül vehető igénybe. Együttal 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.

8.9 Aláírás

Település

Dátum

Aláírás

9. Tanúk általi hitelesítés (magyar állampolgár)**9.1 Első tanú teljes neve**

9.2 Első tanú állandó lakcíme

9.3 Első tanú személyi igazolványának száma

9.4 Első tanú aláírása

9.5 Második tanú teljes neve

9.6 Második tanú állandó lakcíme

9.7 Második tanú személyi igazolványának száma

9.8 Második tanú aláírása

Ellenőrzés: az alábbi adatmezőket a Pénztár tölti ki.

A tag pénztári nyilvántartási száma

A pénztárba való felvétel dátuma

 Az AXA Önkéntes Egészségpénztár a belépést elfogadja

Egészségpénztár cégszerű aláírása

Kitöltési útmutató

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.

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.

Tagdíjfizetés

Egészségpénztárunk (havi) alaptagdíja 2 000 Ft, azaz legalább ennek az összegnek a megfizetését kell a pénztárnak 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 20%-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-kedvezményt érvényesíthet. Amennyiben 2020. január 1-je előtt betölti az öregségi nyugdíjkorhatárt, maximális adó-visszatérítés összege évi 150 000 Ft.
- Az szja-visszatérítés összegét a NAV a pénztártag által az adóbevallásában megadott önkéntes pénztári számlára 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.

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 továbbá az élettárs 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.

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

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 telefonszámra 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.

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 függelékait, így a Szolgáltatási szabályzatunkat, Kártváhasználati szabályzatunkat, stb. Egészségportálunkon (www.egeszseg-portal.hu) megtekintheti szerződött szolgáltató partnereinket, ugyanitt az Egyenleg menüpontban (előzetes regisztrációt követően) részletes számlatörténetét is nyomon követheti.

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!

AXA Önkéntes Egészségpénztár