

## MEGHATALMAZÁS

Alulírott ..... (név) (születési név: ....., születési idő:  
....., TAJ azonosító: ....., lakcím:  
.....), mint meghatalmazó ezúton

### meghatalmazom

..... (név) (születési név: ....., születési hely és idő:  
....., anyja neve: ....., lakcím:  
....., a továbbiakban: meghatalmazott), hogy a **Medicare  
Biztosító Zrt.** (székhely: 1134 Budapest, Váci út 29-31., cégjegyzékszám: 01 10 142557,  
továbbiakban: Biztosító) és/vagy a **Medicare Egészségközpont Zártkörűen Működő  
Részvénytársaság** (székhely: 1134 Budapest, Váci út 29-31., cégjegyzékszám: 01 10  
042382) előtt panaszügyem tekintetében a nevemben és képviselőtemben eljárjon,  
nyilatkozatokat tegyen.

Nyilatkozom, hogy a panaszválasz a meghatalmazott személlyel közölhető.

Jelen meghatalmazás visszavonásig / ..... (dátum) napjáig érvényes. (kérjük, a  
megfelelőt rögzíteni)

Kelt: .....

---

Meghatalmazó

aláírás

Előttünk, mint tanúk előtt:

Név:

Név:

Lakcím:

Lakcím:

Aláírás:

Aláírás: