

PLNÁ MOC

Já, níže podepsaný

Jméno a příjmení:	
Datum narození:	
Bytem (adresa v ČR): ulice :	č.
Obec:	

(dále také „**zmocnitel**“ nebo „**pojištěný**“)

tímto zplnomocňuji

Jméno a příjmení:	
Datum narození:	
Bytem (adresa v ČR): ulice :	č.
Obec:	

(dále také „**zmocněnec**“ nebo „**pojistník**“)

aby, jako pojistník, u Pojišťovny VZP, a.s., se sídlem Lazarská 1718/3, 110 00 Praha 1, IČO: 27116913 zapsaná v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze pod sp. zn. B 9100 , uzavřel pro mě, jako pojištěného, pojistnou smlouvu na
(*uved'te název pojištění*), přičemž zmocněnec je pro tyto účely detailně informován o mém zdravotním stavu.

V dne20....

.....
Zmocnitel (podpis)

Shora uvedenou plnou moc v dne 20..... přijímám.

.....
Zmocněnec (podpis)