



PLNÁ MOC
POWER OF ATTORNEY

Já, níže podepsaný
I, the undersigned,

Jméno a příjmení: <i>First name and surname:</i>	
Datum narození: <i>Date of birth:</i>	
Bytem (adresa v ČR): ulice : <i>Residence (address in the Czech Republic): street:</i>	č. <i>No.</i>
Obec: <i>Municipality:</i>	

(dále také „zmocnitel“ nebo „pojištěný“)
(hereinafter also "principal" or "insured person")

tímto zplnomocňuji
hereby authorize

Jméno a příjmení: <i>First name and surname:</i>	
Datum narození: <i>Date of birth:</i>	
Bytem (adresa v ČR): ulice : <i>Residence (address in the Czech Republic): street:</i>	č. <i>No.</i>
Obec: <i>Municipality:</i>	

(dále také „zmocněnec“ nebo „pojistník“)
(hereinafter also "authorized representative" or "policyholder")

aby, jako pojistník, u Pojišťovny VZP, a.s., IČO: 27116913, se sídlem Lazarská 1718/3, 110 00 Praha 1, zapsané v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze, oddíl B, vložka 9100, uzavřel pro mě, jako pojištěného, pojistnou smlouvu na **Komplexní zdravotní pojištění cizinců EXCLUSIVE**, kdy je zároveň pro tyto účely detailně informován o mém zdravotním stavu.

*as the policyholder with Pojišťovna VZP, a.s., with registered office at Lazarská 1718/3, 110 00 Praha 1, Company Ref. No. (IČ): 27116913, registered in the Commercial Register kept at the Municipal Court in Prague, Section B, File 9100, to take out an insurance policy for me as the insured person for **Foreigners' Comprehensive Medical Insurance „EXCLUSIVE“**, once he or she has also been informed in detail of my state of health for these purposes.*

Tato plná moc platí do20....
This power of attorney is valid until

V dne20....
In Date

.....
Zmocnitel (podpis)
Principal (signature)

Shora uvedenou plnou moc vdne 20..... přijímám.
I accept the above power of attorney in Date

.....
Zmocněnec (podpis)
Authorized representative (signature)