



**PLNÁ MOC**  
POWER OF ATTORNEY

Já, níže podepsaný  
I, the undersigned,

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

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

**tímto zplnomocňuji**  
hereby authorize

<b>Jméno a příjmení:</b> <i>First name and surname:</i>	
<b>Datum narození:</b> <i>Date of birth:</i>	
<b>Bytem (adresa v ČR): ulice :</b> <i>Residence (address in the Czech Republic): street:</i>	<b>č.</b> <i>No.</i>
<b>Obec:</b> <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 PLUS**, 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 „PLUS”**, once he or she has also been informed in detail of my state of health for these purposes.*

Tato plná moc platí do .....20....  
*This power of attorney is valid until*

V ..... dne .....20....  
*In Date*

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

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

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