



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. No.
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. No.
Obec: <i>Municipality:</i>	

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

aby, jako pojistník, u Pojišťovny VZP, a.s., se sídlem Ke Štvanici 656/3, 186 00 Praha 8, IČ: 27116913, 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**, přičemž zmocněnec je rovněž oprávněn i k podání **Žádosti o sjednání Komplexního zdravotního pojištění cizinců PLUS**.

*as the policyholder with Pojišťovna VZP, a.s., with registered office at Ke Štvanici 656/3, 186 00 Prague 8, 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 **Comprehensive Health Insurance for Foreigners PLUS**; the authorized representative is also entitled to submit an **Application for Comprehensive Health Insurance for Foreigners PLUS**.*

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

V dne20....
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)