**Plná moc** k zastupování Pojištěnce při zabezpečené elektronické komunikaci s Pojišťovnou pro Moje VZP

Níže uvedený Pojištěnec:

|  |
| --- |
| Titul, osobní jméno, příjmení: |
| Číslo pojištěnce: |
| Datum narození: |
| Bydliště: |
| (dále jen „Zmocnitel“) |

tímto zmocňuje svého zástupce:

|  |
| --- |
| Titul, osobní jméno, příjmení: |
| Číslo pojištěnce, resp. rodné číslo: |
| Datum narození: |
| Bydliště: |
| (dále jen „Zmocněnec“) |

k tomu, aby Zmocnitele zastupoval při zabezpečené elektronické komunikaci (dále jen „EKK“) se Všeobecnou zdravotní pojišťovnou České republiky (dále jen „Pojišťovna“), a to způsobem a za podmínek stanovených Smlouvou a Podmínkami užití zabezpečené elektronické komunikace VZP ČR v platném znění (dále jen „Podmínky“), včetně možnosti podávat a přijímat veškeré písemnosti elektronickou formou, a aby za tím účelem jako Partner uzavřel s Pojišťovnou Smlouvu o předávání dat pro Moje VZP (dále jen „Smlouva“).

EKK zahrnuje přístup k datům a informacím týkajícím se Zmocnitele, jako Pojištěnce, které o něm Pojišťovna eviduje, jako např. k údajům o platbách pojistného, k historii plátce nebo k vykázané zdravotní péči.

Zmocněnec, jako Partner, je zmocněn zastupovat Zmocnitele v plném rozsahu všech služeb, které se Pojištěncům v rámci EKK zpřístupňují.

Tato Plná moc se vystavuje na dobu neurčitou.

Zmocněnec prohlašuje, že Zmocnitelem udělenou Plnou moc přijímá v plném rozsahu.

V……………………. dne…………… V……………………. dne……………

Zmocnitel (Pojištěnec)\* Zmocněnec (Uživatel)\*

\*úředně ověřený podpis