

**IZJAVA**  
**družinskega člana o (ne)izpolnjevanju pogojev za zavarovanje po drugi podlagi**

Podpisani(-a) \_\_\_\_\_,

rojen(-a) \_\_\_\_\_,

stanujoč(-a) \_\_\_\_\_

dajem v zvezi s prijavo v obvezno zdravstveno zavarovanje kot **družinski član – starš** naslednjo izjavo:  
(ustrezno označite)

1. sem kmet(-ica), član(-ica) kmečkega gospodarstva oziroma opravljam kmetijsko dejavnost kot edini ali glavni poklic

DA

NE

2. sem prejemnik(-ca) pokojnine od tujega nosilca pokojninskega zavarovanja

DA

NE

3. sem obvezno zdravstveno zavarovan(-a) v tujini

DA

NE

4. sem prejemnik(-ca) poklicne pokojnine

DA

NE

S podpisom potrjujem, da so podatki, ki sem jih navedel(-a), resnični, in zanje prevzemam materialno in kazensko odgovornost.

Seznanjen(-a) sem, da v primeru spremembe izjavljenih dejstev prenehajo pogoji za zavarovanje kot družinski član.

Datum: \_\_\_\_\_

Podpis: \_\_\_\_\_