

IZJAVA O (NE)IZPOLNJEVANJU POGOJEV ZA ZAVAROVANJE PO DRUGI PODLAGI

V zvezi s prijavo v obvezno zdravstveno zavarovanje po 20. točki prvega odstavka 15. člena Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ) (zavarovalna podlaga 048 – oseba s stalnim prebivališčem v RS, ki ne izpolnjuje pogojev za zavarovanje po eni izmed drugih točk prvega odstavka 15. člena ZZVZZ in si sama plačuje prispevek) spodaj podpisani

(priimek in ime)

(datum rojstva)

izjavljam, da:

(ustrezno označiti):

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| a) sem kmet(-ica), član(-ica) kmečkega gospodarstva oziroma opravljam kmetijsko dejavnost kot edini ali glavni poklic | <input type="checkbox"/> DA | <input type="checkbox"/> NE |
| b) sem prejemnik(-ca) pokojnine od tujega nosilca pokojninskega zavarovanja | <input type="checkbox"/> DA | <input type="checkbox"/> NE |
| c) sem obvezno zdravstveno zavarovan(-a) v tujini | <input type="checkbox"/> DA | <input type="checkbox"/> NE |
| d) sem prejemnik(-ca) poklicne pokojnine | <input type="checkbox"/> DA | <input type="checkbox"/> NE |
|
 | | |
| • Soglašam, da Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije vložijo odjavo iz obveznega zdravstvenega zavarovanja oziroma razveljavi prijavo v zavarovanje po 20. točki prvega odstavka 15. člena ZZVZZ v primeru ureditve zavarovanja iz drugega naslova oziroma v primeru odjave ali izbrisa stalnega prebivališča v RS. | <input type="checkbox"/> DA | <input type="checkbox"/> NE |
|
 | | |
| • Soglašam, da me o odjavi iz zavarovanja oziroma razveljavitvi prijave v zavarovanje ni treba obveščati. | <input type="checkbox"/> DA | <input type="checkbox"/> NE |

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

V primeru spremembe izjavljenih dejstev bom obvestil(-a) Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

Datum: _____

Podpis: _____