

## IZJAVA

Podpisani(-a) \_\_\_\_\_, rojen(-a) \_\_\_\_\_,  
stanujoč(-a) \_\_\_\_\_,  
dajem v zvezi s prijavo v obvezno zdravstveno zavarovanje kot **družinski član – starš** naslednjo izjavo  
(ustrezno obkroži):

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 poklicne pokojnine _____ (datum pridobitve pravice do poklicne pokojnine)	DA	NE

Podatki, ki sem jih navedel(-la), so resnični in zanje prevzemam materialno in kazensko odgovornost.

V primeru spremembe izjavljenih dejstev prenehajo pogoji za zavarovanje kot družinski član.

V/na \_\_\_\_\_, dne \_\_\_\_\_

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