

## IZJAVA

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

stanujoč(-a) \_\_\_\_\_,

dajem v zvezi s prijavo v obvezno zdravstveno zavarovanje kot družinski član – zakonec,

zunajzakonski partner, partner iz sklenjene ali neskljenjene partnerske zveze, razvezani zakonec oz.

partner 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: \_\_\_\_\_