

## IZJAVA

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

\_\_\_\_\_, dajem v zvezi s prijavo v

obvezno zdravstveno zavarovanje **po 20. točki prvega odstavka 15. člena Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju – ZZVZZ** (oseba s stalnim prebivališčem v RS, ki ne izpolnjuje pogojev za zavarovanje po eni izmed drugih točk prvega odstavka 15. člena ZZVZZ in si same plačujejo prispevek), naslednjo izjavo (ustrezno obkroži):

1. sem družbenik (-ica) družbe oziroma ustanovitelj (-ica) zavoda, v kateri sem hkrati poslovodna oseba

DA

NE

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

DA

NE

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

DA

NE

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

DA

NE

5. sem prejemnik poklicne pokojnine \_\_\_\_\_ (datum pridobitve pravice do poklicne pokojnine)

DA

NE

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

V primeru spremembe izjavljenih dejstev je potrebno obvestiti Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

Soglašam, da Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije vloži odjavo iz obveznega zdravstvenega zavarovanja oziroma storno prijavo v zavarovanje po 20. točki prvega odstavka 15. člena ZZVZZ v primeru ureditve zavarovanja iz drugega naslova oziroma v primeru odjave ali prenehanja stalnega prebivališča v RS.

DA

NE

Soglašam, da me o odjavi iz zavarovanja oziroma stornaciji prijave v zavarovanje ni potrebno obveščati.

DA

NE

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

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