



## Izjava družinskega člana o (ne)izpolnjevanju pogojev za zavarovanje po drugi podlagi

Ime in priimek: \_\_\_\_\_

EMŠO: \_\_\_\_\_

Telefonska številka:<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

Elektronski naslov:<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

za namen prijave v obvezno zdravstveno zavarovanje kot **družinski član – starš** izjavam, da  
(ustrezno označite in izpolnite)

a) sem kmet/-ica, član/-ica kmečkega gospodarstva oziroma opravljam kmetijsko dejavnost kot edini ali glavni poklic  DA  NE

b) sem prejemnik/-ca pokojnine od tujega nosilca pokojninskega zavarovanja  DA\*  NE

*\*Če je označeno »DA«, je treba obvezno navesti državo, v kateri ste pridobili pravico do pokojnine:*

Upokojen/-a sem in prejemam pokojnino v/iz \_\_\_\_\_

c) sem obvezno zdravstveno zavarovan/-a v tujini  DA\*  NE

*\*Če je označeno »DA«, je treba obvezno navesti, v kateri državi in na kakšni podlagi imate urejeno zdravstveno zavarovanje v tujini (npr. kot upokojenec, zaposlena ali samozaposlena oseba, prejemnik nadomestila za brezposelnost):*

*\*V zdravstveno zavarovanje sem vključen/-a v \_\_\_\_\_*

*\*Zavarovan/-a sem kot \_\_\_\_\_*

d) sem prejemnik/-ca poklicne pokojnine  DA  NE

e) imam družinskega člana<sup>2</sup>, ki je vključen v zdravstveno zavarovanje v drugi državi članici EU, EGP, Švici ali Združenem kraljestvu  DA\*  NE

*\*Če je označeno »DA«, je treba obvezno navesti, v kateri državi in na kakšni podlagi ima družinski urejeno zdravstveno zavarovanje v tujini (npr. kot upokojenec, zaposlena ali samozaposlena oseba, prejemnik nadomestila za brezposelnost):*

*\*Družinski član je v zdravstveno zavarovanje vključen v \_\_\_\_\_*

*\*Družinski član je zavarovan kot \_\_\_\_\_*



Z izpolnitvijo in podpisom izjave potrjujem, da so podatki, ki sem jih navedel/-a, resnični, in zanje prevzemam odškodninsko in kazensko odgovornost.

Zavezujem se, da bom o vseh spremembah izjavljenih dejstev nemudoma obvestil/-a Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

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

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

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

---

<sup>1</sup> Navedba telefonske številke in/ali elektronskega naslova ni obvezna. ZZZS bo navedena kontaktna podatka obdeloval izključno, če bo to potrebno za namen obravnave prijave v zavarovanje. Podrobnejše informacije za posameznike glede obdelave osebnih podatkov, navedenih na vlogi (zahtevkih) posameznikov, so dosegljive na: [https://www.zzzs.si/fileadmin/user\\_upload/dokumenti/informacije\\_in\\_publikacije/obvestila\\_za\\_fizicne\\_vloge\\_z\\_ahtevke\\_.pdf](https://www.zzzs.si/fileadmin/user_upload/dokumenti/informacije_in_publikacije/obvestila_za_fizicne_vloge_z_ahtevke_.pdf) in <https://www.zzzs.si/informacije/osebni-podatki/>.

<sup>2</sup> Za družinskega člana za namen točke e) se štejejo:

- zakonec,
- zunajzakonski partner.