



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

Ime in priimek: _____

EMŠO: _____

Telefonska številka:¹ _____

Elektronski naslov:¹ _____

za namen prijave v obvezno zdravstveno zavarovanje kot **družinski član – zakonec, zunajzakonski partner oziroma razvezani zakonec** 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 člana², 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: _____

¹ 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/>.

² Za družinskega člana za namen točke e) se štejejo:

- zakonec,
- zunajzakonski partner,
- starši, če ste lahko po njih zavarovani kot otrok do dopolnjenega 15. leta starosti oziroma do dopolnjenega 18. leta starosti, po tej starosti pa, če se šolate, in sicer do konca šolanja, vendar največ do konca šolskega oziroma študijskega leta, v katerem dopolnite 26 let, ali kot otrok, ki postane popolnoma in trajno nezmožen za delo do dopolnjenega 18. leta starosti ali do konca rednega šolanja.