

## 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 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(-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: \_\_\_\_\_