

Prijava predložena

dne

MP

Podpis
uslužbenca:**POTRDILO O PRIJAVI
V ZAVAROVANJE KMETIJSKIH PROIZVAJALCEV**

Podpisani

Ljuban pr. Breča, Genzija, rojen dne 26. 9. 1918

po poklicu km., stalno stanujoč

prijavljam v zdravstveno zavarovanje naslednje osebe, ki žive z menoj v družinski oziroma gospodinjinski skupnosti:

Zap. št.	Priimek in ime	Rojen(a) dne	Sorodstveno ali drugo razmerje	Drugi podatki	Dan pričetka zavarovanja	Številka zdravstvene izkaznice
1	2	3	4	5	6	7
1	Luban Augustina	12-8 1927	rest.	-	1960	299152
2	Luban Genzija	14-10 1888		nizka	v	299083

Izjavljam, da so podatki, ki sem jih navedel v tej prijavi, pravilni in popolni ter jamčim za vso škodo, ki bi nastala zaradi napačnih podatkov.

Vsako spremembo, ki bi vplivala na pravico do zdravstvenega zavarovanja (rojstvo, smrt, prenehanje kmetijske dejavnosti itd.), bom priglasil pristojnemu zavodu za socialno zavarovanje oz. njegovi podružnici v 8 deh.

Podpis:

V. Ljuban

dne

6. 4. 1960

(kraj)

(datum)

Luban Genzija

1-2

Potrjujem prejem zdravstvenih izkaznic za osebe, navedene pod zap. št. zgornje prijave.

Podpis:

Luban Genzija

NAVODILO ZA IZPOLNITEV PRIJAVE

1. Prijava se izpolni v dvojniku; drugi izvod se vrne predlagatelju kot potrdilo o prijavi.
2. Če je predlagatelj prijave tudi sam zavezan zdravstvenemu zavarovanju kmetijskih proizvajalcev, se vpišejo tudi zanj podatki v rubrike od 1 do 6.
3. V rubriki 4 (sorodstveno ali drugo razmerje) se vpiše n. pr.: žena, sin, oče, mati, vnuk, preužitkar itd.
4. V rubriki 5 (drugi podatki) se vpišejo okoliščine iz 2. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju kmetijskih proizvajalcev, ki vplivajo na pravico do zdravstvenega zavarovanja, n. pr. otrok, ki je starejši od 15 let, obiskuje gimnazijo ali kako drugo redno šolo; otrok, ki je starejši od 15 let, dela na posestvu; otrok je nezmožen za delo itd.
5. V rubriki 6 (dan pričetka zavarovanja) se vpiše datum, ko je nastopila zavarovalna zavezanost. N. pr.: kmetijski proizvajalec je prenehal biti zaposlen kot delavec ali uslužbenec; v tem primeru se vpiše v to rubriko datum dneva, ki sledi dnevju, s katerim je prenehalo delovno razmerje itd.
6. Rubriko 7 (številka zdravstvene izkaznice) izpolni zavod za socialno zavarovanje oziroma njegova podružnica.