

**RICHIESTA DI RIMBORSO VISITE VETERINARIE ED ESAMI PER ANIMALI DOMESTICI CON MICROCHIP**

**Spett.le**  
**Abruzzese Salute - Mutua del Credito Cooperativo**  
**Via Umberto I n. 78/80**  
**65010 - Cappelle sul Tavo (PE)**

Il/la sottoscritto/a.....nato/a a..... (.....)  
il...../...../.....residente in .....(.....) Via.....n°.....  
Recapito telefonico.....C.F.: .....

**DICHIARA** di aver usufruito delle seguenti prestazioni sanitarie per i sotto indicati animali domestici:

Animale	Codice microchip	Nome (facoltativo)
<input type="checkbox"/> cane <input type="checkbox"/> gatto		
<input type="checkbox"/> cane <input type="checkbox"/> gatto		

**Visite veterinarie, esami o accertamenti**

1. Copia documento n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ di € \_\_\_\_\_ Motivo \_\_\_\_\_
2. Copia documento n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ di € \_\_\_\_\_ Motivo \_\_\_\_\_
3. Copia documento n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ di € \_\_\_\_\_ Motivo \_\_\_\_\_
4. Copia documento n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ di € \_\_\_\_\_ Motivo \_\_\_\_\_
5. Copia documento n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ di € \_\_\_\_\_ Motivo \_\_\_\_\_

**CHIEDE** il rimborso sul proprio conto corrente a suo tempo indicato a mezzo bonifico come da Regolamento vigente.

- Dichiara di non aver usufruito di rimborsi da parte di altre strutture per le spese, precedentemente indicate, né di averne diritto**
- Dichiara di aver usufruito e/o aver diritto a rimborsi da parte di altre strutture per le spese precedentemente indicate, per un importo di €.....**

Io sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, dichiaro sotto la mia personale responsabilità (DPR N.445/2000) che i dati su riportati sono conformi a verità.

In fede

\_\_\_\_\_ lì \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 in merito al trattamento dei dati personali, acquisiti in relazione alle prestazioni di rimborso rese dalla Abruzzese Salute, saranno strettamente ed esclusivamente gestiti per le specifiche finalità della pratica di rimborso:

dà il consenso

nega il consenso

(data) \_\_\_\_\_

(firma) \_\_\_\_\_

**N.B.:** si ricorda che le domande di rimborso devono pervenire entro il termine max. 90 gg. dalla data della prestazione, pena la mancata accettazione delle stesse.

Dal 91° giorno al 180° i rimborsi saranno erogati al 50%. Nessun rimborso sarà erogato, decorso tale ulteriore termine.

La Mutua, ai fini di un eventuale riscontro, può chiedere in visione il documento originale, laddove presentato in copia

Ricevuto in data \_\_\_\_\_

timbro e firma \_\_\_\_\_

=====

(parte riservata alla Mutua)

Socio dal.....scadenza annualità.....in regola con i pagamenti SI  NO

Assenso alla liquidazione della somma €.....in data.....

Dissenso alla liquidazione per.....

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(per l'ufficio della Mutua)

\_\_\_\_\_  
(per il Consiglio della Mutua)