

## RICHIESTA DI RIMBORSO PER VISITE SPECIALISTICHE/ESAMI/CURE TERMALI

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:

### Visite specialistiche, esami ed 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\_\_\_\_\_

### Cure termali

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

**Il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, dichiara sotto la sua 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 art.9, c.2, lett. a) e d) in merito al trattamento dei dati personali, acquisiti in relazione alle prestazioni di rimborso rese dalla Abruzzese Salute (ad esempio dati dai quali possa desumersi il proprio stato di salute e quello dei propri figli minori), 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)