

PENNSYLVANIA

TRAVEL EXPENSE REIMBURSEMENT FORM

Employee		Claim number	Injury/Illness date
Employer			
Trip date	Physician/Hospital/Therapist	City	Round-trip mileage
Total mileage			

Note: You must attach original receipts for all expenses listed. Mileage is reimbursed only for round trips and if you travel outside a 15-mile radius from home or work to a medical facility.

Employee signature _____ Date _____



1-800-282-7644 | summitholdings.com

Complete este formulario y envíelo por correo al Departamento de Reclamos de Summit, a la siguiente dirección: PO Box 2928, Lakeland, FL 33806-2928

PENNSYLVANIA

FORMULARIO DE REEMBOLSO DE GASTOS DE VIAJE

Empleado		CNúmero de reclamo	Fecha de la lesión/enfermedad
Empleador			
Fecha del viaje	Médico/Hospital/Terapeuta	Ciudad	Millaje del viaje ida y vuelta
Millaje total			

Nota: Debe adjuntar los recibos originales de todos los gastos enumerados. El reembolso por millaje se otorga únicamente para viajes de ida y vuelta y solo si se viaja fuera de un radio de 15 millas desde el hogar o el lugar de trabajo hasta un centro médico.

Signature del empleado _____ Fecha _____



1-800-282-7644 | summitholdings.com