

Please complete this form and mail to the Summit Claims department at PO Box 2928, Lakeland, FL 33806-2928

MARYLAND

TRAVEL EXPENSE REIMBURSEMENT FORM

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

Any person who knowingly or willfully presents a false or fraudulent claim for payment of a loss or benefit or who knowingly or willfully presents false information in an application for insurance is guilty of a crime and may be subject to fines and confinement in prison.

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**

MARYLAND

FORMULARIO DE REEMBOLSO DE GASTOS DE VIAJE

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

Cualquier persona que, a sabiendas o intencionadamente, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio, o que, a sabiendas o intencionadamente, presente información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito y puede ser sancionada con multas y pena de prisión.

Firma del empleado _____

Fecha _____



1-800-282-7644 | summitholdings.com