Mail this form along with receipts to the Summit Claims department at PO Box 80793, Baton Rouge, LA 70898-0793.

ARKANSAS

TRAVEL EXPENSE REIMBURSEMENT

Employee	Claim number	Injury/Illness date

Employer

Trip date	Physician/Hospital/Therapist	Physical Address, City, State, ZIP	Round-trip mileage
		Total mileage	

Ark. Code Ann. §23-66-503(a) (West 2019): "Any person who knowingly presents a false or fraudulent claim for payment of a loss or benefit or knowingly 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 _____

MEMBER OF GREAT AMERICAN INSURANCE GROUP

1-800-282-7644 | summitholdings.com

Envíe este formulario por correo junto con las facturas al Summit Claims department, PO Box 80793, Baton Rouge, LA 70898-0793.

ARKANSAS

REEMBOLSO DE GASTOS DE VIAJE

Empleado	Número de reclamo	Fecha de la lesión/enfermedad

Empleador

Fecha del viaje	Médico/Hospital/Terapeuta	Dirección fisica Ciudad, Estado, Código Postal	Millaje del viaje ida y vuelta
		Millaje total	

Est. Ark. Anot. §23-66-503(a) (West 2019): "Toda persona que a sabiendas presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida o beneficio o que a sabiendas presentó información falsa en una solicitud de seguro comete un delito y puede ser objeto de multas y de reclusión en prisión."

Firma del empleado_____ Fecha _____

summit®

Know the people who know workers' comp.℠

MEMBER OF GREAT AMERICAN INSURANCE GROUP

1-800-282-7644 | summitholdings.com