

FLORIDA

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.

“An injured employee or any other party making a claim under this chapter shall provide his or her personal signature attesting that he or she has reviewed, understands, and acknowledges the following statement: ‘Any person who knowingly and with intent to injure, defraud, or deceive any employer or employee, insurance company, or self-insured program, files a statement of claim containing any false or misleading information commits insurance fraud, punishable as provided in s. 817.234.’ If the injured employee or other party refuses to sign the document attesting that he or she has reviewed, understands, and acknowledges the statement, benefit, or payments under this chapter shall be suspended until such signature is obtained.” Fla. Stat. Ann. §440.105(7) (West 2018).

Employee signature _____ Date _____



1-800-282-7644 | summitholdings.com

FLORIDA

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			
Nota: Debe adjuntar las facturas originales de todos los gastos enumerados. “Un empleado lesionado o cualquier tercero que presente un reclamo conforme a este capítulo deberá proveer su firma para dar fe de haber revisado, comprendido y aceptado la siguiente declaración: "Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier empleador o empleado, compañía aseguradora, o programa de autoasegurado, presente una declaración de reclamo que contenga información falsa o engañosa cometerá un fraude en el seguro, punible conforme a lo establecido en s. 817.234". Si el empleado lesionado o cualquier otra parte se rehusara a firmar el documento que da fe de haber revisado, comprender y aceptar la declaración, los beneficios o los pagos en virtud del presente capítulo se suspenderán hasta obtener dicha firma". Est. Fl. Anot. §440.105(7) (West 2018). Firma del empleado_____ Fecha _____ summit[®] Know the people who know workers' comp.SM MEMBER OF GREAT AMERICAN INSURANCE GROUP 1-800-282-7644 summitholdings.com			