Mail this form along with receipts to the Summit Claims department at PO Box 600, Gainesville, GA 30503-0600.

GEORGIA

TRAVEL EXPENSE REIMBURSEMENT FORM

Employee	Claim number	Injury/Illness date

Employer

Trip date	Physician/Hospital/Therapist		Physical Address City, State, ZIP	Round-trip mileage
Toll and Parking Expenses	Total expenses for tolls			
	Total expenses for parking			
	Total toll and parking expense			
			Total mileage	

Note: Attach original receipts for all toll and parking expenses listed, if applicable. Travel expenses must be submitted within one year of trip date to be eligible for reimbursement.

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 600, Gainesville, GA 30503-0600.

GEORGIA

FORMULARIO DE 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
Gastos de peaje y estacionamiento	Gastos totales por peajes			
	Gastos totales por estacionamiento			
	Gastos totales por peaje y estacionamiento			
			Millaje total	

Nota: Adjunte los recibos originales de todos los gastos de peaje y estacionamiento enumerados, si corresponde. Los gastos de viaje deben ser presentados en el plazo de un año a partir de la fecha del viaje para tener derecho al reembolso.

Firma del empleado_____ Fecha _____

1-800-282-7644 | summitholdings.com