

Please complete this form and mail to the Summit Claims department at PO Box 600, Gainesville, GA 30503-0600.

INDIANA

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			

Note: Attach original receipts for all toll and parking expenses listed. Travel must be outside the county of employment.

"A person who knowingly and with intent to defraud an insurer files a statement of claim containing any false, incomplete, or misleading information commits a felony." Ind. Code Ann. § 27-2-16-3(a) (West 2018)

Employee signature _____

Date _____



1-800-282-7644 | summitholdings.com

Por favor complete y envíe este formulario al Summit Claims department, PO Box 600, Gainesville, GA 30503-0600.

INDIANA

REEMBOLSO DE GASTOS DE VIAJE

Empleado		Número de reclamo	Fecha de la lesión/enfermedad
Empleador			
Fecha del viaje	Médico/Hospital/Terapeuta	Dirección física Ciudad, Estado, Código Postal	Millaje del viaje ida y vuelta
Millaje total			

Nota: Adjunte los recibos originales de todos los gastos de peaje y estacionamiento enumerados. El viaje debe ser fuera del condado de su empleo.

"Una persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a una aseguradora, presente una reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa, comete un delito." Est. Ind. Anot. § 27-2-16-3(a) (West 2018).

Firma del empleado _____

Fecha _____



MEMBER OF GREAT AMERICAN INSURANCE GROUP

1-800-282-7644 | summitholdings.com