

LOUISIANA

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 travel expenses, if applicable.

“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.” La. Stat. Ann. § 40.1424(B) (West 2019).

Employee signature _____ Date _____



LOUISIANA

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 los gastos de viaje, si corresponde.

"Cualquier persona que a sabiendas presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida o beneficio o que a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguros es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y confinamiento en prisión." Est. La. Anot. § 40.1424(B) (West 2019).

Firma del empleado

Fecha



1-800-282-7644 | summitholdings.com