

TENNESSEE

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: You must attach original receipts for all expenses listed.

“It is a crime to knowingly provide false, incomplete or misleading information to any party to a workers' compensation transaction for the purpose of committing fraud. Penalties include imprisonment, fines and denial of insurance benefits.” Tenn. Code Ann. § 56-47-112(b)(1) (West 2019).

Employee signature _____ Date _____



1-800-282-7644 | summitholdings.com

TENNESSEE

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: Debe adjuntar los recibos originales de todos los gastos indicados.

"Es delito suministrar deliberadamente información falsa, incompleta o engañosa a cualquiera de las partes en una transacción de indemnización por accidentes de trabajo con el propósito de cometer un fraude. Las sanciones incluyen encarcelamiento, multas y la negación de los beneficios del seguro." Est. Tenn. Anot. § 56-47-112(b)(1) (West 2019).

Firma del empleado _____

Fecha _____



1-800-282-7644 | summitholdings.com