

Solicitud de Reembolso de Millas

Número de Reclamo: _____

Fecha de Lesión: _____

Nombre del Empleado: _____

Por favor liste los viajes hecho a proveedores médicos que hayan sido autorizados.

For ejemplo: De la casa al doctor y del doctor a la casa; o del trabajo a la terapia y de la terapia a la casa. Asegúrese de incluir las direcciones completas del lugar de origen y destino.

Fecha	Hasta	Desde	Millaje de Ida y Vuelta
Total de Millas			
Total de Millas x \$0.445			\$

Por la presente, certifico y afirmo que usé las millas indicadas arriba como gasto necesario para viaje relacionado con aquellas visitas al centro médico en relación con mi caso de compensación a los trabajadores.

Un empleado lesionado o cualquier otro tercero que haga un reclamo bajo el Estatuto 440. 105 (7) de Florida deberá colocar su firma personal como testimonio de que ha revisado, entiende y reconoce la declaración a continuación:

"Cualquier persona que, a sabiendas o con el propósito de lesionar, defraudar o engañar a cualquier empleador o empleado, compañía de seguros, o programa para auto asegurados, presente una declaración de reclamo que contenga cualquier información falsa o engañosa comete un fraude de seguro, punible según lo dispuesto en s. 817.234."

Firma: _____

Fecha: _____