

SOLICITUD DE REEMBOLSO DE GASTOS DE VIAJES Y SALARIOS PERDIDOS
 De acuerdo con los capítulos 616C.365 y 616C.477 de los Estatutos Revisados de Nevada (NRS)

N.º de reclamación: _____

Fecha de la lesión: _____

Nombre de la aseguradora: _____

Nombre del empleado lesionado: _____ N.º de Seguro Social: _____

Empleador actual: _____ N.º de teléfono: _____

Fecha de la audiencia/del tratamiento: _____

Hora de la audiencia/del tratamiento: Inicio _____ Fin _____

Desde: Lugar del empleo Residencia* (Marque una opción) *NO USE LA RESIDENCIA PARA EL BENEFICIO DE VIAJE PROLONGADO

Dirección: _____

Hacia: Lugar de la audiencia/del tratamiento: _____

Dirección: _____

POR VIAJE Y SALARIOS PERDIDOS POR AUDIENCIAS De acuerdo con el cap. 616C.365 de los NRS	
Total de millas recorridas (en una sola dirección) _____	PARA USO DE LA ASEGURADORA
Comida _____	Millas X 2 X
Alojamiento _____	por milla =
Salarios perdidos _____	_____
Gastos totales..... _____	_____
	Total \$

COMPENSACIÓN POR SALARIOS PERDIDOS DEBIDO A VIAJE MÉDICO PROLONGADO De acuerdo con el capítulo 616C.477 de los NRS	
Empleador cuando ocurrió la lesión: _____	PARA USO DE LA ASEGURADORA
Total de millas recorridas (en una sola dirección) _____	¿Califica? <input type="checkbox"/> Sí o <input type="checkbox"/> NO
Tiempo total ausente del empleo..... _____	TTD <input type="checkbox"/> 50 % o <input type="checkbox"/> 100 %
	TASA DE TTD \$

Declaro bajo pena de perjurio que fue necesario gastar los montos anteriores y que son verdaderos y correctos según mi leal saber y entender.

Fecha

Firma del empleado lesionado