MILEAGE REIMBURSEMENT REQUEST

(Petición de Reembolso del Kilometraje)

Mileage can only be reimbursed if you travel outside your county of residence.

NAME: _____ CLAIM #: _____ COUNTY: _____
(Nombre) (Número de Reclamo) (Condado)

DATE (Fecha)	TO/FROM LOCATION (A/De Destinación)	ROUNDTRIP MILEAGE (Kilometraje de Ida y Vuelta)	VERIFICATION SIGNATURE* (Firma)	COUNTY (Condado)

*VERIFICATION SIGNATURE: A signature of an authorized staff person at your appointment site.
(Una firma de una persona autorizada del personal en tu sitio de la cita.)

Please mark this box if you need another form for future mileage requests.
(Marque por favor esta caja si usted necesita otra forma para las peticiones futuras del kilometraje.) ☐

Making a false or fraudulent statement for the purpose of obtaining or denying benefits can result in criminal or civil prosecution, or both, and denial of benefits.

MCIM
Michigan Commercial Insurance Mutual ™