

Para enviar reclamos escaneados o para obtener otros formularios, visite: [www.askallegiance.com](http://www.askallegiance.com).

Escriba de forma legible en tinta negra o azul.

Nombre del empleador:	Cantidad total de páginas presentadas:
Nombre del empleado:	Asunto:
Identificación del participante: <i>(Número del Seguro Social o, si se le ha asignado, identificación de Allegiance)</i>	Comentarios:

Los reclamos enviados por fax o por correo pueden tardar más en procesarse que los reclamos electrónicos y no aparecerán en su cuenta hasta que se realice el reembolso. Para que el procesamiento sea rápido y sencillo, inicie sesión en línea para presentar su reclamo. Si no ha recibido el reembolso en el plazo de dos semanas, comuníquese con un representante de Allegiance llamando al 877-424-3570.

**Regístrese para recibir el depósito directo en línea y así obtener el reembolso de manera más rápida.**

El **TRANSPORTE COMPARTIDO EN CAMIONETA** es el que se realiza entre el trabajo y la residencia del empleado, pero solo si se hace en un “vehículo de transporte al trabajo por carretera”. Un vehículo de transporte al trabajo por carretera es un vehículo de carretera con capacidad para seis o más adultos, sin incluir al conductor, y del que se puede esperar razonablemente que al menos el 80 por ciento del millaje se utilice para el transporte de empleados entre el trabajo y su residencia.

Por **PASE DE TRÁNSITO** se entiende cualquier pase, ficha, boleto, vale o elemento similar que dé derecho al empleado a un transporte, siempre que dicho transporte se realice en instalaciones de transporte colectivo o en el tipo de vehículo de carretera elegible para su uso en el transporte compartido en camioneta.

Transporte colectivo que califica	Para el mes de	Monto pagado
_____	_____	\$
_____	_____	\$
_____	_____	\$
_____	_____	\$

**DEBE PRESENTAR DOCUMENTACIÓN INDEPENDIENTE DE TERCEROS DE SUS GASTOS JUNTO CON ESTE FORMULARIO DE RECLAMO (un recibo en el que se indiquen las fechas de los servicios y las tarifas pagadas).**

Certifico que las fechas y los servicios son reales y que los gastos del reclamo se han efectuado en relación con el transporte entre mi domicilio y mi lugar de trabajo.

Firma obligatoria:

Fecha:

Marque esta casilla si su dirección ha cambiado.

Nueva dirección:

*\*\* Informe a su proveedor si su dirección ha cambiado.*