



Formulario de Reclamación

Tránsito, Estacionamiento, Beneficios de Transporte, Celular, Médico, Dental y Gastos de Visión

Complete el formulario a continuación y proporcione una prueba de gastos para las reclamaciones que se listen a continuación. Las reclamaciones presentadas sin prueba de gastos no son reembolsables. Una copia de una factura u otra declaración escrita del proveedor del servicio es aceptable. Por favor asegúrese de enviar una factura detallada completa. Su cheque de reembolso se enviará por correo a la dirección que se indica a continuación, a menos que esté inscrito en reembolsos de depósito directo.

Información Personal

(Por favor imprima claramente)

Empleador: _____

Nombre completo del empleado: _____

Numero de Seguro Social: _____ Numero de Telefono: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____ Correo Electronico: _____

Información de Reclamo

Tipo de Gasto: _____ Cantidad: _____

Total: _____

Firma del participante: _____ Fecha: _____

- Al firmar este formulario, acepto que mi cuenta sea reducida por el monto solicitado.
- Esta reclamación de reembolso es solo para los gastos incurridos por los participantes elegibles del plan durante el año del plan.
- Estos gastos no han sido reembolsados ni solicitaré el reembolso de estos gastos de ninguna otra fuente.
- Si se requiere información adicional, recibirá una carta de rechazo que le informará qué información adicional se necesita.
- Los gastos de ortodoncia se pagan en función de la interpretación de las normas por parte del empleador. Por favor, póngase en contacto con su empleador para ver si se permiten pagos por adelantado para gastos de ortodoncia.
- Envíe por correo / correo electrónico / fax todos los documentos a la información de contacto.

Envíe el formulario completo a:

FBA National
100 Quentin Roosevelt Boulevard
Suite 403, Garden City, NY 11530
Telefono: (855) 374-6431
Fax: (833) 930-1024
claims@fbaofsyosset.com
www.fbanational.com