



PETICIÓN DE REEMBOLSO DE ASISTENCIA EN LA CARRETERA / RECIBO		NÚM.
Nombre del beneficiario (Su Nombre): _____		Nombre del Proveedor de Servicio: _____
Dirección postal: _____		Ciudad: _____
Ciudad: _____	Código postal: _____	Estado: _____
Estado: _____		
Fecha	DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO (ENCIERRE EN UN CÍRCULO)	CANTIDAD
	Remolque Goma vacía Arranque auxiliar	
	Entrega de combustible Ayuda para abrir el auto	
	SUBTOTAL	
	IMPUESTO	
	TOTAL	

NOTA: Use este formulario cuando el proveedor de servicio no le proporcione un recibo por el servicio. Para recibir el reembolso, envíe este formulario por fax, correo electrónico o correo regular incluyendo una copia de su última factura de servicio.

NÚMERO DE FAX: **866-924-3668** | CORREO ELECTRÓNICO: **MECHCLAIMS@SONSIO.COM**
 DIRECCIÓN: **TECHNET CUSTOMER CARE P.O. BOX 17659, GOLDEN, CO. 80402**

RECIBO		NÚM.
Nombre del Proveedor de Servicio: _____		
Ciudad: _____		
Estado: _____		
FECHA	CANTIDAD	
	SUBTOTAL	
	IMPUESTO	
	TOTAL	