



| 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 | |