



FORMULARIO PARA RECLAMOS COMPLEMENTARIOS

NOMBRE ASEGURADO TITULAR: _____

NOMBRE DEPENDIENTE: _____

NO. PÓLIZA: _____ No. CERTIFICADO: _____

PARA ACELERAR EL TRAMITE DE ESTE RECLAMO, POR FAVOR INDIQUE EL NUMERO DE REFERENCIA DE TECNISEGUROS, DEL RECLAMO INICIAL DEL QUE ESTE ES COMPLEMENTO.

REFERENCIA NO. _____

DETALLE DE DOCUMENTOS

PROVEEDOR (MÉDICO – FARMACIA – LABORATORIO)	FACTURA	VALOR

--	--	--

DÍA

MES

AÑO

FIRMA ASEGURADO TITULAR