



## 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

--	--	--

DIA            MES            AÑO

\_\_\_\_\_  
FIRMA ASEGURADO TITULAR