



FORMULARIO PARA RECLAMOS COMPLEMENTARIOS

NOMBRE ASEGURADO TITULAR: _____

NOMBRE DEPENDIENTE: _____

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