

Allianz MedicAll Plus Dólares

Allianz MedicAll Colectivo Dólares

Allianz MedicAll Gold

Allianz MedicAll Plus Pesos

Allianz MedicAll Colectivo

Allianz MedicAll Care

Orden para Valoración Médica de Ingreso a Pólizas de Salud

Allianz Seguros de Vida S.A. Nit.: 860.027.404-1

N° de póliza

Aplica N°

Ciudad donde se elabora la orden

Fecha de diligenciamiento

Sucursal

Corredor

NOTA: Información para el prestador de servicios.

IMPORTANTE: Una vez realice los exámenes y/o valoración médica de ingreso, debe escanearlos y enviarlos a la mayor brevedad de tiempo al buzón de correo agenda.allianz@unidiagnostico.com.co. Para **facturación:** deberá enviar la factura electrónica al buzón: recepFE.activoVIDA@facturaallianz.co indicando en el asunto: **Exámenes Suscripción Salud** y los soportes de exámenes de salud deberán ser escaneados y enviados al buzón: examensuscripcion@allianz.co adjuntando la presente orden. **¡Recuerde!** que para la presentación de la factura debe separar los exámenes de ingreso de Salud, de los de Vida.

Nombre completo del paciente a evaluar N° Documento de identificación Nombre de la empresa (colectivo)

Teléfono fijo del paciente Teléfono celular del paciente Correo electrónico del paciente

Valoración médica por grupos de riesgo. Nota: Los exámenes señalados con (*) van a cargo de los solicitantes.

Apreciado intermediario, seleccione el (los) examen(es) que le falta(n) a su cliente o encierre la columna de exámenes que le corresponde según requisitos de asegurabilidad.

Requisitos	Hombres 55 años	Mujeres 55 años	Hipertensión	Sobrepeso IMC>=33	Menores de 1 año
Valoración Médica de Riesgo	x <input type="checkbox"/>	x <input type="checkbox"/>	x <input type="checkbox"/>	x <input type="checkbox"/>	
Historia Clínica, Epicrisis y/o Valoración del recién nacido			x (Opcional) <input type="checkbox"/>		x <input type="checkbox"/>
Parcial de Orina	x <input type="checkbox"/>	x <input type="checkbox"/>	x(*) <input type="checkbox"/>		
Colesterol total	x <input type="checkbox"/>	x <input type="checkbox"/>	x(*) <input type="checkbox"/>	x(*) <input type="checkbox"/>	
Colesterol HDL	x <input type="checkbox"/>	x <input type="checkbox"/>	x(*) <input type="checkbox"/>	x(*) <input type="checkbox"/>	
Triglicéridos	x <input type="checkbox"/>	x <input type="checkbox"/>	x(*) <input type="checkbox"/>	x(*) <input type="checkbox"/>	
Glicemia	x <input type="checkbox"/>	x <input type="checkbox"/>	x(*) <input type="checkbox"/>	x(*) <input type="checkbox"/>	
Creatinina	x <input type="checkbox"/>	x <input type="checkbox"/>	x(*) <input type="checkbox"/>		
Electrocardiograma (lectura)	x <input type="checkbox"/>	x <input type="checkbox"/>	x(*) <input type="checkbox"/>		
Antígeno prostático	x <input type="checkbox"/>				
Citología cervicovaginal		x <input type="checkbox"/>			
Mamografía		x(*) <input type="checkbox"/>			
Ecografía pélvica		x <input type="checkbox"/>			

NOTA: Apreciada usuaria, si usted cuenta con el resultado de citología, ecografía pélvica o mamografía de los dos últimos años, puede aportarla y es válida para el trámite de ingreso. De igual manera, si cuenta con los resultados de alguno de los otros exámenes del listado, tomados dentro de los últimos seis meses, puede aportarlos para continuar el trámite.

Otros exámenes complementarios. Nota: (*) Todos los exámenes adicionales van a cargo del solicitante.

(*)Valoración Médica especializada (Indique la especialidad):

(*)Otros exámenes adicionales:

NOTA: La Compañía le ofrece tarifas preferenciales en sus Centros Médicos propios y en las instituciones adscritas a la Red de Allianz.

Observaciones

Datos del intermediario o de la persona que genera la orden

Nombre del intermediario o funcionario que elabora la Orden Clave

Número de celular Correo electrónico

Apreciado intermediario, recuerde enviar el formato diligenciado al buzón de correo agenda.allianz@unidiagnostico.com.co
 Canales de contacto: Celular o Whatsapp: 3107010818 - 3214533515 - 3235772348 - 3137987662 o Chat en línea: www.unidiagnosticos.com