

Vida Individual ActuAll  Vida Individual Deudores  Vida Grupo  Póliza No.  Aplica No.   
 Ciudad donde se elaboró la orden  Fecha de diligenciamiento  Sucursal

## IMPORTANTE

Señor Prestatario una vez realice los exámenes, envíe los soportes a la compañía por el canal convenido y autorizado entre las partes, así:

1. Envíe un correo por cada usuario evaluado.
2. Los soportes deberán ir en PDF y protegidos de acuerdo con la Ley de Protección de Datos (Ley 1581 de 2012).
3. Radicación de la factura electrónica al buzón recepFE.activoVIDA@facturaallianz.co
4. Para información adicional puede comunicarse al teléfono + (571) 5188801 ext. 6467.

## INFORMACIÓN BÁSICA

Nombre del Tomador	Tipo y No. Documento de identidad	¿Aplica para servicio a domicilio?	
		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Nombres y apellidos del paciente a examinar	Tipo y No. Documento de Identidad	Teléfono	Correo electrónico
			Edad

## INFORMACION DEL PROVEEDOR (esta información es de uso exclusivo del administrador de la Red de suscripción)

Nombre proveedor de Consulta médica	Dirección	Teléfono	Ciudad
Nombre proveedor exámenes de Laboratorio	Dirección	Teléfono	Ciudad

## EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO (PARACLÍNICOS) Señale con una X el examen que requiera

- |   |   |                                   |  |  |  |
|---|---|-----------------------------------|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Electrocardiograma | <input type="checkbox"/> Cuadro Hemático  | <input type="checkbox"/> Glicemia | <input type="checkbox"/> Colesterol Total, HDL | <input type="checkbox"/> Triglicéridos       | <input type="checkbox"/> Exámen Médico |
| <input type="checkbox"/> Creatinina         | <input type="checkbox"/> Parcial de Orina | <input type="checkbox"/> HIV      | <input type="checkbox"/> Transaminasas TGO-TGP | <input type="checkbox"/> Antígeno Prostático |  |

## OBSERVACIONES

Intermediario - Asesor - Corredor/Sucursal  
  
 Clave  Teléfono  Correo electrónico

Nombre de Funcionario o Intermediario que elabora la orden  
  
 Firma   
**CANALES PARA SOLICITAR LA CITA:**  
**Chat:** www.unidiagnosticos.com  
**Correo electrónico:** agenda.allianz@unidiagnostico.com.co  
**Call center:** ( 601 ) 6000027  
**Celular:** 323 5772348 – 323 5772367- 321 4533515