

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 <input type="text"/>	Nombre de Funcionario o Intermediario que elabora la orden <input type="text"/>
Clave <input type="text"/> Teléfono <input type="text"/> Correo electrónico <input type="text"/>	Firma <input type="text"/>
Apreciado usuario, la valoración médica y los exámenes diagnósticos realizados hacen parte del proceso de evaluación de ingreso a las pólizas de Allianz, motivo por el cual los resultados no le serán entregados.	
CANALES PARA SOLICITAR LA CITA: Chat: www.unidiagnosticos.com Correo electrónico: agenda.allianz@unidiagnostico.com.co Celular: 323 5772348 – 321 4533515	