

SPEECH LINK DIGITAL (PROGRAMAS ONCOLÓGICOS – DR.AUNA PLUS Y DR. AUNA BÁSICO – TLMK

1. SALUDO VENTA NUEVA (TODOS LOS CALL) CON DATA AUTORIZADA

Buenos días / tardes / noches, le saluda XXXXXXXXX (Nombre y apellido del Vendedor) ASESOR ONCOLÓGICO COMERCIAL o CONSULTOR COMERCIAL DE SALUD – Consultor de Salud Comercial o ESPECIALISTA COMERCIAL EN TEMAS DE SALUD, nos estamos comunicando por encargo de Oncosalud parte del Grupo Auna / Oncosalud parte del Grupo AUNA / Oncosalud parte del Grupo AUNA / del Grupo AUNA & Oncosalud/ Oncosalud & Grupo AUNA / Red AUNA & Oncosalud. **Tengo el agrado de comunicarme con el Sr. (a)**

SI NO BRINDA NEGACIÓN: Continuar con el objetivo de la llamada.

Bien, por su seguridad esta llamada está siendo grabada.

Si no hay negación: Continuar con objetivo d llamada

En caso, algún cliente indique NO ENTENDER POR QUÉ SON CONTACTADOS SI LA NUEVA NORMA YA ESTÁ VIGENTE:

"Conocemos el alcance de la modificación normativa, y por eso solo contactamos a prospectos que han brindado su autorización para recibir este tipo de comunicaciones. Contamos con su consentimiento previo y voluntario para recibir información de los productos y servicios de Auna".

o Si el prospecto manifiesta querer ser retirado de la BBDD de Oncosalud (Robinson)

Estimad@ (Sr(a) o en caso Nombre del contacto) entendemos su pedido, procederemos a remitir su solicitud al área pertinente de Oncosalud para la gestión. Es importante que recuerde que este trámite podría demorar hasta 10 días hábiles, para ello necesitamos nos brinde su nombre y Dni.

***NOTA INTERNA:** Informar a GSP COMERCIALES para que lo incluyan en la lista Robinson (Tipificar botón Robinson en aplicativo y cargarlo en el Drive compartido Robinson para matricula de acuerdo al flujo)

SALUDO AFILIADOS (SCC AFILIADOS)

Buenos días, tardes, noches le saluda _____ (nombre completo) nos estamos comunicando por encargo de ONCOSALUD

Tengo el agrado de comunicarme con el Sr. (a) (Validar si tiene consentimiento)

Si no hay negación: Continuar con objetivo d llamada

En caso, algún cliente indique NO ENTENDER POR QUÉ SON CONTACTADOS SI LA NUEVA NORMA YA ESTÁ VIGENTE:

"Conocemos el alcance de la modificación normativa, y por eso solo contactamos a prospectos que han brindado su autorización para recibir este tipo de comunicaciones. Contamos con su consentimiento previo y voluntario para recibir información de los productos y servicios de Auna".

o Si el prospecto manifiesta querer ser retirado de la BBDD de Oncosalud (Robinson)

Estimad@ (Sr(a) o en caso Nombre del contacto) entendemos su pedido, procederemos a remitir su solicitud al área pertinente de Oncosalud para la gestión. Es importante que recuerde que este trámite podría demorar hasta 10 días hábiles, para ello necesitamos nos brinde su nombre y Dni.

***NOTA INTERNA:** Informar a GSP COMERCIALES para que lo incluyan en la lista Robinson (Tipificar botón Robinson en aplicativo y cargarlo en el Drive compartido Robinson para matrícula de acuerdo al flujo)

Si el cliente acepta: Registrar sus datos (enviar por correo de acuerdo al flujo actual) Sr./Sra. le agradezco su tiempo, lo atendió XXXX (Nombre y apellido del Vendedor) del Call XXX (Nombre del call).

*Emitirlo por mail al correo como Data Robinson para bloqueo a coordinador Auna.

Indicarle que por su seguridad esta llamada está siendo grabada

1.1 SALUDO SCC ELITE (INBOUND)

Buenos días/tardes/noches, Le saluda (Nombre y apellido del vendedor)/ Consultor comercial de Programas de Salud/ Consultor comercial/ Especialista comercial en temas de salud por parte de Oncosalud(*preámbulo opcional), se comunicó con nosotros interesado en nuestros planes de salud / Ud. Se comunicó con nosotros para brindarle nuestros beneficios / Se comunicó con nosotros. **Tengo el agrado de comunicarme con el Sr. (a) (en caso se tenga el dato)**

¿Sobre cuál de nuestros planes desea información?

*Tener en cuenta que son clientes que se comunicaron en RRSS o al inbound, considerar flexibilidad en la encargatura (ya que son llamadas de segundo contacto).

1.2 SALUDO SCC ELITE (INBOUND) – GESTIÓN PILOTO AUTORIZADO OUT

Buenos días/tardes/noches Sr(a) (Nombre del contacto) le saluda (Nombre del ejecutivo de venta), asesor/a comercial del Grupo Auna, se comunicó con nosotros interesado en nuestros planes de salud-Oncológicos a través de nuestros medios digitales (WhatsApp, Facebook, Tiktok) le comento que tenemos para Ud. xxx.... **Tengo el agrado de comunicarme con el Sr. (a) (en caso se tenga el dato)**

*Tener en cuenta que son clientes que se comunicaron en RRSS o al inbound, considerar flexibilidad en la encargatura (ya que son llamadas de segundo contacto), y nombre del cliente.

2. OBJETIVO DE LLAMADA (Varia de acuerdo al Programa Oncológico / Dr. AUNA PLUS y si es con campaña o sin campaña)

En Onco Pro y plus/Vital:

NOTA INTERNA: DESCUENTO DEL 40% TC y 30% TD en programas Oncoclásico Pro y Plus(Del 01.06 al 30.06) por 12 meses (Rango edad de 00 a 60 años. Titular mayor de edad).

Campaña Descuento 50% PRO Y PLUS por 12 meses (Del 20.06 al 30.06),

(Campañas no aceptan preexistencias ni precedencias)

****NOTA INTERNA:** Oncovital – como Prelación!!!

En Dr. Auna Plus:

NOTA INTERNA: **DUATE (2 PERSONAS) CON EL 30% DESCUENTO POR 12 MESES.**

OBJETIVO DE LLAMADA DR.AUNA PLUS:

Usted y su familia HOY cuentan con un descuento del 30% por 12 primeros meses afiliando a 2 personas como mínimo en el grupo familiar con: cobertura al 100% para 6 teleconsultas al año únicamente en las especialidades de Medicina Familiar, Pediatría, Dermatología, Neumología, Nutrición, Geriatria, Endocrinología, Gastroenterología y Cardiología, es decir, no tendría que realizar ningún pago adicional para atenderse (Máximo 2 eventos al mes)

Además, en caso de requerir una atención por emergencia y/o accidental: tiene hasta S/2000.00 de cobertura durante cada año, renovable anualmente.

OBJETIVO DE LLAMADA ONCOLÓGICO (PRO, PLUS, VITAL):

Espero que Ud. y los suyos se encuentren bien, hoy queremos compartirle una excelente noticia, que, por el mes de prevención del cáncer, además de protegerse Ud. podría proteger también, a un familiar o ser querido por la misma inversión, por los primeros 12 meses.

Recuerde Ud. que a partir de los 18 años nos vemos expuestos a:

MUJER – Píldora de cáncer de mama

HOMBRE – Píldora de cáncer de pulmón /próstata/estomago

Considerando lo mencionado, tan solo le saldría por el monto de XX soles (Monto enlatado x2 personas + Dr. Auna) por ambas coberturas – “Tarifa TD”

Nota. Continuar con párrafo de **TC** (Así se acepte tarifa anterior o genere cualquier objeción)

Y por tratarse de UD, solo pagando con su **TC quedaría en XXX (Monto enlatado x2 personas+ Dr. Auna) por ambas coberturas.**

¿Cuénteme cuál es su fecha nacimiento, y la de su familiar? (Cálculo edad) Me brinda su número de DNI? ¿Suele fumar?

¿Le gustaría conocer mayor detalle de la cobertura de estos programas? En caso diga que sí, consultar “Guía de Información de Coberturas”

OBJETIVO DE LLAMADA ONCOLÓGICO (PRO, PLUS, VITAL) - AFILIADO- CAMPAÑA TC 40%, TD 30%

Espero que Ud. y los suyos se encuentren bien, hoy queremos extender al resto de su familia o conocidos nuestros beneficios para que cuenten con la misma cobertura oncológica que usted, con un súper descuento, Que tarjeta suele usar Visa, mastercard?. Hoy obtiene un 40% de descuento por su TC

Y por tratarse de UD, solo pagando con su TC quedaría en XXX (Monto enlatado x2 personas+ Dr. Auna) por ambas coberturas.

En caso tenga TD, le brindamos el 30% de descuento

Considerando lo mencionado, tan solo le saldría por el monto de XX soles (Monto enlatado x2 personas + Dr. Auna) por ambas coberturas – “Tarifa TD”

Recuerde Ud. que a partir de los 18 años nos vemos expuestos a:

MUJER – Píldora de cáncer de mama

HOMBRE – Píldora de cáncer de pulmón /próstata/estomago

CAMPAÑA ONCOLÓGICA PRO,PLUS CON DESCUENTO DEL 50% (A PARTIR DEL 20.06)

Espero que Ud. y los suyos se encuentren bien, hoy queremos extender al resto de su familia o conocidos nuestros beneficios para que cuenten con la misma cobertura oncológica que usted, con un súper descuento, **su inversión en su afiliación podría coberturar a alguien más. Es decir, 2 x 1 en protección oncológica, por todo un año.**

Tengo el agrado de comunicarme con el Sr. (a)_____

Recuerde Ud. que a partir de los 18 años nos vemos expuestos a:

MUJER – Píldora de cáncer de mama

HOMBRE – Píldora de cáncer de pulmón /próstata/estomago

Luego del objetivo de llamada.....

¿Cuénteme cuál es su fecha nacimiento, y la de su familiar? (Cálculo edad) Me brinda su número de DNI? ¿Suele fumar?

¿Le gustaría conocer mayor detalle de la cobertura de estos programas? En caso diga que sí, consultar **“Guía de Información de Coberturas”**

****INICIAN EL ACCESO AL LINK DIGITAL (AGENTE):** <https://linkventa.auna.pe/iniciar-sesion/>

La información brindada hasta el momento le parece útil y oportuna cierto? Ante ello, me brinda por favor su Dni? (En caso no se lo haya dado antes)...

Para proceder con su afiliación Sr(a) xxxx y para su seguridad nuestra conversación continúa siendo grabada. Esta grabación constituye la celebración del contrato y no requerirá de firma escrita de su parte. Si está de acuerdo diga **“Sí Acepto”**.

3. VALIDACIÓN DATOS COTIZACIÓN

(Parte 1) Datos de Contratante	<p>Solicitar los datos del Contratante. Es obligatorio solicitarlo e ir <u>ingresándolo a link digital</u></p> <ul style="list-style-type: none">• DNI (Ya solicitado, ponerlo en link)• Nombre completo (<i>Se llena en automático Reniec</i>): Solicitar* (Ante no coincidencia de datos arrojados por link, volver a solicitar DNI para validar).• Fecha de nacimiento: (reconfirmar, ponerlo en link)• Teléfono: solicitar• Dirección: solicitar• Correo: solicitar• Fuma o no fuma: (reconfirmar, ponerlo en link)• ¿El Sr(a)_____ cuenta con un seguro de salud como SIS, EPS, ESSALUD o Particular? (<i>Esperar respuesta del cliente: “Sí” o “No”</i>)
(Parte 2) Programa	<p>[Mencionar el programa oncológico para la afiliación]</p> <ul style="list-style-type: none">• Programa oncológico (<i>ONCOPLUS / ONCOCLÁSICO PRO/ ONCOVITAL/ **DR. AUNA</i>)...<i>Si se genera venta paquetizado con Dr. Auna → Doble link</i>

*** Solo cuando no hay vínculo directo: ¿Sobre la información brindada ya cuenta con autorización de sus afiliados para usarla en este proceso? (Afirmativa/Aceptación)

<p>(Parte 3) Datos de Afiliados</p>	<p>Solicitar los datos de afiliados. Es obligatorio solicitarlo e ir ingresándolo a link digital</p> <ul style="list-style-type: none"> • DNI (Ya solicitado, ponerlo en link) • Nombre completo <i>(Se llena en automático Reniec)</i>: Solicitar* (Ante no coincidencia de datos arrojados por link, volver a solicitar DNI para validar). • Fecha de nacimiento: (reconfirmar, ponerlo en link) • Teléfono: solicitar • Dirección: solicitar • Correo: solicitar • Fuma o no fuma: (reconfirmar, ponerlo en link) • ¿El Sr(a)_____ cuenta con un seguro de salud como SIS, EPS, ESSALUD o Particular? <i>(Esperar respuesta del cliente: “Sí” o “No”)</i>
---	---

<p>(Parte 4) DJS</p>	<p>Sr(a). _____, ahora procederé a realizar la lectura de la declaración de salud que son 05 preguntas sobre “Su estado de salud y de sus afiliados”. Por favor, responda con un claro “Sí” o “No”, iniciamos...</p> <p>1. ¿Tiene, ha tenido o está siendo estudiado por cáncer o alguna enfermedad oncológica? (Esperar respuesta del cliente: “Sí” o “No”) En caso responda SI: Indicar que Oncosalud se comunicara para brindarle mayor detalle y despedirse. En caso responda NO: Continuar con la pregunta 2</p> <p>2. ¿Alguna vez se ha realizado o tiene pendiente la realización o los resultados de biopsia o de anatomía patológica de alguna endoscopia, colonoscopia, mamografía o ecografía de mamas o alguna cirugía? (Esperar respuesta del cliente: “Sí” o “No”) En caso responda SI: Me indica el diagnóstico y fecha del mismo NO: continuar con pregunta 3</p> <p>3. ¿Tiene, ha tenido o está siendo estudiado por algún tipo de melanoma, carcinoma, sarcomas o enfermedades a la sangre o los ganglios como, por ejemplo: leucemia, linfomas, enfermedad de Hodgkin, policitemia vera u otros clasificados como síndromes mielodisplásicos? (Esperar respuesta del cliente: “Sí” o “No”) En caso responda SI: Me indica el diagnóstico y fecha del mismo NO: continuar con pregunta 4</p> <p>Enfermedades excluyentes del programa oncológico (estos diagnósticos no permite continuar con venta)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">DEFINICION DE ENFERMEDADES</th></tr> <tr> <th>ENFERMEDADES</th><th>DEFINICION</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>MELANOMA</td><td>Es el nombre genérico de los tumores melánicos o pigmentados, y el melanoma maligno es una grave variedad de CANCER DE PIEL.</td></tr> <tr> <td>CARCINOMA</td><td>Es un tumor cancerígeno que aparece en los tejidos que recubren o revisten diversos órganos del cuerpo o glándulas tales como: LA PIEL, ÚTERO, PRÓSTATA, MAMA O ESTÓMAGO</td></tr> <tr> <td>SARCOMAS</td><td>Es un tumor de tipo maligno que se produce en un MUSCULO, UN HUESO, UN VASO SANGUÍNEO U OTRA CLASE DE TEJIDO CONJUNTIVO.</td></tr> <tr> <td>LEUCEMIA</td><td>Es una patología cancerosa que afecta a las células de la MÉDULA ÓSEA. LA MÉDULA ÓSEA produce normalmente los GLÓBULOS ROJOS DE LA SANGRE, LAS PLAQUETAS Y LOS GLÓBULOS BLANCOS.</td></tr> <tr> <td>LINFOMAS</td><td>Cáncer que afecta al sistema linfático.</td></tr> <tr> <td>ENFERMEDAD DE HODGKIN</td><td>Es un tipo de cáncer que afecta a las células del sistema linfático y que se caracteriza por la presencia de las células de Hodgkin</td></tr> <tr> <td>POLICITEMIA VERA</td><td>Es una enfermedad de la médula ósea que lleva a un aumento anormal de la cantidad de las células sanguíneas principalmente GLÓBULOS ROJOS.</td></tr> <tr> <td>SÍNDROMES MIELODISPLÁSICOS</td><td>Son un grupo de cánceres en los la médula ósea no puede producir nuevas células sanguíneas sanas.</td></tr> </tbody> </table>	DEFINICION DE ENFERMEDADES		ENFERMEDADES	DEFINICION	MELANOMA	Es el nombre genérico de los tumores melánicos o pigmentados, y el melanoma maligno es una grave variedad de CANCER DE PIEL .	CARCINOMA	Es un tumor cancerígeno que aparece en los tejidos que recubren o revisten diversos órganos del cuerpo o glándulas tales como: LA PIEL, ÚTERO, PRÓSTATA, MAMA O ESTÓMAGO	SARCOMAS	Es un tumor de tipo maligno que se produce en un MUSCULO, UN HUESO, UN VASO SANGUÍNEO U OTRA CLASE DE TEJIDO CONJUNTIVO .	LEUCEMIA	Es una patología cancerosa que afecta a las células de la MÉDULA ÓSEA . LA MÉDULA ÓSEA produce normalmente los GLÓBULOS ROJOS DE LA SANGRE, LAS PLAQUETAS Y LOS GLÓBULOS BLANCOS .	LINFOMAS	Cáncer que afecta al sistema linfático.	ENFERMEDAD DE HODGKIN	Es un tipo de cáncer que afecta a las células del sistema linfático y que se caracteriza por la presencia de las células de Hodgkin	POLICITEMIA VERA	Es una enfermedad de la médula ósea que lleva a un aumento anormal de la cantidad de las células sanguíneas principalmente GLÓBULOS ROJOS .	SÍNDROMES MIELODISPLÁSICOS	Son un grupo de cánceres en los la médula ósea no puede producir nuevas células sanguíneas sanas.
DEFINICION DE ENFERMEDADES																					
ENFERMEDADES	DEFINICION																				
MELANOMA	Es el nombre genérico de los tumores melánicos o pigmentados, y el melanoma maligno es una grave variedad de CANCER DE PIEL .																				
CARCINOMA	Es un tumor cancerígeno que aparece en los tejidos que recubren o revisten diversos órganos del cuerpo o glándulas tales como: LA PIEL, ÚTERO, PRÓSTATA, MAMA O ESTÓMAGO																				
SARCOMAS	Es un tumor de tipo maligno que se produce en un MUSCULO, UN HUESO, UN VASO SANGUÍNEO U OTRA CLASE DE TEJIDO CONJUNTIVO .																				
LEUCEMIA	Es una patología cancerosa que afecta a las células de la MÉDULA ÓSEA . LA MÉDULA ÓSEA produce normalmente los GLÓBULOS ROJOS DE LA SANGRE, LAS PLAQUETAS Y LOS GLÓBULOS BLANCOS .																				
LINFOMAS	Cáncer que afecta al sistema linfático.																				
ENFERMEDAD DE HODGKIN	Es un tipo de cáncer que afecta a las células del sistema linfático y que se caracteriza por la presencia de las células de Hodgkin																				
POLICITEMIA VERA	Es una enfermedad de la médula ósea que lleva a un aumento anormal de la cantidad de las células sanguíneas principalmente GLÓBULOS ROJOS .																				
SÍNDROMES MIELODISPLÁSICOS	Son un grupo de cánceres en los la médula ósea no puede producir nuevas células sanguíneas sanas.																				

	<p>4. ¿Tiene, ha tenido o está siendo estudiado por: cirrosis, hepatitis crónica, hepatitis C, hemocromatosis, insuficiencia hepática, esófago Barret, pólipos de colon-recto, papiloma virus, enfermedades de la próstata, Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) o es cero positivo al virus de inmunodeficiencia humana (VIH)? (Esperar respuesta del cliente: "Sí" o "No") En caso responda Sí: Me indica el diagnóstico y fecha del mismo NO: continuar con pregunta 5</p> <p>5. ¿Tiene alguna condición de salud que aún no tiene diagnóstico definitivo? (Esperar respuesta del cliente: "Sí" o "No") En caso responda Sí: Me indica el diagnóstico y fecha del mismo NO: continuar con pregunta 5</p>
--	--

En caso el Cliente haya respondido "Sí" a alguna de estas preguntas, mencionar:

Sr(a) _____, Oncosalud se contactará con usted para determinar posibles exclusiones.

La omisión, reticencia o falsedad incurrida en la presente declaración así fuera hecha inclusive de buena fe, resuelve y anula automáticamente el contrato, así como toda obligación de Oncosalud.

4. RESUMEN Y EMISIÓN DE LINK DE PAGO

Sr./Sra. XXXX, para poder finalizar su afiliación al programa XXXX + XXXX (Nota interna: En caso sea venta paquetizada), en este momento le enviaremos un enlace a través del cual podrá realizar el pago de manera segura ingresando usted mismo los datos de su tarjeta de crédito/débito.

***Emisión del Link generado al prospecto por whatsapp.**

A través de este link, también podrá revisar todo el detalle relacionado al Programa seleccionado, como las condiciones del programa, información completa de cobertura, beneficios y exclusiones.

Mientras usted continúa completando el enlace, permaneceré en línea para brindarle el apoyo necesario hasta la finalización del proceso; **(esperar a que el cliente ingrese al link)**

***Solo en caso cliente desconfíe y no quiera pagar en el momento: Por favor, le estaré devolviendo la llamada en el transcurso de 2 hrs, a fin de no exceder el tiempo de vigencia del link, para confirmar si el proceso de afiliación se ha llevado a cabo con éxito.**

Guiar al cliente:

Luego encontrará el botón para aceptar las condiciones de **Tratamiento de Datos Personales** y, si lo desea, podrá aceptar Fines adicionales (consentimiento* opcional), para mantenerse informado de próximas campañas o beneficios para Usted.

También podrá descargar **el contrato/condicionado** donde se encuentra todo lo que le he mencionado-check obligatorio (si desea puede descargarlo).

Botón de **normativa legal**, dirección legal de la empresa e información para su protección en la contratación.

Finalmente, deberá dar click en el checkbox de aceptación para **finalizar este proceso**.

Hasta 24 horas después de terminado el proceso, le llegará al correo brindado el contrato de su programa; donde encontrará la información más detallada sobre la cobertura de su programa, así como los términos y condiciones aplicables, para su revisión y conocimiento.

Nota interna importante para vendedor: en ningún momento promover ni forzar la aceptación de fines adicionales, este check es FACULTATIVO.

Nota interna al vendedor: Si todo procede correctamente continuar con lo siguiente:

Me indica que mensaje le sale...

Bienvenido a Oncosalud. Reciba usted nuestras felicitaciones y agradecimiento por haber tomado una buena decisión de protegerse pensando en su familia.

Migración Autorizada de programa + Condonación de Deuda - Alta Nueva

Programas oncológicos

[Nombre del prospecto], para tu tranquilidad quiero contarte un beneficio especial que Oncosalud tiene para ti.

si en algún momento acumulas cuatro cuotas pendientes o cuatro meses sin pago, no perderás tu protección. Es decir, automáticamente migramos tu plan y el de tu familia a uno con menor cobertura, **condonando las cuotas pendientes**. Además, **mantienes tu antigüedad**: no se reinicia el tiempo de permanencia ni se aplica nuevo periodo de carencia.

Este beneficio asegura que **nunca te quedes sin protección**.

Además, si más adelante deseas volver a tu plan original o cambiar de programa, puedes hacerlo con 30 días de anticipación, siempre que no hayas activado la cobertura como paciente.

También puedes solicitar el regreso antes de ese plazo llamando a la central de atención al cliente (01) 513-7900. Si lo haces dentro de los 30 días, solo deberás pagar las cuotas condonadas.

Después de ese tiempo, el cambio se realiza según las condiciones del contrato. Este proceso no limita tu derecho a desafilarte si así lo decides.

Para más información, puedes revisar los términos en la web de Oncosalud web: <https://oncosalud.pe/documentos-interes/>. ¿Declara estar conforme con la información recibida, haber comprendido las condiciones establecidas para la migración y otorga su consentimiento para contar con esta alternativa?

Afiliado indica: Si acepto

Afiliado indica: No acepto

Información para el agente

Prospecto acepta: Registrar consentimiento

Prospecto no acepta: Cerrar la venta

Rebate de objeción

Este consentimiento no es obligatorio, pero representa una ayuda valiosa que te permitirá conservar tu tiempo de permanencia y seguir protegido.

Nota para el agente

No aplica la campaña para el programa de origen: Oncoesencial y Oncocomplemento.