

SPEECH DE VENTA – TELETRABAJO / REGULAR - DR AUNA PLUS

1. SALUDO TELETRABAJO

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 / del Grupo AUNA & Oncosalud/ Oncosalud & Grupo AUNA / Red AUNA & Oncosalud

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

Si no hay negación: Continuar con objetivo de 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 aremitir 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 nosbrinde 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)

2. SALUDO SCC ELITE

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 comunican al inbound, considerar flexibilidad en la encargatura (ya que son llamadas de segundo contacto)

3. OBJETIVO DE LA LLAMADA

DR AUNA - Atención 360° (Plus) tiene para usted HOY 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, Geriatría, 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.

Las atenciones virtuales se darán por la Clínica Digital 360 de Auna y las consultas presenciales en la red de clínicas AUNA:

Red de atención presencial del programa.

Clínica Guardia Civil

Clínica Bellavista

Clínica Vallesur

Clínica Miraflores

Clínica Camino Real

Clínica Auna Sede

Chiclayo

Entre los beneficios más importantes tenemos:

- **Consultas presenciales en las IPRESS.** Solo en las siguientes especialidades: Cardiología, Cirugía general, Dermatología, Gastroenterología, Ginecología, Medicina Interna, Traumatología, Otorrinolaringología, Pediatría, Urología. Máximo 6 eventos al año, **y hasta dos eventos al mes**
- **Farmacia:** Medicamentos derivados de la Teleconsulta y Consulta: Hasta S/ 100 c/u + IGV. Hasta un máximo de **12 eventos durante la vigencia anual (6 para teleconsulta y 6 para consulta presencial) y hasta 2 eventos al mes.**
- **Exámenes de laboratorio e imágenes derivados de la Teleconsulta y Consulta:** Hasta S/ 100 c/u + IGV. Hasta un máximo de **12 eventos durante la vigencia anual (6 para teleconsulta y 6 para consulta presencial) y hasta 2 eventos al mes.**

respectivamente en sedes Auna.

- **Descarte de diabetes y dislipidemia:** Colesterol total, Glucosa, LDL, Triglicéridos, Consulta de resultados. Este beneficio tiene frecuencia anual y un periodo de espera de 180 días. CBA está disponible exclusivamente para la atención del beneficio de despistaje de Diabetes mellitus tipo 2 y Dislipidemia en la ciudad de Lima. Para el caso de provincias, se realizará en las Clínicas de la red de atención disponibles.

Para brindarle la tarifa correspondiente se le debe preguntar la edad al cliente. Sondeo: ¿Cuántos años tiene? (revisar tarifa según rango etario)

TARIFA CON CAMPAÑA 30%

Dr. Auna Plan Plus (-30%)		
Rango de edad	Pago Anual	Pago Mensual
00 – 35	S/. 474.12	S/. 41.58
36 – 65	S/. 687.00	S/. 60.27

*Las tarifas incluyen IGV

TARIFA REGULAR SIN CAMPAÑA

Dr. Auna Plan Plus – Tarifa Público Vigente		
Rango de edad	Pago Anual	Pago Mensual
00 – 35	S/. 677.28	S/. 59.41
36 – 65	S/. 981.72	S/. 86.12

*Las tarifas incluyen IGV

Sr/a... Usted va a estar coberturado por tan solo un aporte mensual de S/XXX Y; tras pasar el primer mes de carencia en el programa, podrá utilizar todos los beneficios de su plan contratado a excepción de los casos de emergencia que no tienen periodo de carencia y el beneficio de descarte de diabetes y dislipidemia que cuenta con un periodo de espera de 180 días.

PRESENTACIÓN PERIODO DE CARENIA | PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN

Su fecha de inicio de vigencia en el Programa Dr Auna Atención 360° **será el primer día del mes en curso de haber cancelado el primer APORTE del plan**, contabilizándose desde esta fecha el periodo de carencia.

OJO: El periodo de carencia aplica para todos los beneficios del plan Atención 360° Dr. Auna a excepción de los beneficios relacionados a emergencia, por lo que las consultas ambulatorias presenciales también tienen periodo de carencia. A lo que tiene acceso el afiliado desde el día 1 es a las tarifas y descuentos preferenciales y a los beneficios de casos de emergencia.

4. PREPARACIÓN PARA EL CIERRE DE LA VENTA

Bien Sr/a... Empezaremos entonces a aperturar su solicitud validando los siguientes datos: por favor necesitamos su dirección de correo electrónico para enviarle la información donde visualizará todo lo mencionado anteriormente, al término de la afiliación.

5. TOMA DE DATOS PARA AFILIACIÓN

(Parte 1) Programa de salud	[Solicitar o seleccionar el programa para la afiliación] <ul style="list-style-type: none"> • Producto Auna salud Dr. AUNA Atención 360°
# Afiliaciones	[Solicitar y reafirmar el número de personas a afiliar] <ul style="list-style-type: none"> • Producto Auna salud Dr. AUNA Atención 360°

<p>(Parte 2) Datos de afiliados</p>	<p>[Solicitar los datos del Contratante. Es obligatorio solicitar todos estos campos pero no necesariamente en el mismo orden]</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apellido paterno + Apellido materno + Nombres • Sexo (<i>Masculino / Femenino</i>) • Estado civil (<i>Soltero / Casado / Viudo / Divorciado</i>) • Tipo de documento (<i>DNI / CE / DIE / Pasaporte</i>) + Número de documento • Correo Electrónico • Nacionalidad • Fecha de nacimiento • E-mail • Dirección + Distrito + Provincia + Departamento • Teléfono + Celular <p>[Solicitar los datos del Titular o afiliados. Es obligatorio solicitar todos estos campos <u>A CADA UNO</u> pero no necesariamente en el mismo orden]</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Apellido paterno + Apellido materno + Nombres • Sexo (<i>Masculino / Femenino</i>) • Estado civil (<i>Soltero / Casado / Viudo / Divorciado</i>) • Tipo de documento (<i>DNI / CE / DIE / Pasaporte</i>) + Número de documento • Nacionalidad • Fecha de nacimiento • E-mail • Dirección + Distrito + Provincia + Departamento • Teléfono + Celular

6. LECTURA DEL EXTRACTO

(Parte 1) Leer extracto	EXTRACTO: Auna salud Dr. AUNA Atención 360°
	<div> <div>Para</div> <div>proceder</div> <div>con</div> <div>su</div> <div>afiliación</div> <div>Sr(a)</div> </div> <p>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.</p> <p>El Programa Auna salud Dr. AUNA Atención 360°, le otorgará una cobertura de hasta un máximo de atenciones durante la vigencia anual del CONTRATO.</p> <p>Los principales beneficios son:</p> <ul style="list-style-type: none"> 6 teleconsultas al año sin deducibles ni copagos, haciendo uso de máximo 2 eventos al mes. Solo en las especialidades: Pediatría, Dermatología, Neumología, Nutrición, Medicina Familiar, Geriatria, Endocrinología, Gastroenterología y Cardiología. Máximo 6 eventos al año, 2 eventos al mes. Consultas presenciales en las IPRESS (Según especialidad disponible), 6 Consultas presenciales en la Red de atención habilitada, solo en las especialidades: Cardiología, Cirugía general, Dermatología, Gastroenterología, Ginecología, Medicina Interna, Traumatología, Otorrinolaringología, Pediatría, Urología. Máximo 6 eventos al año, 2 eventos al mes. Farmacia: Medicamentos derivados de la Teleconsulta y Consulta: Hasta S/ 100 c/u + IGV. Hasta un máximo de 12 eventos durante la vigencia anual (6 para teleconsulta y 6 para consulta presencial) y hasta 2 eventos al mes respectivamente en sedes Auna. Exámenes de laboratorio e imágenes derivados de la Teleconsulta y Consulta: Hasta S/ 100 c/u + IGV. Hasta un máximo de 12 eventos durante la vigencia anual (6 para teleconsulta y 6 para consulta presencial) y hasta 2 eventos al mes respectivamente en sedes Auna. Descarte de diabetes y dislipidemia: Colesterol total, Glucosa, LDL, Triglicéridos, Consulta de resultados. Este beneficio tiene frecuencia anual y un periodo de espera de 180 días. CBA está disponible exclusivamente para la atención del beneficio de despistaje de Diabetes mellitus tipo 2 y Dislipidemia en la ciudad de Lima. Para el caso de provincias, se realizará en las Clínicas de la red de atención disponibles. Emergencia médica y/o accidental: En el ambiente de emergencia, hasta S/2K durante la anualidad <p>La carencia será de 30 días o 1 mes. (nota interna: cualquiera de las dos opciones mencionadas son válidas a usar., .)</p> <p>(Excepto para prestaciones de Emergencia)</p> <p>Las principales exclusiones son: Cualquier beneficio no contemplado en el presente CONTRATO y/o que estuviera excluido y pese a ello hubiese sido otorgado por error o excepción, no establece obligación de cobertura futura a cargo de la IAFAS. Cualquier requerimiento de cobertura relacionada a condiciones de salud o enfermedades preexistentes a la suscripción del contrato y/o enfermedades crónicas y sus reagudizaciones.</p>

Las condiciones se le enviarán a su correo electrónico y están en www.oncosalud.pe. en caso desee una copia física del mismo, lo podrá obtener acercándose a nuestras oficinas".

Siendo el día de hoy _____ (día) de _____ (mes) del _____ (año),
¿acepta el cargo mensual de **(Monto total) _____ de _____ la**
contratación, en su tarjeta *(mencionar los seis primeros dígitos*
y los cuatro últimos, y la fecha de vencimiento)
Correspondiente a xx personas y xx protección Dr. Auna?
(considerando nro. personas) (Esperar respuesta del cliente:
"Sí conforme")

Una vez realizado el primer pago, usted hará efectiva su
afiliación y podrá acceder a nuestros servicios teniendo
en cuenta los períodos de carencia e inicio de vigencia
detallados en su contrato

[Leer este párrafo en caso el Cliente se haya afiliado su tarjeta a la Recurrencia]

Sr(a) _____ la afiliación al cargo recurrente comenzará
a ser efectiva a partir del primer cobro.

Oncosalud no será responsable en los casos en los que no
se pueda realizar el cargo. La afiliación al programa comienza a
regir en función a las especificaciones del contrato.

[Leer este párrafo en caso el Cliente se haya afiliado con alguna campaña de descuento]
Ante cualquier cambio respecto a su contrato inicial perderá el descuento,
es decir: Cambio de forma o frecuencia de pago, condición de fumador,
migración de programa, entre otros.

Le recordamos que nuestras tarifas están sujetas a variación
según el rango de edad y su vigencia es anual, renovable
automáticamente por periodos iguales; salvo que el contratante u
Oncosalud manifieste por escrito su interés de ponerle término
con 30 días de anticipación.

Recuerde que deberá estar al día en sus pagos para acceder a
los beneficios del programa. Una vez realizado el primer pago,
para disfrutar de los beneficios ya puedes descargar nuestra App
de Auna+Benefits desde tu App Store y Google Play o a través
del siguiente link: afiliado.oncosalud.pe/beneficios.

7. NORMATIVA APLICABLE/ AVISO LEGAL

Sr(a)_____, le informamos que AUNA S.A.A. con domicilio en [Av. República de Panamá N° 3461, San Isidro](#), tratará sus datos personales y sensibles recabados bajo encargo por el call center _____ **los cuales son necesarios para realizar las gestiones relacionadas a la contratación de hoy.** Puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición mediante petición a: derechosarco@auna.pe o al domicilio antes indicado. Puede consultar nuestra Política de Privacidad en www.oncosalud.pe/politicas-de-privacidad.

Usted ha sido informado del tratamiento de sus datos personales de acuerdo a ley, en señal de conformidad por favor diga "Sí conforme". (Esperar respuesta del cliente: "Sí conforme")
(Esperar respuesta del cliente: "Sí" o "No")

Adicionalmente, usted autoriza a AUNA a contactarlo con información comercial y realizar encuestas de satisfacción, vía telefónica o electrónica, así como a compartir sus datos personales a empresas del grupo AUNA o socios comerciales, descritos en www.oncosalud.pe/grupo-economico-y-socios-comerciales para las mismas finalidades.

Si está de acuerdo diga "Sí acepto". (Esperar respuesta del cliente: "Sí" o "No")

8. DESPEDIDA Y REFERIDOS

(Parte 1) Despedida	<p>Estimado Sr(a)_____, le agradezco su tiempo, y esperamos pronto pueda contar con el programa Auna salud Dr. AUNA Atención 360°</p> <p>Estimado Sr(a)_____, bienvenido (a) al Programa Auna salud Dr. AUNA Atención 360°. Reciba usted nuestras felicitaciones por haber tomado tan importante decisión, pensando en los que más quiere. Gracias por confiar en nosotros.</p> <p>Estimado Sr(a)_____, bienvenido (a) al Programa Auna salud Dr. AUNA Atención 360°. Reciba usted nuestras felicitaciones por haber tomado esta decisión y estamos seguros de que este programa será un gran respaldo para usted ante atenciones médicas de primernivel. Gracias por confiar en nosotros.</p>
(Parte 2) Solicitar referido	<p>[Solicitar referido en caso crea conveniente]</p> <p>Así como usted ha tomado una buena decisión, me gustaría compartir toda la información con las personas más cercanas a usted mediante una llamada, ¿Podría brindarme sus números de contacto?</p>