

LEYENDA SEGMENTACIÓN:Buscan Reconocimiento- Cambios en color **morado**Convivencia- Cambios en color **celeste**Planificadores y previsores- Cambios en color **rojo**Protectores Familiares – Cambios en color **azul****SPEECH DE VENTA – TELETRABAJO / REGULAR****1. SALUDO TELETRABAJO**

Buenos días / tardes / noches, Le saluda XXXXXXXXXX (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

Si no hay negación: continuar con speech

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 enviarlo por correo al listado Robinson de acuerdo a flujo actual)

2. SALUDO 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. ¿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

NOTA INTERNA: Campaña descuento 20% en programa Oncoflex por 12 meses (Rango edad de 00 a 60 años. Titular mayor de edad).

NOTA INTERNA:

1. %Descuento en caso aplique: 20% por persona
2. Programas a los que aplica: ONCOFLEX
3. Duración del descuento o del beneficio otorgado: 12 MESES
4. Campañas no aceptan preexistencias ni precedencias

Opción 1:

Espero que Ud. y los suyos se encuentren bien, hoy queremos compartirle información valiosa sobre la prevención y cuidado de su salud, es por ello que, Oncosalud tiene el programa Oncoflex para protegerlos ante cualquier sospecha de detección de cáncer. Por ello hoy te beneficia a ti y a un familiar, adquiriendo el plan con un 20% de descuento por un año (12 meses), asimismo, puede extender el beneficio y otorgarlo a quien Usted desee.

Promoción Duate con un 25% de descuento sobre la tarifa público vigente desde dos o más afiliados dentro de un mismo grupo familiar.

Actualmente cuenta con tarjeta Crédito o Débito?

Opción 2:

Espero que Ud. y los suyos se encuentren bien. Oncosalud, preocupado por su bienestar y el de su familia, quiere compartirle información valiosa sobre la prevención y cuidado de su salud: De acuerdo al Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, se registraron 10,686 casos nuevos de cáncer en el Perú entre enero y diciembre del 2023, la cual es la segunda causa de muerte, después de las enfermedades cardiovasculares (CDC, 2023).

Lamentablemente, estas son cifras reales que afectan a miles de familias, es por ello que Oncosalud tiene para usted un programa oncológico enfocado en brindarle protección ante diagnósticos oncológicos. Tenemos el programa Oncoflex con un descuento del 20% para Ud. y un familiar.

Promoción Duate con un 25% de descuento sobre la tarifa público vigente desde dos o más afiliados dentro de un mismo grupo familiar.

Para acceder al precio con descuento solo debe tener una tarjeta de Crédito o Débito

Ud. Podrá acceder a los siguientes beneficios del plan Oncoflex, cubiertos al 100% sin copago:

¿Qué beneficios tiene el programa?

CUBIERTO AL 100% Sin copago

Prestaciones generales

 Honorarios Médicos	 Quimioterapia	 Terapia modificadora de respuesta biológica o blanco dirigida Cubierto al 70%	 Radioterapia
 Medicamentos no oncológicos, materiales e insumos relacionados con el tratamiento oncológico	 Transplante de Medula Ósea histocompatible Cubierto al 70%	 Servicios de apoyo al tratamiento	 Estudios de Medicina Nuclear
 Tomografía por emisión de positrones (PET Scan)	 Servicios de la unidad de Cuidados Continuos a domicilio	 Transfusión sanguínea y hemoderivados Cubierto al 70%	 Nutrición Parenteral Total (NPT) Cubierto al 70%
 Kit de urostomía	 Material de Osteosíntesis Cubierto al 70%	 Cirugía reconstructiva oncológica ante secuela mutilante	 Nutrición Enteral (NE) Cubierto al 70%
 Hormonoterapia farmacológica convencional	 Hormonoterapia farmacológica Compleja Cubierto al 70%	 Kit de colostomía e ileostomía	 Complicaciones ocasionadas por el tratamiento oncológico

Los controles posteriores después de ser paciente; Sr(a) XXXX en ese caso UD luego de 5 años de activación de su cobertura y en caso ya no se encuentre recibiendo tratamiento para el cáncer, pasará a la condición de paciente continuador, en este caso le otorgaremos el beneficio de seguir realizándose sus controles periódicos(ambulatorios), pero con una cobertura al 80%. En caso nuevamente se evidenciará la recurrencia o recaída de la enfermedad oncológica o un nuevo cáncer se activará y se aplicará las coberturas de su tratamiento inicial.

PRESTACIONES GENERALES	ONCOFLEX 2024	
	Cobertura	Copago
Control ambulatorio de pacientes oncológicos con 5 años de evolución sin enfermedad activa	80%	Ninguno

También contamos con Tarifas y descuentos preferenciales en nuestras clínicas:

Tarifas y descuentos													
(Aplican términos y condiciones)													
	Solo para el programa Oncoplus	Programas oncológicos y no oncológicos											
Concepto	Clínica Delgado Auna	Clínica Oncosalud sede Hospitalaria (Cdra. 2)	Clínica Oncosalud sede Ambulatoria (Cdra. 5)	Clínica Oncosalud centro de Radioterapia	Centro de bienestar Auna	Clínica Auna Guardia Civil	Clínica Auna Bellavista	Clínica Auna Piura	Centro médico Auna Piura	Clínica Auna Arequipa (Vallesur)	Clínica Auna Chiclayo	Centro médico Auna Chiclayo (Servimédicos)	Clínica Auna Trujillo
Consulta externa	S/ 200	S/ 200			S/ 177	S/ 90							S/ 75
Teleconsulta	S/ 200	S/ 200			S/ 177	S/ 90							S/ 75
Consulta de emergencia	S/ 200	S/ 200			No aplica	S/ 90			No aplica	S/ 90		No aplica	S/ 75
Servicios clínicos	10%												
Radiología	10%												
Ecografía	10%												
Otras imágenes	10%												
Laboratorio clínico y patológico	10%												

Además, cuentas con descuentos en:	
Laboratorios Auna Av. Guardia Civil 617, San Borja Lima	20%



Consideraciones

- Las tarifas y descuentos preferenciales se encuentran sujetas a actualizaciones por parte del prestador de servicios de salud (IPRESS) y aplica para todas las especialidades de la sede según disponibilidad del staff.
- Las tarifas y/o descuentos preferenciales aplican sobre la **tarifa privada vigente** al público, incluye IGV.
- Las tarifas y/o descuentos preferenciales **no aplican** sobre los deducibles y/o copagos de servicios cubiertos por alguna IAFAS.
- Las tarifas y/o descuentos preferenciales en Clínica Delgado aplican únicamente para los afiliados al programa ONCOPLUS, incluidos sus planes derivados: **PLUS MASTER, PLAN NACER, PLAN FAMILIA y ONCORIPLEY**.
- Las tarifas y/o descuentos preferenciales en las clínicas de Lima y provincias de la Red Auna como clínica Oncosalud sede Hospitalaria (Cdra. 02), clínica Oncosalud sede Ambulatoria (Cdra. 05), clínica Oncosalud centro de Radioterapia, centro de bienestar Auna, clínica Auna Guardia Civil, clínica Auna Bellavista, clínica Auna Piura, centro médico Auna Piura, clínica Auna Arequipa (Vallesur), clínica Auna Chiclayo, centro médico Auna Chiclayo (Servimédicos) y clínica Auna Trujillo, aplican para **TODO**s los programas oncológicos (a excepción del programa Oncovida TB 2024, que tendrá su propio esquema) y no oncológicos de la IAFAS.
- Las tarifas y/o descuentos preferenciales cuentan con fecha de inicio de vigencia 15 de enero del 2024 para las sedes: clínica Delgado Auna, clínica Auna Bellavista, clínica Auna Piura, centro médico Auna Piura, clínica Auna Chiclayo y centro médico Auna Servimédicos; y 01 de febrero del 2024 para las sedes: clínica Oncosalud sede Hospitalaria (Cdra. 02), clínica Oncosalud sede Ambulatoria (Cdra. 05), clínica Oncosalud centro de Radioterapia, centro de bienestar Auna, clínica Auna Guardia Civil, clínica Auna Arequipa (Vallesur) y clínica Auna Trujillo.
- Los descuentos en clínica Oncosalud sede Hospitalaria (Cdra. 02) aplican para servicios clínicos incluyendo hotelaría, uso de salas de procedimientos y equipos durante la hospitalización. En caso de las demás sedes, los descuentos aplican solamente para atención ambulatoria y emergencia (no incluye cirugía ambulatoria). No aplican para servicios hospitalarios.
- Las tarifas y descuentos preferenciales no aplican para pruebas genéticas, moleculares u otros similares. Los exámenes auxiliares se encuentran sujetos a disponibilidad y actualizaciones por parte del prestador de servicios de salud (IPRESS).
- Para agendar una cita en Laboratorios Auna por favor contactarse vía telefónica o al whatsapp 964705661.

4. DIAGNOSTICAR NECESIDAD

PREGUNTAS GANCHO CLIENTES NUEVOS

Por casualidad, ¿cuántos años tiene. ¿A sus XXX años, alguna vez a fumado?

¿Se ha realizado un despistaje oncológico?

¿Conoce a alguien cercano que ha padecido de Cáncer?

****Usar información de guía para respuesta al cliente**

1. TOMA DE DATOS PARA AFILIACIÓN

(Parte 1) Programa oncológico	[Solicitar o seleccionar el programa oncológico para la afiliación] Programa oncológico (ONCOFLEX)
(Parte 2) Datos de integrantes	[Solicitar los datos del Contratante. Es obligatorio solicitar todos estos campos pero no necesariamente en el mismo orden] - Apellido paterno + Apellido materno + Nombres - Sexo (Masculino / Femenino) - Estado civil (Soltero / Casado / Viudo / Divorciado) - Tipo de documento (DNI / CE / DIE / Pasaporte) + Número de documento - Correo Electrónico - Nacionalidad

	• Fecha de nacimiento • Dirección + Distrito + Provincia + Departamento • Teléfono + Celular [Solicitar los datos del Titular y Beneficiarios. Es obligatorio solicitar todos estos campos <u>A CADA UNO</u> pero no necesariamente en el mismo orden] • Apellido paterno + Apellido materno + Nombres • Sexo (<i>Masculino / Femenino</i>) • Condición de fumador (<i>Fuma / No fuma</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 • Correo Electrónico • Dirección + Distrito + Provincia + Departamento • Teléfono + Celular • ¿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 3) Método y forma de pago	[Solicitar o seleccionar el método de pago] • Modalidad de pago (<i>Recurrente</i>) • Frecuencia (<i>Anual / Mensual</i>) Pausa para dejar de pagar [Orientar al cliente a pagar el programa con Tarjeta de crédito y solicitar para este caso los siguientes datos] • Tipo de tarjeta • Número de la tarjeta • Nombre del titular de la tarjeta • Fecha de expiración Reanudar Grabación [Ingresar el monto total a pagar por el programa oncológico] • Monto total a pagar

2. DECLARACIÓN JURADA DE SALUD

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 "Sí" o "No".

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
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: SONDEAR ¿Qué se realizó?, ¿Quién se lo realizó? ¿Dónde se lo realizó?
¿Diagnostico obtenido? ¿Lleva algún tratamiento?
En caso responda NO: continuar con pregunta 3

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: Solicitar ampliación de información, como: ¿Que diagnóstico o resultado obtuvo por dicho examen, procedimiento, biopsia?... *En caso sea una de las enfermedades excluyentes, no continuar con la venta de dicho prospecto.

En caso responda NO: continuar con pregunta 4

Enfermedades excluyentes del programa oncológico (estos diagnósticos no permite continuar con venta)

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.

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 SI: **SONDEAR ¿Qué se realizó?, ¿Quién se lo realizó? ¿Dónde se lo realizó?**

¿Diagnostico obtenido? ¿Lleva algún tratamiento?

En caso responda NO: continuar con pregunta 5

5. ¿Tiene alguna condición de salud que aún no tiene diagnóstico definitivo?

(Esperar respuesta del cliente: "Sí" o "No")

En caso responda SI: **SONDEAR ¿Qué se realizó?, ¿Quién se lo realizó? ¿Dónde se lo realizó? ¿Se realizó biopsia? Y de ser el caso otras preguntas**

En caso responda NO: continuar speech

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.

10. LECTURA DEL EXTRACTO

(Parte 1) Leer extracto	EXTRACTO: ONCOFLEX Para proceder con su afiliación Sr(a) 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. El Programa OncoFlex de Oncosalud que contrata hoy cubre el gasto necesario para el tratamiento convencional del Cáncer hasta un límite de s/ 750.000 soles anuales renovables y no acumulables por afiliado. Los principales beneficios son: • Estudios de medicina nuclear • Quimioterapia • Radioterapia • Honorarios médicos • Segunda opinión nacional • 1er Despistaje al año, luego cada 2 años. Bajo el deducible de S/100.00 La carencia será de 90 días o tres meses. (nota interna: cualquiera de las dos opciones mencionadas son válidas a usar. .) Las principales exclusiones son personas con diagnóstico de cáncer antes de cumplirse el periodo de carencia y la rehabilitación. Las enfermedades oncológicas preexistentes a la suscripción del presente contrato. Inclusive si hubiese sido reveladas en la Declaración Jurada de Salud, lo cual motiva la resolución del CONTRATO, sin devolución de aportes. Los controles posteriores después de ser paciente; Sr(a) XXXX en ese caso UD luego de 5 años de activación de su cobertura y en caso ya no se encuentre recibiendo tratamiento para el cáncer pasará a la condición de paciente continuador, en este caso le otorgaremos el beneficio de seguir realizándose sus controles periódicos(ambulatorios), pero con una cobertura al 80%. En caso nuevamente se evidenciará la recurrencia o recaída de la enfermedad oncológica o un nuevo cáncer se activará y se aplicará las coberturas de su tratamiento inicial. 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". Mencionar solo si en la preventa, se vende Dr. Auna. Caso contrario omitir
	EXTRACTO: Auna salud Dr. AUNA El Programa Auna salud Dr.AUNA, le otorgará una cobertura de hasta un máximo de atenciones durante la vigencia anual del CONTRATO. Los principales beneficios son: • 12 teleconsultas al año sin deducibles ni copagos, haciendo uso de máximo 1 al mes. • Tarifas preferenciales en la red AUNA sujetos a actualizaciones.

La carencia será de 30 días o 1 mes. (**nota interna:** cualquiera de las dos opciones mencionadas son válidas, ya sean juntas o independientes.)

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.

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".

(En caso de ventas con Link de pago: omitir el párrafo siguiente relacionado al cargo)

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.

10. NORMATIVA APLICABLE/AVISO LEGAL

Sr(a) _____, le informamos que Oncosalud S.A.C. con domicilio en [Av. Republica de Panamá 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, si es conforme por favor diga "Sí conforme". (Esperar respuesta del cliente: "Sí conforme")

(Esperar respuesta del cliente: "Sí" o "No")

Adicionalmente, usted autoriza a Oncosalud 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")

11. DESPEDIDA Y REFERIDOS

Estimado Sr(a) _____, bienvenido a Oncosalud. Reciba usted nuestras felicitaciones y agradecimiento por haber tomado una buena decisión de protegerse pensando en su familia.

Estimado Sr.(a) _____, lo felicito porque la increíble decisión que ha tomado, estoy seguro que su familia y seres más cercanos deben estar muy orgullosos de usted por ser tan responsable invirtiendo su dinero en su salud, es una decisión muy inteligente. Bienvenido(a) a la familia Oncosalud y muchas gracias por vivir en la cultura de prevención, por protegerse y proteger a su familia.

Estimado Sr.(a) _____ lo felicito porque ahora podrá seguir viviendo momentos inolvidables sin preocupaciones junto a los amigos y seres más cercanos, ha tomado una de las más importantes decisiones de su vida. Bienvenido(a) a la familia Oncosalud y muchas gracias por vivir en la cultura de prevención, por protegerse y proteger a su familia.



FORMATO DE APROBACIÓN

Código: GA.LE.T.03
Revisión: 00

**Solicitar
referido:**

Así como esta ha sido una buena decisión, me gustaría compartirla con las personas más cercanas a usted; para llamarlas y brindarle toda la información, podría brindarme sus números . ¿nos permite brindar información/comunicarnos con la(s) personas referidas? (Solo si acepta brindar datos referidos)