

SPEECH DE VENTA – ONCOVITAL & AUNA SALUD DR. AUNA

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 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 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)

Si se me cortará la llamada, podemos recontactarlo posteriormente y continuar con ésta llamada o darle información referente a descuentos especiales.

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.

¿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)

Si se me cortará la llamada, podemos recontactarlo posteriormente y continuar con ésta llamada o darle información referente a descuentos especiales.

3. OBJETIVO DE LA LLAMADA

Sr/Sra ¿Sabía Usted, que el cáncer es una de las primeras causas de muerte en el Perú, en estos últimos años? Lo cual resulta preocupante para todos los peruanos y sabía Usted, que los canceres más frecuentes en **nuestros niños y adolescentes** y con mayor impacto en la economía familiar son el **Cáncer de Hueso y Musculo, Cáncer en La Sangre, Cáncer Cerebral, Cáncer de Ojo y Cáncer de Riñón**. Y en el caso de adultos mayores de 18 años, **las neoplásias de mama, próstata, colonrectal y estómago**

- Usted fuma?, cuantos años tiene? O fecha de nacimiento? (Nota interna: Sondeo necesario) (Nota interna: usar información para cálculo de tarifa)

OPCIÓN 1: Nos encontramos en una campaña de prevención contra el cáncer, donde puede afiliar a X personas por el monto de XXX (Generar densidad se paquetiza y enlatar monto programa y multiprograma ONCO + DR.AUNA)

OPCIÓN 2: Nos encontramos en una campaña de prevención contra el cáncer, Por el costo especial de XX puede afiliar a XX personas dentro de su afiliación, siendo de XXX (Generar densidad se paquetiza y enlatar monto programa y multiprograma ONCO + DR.AUNA)

Es por ello Sr/Sra que el programa Oncovital le brinda contar con la protección ante 5 tipos de cáncer (0 a 17 años) y 4 tipos de cáncer (18 a 55 años) según su edad. Y así juntos podamos cuidarlos y protegerlos contra esta enfermedad con un costo de S/.xxxx soles mensuales incluido el IGV.

Hoy tenemos para Ud. convenio con BBVA / DINERS / BCP, con que tarjeta cuenta Ud??puede fraccionar su importe anual hasta en 3,6,9, y 12 **cuotas y lo mejor sin intereses**. Saliéndole solo a XXX cuotas mensuales fijas.

Recuerde, que al utilizar frecuentemente su tarjeta de crédito mejora su perfil crediticio. De esa manera su entidad bancaria le brindará mayores beneficios para usted y su familia... Por ejemplo: podrá pasar evaluaciones de créditos personales, vehiculares y/o de viviendas, etc... Esto le conviene cierto?, que tarjeta de crédito suele usar??

Los principales beneficios con los cuales usted contará son:

	0 - 17 con 364 días	18 - 55
1 BENEFICIO MÁXIMO	500K Anuales renovables	
2 CARENCIA	90 Días	
3 CUBRE HONORARIOS MÉDICOS	100% COBERTURA	
4 QUIMIOTERAPIA RADIOTERAPIA SERVICIOS DE LA UNIDAD DE CUIDADOS CONTINUOS A DOMICILIO		100% COBERTURA
5 SERVICIOS DE RADIOTERAPIA MEDICINA NUCLEAR PRESTACIONES DOMICILIARIAS AMBULANCIA TERRESTRE SE ENCUENTRAN DISPONIBLES SOLO EN LIMA.		SOLO EN LIMA

		0 - 17 con 364 días	18 - 55
6	COBERTURA FASE DIAGNÓSTICA	100% COBERTURA	50% COBERTURA
7	CARENCIA DE 180 DÍAS PARA TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSEA	APLICA	NO APLICA
8	MEDICAMENTOS NO ONCOLÓGICOS: ALBÚMINA HUMANA	100% COBERTURA (Solo instancia hospitalaria)	
9	PRÓTESIS INTERNAS QUIRURGICAMENTE NECESARIAS	100% COBERTURA	
10	CÁNCER NO BIOPSIABLE (Solo aplica tumores malignos de cerebro, cerebelo, bulbo raquídeo y riñon)	100%	NO APLICA
11	BIOPSIA DEL DESCARTE DE MAMA (Ante un diagnóstico final)	NO APLICA	100%
12	TRANSFUSIÓN SANGUINEA Y HEMODERIVADO	100% COBERTURA	
13	TERAPIA BIOLÓGICA	100% COBERTURA	70% COBERTURA
14	HORMONOTERÁPIA FARMACOLÓGICA CONVENCIONAL	NO APLICA	100% COBERTURA
15	HORMONOTERÁPIA FARMACOLÓGICA COMPLEJA	NO APLICA	70% COBERTURA
16	CHEQUEO ONCOLÓGICO	Cada 2 años (Gratis)	Cada 2 años (Costo de 100 soles)
17	PACIENTE CONTINUADORES	80% COBERTURA	
18	NUTRICIÓN PARENTERAL Y ENTERAL TOTAL	100% COBERTURA	
19	PROGRAMA ANGEL GUARDIÁN: Acompañamiento y seguimiento personalizado al afiliado entre la sospecha y confirmación del diagnóstico. El beneficio incluye: +Seguimiento y acompañamiento virtual dentro y fuera de la sede +Coordinación y apoyo para las citas y/o exámenes +Acompañamiento y orientación a la familia, en caso lo autorice expresamente el afiliado +Asistencia en el proceso para la activación del programa oncológico, en caso se confirme la sospecha oncológica.	100% COBERTURA	

TARIFAS Y DESCUENTOS PREFERENCIALES (PROGRAMAS ONCOLÓGICOS Y AUNA SALUD):

Tarifas y descuentos

(Aplican términos y condiciones)

	Solo para el programa Oncoplus	Programas oncológicos y no oncológicos											
Concepto	Clinica Delgado Auna	Clinica Oncosalud sede Hospitalaria (Cdra. 2)	Clinica Oncosalud sede Ambulatoria (Cdra. 5)	Clinica Oncosalud centro de Radioterapia	Centro de bienestar Auna	Clinica Auna Guardia Civil	Clinica Auna Bellavista	Clinica Auna Piura	Centro médico Auna Piura	Clinica Auna Arequipa (Vallesur)	Clinica Auna Chiclayo	Centro médicos Auna Chiclayo (Servimédicos)	Clinica 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/ 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 677, 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 TODOS 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 hotelería, 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.

****Me indica su nombre para dirigirme a Ud / Con quien tengo el gusto?
(NOMBRE Y APELLIDO, si no lo da completo, solicitarlo)**

Sr./Sra./Srta, sabemos lo importante que es para usted CUIDAR DE SU SALUD y sobre todo en estos tiempos, por ello Oncosalud el día de HOY además de protegerlo contra el cáncer tenemos para Usted y su familia **12 TELECONSULTAS GRATUITAS** en Medicina Familiar.

- Me brinda por favor su edad
- Usted fuma? **De ser necesario, cuando fue la última vez que fumo?
- Con que tarjeta trabaja normalmente?

SR. / SRA, pagaría por Usted y su esposa un total de **S/.xxxx** (mencionar el precio total del oncológico + Auna salud Dr. Auna (s/.5.66))

4. DIAGNOSTICAR NECESIDAD

DIAGNOSTICO DE NECESIDADES CLIENTES NUEVOS

¿Se ha realizado algún chequeo preventivo contra el cáncer en el último año?
¿Cuántos años tiene? ¿Usted es soltero o casado? (Casado preguntar por hijos)

Si te dice "no estoy interesado", dile que no estás vendiendo.

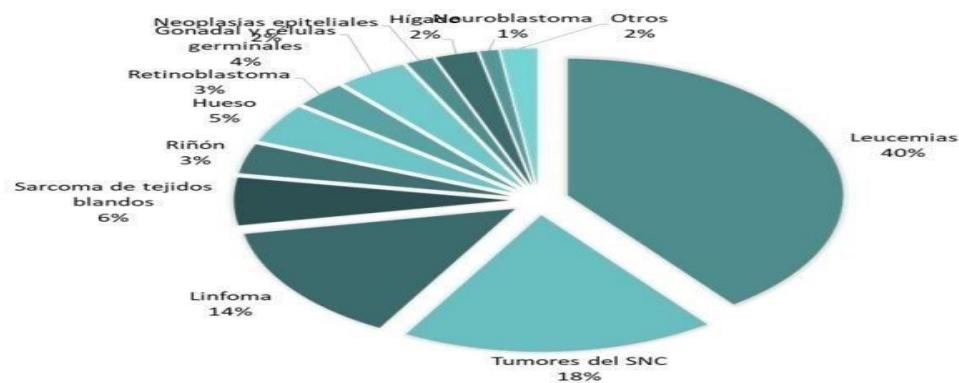
Argumento: Esta llamada sr (a) (srta) _____ es para informarles acerca de nuevos productos que Oncosalud brinda a sus afiliados.

PREGUNTAS GANCHO CLIENTES NUEVOS - **RANGO 00 A 17 AÑOS**

Por casualidad, cuantos 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**



Situación actual del Cáncer Infantil

Perú	
Población total:	32.6 millones de habitantes
Pob. menor de 18 años:	10.46 millones (32.2%)
Esperanza de vida al nacer:	76.5 años
Cáncer como causa de muerte:	2da causa: OPS/Plisa 2014

En Perú, se registran aproximadamente 1,800 niños con cáncer cada año de los cuales sólo 1,352 se diagnostican (OPS).

85% de ellos se concentran en 5 grupos diagnósticos, que por su naturaleza tienen alta chance curativa.

69% en estadio avanzado, por lo tanto menor chance recuperativa y/o sobrevida y mayor costo de tratamiento.

Oncosalud	
Población afiliada:	678,781 afiliados
Pob. afiliada menor 18 años:	195,524 afiliados (28.8%)

Entre el 2018 y 2020, activamos 122 casos de menores de 18 años, de los cuales sólo 11% realizaron diagnóstico en AUNA y, 48% residen en provincia, 64% tiene Oncoplus.

El enfoque actual es una extrapolación de la protección del adulto.

PREGUNTAS GANCHO CLIENTES NUEVOS - RANGO 18 A 55 AÑOS

¿Sabe cuánto cuesta un tratamiento contra el cáncer de los órganos que hemos mencionado?

¿Tiene presupuesto para asumir un tratamiento contra el cáncer?

¿Quisiera que Oncosalud le pague el tratamiento del cáncer de los diagnósticos mencionados?

- Cáncer de Mama (Mujer Joven/Mayor Con Hijos):** De cada 100 personas que llegan a Oncosalud con diagnóstico de cáncer, 20 son por cáncer de mamá. Somos líderes en este tratamiento, es así que 9 de cada 10 pacientes tienen un tratamiento exitoso, superando los 5 años de sobrevida.
- Cáncer de Próstata (Hombre/Mayor Con Hijos/Sin Hijos):** Oncosalud es líder en el tratamiento de cáncer de próstata, 8 de cada 10 pacientes tienen un tratamiento exitoso, superando los 5 años de sobrevida. Tasa comparable solo con Inglaterra, gracias a que contamos con un cuerpo médico altamente especializado, los mejores equipos y tecnología médica.

3. **Cáncer de Colon (Hombre/Mayor/Joven Con Hijos/Sin Hijos):** En 2017 operamos más de 250 pacientes en estado avanzado, alcanzando un 60% de sobrevida a los 5 años. Tasa por encima de la de EEUU y Canadá, gracias a que contamos con un cuerpo médico altamente especializado, comités multidisciplinarios de tratamiento oncológico, amplitud de tratamiento médico y equipo de radioterapia de muy alta precisión.

4. **Cáncer de Estomago:** La formación y experiencia de nuestros equipos médicos de tratamiento oncológico, el soporte de nuestro staff de nutrición y la disposición de tratamiento médicos, quirúrgicos y radioterapia de novedosa tecnología nos han permitido alcanzar resultado del primer mundo.

5. HERRAMIENTAS PARA CIERRE DE VENTA - VALORES AGREGADOS DE LA MARCAONCOSALUD)

1. Señor _____ hemos salvado más de 13 mil vidas, frente a una tasa de supervivencia del 70% a 5 años
2. Trabajamos de manera exclusiva con la Clínica Oncosalud para el efectivo servicio de tratamiento y prevención contra el cáncer.
3. Le ofrecemos aproximadamente 250 médicos especialistas en oncología que prestan servicios exclusivamente con nosotros, no son médicos generales, son médicos oncólogos, , todos asociados a una especialidad.

6. PREPARACIÓN PARA EL CIERRE DE LA VENTA

Señor _____ qué le parece la información brindada,..... verdad que es útil y oportuna conocerla?, por favor necesitamos su dirección de correo electrónico para enviarle su carta de bienvenida donde visualizará todo lo mencionado anteriormente.

Procedemos con los puntos 8, 9, 10, 11, 12 y 13 si no se presentan objeciones

7. TOMA DE DATOS PARA AFILIACIÓN

(Parte 1) Programa oncológico	[Solicitar o seleccionar el programa oncológico para la afiliación] <input type="checkbox"/> Programa oncológico ONCOVITAL
-------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

(Parte 2) Datos de integrantes	<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>) • 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 • Correo Electrónico • Nacionalidad • Fecha de nacimiento • Dirección + Distrito + Provincia + Departamento • Teléfono + Celular <p>[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]</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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	<p>[Solicitar o seleccionar el método de pago]</p> <ul style="list-style-type: none"> • Modalidad de pago (<i>Recurrente</i>) • Frecuencia (<i>Anual / Mensual</i>) <p>Pausa para dejar de pagar</p> <p>[Orientar al cliente a pagar el programa con Tarjeta de crédito y solicitar para este caso los siguientes datos]</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tipo de tarjeta • Número de la tarjeta • Nombre del titular de la tarjeta • Fecha de expiración
	<p>Reanudar Grabación</p> <p>[Ingresar el monto total a pagar por el programa oncológico] Monto total a pagar</p>

8. 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?

¿Diagnóstico 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 pordicho 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 melanicos 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 medula 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 medula 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? ¿Diagnóstico 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	<p>EXTRACTO: ONCOVITAL RANGO 00 A 17 AÑOS</p> <hr/> <p>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.</p> <p>El Programa ONCOVITAL de Oncosalud que está contratando hoy cubre el gasto necesario única y exclusivamente para el tratamiento convencional del Cáncer posterior al diagnóstico anatómico patológico positivo de los diagnósticos de Cáncer de Hueso y Musculo, Cáncer en La Sangre, Cáncer Cerebral, Cáncer de Ojo y Cáncer de Riñón, hasta un límite de S/. 500,000 soles anuales renovables por afiliado.</p> <p>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.</p> <p>Los principales beneficios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Honorarios médicos • Quimioterapia y radioterapia (solo en Lima). • Fase diagnóstica cubierta al 100% • Terapia modificadora de respuesta biológica al 100% • Medicamentos no oncológicos, materiales e insumos. Incluyendo la Albúmina
----------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>humana.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de apoyo al tratamiento • Trasplante de médula ósea con carencia de 180 días. • Estudios de medicina nuclear (solo en Lima). • Nutrición Parental y enteral Total (solo en Lima). • Prótesis internas quirúrgicamente necesarias • Psicooncología para pacientes niños y adolescentes • Prueba COVID19 en caso de ser hospitalizados o intervenidos quirúrgicamente • Vacuna contra el VPH Cobertura escalonada +20% por año de afiliación. • Despistaje oncológico cada dos años, con cobertura al 100% y sin deducible. <p>La carencia será de 90 días o tres meses. (nota interna: cualquiera de las dos opciones mencionadas son válidas, ya sean juntas o independientes.)</p> <p>Les detallo las principales exclusiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las enfermedades oncológicas no contempladas en el PLAN DE BENEFICIOS del presente CONTRATO. • Las enfermedades oncológicas preexistentes a la suscripción del presente CONTRATO. • Las enfermedades oncológicas detectadas y/o incurridas antes de la culminación del periodo de carencia. • Cualquier tipo de requerimiento de asistencia prestacional atendido fuera de la Red Auna detallada en el Anexo 5. • Cualquier prestación y/o procedimiento que no se realice en la infraestructura de las IPRESS autorizadas. Tales como radiocirugías, radioterapia intra operatoria o cualquier otra prestación. <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".</p>
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>(Parte 1) Leer extracto</p>	<p>EXTRACTO: ONCOVITAL – RANGO 18 A 55 AÑOS</p> <hr/> <p>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.</p> <p>El Programa ONCOVITAL de Oncosalud que está contratando hoy cubre el gasto necesario única y exclusivamente para el tratamiento convencional del Cáncer posterior al diagnóstico anatómico patológico positivo de los diagnósticos de cáncer de mama, próstata, colorrectal y estómago, hasta un límite de s/. 500.000 soles anuales por afiliado.</p> <p>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.</p> <p>Los principales beneficios son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Honorarios médicos • Quimioterapia, radioterapia (solo en Lima). • Terapia modificadora de respuesta biológica (70%) • Fase diagnóstica cubierta al 50% • Medicamentos no oncológicos, materiales e insumos • Servicios de apoyo al tratamiento • Estudios de medicina nuclear • Tomografía por emisión de positrones • Prestaciones domiciliarias como cuidados paliativos y terapia del dolor(solo en Lima) • Kit de colostomía • Biopsia de descarte de cáncer de mama • Medicina integrativa • Segunda opinión médica nacional • Ambulancia terrestre con destino al domicilio según condiciones del programa, solo en Lima • Despistaje oncológico cada dos años, con cobertura al 100% y sin deducible. <p>La carencia será de 90 días o tres meses. (nota interna: cualquiera de las dos opciones mencionadas son válidas, ya sean juntas o independientes.)</p>
-------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>Le detallo las principales exclusiones:</p> <ul style="list-style-type: none">• Las enfermedades oncológicas no contempladas en el PLAN DE BENEFICIOS del presente CONTRATO.• Las enfermedades oncológicas preexistentes a la suscripción del presente CONTRATO.• Las enfermedades oncológicas detectadas y/o incurridas antes de la culminación del periodo de carencia.• Cualquier tipo de requerimiento de asistencia prestacional atendido fuera de la Red Auna detallada en el Anexo 5.• Cualquier prestación y/o procedimiento que no se realice en la infraestructura de las IPRESS autorizadas. Tales como radiocirugías, radioterapia intra operatoria o cualquier otra prestación. <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".</p>
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

10.1 LECTURA DEL EXTRACTO DR. AUNA (SOLO EN CASO SEA VENTA PAQUETIZADA, SINO OMITIR)

(Parte 1) Leer extracto	<p>EXTRACTO: Auna salud Dr. AUNA</p> <p>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.</p> <p>El ProgramaA u n a s a l u d Dr.AUNA, 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"> • 12 teleconsultas al año sin deducibles ni copagos, haciendo uso de máximo1 cada 30 días. • Tarifas preferenciales en la red AUNA sujetos a actualizaciones. <p>La carencia será de 30 días o 1 mes. (nota interna: cualquiera de las dos opciones mencionadas son válidas, ya sean juntas o independientes.)</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.</p> <p>Las condiciones se le enviarán a su correo electrónico y están en www.oncosalud.pe.</p>
------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

(Parte 1) Leer extracto	<p>(En caso de ventas con Link de pago: omitir el párrafo siguiente relacionado Al cargo)</p> <p>Siendo el día de hoy _____ (día) de _____ (mes) del _____ (año), ¿acepta el cargo mensual de (Monto total) _____ de la contratación, en su tarjeta (<i>mencionar los seis primeros dígitos y los cuatro últimos, y la fecha de vencimiento</i>) Correspondiente a xx personas y xx protección Dr. Auna? (considerando nro. personas) (Esperar respuesta del cliente: "Sí conforme")</p> <p>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</p> <p>[Ler este párrafo en caso el Cliente se haya afiliado su tarjeta a la Recurrencia]</p> <p>Sr(a)_____ la afiliación al cargo recurrente comenzará a ser efectiva a partir del primer cobro.</p>
--------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>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.</p> <p>[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.</p> <p>Le recordamos que nuestras tarifas están sujetas a variación según el rango de edad y su vigencia es anual, renovable automáticamente por períodos iguales; salvó que el contratante u Oncosalud manifieste por escrito su interés de ponerle término con 30 días de anticipación.</p> <p>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.</p>
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

11. NORMATIVA APLICABLE/AVISO LEGAL

Sr(a) _____, le informamos que Oncosalud S.A.C. 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, 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")

12. DESPEDIDA Y REFERIDOS

(Parte 1) Despedida	<p>Estimado Sr(a) _____, bienvenido a Oncosalud. Reciba usted nuestras felicitaciones y agradecimiento por haber tomado una buena decisión de protegerse pensando en su familia.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Estimado Sr.(a) _____ Lo felicito por la decisión que ha tomado, estamos muy orgullosos de usted y estoy segura(o) que su familia también. Esta inversión es un gran respaldo para usted y toda su familia. Puede continuar con sus actividades sin preocupaciones. Bienvenido(a) a la familia Oncosalud y muchas gracias por vivir en la cultura de prevención, por protegerse y proteger a los suyos.</p> <p>Estimado Sr.(a) _____ lo felicito porque ahora podrá seguir viviendo momentos inolvidables sin preocupaciones junto a lo más valiosos en su vida, la familia. Esta decisión dice mucho de usted y especialmente demuestra lo responsable que es</p>
------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

con su salud y la de ellos. Bienvenido(a) a la familia Oncosalud y muchas gracias por vivir en la cultura de prevención.

TIPS DE PREVENCIÓN

*Pueden ser utilizados cualquiera de las siguientes opciones: (Opcional)

- Ejercítense y mantenga su peso ideal.
- Conozca sus antecedentes familiares.
- Modere el consumo de alcohol.
- Use bloqueador solar todo el año.
- Evite la insolación.
- Consuma dieta rica en vegetales y pescado.
- Realice actividades física y de manera regular
- Evite el consumo de tabaco.
- Evite inhalar humo de los fumadores.
- Consuma dieta rica en frutas y vegetales.
- Mantenga su horario de comida y respétele.

(Parte 2)
Solicitar
referido

[Solicitar referido en caso crea conveniente]

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.

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 desafiliarte 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.