

LEYENDA SEGMENTACIÓN:

Buscan Reconocimiento- Cambios en color **morado**
Convivencia/ *cambios - Cambios en color **celeste**
Planificadores y previsores- Cambios en color **rojo**
Protectores Familiares – Cambios en color **azul**

SPEECH DE VENTA – TELETRABAJO / REGULAR**1. SALUDO GENERAL**

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

Si no hay negación: Continuar con objetivo d llamada
y speech

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 Robinson para matricula de acuerdo al flujo)

1.1 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)

2. OBJETIVO DE LA LLAMADA

NOTA INTERNA: Campaña Descuento 40% con TC y 30% con TD en programas Oncoclásico Pro y Plus por 12 meses (Rango edad de 00 a 60 años. Titular mayor de edad).

NOTA INTERNA:

1. %Descuento en caso aplique: 40% con TC y 30% con TD
2. Programas a los que aplica: ONCO CLÁSICO PRO Y PLUS
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 una excelente noticia, que, por el mes de concientización del cáncer de piel, además de protegerse Ud. podría proteger también, por los primeros 12 meses a un familiar o ser querido. Es decir, durante su primer año estaría pagando ambas coberturas a un precio especial

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

¿Cuénteme cuál es su fecha nacimiento, y la de su familiar? (Cálculo edad)

¿Suele fumar?

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

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”

Opción 2:

Espero que Ud. y los suyos se encuentren bien, hoy queremos compartirle una excelente noticia, que, por el mes de concientización del cáncer de piel , su inversión en su afiliación podría coberturar a alguien más.

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

¿Cuénteme cuál es su fecha nacimiento, y la de su familiar? (Cálculo edad)

¿Suele fumar?



FORMATO DE APROBACIÓN

Código: GA.LE.T.03
Revisión: 00

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”**

Recordarle... Que, 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.

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

Opción 3:

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 pone a su disposición programas oncológicos con cobertura preventiva y te acompaña en el tratamiento ante un eventual diagnóstico, beneficiéndote hasta con un 40% de descuento en los programas Oncoclásico Pro y Plus, no solo para Usted también podría otorgarle el mismo descuento a quien Usted desee por los primeros 12 meses.

Actualmente cuenta con tarjeta de Crédito o Débito?

CAMPAÑA PARA ONCOCLÁSICO PRO Y ONCOPLUS POR DENSIDAD:

Promoción Dúate con un 50% de descuento sobre la tarifa público vigente desde dos o más afiliados dentro de un mismo grupo familiar. Durante los primeros 12 meses, es decir, dos coberturas por el precio de una.

Promoción Familia con un 60% de descuento sobre la tarifa público vigente desde tres o más afiliados dentro de un mismo grupo familiar. Durante los primeros 12 meses

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

Ud. Podrá acceder... continuar con beneficios:

| | Onco clásico Pro | OncoPlus |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------|
| | Cobertura | Cobertura |
| Chequeo preventivo (Exámenes de laboratorio e imágenes, según su edad y/o género) | 100% El primero anual, después Cada 2 años | 100% Anual siempre |
| Fase diagnóstica (consultas, honorarios profesionales, procedimientos, exámenes de laboratorio/ágenes y la cirugía ambulatoria necesarias para obtener la biopsia) | 50% | 50% |
| Quimioterapia (Medicamentos, materiales, insumos y servicios necesarios en el esquema del tratamiento) | 100% | 100% |
| Radioterapia | 100% | 100% |
| Terapia modificadora de respuesta biológica o blanco dirigida | 70% | 100% |
| Medicamentos no oncológicos (inclusión de la Albúmina humana) | 100% | 100% |
| Nutrición Enteral | 100% | 100% |
| Prótesis internas quirúrgicamente necesarias (mama) | 70% | 100% |
| Terapias físicas | 100% | 100% |
| Hormonoterapia farmacológica compleja | 70% | 100% |
| Otras coberturas de tratamiento | 70% - 100% | 100% |

Beneficio excepcional de 12 teleconsultas con los mejores médicos especialistas de toda la Red Auna (Solo mencionar en la venta paquetizada con Dr. Auna)

También contamos con Tarifas y descuentos preferenciales, actualizado a enero 2025, posible variación de acuerdo a la disponibilidad de las Clínicas. Ver *actualizaciones meses posteriores*.

Tarifas y descuentos

(Aplican términos y condiciones)

| Concepto | Clínica Delgado Auna | Programas oncológicos y no oncológicos | | | | | | | | | | |
|----------------------------------|----------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|-------------------------|--------------------|--------------------------|----------------------------------|-----------------------|--------------------------------------------|
| | | Clinica Oncosalud sede Hospitalaria (Cdra. 2) | Clinica Oncosalud sede Ambulatoria (Cdra. 05) | 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 médico Auna Chiclayo (Servimédicos) |
| 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 | | 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 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.

Además, considerando que lo más importante hoy en día es mantenernos en casa, podrá acceder

a los siguientes beneficios de nuestro socio estratégico MOK:

SEGMENTO (A NIVEL NACIONAL, LIMA Y PROVINCIAS A EXCEPCIÓN DE: UCAYALI, MADRE DE DIOS, LORETO (EXCEPCIÓN DE IQUITOS), PASCO, HUANCAVELICA.

Médico General a domicilio por tan solo un copago de S/35.00 (El número máximo de eventos es de 2 al año) o S/50.00 de copago con respecto a **Médico Pediatra** (El número máximo de eventos es de 3 al año),

Es más, podrá disponer de **Enfermera a domicilio** (Para los servicios de Suero, inyecciones, presión) con un copago de S/25.00 soles por 2 horas (El número máximo de eventos es de 4 al año).

Orientación médica ilimitada vía teléfono, las 24 horas del día (De ser necesario dar detalle: El monto máximo por cobertura y el número de eventos es sin límite),

Orientación nutricional telefónica, las 24 horas del día (De ser necesario dar detalle: El monto máximo por cobertura y el número de eventos es sin límite),

Además, nuestro socio estratégico MOK piensa en aquellos eventos cotidianos, que no necesariamente tienen que ver con la salud pero que no dejan de ser importantes para nosotros:

Traslado Médico (solo ambulancia) (De ser necesario dar detalle: En caso de que el Afiliado sufra una enfermedad grave o accidente que le provoquen lesiones o traumatismos tales que requiera traslado a un hospital y/o clínica. El monto máximo de cobertura por evento es de S/300.00 (Trescientos Soles) y el número máximo de eventos son tres (02) al año. En caso que el costo del servicio exceda el límite establecido, dicho excedente será cubierto por el Afiliado.)

Estos beneficios estarán a su disposición las veces que requiera de acuerdo a las coberturas descritas durante un año, gracias a nuestro socio estratégico MOK, a través, de la Central de Asistencias +51 (1) 700-6693.

Recuerde primero activar sus asistencias MOK durante las 72 horas posterior a la afiliación, a través del contact center de Oncosalud 01 5137900 (Entra en vigencia el uso de las asistencias MOK un mes después de haber realizado la activación de la tarjeta al 01 5137900). Duración de un año desde la activación.

3. DIAGNOSTICAR NECESIDAD

PREGUNTAS GANCHO CLIENTES NUEVOS

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**

4. DESCRIPCIÓN DEL PRODUCTO

Señor(a), entre los principales beneficios y coberturas, resumiendo lo antes mencionado tendría:

1. Oncólogo de Cabecera
2. Infraestructura Especializada
3. Red de Apoyo en las principales ciudades del País
4. Chequeo preventivo oncológico cada 12 meses (Plus, en el Pro es cada 24

meses)

5. Tratamiento por: Quimioterapia, radioterapia, Hormonoterapia. Trasplante de médula ósea y terapia biológica.
6. Fase Diagnóstica cubierta al 50%.

5. PREPARACIÓN PARA EL CIERRE DE LA VENTA

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

Señor(a) _____ Oncosalud, preocupado por hacer que el cáncer desaparezca, le ofrece a clientes tan especiales y responsables con su salud, como usted, este plan oncológico con el objetivo de mantenerlos protegidos e invertir en su salud y vivir sin preocupaciones. por favor necesitamos su dirección de correo electrónico para enviarle la información donde visualizará todo lo mencionado anteriormente al término de la afiliación. .

Señor(a) _____ Oncosalud, preocupado por hacer que el cáncer desaparezca, le ofrece este plan oncológico con el objetivo de proteger a más personas de esta terrible enfermedad silenciosa y permitirles esa libertad de seguir compartiendo gratos momentos con quienes más quieren sin preocupaciones. Por favor necesitamos su dirección de correo electrónico para enviarle la información donde visualizará todo lo mencionado anteriormente al término de la afiliación.

Señor (a) _____ Oncosalud, preocupado por hacer que el cáncer desaparezca, le ofrece este plan oncológico con el objetivo de proteger a más personas de esta terrible enfermedad silenciosa y permitirles mantener la planificación económica de las cabezas de familia, evitando un futuro problema monetario. Por favor necesitamos su dirección de correo electrónico para enviarle la información donde visualizará todo lo mencionado anteriormente al término de la afiliación.

Señor(a) _____ Oncosalud, preocupado por hacer que el cáncer desaparezca, le ofrece este plan oncológico con el objetivo de darle la máxima cobertura a toda su familia de esta terrible enfermedad silenciosa que cobra miles de vidas cada año y permitirles seguir compartiendo lindos momentos sin preocupaciones. Por favor necesitamos su dirección de correo electrónico para enviarle la información donde visualizará todo lo mencionado anteriormente al término de la afiliación.

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

6. TOMA DE DATOS PARA AFILIACIÓN

| | |
|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (Parte 1) Programa oncológico | [Solicitar o seleccionar el programa oncológico para la afiliación] <ul style="list-style-type: none">• Programa oncológico (ONCOPLUS / ONCOCLÁSICO PRO) |
|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



FORMATO DE APROBACIÓN

Código: GA.LE.T.03

Revisión: 00

| | |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (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>)• Estado civil (<i>Soltero / Casado / Viudo / Divorciado</i>)• Tipo de documento (<i>DNI / CE / DIE / Pasaporte</i>) + Número de documento• Correo Electrónico• Nacionalidad |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| | |
|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <ul style="list-style-type: none">• 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]</p> <ul style="list-style-type: none">• Monto total a pagar |
|----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

7. 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 Sí: 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 GLOBULOS ROJOS DE LA SANGRE, LAS PLAQUETAS Y LOS GLOBULOS 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 GLOBULOS 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 Sí: 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 Sí: 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.

8. LECTURA DEL EXTRACTO

| | |
|------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (Parte 1) Leer extracto | <p>EXTRACTO: ONCOPLUS</p> <p>Para proceder con su afiliación Sr(a)</p> <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 ProgramaOncoPlus de Oncosalud que está contratando cubre el gasto necesario para el tratamiento convencional del Cáncer posterior al diagnóstico anatómico patológico positivo.</p> <p>Los principales beneficios son:</p> <ul style="list-style-type: none">• Exámenes con el tomógrafo PET/CT.• Trasplante de médula ósea y terapia biológica.• Prueba de expresión genética para cáncer de mama.• Despistaje cada 12 meses.• Hormonoterapia al 100% <p>La carentia será de 90 días o tres meses. (nota interna: cualquiera de las dos opciones mencionadas son válidas, ya sean juntas o independientes.)</p> <p>Las principales exclusiones son: Las enfermedades oncológicas detectadas y/o incurridas antes de la culminación del PERIODO DE CARENCIA.</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>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.</p> <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>Mencionar solo si en la preventa, se vende Dr. Auna. Caso contrario omitir</p> <p>EXTRACTO: Auna salud Dr. AUNA</p> <p>El Programa Auna salud 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 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; salvó 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.

Para activar su Tarjeta de Beneficios, en el caso de Lima y provincia deberá contactarse como máximo dentro de las 72 horas después de la afiliación, con cualquiera de nuestros canales de atención: Central telefónica al 513 7900, por correo a contactos@oncosalud.pe, whatsapp al número 987777050, o al módulo de atención al cliente en la Clínica Delgado (Dirección Av. Angamos Oeste, cuadra 4. Esquina con la calle General Borgoño), donde se realizará una validación de sus datos y posterior a 30 días de la activación, podrá hacer uso los servicios por medio de MOK. Duración de un año desde la activación.

| | |
|------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (Parte 1) Leer extracto | <p>EXTRACTO: ONCOCLÁSICO PRO</p> <p>Para proceder con su afiliación Sr(a)</p> <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 OncoClásico Pro de Oncosalud que contrata hoy cubre el tratamiento convencional del cáncer al 100% y 4 coberturas al 70% que son: Terapia Biológica, Prótesis de mama, Reconstrucción de mama y Hormonoterapia Farmacológica Compleja.</p> <p>Los principales beneficios son:</p> <p>Exámenes con el tomógrafo PET/CT.</p> <p>Trasplante de médula ósea histocompatible.</p> <p>Prueba de expresión genética para cáncer de mama.</p> <p>1er Despistaje al año, luego cada 2 años.</p> <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>.</p> <p>Las principales exclusiones son: Las enfermedades oncológicas detectadas y/o incurridas antes de la culminación del PERÍODO DE CARENCIA.</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>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.</p> <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>Mencionar solo si en la preventa, se vende Dr. Auna. Caso contrario omitir</p> <p>EXTRACTO: Auna salud Dr. AUNA</p> <p>El Programa Auna salud Dr.AUNA, le otorgará una cobertura de hasta un máximo de atenciones durante la vigencia anual del CONTRATO.</p> |
|------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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 períodos iguales; salvó 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



FORMATO DE APROBACIÓN

Código: GA.LE.T.03
Revisión: 00

| | |
|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <p>de Auna+Benefits desde tu App Store y Google Play o a través del siguiente link:afiliado.oncosalud.pe/beneficios.</p> <p>Para activar su Tarjeta de Beneficios, en el caso de Lima y provincia deberá contactarse como máximo dentro de las 72 horas después de la afiliación, con cualquiera de nuestros canales de atención: Central telefónica al 513 7900, por correo a contactos@oncosalud.pe, whatsapp al número 987777050, o al módulo de atención al cliente en la Clínica Delgado (Dirección Av. Angamos Oeste, cuadra 4. Esquina con la calle General Borgoño), donde se realizará una validación de sus datos y posterior a 30 días de la activación, podrá hacer uso los servicios por medio de MOK. Duración de un año desde la activación.</p> |
|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

2. 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")

10. 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>TIPS DE PREVENCIÓN</p> <p>*Pueden ser utilizados cualquiera de las siguientes opciones: (Opcional)</p> <ul style="list-style-type: none">• 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 físicas 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 respételo. <p>(Parte 2) [Solicitar referido en caso crea conveniente]</p> |
| | |



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) |
|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|