



RN 412

Solicitação de Cancelamento do Plano



Unimed 

Local no componente de perfil do Canal do Beneficiário



Sair



CANAL DO BENEFICIÁRIO
MARIA DA SILVA

Central de Agendamento

Notícias

Viver Bem

Visualização Extrato

A-

A+



MARIA DA SILVA

Informações sobre o beneficiário

Data de nascimento
17/05/1900

CPF
000.000.000-00

Número do Cartão Nacional de Saúde - CNS
000000000000000000

Número de matrícula do plano
000000000000000000

Nome fantasia da pessoa jurídica contratante do plano
UNIMED PARANÁ

Informações sobre a operadora

Nome fantasia
UNIMED PARANÁ

Registro da operadora na ANS
000000

Prazo máximo previsto para carências

Os prazos máximos previstos podem variar de acordo com a cobertura contratada, tipo de contratação, número de vidas no contrato coletivo e data de inclusão do beneficiário. Para mais informações, leia o contrato ou consulte o Serviço de Atendimento ao Cliente.

Serviços de Atendimento ao Cliente

Telefone: 0800-414554

Rua Antônio Camilo, 283 - Tarumã - Curitiba/PR -

CEP: 82.530-450

www.unimed.coop.br/parana

Informações sobre o plano

Nome do produto
APS TOP - EMPRESARIAL

Número do registro do plano privado de assistência à saúde
00000000

Número do contrato/apólice
00000000

Segmentação assistencial do plano
Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia

Data de contratação do plano
01/07/2014

Data de início da vigência do plano
01/08/2014

Padrão de acomodação
Individual

Tipo de contratação
Coletivo Empresarial

Área de abrangência geográfica
Regional B - Grupo de Municípios

Regulamentação do plano
Plano regulamentado

Celebrado após 1º de Janeiro de 1999.

Contatos da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS

Disque ANS: 0800 7019 656

www.ans.gov.br

Contato dos núcleos e fiscalização

A solicitação de cancelamento do plano fica em ícone no perfil do beneficiário, dentro do Canal do Beneficiário.



Minhas configurações



Solicitação de cancelamento



Imprimir



Baixar PDF

Quando beneficiário é dependente ou tem plano não regulamentado



Se um dependente clicar no botão de solicitação de cancelamento a mensagem ao lado será exibida.



Solicitação de cancelamento



Somente o titular pode solicitar o cancelamento do plano de saúde.

Solicitação de cancelamento



Somente planos regulamentados possuem a opção de cancelamento pelo sistema. Para mais informações entre em contato com a sua Unimed.



Se o beneficiário for de um plano não regulamentado e clicar no botão de solicitação de cancelamento, a mensagem ao lado será exibida.

Quando beneficiário tem plano coletivo por adesão (empresarial) e não fez contato com a empresa



Quando um cliente com plano empresarial clicar na solicitação de cancelamento será perguntando se ele já fez contato com a empresa.

Solicitação de cancelamento

É necessário validar algumas informações antes de iniciar a solicitação de cancelamento, pois o plano contratado é 'Coletivo por adesão'.

Você já entrou em contato com a sua empresa para solicitar o cancelamento do plano?

Sim

Não



Solicitação de cancelamento

É necessário validar algumas informações antes de iniciar a solicitação de cancelamento, pois o plano contratado é 'Coletivo por adesão'.



Inicialmente você deve comunicar sua empresa para solicitar o cancelamento do plano.

Voltar

Quando beneficiário tem plano coletivo por adesão (empresarial) e já fez contato com a empresa



Quando um cliente com plano empresarial clicar na solicitação de cancelamento será perguntando se ele já fez contato com a empresa

Solicitação de cancelamento

É necessário validar algumas informações antes de iniciar a solicitação de cancelamento, pois o plano contratado é 'Coletivo por adesão'.

Você já entrou em contato com a sua empresa para solicitar o cancelamento do plano?



Sim

Não



Solicitação de cancelamento

É necessário validar algumas informações antes de iniciar a solicitação de cancelamento, pois o plano contratado é 'Coletivo por adesão'.

Informe a data do cancelamento do plano solicitado na empresa.



Quando beneficiário tem plano coletivo por adesão (empresarial) e já fez contato com a empresa



Solicitação de cancelamento

É necessário validar algumas informações antes de iniciar a solicitação de cancelamento, pois o plano contratado é 'Coletivo Empresarial'.

Informe a data do cancelamento do plano solicitado na empresa.



09/08/2017



Confirmar

Cancelar

Quando a data que o beneficiário entrou em contato com a empresa for inferior a 30 dias.



Solicitação de cancelamento

É necessário validar algumas informações antes de iniciar a solicitação de cancelamento, pois o plano contratado é 'Coletivo por adesão'.



A solicitação pela internet somente poderá ser realizada 30 dias após a solicitação para a sua empresa.



Voltar

Tela de cancelamento



Solicitação de cancelamento

Selecione o(s) beneficiário(s) que deseja remover o plano:

<input type="checkbox"/>	Número do cartão	Nome	Data de nascimento	Vínculo
<input type="checkbox"/>	01920802348006685	ABDO JORGE MIGUEL	14/05/1979	Titular
<input type="checkbox"/>	01920722475000013	ABEL JOAO DE MELO	11/09/1999	Dependente
<input type="checkbox"/>	01920800581002216	ABNER JORGE DA SILVA	18/06/2000	Dependente
<input type="checkbox"/>	0192080234803097	ABRAAO SAMUEL OLIVEIRA MORAES	01/03/2001	Dependente
<input type="checkbox"/>	01920800117005679	ACACIO DAS NEVES NEPOMUCENO	07/08/2005	Dependente

Botão fica desabilitado enquanto não houver pelo menos um nome selecionado



Enviar solicitação

Histórico de solicitação

Número do cartão	Nome	Data da solicitação	Número do protocolo
------------------	------	---------------------	---------------------

Tela do titular selecionado



Solicitação de cancelamento

Selecione o(s) beneficiário(s) que deseja remover o plano:



Será solicitado o cancelamento do plano para os beneficiários selecionados. Caso os dependentes tenham interesse em permanecer no plano, devem entrar em contato com a sua Unimed.

<input type="checkbox"/> Número do cartão	Nome	Data de nascimento	Vínculo
<input checked="" type="checkbox"/> 01920802348006685	ABDO JORGE MIGUEL	14/05/1979	Titular
<input type="checkbox"/> 01920722475000013	ABEL JOAO DE MELO	11/09/1999	Dependente
<input type="checkbox"/> 01920800581002216	ABNER JORGE DA SILVA	18/06/2000	Dependente
<input type="checkbox"/> 0192080234803097	ABRAAO SAMUEL OLIVEIRA MORAES	01/03/2001	Dependente
<input type="checkbox"/> 01920800117005679	ACACIO DAS NEVES NEPOMUCENO	07/08/2005	Dependente



Enviar solicitação



Quando o titular é selecionado automaticamente todos os dependentes ficam marcados.

Histórico de solicitação

Número do cartão	Nome	Data da solicitação	Número do protocolo
------------------	------	---------------------	---------------------

Tela dos dependentes selecionados



Solicitação de cancelamento

Selecione o(s) beneficiário(s) que deseja remover o plano:

<input type="checkbox"/>	Número do cartão	Nome	Data de nascimento	Vínculo
<input type="checkbox"/>	01920802348006685	ABDO JORGE MIGUEL	14/05/1979	Titular
<input checked="" type="checkbox"/>	01920722475000013	ABEL JOAO DE MELO	11/09/1999	Dependente
<input type="checkbox"/>	01920800581002216	ABNER JORGE DA SILVA	18/06/2000	Dependente
<input checked="" type="checkbox"/>	0192080234803097	ABRAAO SAMUEL OLIVEIRA MORAES	01/03/2001	Dependente
<input type="checkbox"/>	01920800117005679	ACACIO DAS NEVES NEPOMUCENO	07/08/2005	Dependente

Enviar solicitação

Histórico de solicitação

Número do cartão	Nome	Data da solicitação	Número do protocolo
------------------	------	---------------------	---------------------

Tela de envio



Conforme consta na RN 412 o cliente precisa ter ciência do art.15. Portanto, antes de confirmar o envio da solicitação de cancelamento deve marcar a opção “Li e estou ciente...”.

Solicitação de cancelamento

Selecione o(s) beneficiário(s) que deseja remover o plano:

<input type="checkbox"/>	Número do cartão	Nome	Data de nascimento	Vínculo
<input type="checkbox"/>	01920802348006685	ABDO JORGE MIGUEL	14/05/1979	Titular
<input checked="" type="checkbox"/>	01920722475000013	ABEL JOAO DE MELO		dependente
<input type="checkbox"/>	0192080058			dependente
<input checked="" type="checkbox"/>	0192080234			dependente
<input type="checkbox"/>	0192080011			dependente

Histórico de solicitações

Número do cartão	Data de envio	Protocolo
01920802348006685		
01920722475000013		

Ao confirmar a solicitação será enviado para a sua Unimed o pedido de cancelamento do plano de saúde para o(s) seguinte(s) beneficiário(s):

Número do cartão	Nome
01920802348006685	ABDO JORGE MIGUEL
01920722475000013	ABEL JOAO DE MELO

Antes de enviar, é preciso que esteja ciente das seguintes informações:

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 412, DE 10 DE NOVEMBRO DE 2016

Seção IV
Das Disposições Comuns às Solicitações de Cancelamento de Contrato de Plano de Saúde Individual ou Familiar e de Exclusão de Beneficiário de Contrato Coletivo Empresarial ou Por Adesão

Subseção I
Do Fornecimento de Informações aos Beneficiários sobre as Consequências do Cancelamento ou Exclusão do Contrato de Plano de Saúde

Art. 15. Recebida pela operadora ou administradora de benefícios, a solicitação do cancelamento...

Li e estou ciente das consequências do envio da solicitação de cancelamento (Art.15°)

Tela do número do protocolo



A ferramenta está integrada ao sistema Gestão de Protocolos Unimed (GPU), da Unimed do Brasil.

Assim que o cliente confirma o envio, um e-mail é enviado para a Unimed com os dados da solicitação de cancelamento.

Solicitação de cancelamento

Selecione o(s) beneficiário(s) que deseja remover o plano:

<input type="checkbox"/>	Número do cartão	Nome	Data de nascimento	Vínculo
<input type="checkbox"/>	01920802348006685	ABDO JORGE MIGUEL	14/05/1979	Titular
<input checked="" type="checkbox"/>	01920722475000013	ABEL JOAO DE MELO	11/09/1999	Dependente
<input type="checkbox"/>	01920800581002216	ABNER JORGE DA SILVA	18/06/2000	Dependente
<input checked="" type="checkbox"/>	0192080234803097	ABRAAO SAMUEL OLIVEIRA MORAES	01/03/2001	Dependente
<input type="checkbox"/>	01920800117005679	ACACIO DAS NEVES NEPOMUCENO	07/08/2005	Dependente

Solicitação de cancelamento enviada com sucesso.
O comprovante da solicitação foi enviado para o e-mail abcdefg@gmail.com.

Nº protocolo: 90853765251



Histórico de solicitação

Número do cartão	Nome	Data de nascimento	Número do protocolo
01920802348006685	ABDO JORGE MIGUEL	14/05/1979	0405246251
01920722475000013	ABEL JOAO DE MELO	11/09/2017 12:00	63415296851

Tela do histórico



Solicitação de cancelamento

Selecione o(s) beneficiário(s) que deseja remover o plano:

<input type="checkbox"/>	Número do cartão	Nome	Data de nascimento	Vínculo
<input type="checkbox"/>	01920802348006685	ABDO JORGE MIGUEL	14/05/1979	Titular
<input type="checkbox"/>	01920722475000013	ABEL JOAO DE MELO	11/09/1999	Dependente
<input type="checkbox"/>	01920800581002216	ABNER JORGE DA SILVA	18/06/2000	Dependente
<input type="checkbox"/>	0192080234803097	ABRAAO SAMUEL OLIVEIRA MORAES	01/03/2001	Dependente
<input type="checkbox"/>	01920800117005679	ACACIO DAS NEVES NEPOMUCENO	07/08/2005	Dependente

Enviar solicitação



Histórico de solicitação

Número do cartão	Nome	Data da solicitação	Número do protocolo
01920802348006685	ABNER JORGE DA SILVA	14/05/2017 12:00	20405246251
01920722475000013	ABEL JOAO DE MELO	14/05/2017 12:00	63415296851

Tela do e-mail de aviso



De: noreply Portal Unimed <noreply@portalunimed.com.br>
Enviado em: sexta-feira, 28 de julho de 2017 16:37
Para: denise.recofka@portalunimed.com.br
Assunto: Solicitação de cancelamento de plano

SOLICITAÇÃO DE CANCELAMENTO DE PLANO DE SAÚDE

Unimed 

Prezado,
Recebemos a seguinte solicitação de cancelamento do plano de saúde do(s)
seguinte(s) beneficiário(s):

Titular: ABDO JORGE MIGUEL
Número do cartão: 02900056064498003

Dependente: ABEL JOÃO DE MELLO
Número do cartão: 02900056064498003

Número do protocolo: 33521520170726900002
Data e hora da solicitação: 26/07/2017 - 15:35

Por favor, não responda essa mensagem, pois a função é exclusivamente informativa.

www.unimed.coop.br



OBRIGADO

atendimento@portalunimed.com.br
(48) 3952-4400

Unimed 