

**Declaro para todos os fins de direito, estar ciente e DE acordo
com as seguintes normas, às quais me obrigo, por mim e por
meus Dependentes e/ou Agregados:**

- a) Conhecer o Estatuto da **CASFPIC**, o qual está disponível para todos os associados no site Associação, bem como respeitá-lo em toda a sua plenitude.
- a.1) A nome **CASFPIC** poderá ser utilizada com a marca **SERVCLUBE DE BENEFÍCIOS** em conjunto ou isoladamente em todos os meios de divulgação disponíveis no mercado publicitário e nas propostas/contratos firmados com os parceiros/associados.
- b) A filiação se dará opcionalmente em uma das seguintes categorias:
- b.1) **Associado Bronze:** Garantida a Cobertura do Plano Odontológico Rol Mínimo de coberturas estipulado junto a **ANS- Agência Nacional de Saúde Suplementar** em contratos firmados juntos a 01 (uma) Operadora de Planos Odontológico Privados;
- b.2) **Associado Prata:** Garantida a Cobertura do Plano Odontológico Rol Mínimo de coberturas estipulado junto a **ANS- Agência Nacional de Saúde Suplementar** em contratos firmados juntos as 02(duas) Operadoras de Planos Odontológico Privados;
- b.3) **Associado Ouro:** Garantida a Cobertura do Plano Odontológico além Rol Mínimo de coberturas estipulado junto a **ANS- Agência Nacional de Saúde Suplementar** em contratos firmados juntos a 01(uma) Operadora de Planos Odontológico Privados; e,
- b.4) **Associado Diamante:** Garantida a Cobertura do Plano Odontológico além Rol Mínimo de coberturas estipulado junto a **ANS- Agência Nacional de Saúde Suplementar** em contratos firmados juntos as 02(duas) Operadoras de Planos Odontológico Privados.
- c) Os beneficiários Dependentes e os Agregados, estão adstritos à mesma categoria, benefícios, direitos e obrigações do titular.
- d) O valor da Taxa Anual/Mensal Individual será reajustado na forma e nas condições determinadas no Contrato de Plano Privado de Assistência à Saúde Plano Odontológico, celebrado entre a **CASFPIC** e a (s) parceira (s) mantenedora (s) do Plano/Benefício.
- e) Perante a todo os envolvidos, sou o(a) único(a) responsável pela correta utilização dos serviços concedidos pela **CASFPIC**, além do respectivo Plano Odontológico, respondendo integralmente pelos atos por mim ou por qualquer de meus Dependentes e/ou Agregados.

- f) A **CASFPIC** poderá recusar a adesão de qualquer pretendente que não atenda aos critérios de aceitação.
- g) Mediante a aceitação da adesão e quitação da Taxa de Adesão, quando for o caso, poderá ser fornecido **CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO** aos **USUÁRIOS**, confeccionado pela **CASFPIC**, com validade de um (01) ano.
- h) Para cobrir custos de emissão do cartão, impressos e postagens, será cobrada uma **Taxa de Adesão**, conforme tabela da **CASFPIC**, a qual deverá ser paga por ocasião da adesão e nas renovações.
- i) A **CASFPIC** poderá, a seu critério exclusivo, abonar os **ASSOCIADOS** da **Taxa de Adesão**, mediante a aquisição e manutenção de produtos e serviços vinculados à "**CASFPIC**".
- j) Caso o **ASSOCIADO**, por solicitação, cancelamento decorrente do descumprimento deste regulamento ou por inadimplência de qualquer produto ou serviço vinculado à **CASFPIC**, deixe de fazer parte do quadro de associados, o valor da taxa de administração, não lhe será devolvido, independentemente do tempo em que permaneceu como **ASSOCIADO**.
- k) Em produtos ou serviços cuja contratação com o fornecedor esteja vinculada diretamente à "**CASFPIC**", poderá haver cobrança complementar ou agravamento do valor de aquisição, correspondente à administração e operacionalização da atividade.
- l) Aceita a adesão e de posse do **CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO**, o **ASSOCIADO** e/ou **USUÁRIO** passarão a usufruir as vantagens e benefícios diretamente nos produtos e serviços oferecidos pela **CASFPIC**, bem como pelos "**PARCEIROS**".
- m) A **CASFPIC**, a seu critério, definirá o quadro de **PARCEIROS**, podendo a qualquer tempo, promover a entrada ou saída de **PARCEIROS**, que não atendam mais ao propósito da parceria ou aos critérios de permanência.
- n) O **ASSOCIADO** ou **USUÁRIO** que na utilização dos serviços ou benefícios propostos pelos **PARCEIROS** sentir-se prejudicado ou mal atendido deverá, além de utilizar de seus próprios meios de questionamento, informar a **CASFPIC** para que conste nos critérios de avaliação e permanência de **PARCEIROS**, podendo, conforme a gravidade e incidência da ocorrência levá-lo à exclusão do sistema.
- o) A apresentação do **CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO**, dentro de sua validade, é indispensável para a obtenção das vantagens e benefícios concedidos.
- p) Os "**PARCEIROS**" poderão, a seu critério, além da apresentação do **CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO**, exigir outro documento que identifique o **USUÁRIO** ou **ASSOCIADO**.

- q) A **CASFPIC** não se responsabiliza por produtos, serviços, defeitos, atendimento, omissões ou não concessão de vantagens e benefícios devidos por parte dos **PARCEIROS aos ASSOCIADOS**, cabendo a ele apenas o monitoramento das parcerias com vista à permanência no sistema proposto.
- r) A **CASFPIC** não será responsável por qualquer promessa, propaganda ou divulgação que por ventura venha a ser realizada pelos **PARCEIROS**, cabendo aos **ASSOCIADOS** a verificação e aceitação dos produtos e serviços oferecidos.
- s) Em caso de perda, furto, roubo ou extravio do **CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO**, caberá ao **ASSOCIADO** a obrigação de comunicação da ocorrência à **CASFPIC**, solicitando a emissão de outro cartão, mediante ao pagamento da taxa de reemissão.
- t) A **CASFPIC** não se responsabiliza perante aos **ASSOCIADOS** e aos **PARCEIROS** pela utilização indevida do **CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO**.
- u) O **ASSOCIADO** reconhece que o **CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO** é de propriedade do **CASFPIC** e se obriga a conservá-lo sob sua guarda para seu uso exclusivo, sendo nominativo e intransferível e ao devolvê-lo, caso perda a condição de **ASSOCIADO**.
- v) O **ASSOCIADO** no ato de sua adesão autoriza a **CASFPIC**, utilizar para fins administrativos e de marketing, bem como para a execução do programa de benefícios, todos os dados fornecidos, sem a incidência de qualquer tipo de ônus, ficando o mesmo, comprometido a comunicar qualquer alteração desses dados, sob pena de exclusão da **CASFPIC**.
- w) Todas as condições do regulamento poderão, a qualquer tempo, ser alteradas total ou parcialmente, exclusivamente a critério da **CASFPIC**.
- x) Em caso de dúvidas sobre o Plano Odontológico, deverei entrar em contato com a **CASFPIC**.
- y) Para a aceitação, por parte da **CASFPIC**, de meu pedido de exclusão, deverei ter permanecido por um período mínimo de 12 (doze) meses, juntamente com meus dependentes, se o caso e, comunica-la com antecedência mínima de 30 (trinta) dias. Estou ciente que se, ao solicitar o cancelamento antes de 12 (doze) meses, será de minha responsabilidade a manutenção do valor do pagamento, eventuais mensalidades faltantes, até complementação do período.
- z) A exclusão do **ASSOCIADO** e/ou seus dependentes, por parte da **CASFPIC**, se dará em observância ao firmado no Estatuto.