

ACUERDO POR SUSCRIBIR CON LOS FAMILIARES DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Entre el Sr/a....., con domicilio en de la ciudad de, provincia de, TE en representación del paciente, DNI, en adelante EL BENEFICIARIO, por una parte, y por la otra la OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA CONSTRUCCION, con domicilio en la Avda. Belgrano 1870 de la C.A.B.A., representada en este acto por la **Licenciada Marta Dansés**, en su carácter de Responsable de Promoción Social de La **Obra Social del Personal de la Construcción**, en adelante la OBRA SOCIAL, convienen en celebrar el presente compromiso sujeto a las siguientes cláusulas y condiciones:

PRIMERA: El Sr/a, se ha presentado en la sede de la OBRA SOCIAL, con el objeto de solicitar prestaciones de discapacidad, las que serán brindadas por el mecanismo de INTEGRACION.

SEGUNDA: El Sr/a, reconoce que solo mantendrá las prestaciones solicitadas MIENTRAS CONSERVE LA CALIDAD DE BENEFICIARIO DE OSPECON y sus aportes al día, caso contrario IMPLICARÁ LA INMEDIATA CANCELACIÓN DE LOS SERVICIOS, no teniendo nada que reclamar a la OBRA SOCIAL por ningún concepto ni vía judicial y/o administrativa, ya que la falta de acceso a los servicios correrán por su exclusiva cuenta y responsabilidad.

TERCERA: Si alguna de las prestaciones autorizadas no fuera brindada por cualquier causa, deberá notificar tal circunstancia a la OBRA SOCIAL, indicando fecha de cese y reinicio de la prestación.

En prueba de conformidad, y para su fiel cumplimiento se firman 2 (dos) ejemplares de un mismo tenor y a un solo efecto, en la ciudad de, a los días del mes de, del año