CAJA NOTARIAL

No.

SISTEMA NOTARIAL DE SALUD
BENEFICIARIOS NO AFILIADOS A CAJA NOTARIAL

Beneficiarios no afiliados: a) quienes al 20 de diciembre de 2023 fueran beneficiarios del Sistema Notarial de Salud no afiliados a la Caja Notarial; b) quienes se encuentren comprendidos en las resoluciones de Directorio de fechas 19 de noviembre de 1990 (asuntos Nº 12.473 y Nº 12.474 del acta Nº 1857 – cónyuges -), 22 de abril de 1991 (asunto Nº 13.030 del acta Nº 1891 - escribanos en régimen de dedicación total -), 23 de marzo de 1998 (asunto Nº 176 del acta Nº 2260 - escribanos con actividad suspendida -) y 26 de diciembre de 2000 (asunto Nº 1694 del acta Nº 2404 - escribanos en situación de inactividad -) y c) quienes se encuentren en las situaciones previstas por las resoluciones de Directorio de fechas 23 de abril (asunto Nº 365 del acta Nº 2465) y 15 de octubre de 2002 (asunto Nº 1090 del acta Nº 2490) [pérdida de la calidad de beneficiarios o afiliados]

Condiciones de costeo de cobertura médica

Quien suscribe, habiendo contratado mi afiliación al Hospital Británico en los términos ofrecidos para beneficiarios de las prestaciones con cargo al Fondo Sistema Notarial de Salud, en el marco normativo dispuesto por el inciso segundo del artículo 88 de la ley Nº 17.437 de 20 de diciembre de 2001 (extensión a no afiliados a la Caja de beneficios de salud), ley Nº 18.211 de 5 de diciembre de 2007 (Sistema Nacional Integrado de Salud) y ley Nº 18.732 de 7 de enero de 2011 (incorporación de afiliados de Caja Notarial al Seguro Nacional de Salud), **solicito el costeo** por parte de la Caja de mi cuota de afiliación al Hospital Británico, en las siguientes condiciones**:**

1. **Reembolso:** La Caja costeará mi cuota de afiliación al Hospital Británico, la cual se basa en un sistema diferenciado por tramos de edad, y se ajustará semestralmente con la actualización que establezca el referido Hospital considerando la variación en las cuotas de sus socios "Hospital Scheme". Será de mi cargo el reembolso íntegro de dicha cuota al Fondo Sistema Notarial de Salud, cuyo monto mensual, I.V.A. incluido, será el correspondiente a mi respectivo rango etario más la cuota del Fondo Nacional de Recursos y gastos de administración, en forma indivisible (en adelante, "reembolso"), conforme luce en el cuadro informativo anexo que contiene detalle de los valores actuales y que forma parte integrante de la presente solicitud. El pago del "reembolso" se efectuará a mes adelantado y hasta el día diez (10) de cada mes, en los lugares que determine la Caja. De efectuarse ese "reembolso" fuera de plazo, su monto será el vigente a la fecha de pago. Las deudas con el Hospital devengadas por la utilización de los servicios de salud contratados (órdenes y tiques) o con la Caja por gestiones de cobranza del reembolso referido (telegramas u otras), se abonarán conjuntamente con el "reembolso" mensual, considerándoselas indivisibles con éste.

2. **Otras obligaciones que asumo: a)** mantener actualizados mis datos personales ante la Caja Notarial (correo electrónico, domicilios, teléfonos); **b)** informar de inmediato a la Caja en caso de cambiar el prestador de salud elegido a través del Seguro Nacional de Salud y **c)** mantener al día todas las obligaciones derivadas de prestaciones de salud.

3. **Consecuencias de la morosidad.** El costeo de la cuota del Hospital Británico por parte de la Caja Notarial cesará en los siguientes casos: **a)** falta de pago en plazo de tres (3) cuotas consecutivas del "reembolso"; **b)** reiteración de dicho nivel de atraso más de tres (3) veces en los últimos doce meses, y **c)** incumplimiento de lo previsto en el literal "c" del precedente numeral 2.

4. **Procedimiento.** Verificada la falta de pago en tiempo de dos "reembolsos", la Caja Notarial hará llegar a mi correo electrónico el aviso correspondiente; cuando el atraso alcanzare a tres "reembolsos" consecutivos, se hará llegar aviso a mi correo electrónico, advirtiendo que no se hará el costeo correspondiente al mes siguiente del calendario y que, si en dicho mes no regularizo mis obligaciones, se procederá automáticamente al cese definitivo del costeo por parte de la Caja, pudiendo disponerse mi inscripción en el Clearing de Informes.
5. **Autorizaciones.** Autorizo a que: **a)** el Hospital Británico acredite en la cuenta de la Caja Notarial las sumas que, en concepto de cápitas, aportes u otros rubros, reciba del FONASA por mi afiliación, a los efectos de que la Caja practique los descuentos correspondientes en el monto de mi "reembolso"; **b)** la Caja obtenga información del Banco de Previsión Social sobre mi situación contributiva con el FONASA así como sobre mis opciones de prestador de salud, a los efectos de determinar las condiciones del costeo; **c)** de corresponder, la Caja descuente de mi pasividad los importes que me corresponda abonar

CAJA NOTARIAL

por los conceptos mencionados en el numeral 1 (“reembolso” y otros) y **d)** la Caja suministre al Hospital Británico mis siguientes datos personales: nombre, número de afiliado a Caja Notarial – en su caso -, número de cédula de identidad, dirección particular, teléfonos y dirección de correo electrónico, a los efectos de las comunicaciones y la prestación de servicios que deba realizar dicho nosocomio.

6. **Mora automática.** La mora en el cumplimiento de las obligaciones que asumo se producirá de pleno derecho, sin necesidad de interpelación judicial alguna.
7. **Notificaciones**. Salvo las notificaciones que se practiquen por correo electrónico, previstas anteriormente, las restantes relacionadas con las condiciones establecidas en el presente documento se realizarán al domicilio constituido al pie, por telegrama colacionado u otro medio fehaciente, sin perjuicio de los procedimientos de notificación que estén previstos legalmente. Exonero a dicho Instituto de toda responsabilidad por cambios de domicilio o de dirección de correo electrónico que no hayan llegado fehacientemente a su conocimiento, aceptando que se dé por buena cualquier notificación realizada en los indicados en el presente.
8. **Declaraciones.** Declaro: **a)** encontrarme en situación regular de pagos a la fecha, por la totalidad de las obligaciones derivadas de prestaciones de salud brindadas o sufragadas por la Caja Notarial; **b)** estar en conocimiento de que la pérdida de las condiciones para estar incluido en la categoría de beneficiarios a que refiere este documento implica el cese automático del costeo de que trata el mismo; **c)** conocer que, de reunir los requisitos para quedar incluido en otra de las categorías de beneficiarios del Sistema Notarial de Salud afiliados al Hospital Británico, deberé suscribir la documentación pertinente para poder pasar a la misma, sin perjuicio de las carencias y limitaciones que pudieren corresponder en los casos de interrupción de mi calidad de afiliado al citado Hospital y **d)** conocer y aceptar que las enunciaciones y condiciones de costeo establecidas en el presente se mantendrán únicamente mientras permanezca vigente el convenio suscrito entre el Hospital Británico y la Caja Notarial.
9. **(Sólo para ser completado por afiliado cónyuge del beneficiario).** _____, afiliado Nº _____, me obligo solidariamente al pago de los “reembolsos” y demás conceptos asumidos por mi cónyuge _____, constituyendo domicilio a estos efectos en el indicado al pie de este documento. De corresponder, solicito que la Caja descuente de mi pasividad o salario los importes que deban abonarse por las obligaciones cuyo pago solidario asumo.

_____
Fecha

_____ _____
Nombre y apellidos del beneficiario Nº cédula de identidad

_____
Nº de afiliado

_____ _____
Domicilio constituido Dirección de correo electrónico

_____
Firma del beneficiario

_____ _____
Nombre y apellidos del afiliado cónyuge Domicilio constituido por el afiliado cónyuge

_____
Firma del afiliado cónyuge

CAJA NOTARIAL

ANEXO BENEFICIARIOS NO AFILIADOS A CAJA NOTARIAL

(Cuadro informativo con valores a julio/2026)

Tramos de edad	Cuota de afiliación al Hospital Británico I.V.A. incluido más Fondo Nacional de Recursos y gastos de administración
De 18 a 29 años	$ 7.033
De 30 a 39 años	$ 10.088
De 40 a 49 años	$ 11.988
De 50 a 64 años	$ 14.483
De 65 o más años	$ 16.823

_____
Fecha

_____ _____
Nombre y apellido completo del afiliado — Nº cédula de identidad

_____ _____
Firma del beneficiario — Nº de afiliado

.