



## HOSPITAL BRITÁNICO

### **SISTEMA NOTARIAL DE SALUD - CATEGORÍA OPCIÓN 2 INTERIOR**

*Opción 2 Interior: afiliados radicados en el interior de la República que opten por recibir asistencia sanitaria en su localidad de residencia a través del Seguro Nacional de Salud o por abonarla directamente por estar comprendidos en las situaciones previstas en el artículo 65 de la ley Nº 18.211 y en el inciso noveno del artículo 70 de dicha ley y su modificativa, más una prestación quirúrgica complementaria por parte del Hospital Británico.*

#### **PRIMERO (Antecedentes)**

La Caja Notarial de Jubilaciones y Pensiones (hoy Caja Notarial de Seguridad Social y en adelante “Caja Notarial”) y el Hospital Británico han mantenido una vinculación comercial desde el año 1989 por la cual los beneficiarios del Sistema Notarial de Salud han tenido derecho, bajo determinadas condiciones, a cobertura de salud en el Hospital. Con fecha 20 de diciembre de 2023, la Caja Notarial y el Hospital han acordado rescindir el convenio vigente y suscribir un nuevo convenio que regula la cobertura de salud que brinda el Hospital a los beneficiarios del Sistema Notarial de Salud.

A los efectos de documentar la opción adoptada por los beneficiarios del Sistema Notarial de Salud, se suscriben las presentes condiciones particulares que junto con la normativa aplicable a la presente contratación rige la vinculación con el Hospital. En consecuencia de lo expuesto, quien suscribe realiza la opción de contratar un seguro quirúrgico con el Hospital en un todo de acuerdo con las siguientes estipulaciones que regirán durante la vigencia de la vinculación entre el Hospital y la Caja Notarial.

#### **SEGUNDO (Cobertura)**

La cobertura abarcará los mismos servicios médicos que constituían la canasta de prestaciones del seguro quirúrgico que recibían como colectivo los afiliados a la Caja Notarial radicados en el interior de la República incluidos en esta opción al 20 de diciembre de 2023, — que no incluyen habitación privada ni emergencia médica móvil— así como también aquellas prestaciones de carácter sanitario que incorpore para los socios “Hospital Scheme” en lo aplicable a la opción descripta.

#### **TERCERO (Examen de admisión)**

El Hospital no practicará examen de admisión para quedar comprendido en el seguro quirúrgico a que refiere este documento, a quienes opten por contratar el mismo. En caso de cambiar de categoría como beneficiario del Sistema Notarial de Salud, deberá suscribir la documentación pertinente para poder pasar a la misma y estará sujeto a examen de admisión, sin perjuicio de las carencias y limitaciones que pudieren corresponder.

#### **CUARTO (Precio)**

El precio será abonado por la Caja Notarial y el monto y su ajuste – cuyo valor y definición actuales constan en la solicitud de costeo formulada por quien suscribe ante Caja Notarial - serán los definidos contractualmente entre el Hospital y la Caja.

#### **QUINTO (Cese de cobertura)**

En caso de extinción o rescisión del convenio vigente entre el Hospital Británico y la Caja Notarial por la razón que fuere, sin que las partes celebren otro para dar continuidad a la cobertura de salud de los beneficiarios del Sistema Notarial de Salud, éstos podrán continuar su vinculación con el Hospital Británico en esta modalidad de seguro quirúrgico, en base a las



## HOSPITAL BRITÁNICO

condiciones generales y particulares del Hospital que rijan a ese momento, abonando un precio acorde al valor técnico, atendiendo a las particularidades y consideraciones vinculadas al colectivo de beneficiarios, en régimen de libre contratación, sin examen de ingreso y sin límite de edad.

### **SEXTO (Autorizaciones)**

Quien suscribe autoriza al Hospital a que informe a la Caja los montos adeudados que se hayan generado por concepto de tiques u órdenes no abonados, para que los mismos sean adicionados a la cuota de copago.

---

\_\_\_\_\_, titular de la cédula de identidad \_\_\_\_\_,  
número de afiliado \_\_\_\_\_ acepta las presentes Condiciones, una copia de las  
cuales se le entrega, y declara comprender el alcance de estas.

Montevideo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Firma: \_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_

Domicilio particular: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Autorizo a utilizar mi dirección de correo electrónico para recibir cualquier tipo de información del Hospital Británico. SI NO (marcar el que corresponde)