



CAJA NOTARIAL

Nº _____

SISTEMA NOTARIAL DE SALUD AFILIADOS OPCIÓN MONTEVIDEO Y OPCIÓN 1 INTERIOR

A) Opcción Montevideo: beneficiarios radicados en el departamento de Montevideo que opten por recibir atención médica en el Hospital Británico a través del Seguro Nacional de Salud, conforme a lo previsto por el inciso segundo del artículo 22 de la ley Nº 18.211 de 5 de diciembre de 2007; B) Opcción 1 Interior: beneficiarios radicados en el interior de la República que hayan efectuado la opción referida en el precedente literal A

Condiciones de costeo de cobertura médica

Quien suscribe, afiliado activo o jubilado de esta Caja, en mi calidad de beneficiario del Seguro Nacional de Salud como aportante al mismo, 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 las leyes Nº 18.211 de 5 de diciembre de 2007 (Sistema Nacional Integrado de Salud) y 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. Copago:** 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 que determine la Caja, al Fondo Sistema Notarial de Salud (en adelante, "copago"), cuyo monto mensual será el correspondiente a mi respectivo rango etario y no superará el valor de mi cuota de afiliación al Hospital Británico I.V.A. incluido más Fondo Nacional de Recursos, conforme luce en el cuadro informativo anexo que contiene detalle de los valores actuales y que forma parte integrante de la presente solicitud. El "copago" deberá abonarse a mes adelantado, hasta el día diez (10) de cada mes, en los lugares que determine la Caja. De abonarse fuera de plazo, el monto del mismo 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 "copago" mensual, considerándose las indivisibles con éste.
- 2. Otras obligaciones que asumo:** **a)** mantener al día mis aportes al FONASA; **b)** mantener actualizados mis datos personales ante la Caja Notarial (correo electrónico, domicilios, teléfonos); **c)** informar de inmediato a la Caja en caso de cambiar el prestador de salud elegido a través del Seguro Nacional de Salud, y **d)** mantener al día todas las obligaciones derivadas de prestaciones de salud y **e)** mantener actualizada la información acerca de mi efectiva aportación al FONASA, debiendo en su caso comunicar cualquier modificación al respecto ante la Caja y ante la oficina FONASA del Hospital Británico.
- 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 "copago"; **b)** reiteración de dicho nivel de atraso más de tres (3) veces en los últimos doce meses, y **c)** incumplimiento de lo previsto en los literales "a" y "d" del precedente numeral 2..
- 4. Procedimiento.** Verificada la falta de pago en tiempo de dos "copagos", la Caja Notarial hará llegar a mi correo electrónico el aviso correspondiente; cuando el atraso alcance a tres "copagos" 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; **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 descuenta de mi pasividad o de mi salario los importes que me corresponda abonar por los conceptos mencionados en el numeral 1 (“copagos” y otros) y **d)** la Caja suministre al Hospital Británico mis siguientes datos personales: nombre, número de afiliado a Caja Notarial, 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 particular que tenga registrado en la Caja Notarial o en su defecto a cualquier otro domicilio que surja registrado en la misma, 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 que tengo registrados.
8. **Declaraciones.** Declaro: **a)** encontrarme en situación regular de pagos al último día del mes anterior a aquel en que se firma el presente, por la totalidad de las obligaciones derivadas de prestaciones de salud brindadas o sufragadas por la Caja Notarial hasta dicha fecha; **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.

Fecha

Nombre y apellido completo del afiliado

Nº del afiliado

Dirección de correo electrónico

Nº de cédula de identidad

Firma del afiliado



CAJA NOTARIAL

ANEXO AFILIADOS OPCIÓN MONTEVIDEO Y OPCIÓN 1 INTERIOR

(Cuadro informativo con valores a enero 2026)

Tramos de edad	Cuota de afiliación al Hospital Británico IVA incluido	Copago
De 18 a 29 años	\$ 5.342,70	\$ 2.700
De 30 a 39 años	\$ 8.354,50	\$ 4.925
De 40 a 49 años	\$ 10.244,30	\$ 6.250
De 50 a 64 años	\$ 12.654,40	\$ 8.000
De 65 o más años	\$ 14.954,50	\$ 8.600

Fecha

Nombre y apellido completo del afiliado

Nº del afiliado

Firma del afiliado