



CAJA NOTARIAL

No.

SISTEMA NOTARIAL DE SALUD AFILIADOS A CAJA NOTARIAL OPCIÓN MONTEVIDEO Y OPCIÓN 1 INTERIOR, QUE HUBIEREN PERDIDO LA CALIDAD DE BENEFICIARIOS DEL SEGURO NACIONAL DE SALUD

Afiliados de Montevideo y opción 1 Interior que hayan perdido la calidad de beneficiarios del Seguro Nacional de Salud, por encontrarse 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 en la redacción dada por el artículo 12 de la ley Nº 18.731

Condiciones de costeo de cobertura médica

Quien suscribe, habiendo oportunamente 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), y habiendo perdido la calidad de beneficiario del Seguro Nacional de Salud, por encontrarme en las situaciones previstas en el artículo 65 de la ley Nº 18.211 e inciso noveno del artículo 70 de dicha ley, en la redacción dada por el artículo 12 de la ley Nº 18.731 de 7 de enero de 2011, **solicito el costeo** por parte de la Caja de mi cuota de afiliación al Hospital Británico, en las siguientes condiciones:

- 1. Reembolso: I)** 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 —salvo que la Caja Notarial dispusiere un reembolso parcial—, 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 abonarse fuera de plazo, el monto a pagar será el que corresponda a los valores vigentes 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, considerándose las 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 adquirir nuevamente la calidad de beneficiario 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" que correspondiere; **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; **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; y **c)** la Caja suministre al Hospital Británico mis siguientes datos personales:



CAJA NOTARIAL

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 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 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.

Fecha

Nombre y apellido completo del afiliado

Nº cédula de identidad

Dirección de correo electrónico

Nº de afiliado

Firma del beneficiario



CAJA NOTARIAL

**ANEXO AFILIADOS A LA CAJA QUE HUBIEREN PERDIDO LA CALIDAD DE BENEFICIARIOS DEL SEGURO NACIONAL DE SALUD
(Art. 65 de la ley N° 18.211 e inciso noveno del art. 70 de dicha ley)**

(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	\$ 6.443
De 30 a 39 años	\$ 9.503
De 40 a 49 años	\$ 11.423
De 50 a 64 años	\$ 13.863
De 65 o más años	\$ 16.233

Fecha

Nombre y apellido completo del afiliado

N° cédula de identidad

Firma del beneficiario

N° de afiliado