



CAJA NOTARIAL

SOLICITUD DE SUBSIDIO POR ENFERMEDAD
(AFILIADOS ACTIVOS AL MOMENTO DEL INICIO DE LA INCAPACIDAD)

Lugar:..... Fecha :de.....de.....

Solicito el beneficio de subsidio por enfermedad de acuerdo a lo establecido por el art. 57 de la Ley 17.437 del 20/12/2001, en la redacción dada por la Ley 18.239 de 27/12/2007, el que declaro conocer y aceptar en todos sus términos y según documentación adjunta.

Nro.de Afiliado:

DATOS PERSONALES DEL AFILIADO:

APELLIDOS:			
NOMBRES:			
DOMICILIO:			
TELÉFONOS DE CONTACTO :			
MAIL:			

DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE:

APELLIDOS:		NOMBRES:	
C.I.:			

DATOS DEL SUBSIDIO

PERÍODO SOLICITADO:	DESDE: / /	HASTA: / /
CERTIFICADO DE DR./DRA		DE FECHA: / /
CERTIFICADO DE DR./DRA		DE FECHA : / /

Estoy en conocimiento de que:

Esta solicitud debe presentarse dentro del plazo de 60 días desde el inicio de la incapacidad. Vencido, los haberes se devengarán desde la fecha de presentación ante Caja Notarial.

Autorizo a todos los efectos vinculados con este trámite, incluso a notificarse, a:

NOMBRE:

C.I.

Tel.:

Para Escribanos:

Estoy en conocimiento de que terminado el año en que trascurra el subsidio, se deberá presentar a control la actividad total de dicho ejercicio y abonar las eventuales deudas de aporte complementario que puedan resultar.

ÚLTIMAS ACTUACIONES DEL/DE LA ESCRIBANO/A:

PROTOCOLO	/ /
PROTOCOLIZACIÓN	/ /
EXTRAREGISTRALES	/ /
Declara haber presentado a control los Protocolos del ejercicio	

.....
Firma del solicitante

Se debe adjuntar:

- 1) Certificado médico original con aclaración de la afección y período de la incapacidad, con timbre profesional correspondiente.
- 2) Consentimiento informado completo y firmado (en caso de no concurrir el titular se debe presentar con firma certificada).
- 3) En caso de no concurrir el titular y autorizar a un tercero a continuar este trámite, esta solicitud se debe presentar con firma certificada.
- 4) En caso de imposibilidad del titular, este trámite podrá iniciarse por otra persona (firmando inclusive la solicitud). Para las vistas, notificaciones y cobros posteriores debe agregar poder ante escribano.
- 5) Constancia de cuenta bancaria en moneda nacional para hacer efectivo el depósito correspondiente.

Recibido el
Nombre y firma del funcionario de
Caja Notarial:

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES – CONSENTIMIENTO INFORMADO

Quien suscribe el presente documento, declara haber sido informado y aceptar lo siguiente, en cumplimiento de lo establecido en la Ley N° 18.331, de 11 de agosto de 2008, de Protección de Datos Personales y Acción de Habeas Data (LPDP):

A los efectos de la tramitación del beneficio que se establece en el párrafo siguiente y con la finalidad allí consignada, autorizo a los médicos que me han atendido y a cualquier otro proveedor de servicios médicos, a brindar a la Caja Notarial de Seguridad Social (CNSS) o a SEMM Medicina Preventiva (DIAGMED S.A.), en los casos en que éstas lo consideren pertinente, información sin reservas acerca de mi historia médica y mi estado de salud.

El tratamiento de los datos personales suministrados con motivo de la solicitud de (completar con la prestación que se solicita)¹, tales como los que surgen de mi historia clínica, estudios y certificados médicos, y los que se obtuvieren en el marco de la prestación de los servicios de asesoría médica que brinda SEMM Medicina Preventiva (DIAGMED S.A.), se realiza por cuenta de la Caja Notarial de Seguridad Social (CNSS) y tiene como finalidad acreditar la condición de salud del solicitante ante dicho instituto de seguridad social, a efectos de determinar si es posible concederle la prestación que solicita.

Los datos personales recabados serán incorporados y tratados en las Bases de Datos de la Caja Notarial de Seguridad Social (CNSS) y no se realizará ninguna comunicación de los mismos que no sea necesaria para las finalidades informadas y previamente consentidas por quien suscribe, salvo las excepciones establecidas en la LPDP y demás normas complementarias, concordantes y modificativas.

En particular, a los efectos de considerar la pertinencia de la solicitud y aprobar el otorgamiento del beneficio, resulta necesario que accedan a los datos de salud del solicitante del beneficio los funcionarios de la Caja Notarial de Seguridad Social (CNSS) que participan directamente en la gestión, análisis y/o resolución del trámite.

¹ Jubilación por incapacidad, subsidio por enfermedad, cobertura médica en el exterior, prestaciones médicas no incluidas en la canasta de servicios contratada por los afiliados con sus respectivos prestadores de salud, pensión por incapacidad.

La Caja Notarial de Seguridad Social (CNSS) es la responsable de las bases de datos que emplea para sus actividades, las cuales se encuentran debidamente registradas ante la Unidad Reguladora y de Control de Datos Personales (URCDP), de conformidad con lo previsto en la LPDP y los decretos N° 664/008 de 22 de diciembre de 2008 y N° 414/009 de 31 de agosto de 2009. La CNSS tratará los datos con el grado de protección adecuado, tomando las medidas de seguridad necesarias para evitar su alteración, pérdida, tratamiento o acceso no autorizado por parte de terceros. SEMM Medicina Preventiva (DIAGMED S.A.) actúa como encargado del tratamiento y aplica estándares de seguridad del mismo nivel que los informados respecto del responsable.

Los datos recabados son obligatorios y necesarios para dar cumplimiento a la finalidad informada y su negativa a proporcionarlos o su inexactitud, tiene como consecuencia la imposibilidad de hacerlo o de hacerlo en forma adecuada, respectivamente.

Los datos se conservarán por el plazo necesario para el cumplimiento de la finalidad informada y la normativa específica que resulte aplicable en cada caso.

La dirección para el ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, actualización, inclusión o supresión, es en la sede de la Caja Notarial de Seguridad Social (CNSS), en Avda. 18 de Julio 1730 pisos 8 a 10, Montevideo.

FECHA:

ACEPTO

(firma y aclaración)

NO ACEPTO

(firma y aclaración)