



FEDERAZIONE CONFSAI-UNSA
SINDACATO AUTONOMO INAIL
Coordinamento Nazionale

P. le Pastore, 6 – 00144 ROMA
Tel. 0654873954 – 0654873957
cisal@inail.it – confsal-unsal@inail.it
www.autonominail.it



per il Personale
Area Funzioni centrali
(ex EPNE)

Circ. n. 31-2023

Roma, 28 luglio 2023

AI DIRIGENTI MEDICI
LORO SEDI

OGGETTO: Polizza RC integrativa per l'attività di **MEDICO COMPETENTE**

Con la **Zurich Insurance plc** – Agenzia Fonsi di Roma – il nostro Sindacato, su richiesta di molti colleghi medici interessati, ha stipulato una nuova convenzione per assicurare **esclusivamente l'attività di Medico Competente**.

La **nuova polizza** riguarda i **medici dipendenti dell'INAIL** (che non operano con partita IVA) che svolgono l'attività di **Medico Competente**

- nei confronti del Personale dell'Inail;
- ovvero nei confronti di lavoratori di aziende pubbliche o private con cui l'INAIL ha stipulato una convenzione.

Per aderire, come per la storica convenzione che riguarda tutte le attività istituzionali del Personale dell'Inail, **non è richiesta l'iscrizione al Sindacato Autonomo Inail** e ciò coerentemente con l'obiettivo di fornire a tutti i colleghi dell'Istituto un utile servizio.

Di ciò e della serietà a livello internazionale della Compagnia assicuratrice sono consapevoli quei colleghi che, incappati in problematiche oggetto dell'assicurazione, sono stati puntualmente indennizzati. Non si tratta, infatti, di un intermediario o di un broker qualsiasi.

CONDIZIONI DI POLIZZA

- 1) **Questa polizza decorre dal 1° settembre 2023.**
- 2) Massimale per evento / anno: € 250.000 (duecentocinquantamila).
- 3) Franchigia pari a € 2500 (duemilacinquecento).
- 4) **Premio annuo: € 100 (cento).**
- 5) È riconosciuta la **Responsabilità Civile per colpa grave**, limitatamente ai casi di RC professionale connessi all'attività di medico competente, per il danno erariale richiesto dalla Corte dei Conti direttamente all'assicurato o all'INAIL.
- 6) Esclusione totale del "dolo".
- 7) La **polizza è individuale** e ciascun medico interessato dovrà provvedere con bonifico, anche online, che varrà come attestazione di pagamento, intestato a: **A.G.F. Srl ag. Zurich – Largo Italo Gemini, 1 – 00161 Roma – Codice IBAN: IT 74 R 06230 03203 0000 3608 1831 – CREDIT AGRICOLE CARIPARMA filiale ROMA AG. 3.**

- 8) Il bonifico varrà anche come dichiarazione della volontà di adesione alla polizza in argomento.
- 9) **Copia dell'attestazione di pagamento dovrà essere inviata a cisal@inail.it** per consentire i **controlli incrociati**.
- 10) **Contestualmente**, per evitare di dover sottoscrivere il questionario pre-contrattuale su eventuali sinistri pregressi (previsto per i medici dalle vigenti disposizioni) il Medico **dovrà trasmettere** al medesimo indirizzo **cisal@inail.it** (per l'inoltro alla Zurich da parte di questo Sindacato) **l'allegata dichiarazione** circa l'**inesistenza di sinistri** per i quali, **negli ultimi cinque anni**, sia stata avanzata **richiesta di risarcimento**. In caso contrario, il medico dovrà fornire adeguata documentazione per consentire alla Compagnia assicuratrice di valutare se dare seguito o meno alla copertura assicurativa. La **mancaza della dichiarazione** sospende ex tunc la decorrenza della polizza.
- 11) La **Zurich** invierà, per il nostro tramite, un **certificato di assicurazione** all'indirizzo di posta elettronica comunicato dall'interessato.
- 12) Nel bonifico dovranno essere indicati il **numero di polizza 301B0572, cognome, nome, Sede Inail di titolarità, indirizzo personale, indirizzo di posta elettronica**.
- 13) L'anno assicurativo decorre dal 1° settembre fino al 31 agosto dell'anno successivo. La polizza è **annuale** e il premio non è frazionabile.
- 14) La **copertura assicurativa** decorre dal 1° settembre (se il premio è versato prima di tale data), ovvero dal giorno successivo a quello di pagamento del premio, fino al 31 agosto dell'anno successivo.

Si resta a disposizione per ogni ulteriore chiarimento.

Cordiali saluti.

IL COORDINATORE GENERALE
f.to Francesco Savarese

ALL.: **Schema di dichiarazione.**

ZURICH INSURANCE PLC
Agenzia Fonsi - ROMA

Per il tramite del Sindacato Autonomo Inail
cisal@inail.it

DICHIARAZIONE

__ sottoscritt__ _____

Nat__ a _____ il _____

Dirigente Medico dipendente dell'INAIL con matricola _____

In servizio presso la Sede di _____

Indirizzo personale _____

Indirizzo di posta elettronica _____

svolge l'attività di **medico competente** nei confronti del Personale dell'Inail e/o di lavoratori di aziende pubbliche o private con cui l'INAIL ha stipulato una convenzione.

Ai fini dell'assicurazione per Responsabilità Civile per colpa grave stipulata in convenzione con codesta Compagnia dal Sindacato Autonomo Inail in favore dei Medici dipendenti dell'INAIL che svolgono l'attività di **medico competente – Polizza n. 301B0572**

DICHIARA

sotto la propria responsabilità che negli ultimi cinque anni **non** risultano sinistri per i quali ha ricevuto richiesta di risarcimento

che negli ultimi cinque anni ha ricevuto richieste di risarcimento e fornisce adeguata documentazione che si allega alla presente

Distinti saluti.

Luogo e data
