



# FEDERAZIONE CONFSAL-UNSA

## Segreteria Generale



Confederazione Generale  
dei Sindacati Autonomi  
dei Lavoratori

Via Napoli, 51 - 00184 ROMA - Tel. 06 48.28.232 - fax 06 48.28.090

## ASSICURAZIONE GRATUITA PER TUTTI GLI ISCRITTI CONTRO INFORTUNI SUL LAVORO ED IN ITINERE

Lunedì 19 Settembre 2011 15:17



Cara Iscritta, caro Iscritto,  
sono lieto di comunicarti che la nostra Federazione Confsal-Unsa ha realizzato [un'iniziativa semplicemente storica](#), che rappresenta una novità assoluta nel campo dei rapporti tra le organizzazioni sindacali e i lavoratori associati.

E' stata stipulata un'apposita assicurazione con la "Cattolica", volta **a coprire tutti gli iscritti** alla Federazione in caso di infortuni sul lavoro e in itinere.

La convenzione, che è operativa dalle ore 24.00 di domani 20 settembre, copre la morte e l'invalidità permanente e vale un'ora prima del lavoro, durante il lavoro e un'ora dopo il lavoro.

**Tale Assicurazione è assolutamente gratuita per Te come per tutti gli iscritti.** Se ne beneficia, automaticamente, per il fatto di essere parte di questa grande realtà del sindacalismo italiano che è la Federazione Confsal-Unsa.

Sono certo che apprezzerai questa iniziativa che garantisce un sostegno economico alla Tua persona (in caso di invalidità) e al proprio nucleo familiare (in caso di morte), pur augurandoci che nessuno debba mai averne bisogno.

Tutto ciò vuole essere un altro passo per costruire, insieme, una Federazione sempre più dinamica e pronta a tutelare gli interessi dei lavoratori tanto nei tavoli della contrattazione, quanto nelle diverse necessità che una società complessa come la nostra presenta.

Mi auguro che questa Assicurazione possa darti un motivo in più per sentire l'orgoglio di essere parte di questa grande famiglia, nata nel 1954 libera da tutti i condizionamenti e da tutte le collusioni politiche.

Ti ringrazio per l'attenzione e Ti porgo i più sentiti saluti.

Il Segretario Generale  
Massimo Battaglia

# ASSICURAZIONE GRATUITA PER TUTTI GLI ISCRITTI CONTRO INFORTUNI SUL LAVORO ED IN ITINERE

## NOTA ESPLICATIVA E ISTRUZIONI OPERATIVE

Mercoledì 12 Ottobre 2011 08:28

**In caso di infortunio** sul lavoro o in itinere gli iscritti dovranno seguire scrupolosamente le seguenti istruzioni:

**entro 7 giorni dal verificarsi del sinistro**, inviare a mezzo raccomandata, indirizzata a **“Federazione Confisal-Unsa – servizio assicurazioni”**, Via della Trinità dei Pellegrini n. 1, 00186, Roma, la sotto indicata documentazione:

**A. “MOD. A” DENUNCIA INFORTUNIO**, disponibile in fondo alla presente comunicazione.

IMPORTANTE: IL MOD. “A” DEVE ESSERE COMPILATO IN MODO COMPLETO, SPECIALMENTE INDICANDO CON ESATTEZZA I CAMPI DELL’ORA DEL SINISTRO, QUELLO DELL’ORARIO DI SERVIZIO E L’INDIRIZZO ESATTO IN CUI SI E’ VERIFICATO IL SINISTRO. Riguardo all’indirizzo, questo non va riportato in modo generico descrivendo solo la sede di servizio, ad esempio “Casa Circondariale Genova Marassi”, ma esso va indicato con precisione, scrivendo, come nel caso dell’esempio precedente, “Piazzale Marassi n. 2, 16156 - Genova”.

**B. VERBALE DI PRONTO SOCCORSO** (è un documento specifico rilasciato dall’ente ospedaliero. La Cattolica aprirà la pratica solo in presenza di questo documento. Tutta la restante certificazione sanitaria potrà essere prodotta in un momento successivo, ma in questa fase iniziale è indispensabile inviare il “Verbale di pronto Soccorso”).

L’interessato sarà contattato **direttamente** dalla CATTOLICA ASSICURAZIONI con cui si rapporterà anche per la presentazioni di eventuali ulteriori certificazioni mediche.

Comunque, per ulteriori chiarimenti, l’assicurato-iscritto potrà rivolgersi, ogni **Mercoledì e Venerdì, dalle 15.00 alle 17.30**, a:

**CATTOLICA – Agenzia di Roma Confisal n° 002190 – Confisal Servizi S.r.l. Agente Generale, dott. Marco Tomassoni, tel. 06/55.34.21.20, fax 06/55.34.21.27-e-mail: ROMACONFSAL@CATTOLICA.IT**

\*\*\*

\*\*\*

\*\*\*

Con l’occasione si forniscono le informazioni relative all’assicurazione stipulata a favore degli iscritti.

### **Durata dell’assicurazione**

La polizza assicurativa ha validità dal 20.09.2011 fino al 20.09.2012.

### **Campo di applicazione**

La polizza assicurativa copre infortuni sul lavoro (durante il servizio) e in itinere (nel limite di sinistri occorsi un’ora prima del servizio e fino a un’ora dopo lo stesso) che provocano la morte o l’invalidità permanente dell’assicurato.

### **Definizioni:**

**Assicurato:** impiegati pubblici in servizio presso i ministeri della Repubblica iscritti al sindacato Federazione Confisal-Unsa.

**Infortunio:** ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni finisce obiettivamente constatabili che abbiano per conseguenza diretta ed esclusiva la morte o l’invalidità permanente.

**Invalidità permanente:** la perdita definitiva, totale o parziale, della capacità dell’assicurato a svolgere un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.

**Sinistro:** il verificarsi dell’evento per cui è prestata l’assicurazione.

### **Garanzie e somme assicurate**

Ciascuna persona si intende assicurata per le seguenti garanzie e somme assicurate:

- 50.000 € per morte per infortunio;
- fino a 50.000 € per invalidità permanente da infortunio.

### **Nuovi iscritti e revoche**

Tutti i responsabili sindacali sono invitati a comunicare via mail ai rispettivi Coordinamenti, i nominativi dei nuovi iscritti e il relativo codice fiscale.

La revoca dell’iscrizione alla Federazione Confisal-Unsa comporta la perdita della copertura assicurativa a far data dalla revoca.

Mod A



Denuncia di sinistro Polizza Infortuni U.N.S.A

Dati di polizza

Contraente : U.N.S.A.	n° polizza : 2190.31.300001
P.Iva : 9700761583	Indirizzo : Via Napoli 51 00184 Roma

Dati Assicurato

Nome e Cognome :	
Codice Fiscale :	
Domicilio/cap/città/prov. :	
N° di telefono :	N° cellulare:
Indirizzo e-mail :	

Descrizione dettagliata del sinistro

Data :	Località :
Indirizzo :	CAP:
Ora accadimento :	
Descrizione del fatto :	

Lesioni riportate :

Testimoni :

Orario servizio :

Documentazione allegata :

Data :

Firma dell'Assicurato