



PROCEDURA DI GARA APERTA, IN AMBITO COMUNITARIO, FINALIZZATA ALL'AFFIDAMENTO DEI SERVIZI INERENTI LA GESTIONE DEL PIANO SANITARIO 2021-2022-2023 DELL'AUTORITÀ PER LE GARANZIE NELLE COMUNICAZIONI.

PROCEDURA DI GARA APERTA CIG 840286578E

Ramo Infortuni

Infortuni professionali ed extra professionali

Capitolato n. 4 “Infortuni professionali ed extra professionali”



Definizioni

Ai fini del presente Capitolato n. 4 “Infortuni professionali ed extra professionali” si stabiliscono le seguenti definizioni:

AUTORITÀ: l’Autorità per le Garanzie nelle Comunicazioni.

CASSA DI ASSISTENZA: il soggetto con finalità assistenziale in possesso di iscrizione all’Anagrafe dei Fondi integrativi sanitari di cui al decreto del Ministero del lavoro 27 ottobre 2009 e abilitato, a norma di legge, a ricevere i contributi, ai fini dei benefici fiscali e contributivi connessi alla presenza di un ente con finalità esclusivamente assistenziali, aggiudicatario della procedura di gara CIG 840286578E.

CODICE: il decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50 e s.m.i..

CONVENZIONE: la Convenzione che l’Autorità stipulerà con la Cassa di assistenza - secondo lo schema contenuto nel documento “Schema di convenzione generale” - al fine di disciplinare l’esecuzione complessiva delle coperture assicurative oggetto della procedura di gara CIG 840286578E.

CAPITOLATO: il presente documento denominato “*Infortuni professionali ed extra professionali*” che - nella sua versione definitiva come risultante dall’offerta qualitativa ed economica presentata in sede di gara - disciplina le condizioni di assicurazione.

INFORTUNIO: ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte, l’invalidità permanente o l’inabilità temporanea.

INVALIDITÀ PERMANENTE: la perdita permanente, definitiva ed irrimediabile, in misura parziale o totale, della capacità generica dell’Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione.

MALATTIA: ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

RISCHI PROFESSIONALI: gli infortuni che l’Assicurato subisca nell’esercizio delle occupazioni professionali principali ed accessorie dichiarate.

RISCHI EXTRAPROFESSIONALI: gli infortuni che l’Assicurato subisca nello svolgimento di ogni normale attività non avente carattere professionale, inerente le occupazioni familiari e domestiche, il tempo libero, la pratica di hobby ed in generale qualsiasi evento della vita quotidiana.

SINISTRO: l’evento dannoso per cui è prestata l’assicurazione.

PREMESSA

Nell’ambito del complessivo piano sanitario dell’Autorità di cui alla Convenzione, il presente Capitolato disciplina la copertura cumulativa infortuni professionali ed extraprofessionali, a favore dei soggetti di cui al successivo art. 1, ricompresa nel “Ramo infortuni” di cui alla procedura di gara CIG 840286578E.

ART. 1 - ASSICURATI

L’assicurazione è prestata a favore dei dipendenti in servizio presso l’Autorità (nel seguito definiti anche come “Assicurati”) legati da un rapporto di lavoro subordinato con l’Autorità (sia dipendenti a tempo indeterminato che a tempo determinato), i cui nominativi saranno indicati dall’Autorità alla Cassa di assistenza per tutti i seguiti di competenza.

A fronte di ogni nominativo inserito in copertura la Cassa di assistenza costituisce la relativa Posizione individuale.

Non sono assicurabili persone che, nel corso del periodo di durata della Convenzione, raggiungeranno l’età pensionabile o, comunque, cesseranno il proprio rapporto di lavoro con l’Autorità. Per queste persone l’assicurazione cessa alla prima scadenza annuale della copertura, senza che in contrario possa essere opposto l’eventuale incasso di premi scaduti successivamente che verranno restituiti all’Autorità.

Sono altresì non assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, AIDS, epilessia o da una delle seguenti infermità mentali: sindrome organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoici, forme maniaco-depressive.

ART. 2 - PIANO

Per ogni singola Posizione le prestazioni assicurate vengono garantite attraverso una sequenza di coperture, ognuna delle quali - con decorrenza e durata stabilite all’art. 5 della Convenzione stipulata con la Cassa di assistenza - viene costituita dietro versamento alla Cassa di assistenza di un premio da parte dell’Autorità.

Tale sequenza di coperture costituisce il Piano per ogni singola Posizione. La decorrenza del Piano coincide con la

decorrenza della prima copertura riferibile allo stesso.

La durata del Piano è pari al periodo di tempo, espresso in anni, mesi e giorni, che intercorre tra la data di decorrenza della prima copertura e la data coincidente con il giorno in cui l'Assicurato cessa il proprio rapporto presso l'Autorità.

ART. 3 - CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE - DELIMITAZIONI

3.1 Oggetto della copertura assicurativa "Ramo Infortuni".

La copertura assicurativa copre i rischi professionali ed extraprofessionali subiti dagli Assicurati.

Sono considerati infortuni e compresi nell'assicurazione:

- (i) le conseguenze dei colpi di sole, di calore e di freddo e le folgorazioni;
- (ii) le conseguenze di ingestione di sostanze dovute a causa fortuita, restando comunque escluse le conseguenze di intossicazioni dovute ad abuso di alcoolici e di psicofarmaci o ad uso di sostanze stupefacenti o allucinogene;
- (iii) l'annegamento, il congelamento e l'assideramento;
- (iv) l'asfissia anche per fuga di gas o vapori;
- (v) le lesioni sofferte in conseguenza di imprudenze e negligenze gravi, nonché in stato di malore od incoscienza;
- (vi) le conseguenze delle infezioni nonché degli avvelenamenti causali da morsi di animali e punture di insetti;
- (vii) le lesioni corporali sofferte per legittima difesa, per dovere di solidarietà umana in occasione di aggressioni e di atti violenti subiti, anche se dovuti a movente politico, sociale, sindacale o terrorismo, nonché quelle sofferte in occasione di tumulti popolari ai quali l'Assicurato non abbia preso parte attiva;
- (viii) le conseguenze di operazioni chirurgiche o di trattamenti resi necessari da infortuni indennizzabili a termini di polizza.

L'assicurazione opera altresì:

- (ix) durante il servizio militare di leva in tempo di pace o durante il servizio sostitutivo dello stesso, con l'intesa che l'assicurazione resta sospesa limitatamente alla garanzia di inabilità temporanea;
- (x) per gli infortuni derivanti dalla pratica non professionale di qualsiasi sport, ad eccezione del paracadutismo e sport aerei in genere.

3.2 Ernie e sforzi.

Sono considerati infortuni, e quindi compresi nella copertura assicurativa, le ernie da causa violenta, nonché le lesioni muscolari da sforzi con l'intesa che:

- (xi) se l'ernia risulti operabile, viene liquidata una indennità giornaliera per il periodo di ricovero in istituto di cura nei termini di cui al successivo art. 4, punto 4.6;
- (xii) se l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile, vengono corrisposte l'indennità giornaliera di cui al successivo art. 4, punto 4.6 per il periodo di ricovero in istituto di cura ed una indennità, a titolo di invalidità permanente, non superiore al 20% della relativa somma assicurata.

3.3 Trasporti.

La copertura assicurativa copre anche gli infortuni derivanti dall'uso e guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, a condizione che l'Assicurato sia abilitato a norma delle disposizioni di legge, esclusi i mezzi subacquei ed aerei.

Sono tuttavia compresi in garanzia gli infortuni subiti dall'Assicurato anche se in possesso di patente scaduta, a condizione che lo stesso rinnovi il documento entro 3 mesi; l'assicurazione è altresì operante se il mancato rinnovo è conseguenza esclusiva e diretta dei postumi del sinistro stesso.

3.4 Rischio di volo.

La copertura assicurativa, limitatamente ai casi di Morte e Invalidità permanente, è estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei che, a qualunque titolo, venissero dallo stesso effettuati in qualità di passeggero, su veicoli ed elicotteri in servizio pubblico di linee aeree regolari e non regolari, di trasporto a domanda (aerotaxi), di Autorità civili e militari in occasione di traffico civile, di ditte e privati per attività turistica e di trasferimento, nonché di velivoli ed elicotteri di Società di lavoro aereo esclusivamente durante il trasporto pubblico di passeggeri.



Restano in ogni caso esclusi i voli effettuati su veicoli ed elicotteri eserciti da aeroclub.

Ad ogni buon conto la somma delle garanzie di cui alla presente copertura assicurativa e di eventuali altre assicurazioni stipulate dall'Autorità, dall'Assicurato o da terzi a suo favore, non potrà superare i capitali di:

- euro 1.100.000,00 per il caso di invalidità permanente totale,
- euro 1.100.000,00 per il caso di morte,
- euro 300,00 per il caso di inabilità temporanea,

per persona e di:

- euro 5.200.000,00 per il caso di invalidità permanente totale,
- euro 5.200.000,00 per il caso di morte,
- euro 5.200,00 per il caso di inabilità temporanea,

complessivamente per aeromobile, nel caso di assicurazione prestata con polizza cumulativa.

In detta limitazione per aeromobile, rientrano i capitali riferiti ad eventuali altre persone assicurate per lo stesso rischio con altre polizze del medesimo tipo stipulate con la Cassa di assistenza.

Nell'eventualità che i capitali complessivamente assicurati eccedessero gli importi precedentemente indicati, le indennità spettanti in caso di sinistro saranno adeguate con riduzione ed imputazione proporzionale sui singoli contratti.

3.5 Limite catastofale

In caso di infortunio che colpisse contemporaneamente più persone assicurate in conseguenza di un unico evento, l'esborso massimo complessivo a carico della Cassa di assistenza non potrà superare l'importo di euro 26.000.000,00 qualunque sia il numero delle persone infortunate assicurate con la presente copertura e con eventuali altre stipulate per lo stesso rischio con la medesima Cassa.

Qualora le indennità spettabili eccedessero nel loro complesso tale importo, le stesse verranno proporzionalmente ridotte.

3.6 Movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni.

La copertura assicurativa copre gli infortuni derivanti da movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, con l'intesa che l'esborso massimo della Cassa di assistenza non potrà superare l'importo di euro 1.700.000,00 qualunque sia il numero di persone infortunate, assicurate con la presente polizza e con eventuali altre stipulate per lo stesso rischio con la medesima Cassa. Qualora le indennità liquidabili eccedessero nel loro complesso tale importo, le stesse verranno proporzionalmente ridotte.

3.7 Stato di guerra e di insurrezione

A parziale deroga di quanto previsto al successivo punto 3.10, la garanzia si intende estesa agli infortuni derivanti da stato di guerra (dichiarata o non dichiarata) e di insurrezione per il periodo massimo di 15 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio di eventi bellici mentre si trova all'estero in un paese sino ad allora in pace.

Sono comunque esclusi dalla garanzia gli infortuni derivanti dalla predetta causa che colpissero l'Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, dello Stato della città del Vaticano e della repubblica di San Marino.

La presente estensione di garanzia non opera in caso di infortuni aeronautici e per coloro che prestano il servizio militare.

3.8 Malattie tropicali

La copertura assicurativa si intende estesa alle malattie tropicali previste dalle disposizioni di legge in materia.

La garanzia viene prestata fino alla concorrenza delle somme stabilite per le garanzie infortuni e con un massimo di euro 280.000,00 "Morte" e euro 280.000,00 "Invalidità permanente". La somma assicurata per invalidità permanente è soggetta ad una franchigia pari al 20%, pertanto non si darà luogo ad indennizzo per invalidità permanente quando questa sia di grado non superiore al 20% della totale.

Se invece l'invalidità permanente supera il 20% della totale, verrà corrisposto l'indennizzo in rapporto al grado di invalidità permanente residua.

3.9 Limiti territoriali

La copertura assicurativa è operante senza limitazioni territoriali e cioè in tutto il mondo.

3.10 Esclusioni

Sono esclusi dalla copertura assicurativa gli infortuni derivanti:

- da guerra e da insurrezione, fatto salvo tutto quanto previsto al precedente punto 3.7;
- gli infortuni derivanti da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- dalla partecipazione a corse e gare (compreso relative prove e allenamenti) comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore, salvo che si tratti di gare di regolarità pura;
- gli infortuni causati da ubriachezza, abuso di psicofarmaci, dall'uso di sostanze stupefacenti o allucinogeni, non a scopo terapeutico;
- le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche.

ART. 4 - CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE - PRESTAZIONI

4.1 Invalidità permanente.

Se l'infortunio ha per conseguenza un'invalidità permanente e questa si verifichi entro 2 (due) anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Cassa di assistenza liquida, per tale titolo, una indennità calcolandola sulla somma assicurata per invalidità permanente assoluta secondo le disposizioni seguenti ed in base alle percentuali indicate nella tabella INAIL vigenti, con rinuncia della medesima Cassa all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge.

La perdita assoluta ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso: se trattasi di minorazione le percentuali stabilite in tabella vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta.

Nei casi di perdita funzionale di più organi od arti in uno stesso infortunio, l'indennità viene stabilita mediante l'addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione, fino al limite massimo del 100%.

In caso di asportazione parziale di una falange terminale delle dita, la Cassa di assistenza riconoscerà una percentuale di invalidità pari al 50% di quella attribuita alla falange stessa in caso di asportazione totale.

Nei casi di invalidità non specificati nella tabella, l'indennità è stabilita tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi elencati, della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla sua professione.

In caso di perdita anatomica o di riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di cui trattasi sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

In caso di constatato mancinismo, le percentuali di invalidità permanente stabilite dalla tabella per l'arto superiore destro e la mano destra varranno per l'arto superiore sinistro e per la mano sinistra e viceversa.

Il diritto all'indennità per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non trasmissibile agli eredi. Se l'Assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, la Cassa di assistenza pagherà ai beneficiari l'importo liquidato o offerto.

4.2 Franchigia assoluta per invalidità permanente

Relativamente al solo rischio extraprofessionale la somma assicurata per invalidità permanente è soggetta alla franchigia del 3%. Nel caso in cui l'invalidità sia superiore al 10% della totale, la Cassa di assistenza liquida l'indennizzo senza deduzione di nessuna franchigia.

4.3 Indennità privilegiata per invalidità permanente grave da infortunio

Nel caso in cui l'invalidità permanente sia di grado superiore al 50% e l'Assicurato si trovi nell'impossibilità di svolgere qualsiasi attività lavorativa, l'indennità per invalidità permanente verrà liquidata al 100% del capitale assicurato in polizza per invalidità permanente.

4.4 Indennità speciale per menomazioni estetiche

Se l'infortunio ha per conseguenza lesioni al viso che determinino deturpazioni e sfregi permanenti, la Cassa di assistenza liquida un'ulteriore indennità a titolo di invalidità permanente con una franchigia assoluta pari al 5%, pertanto la medesima Cassa non liquiderà alcuna indennità se le predette lesioni determinano un'invalidità permanente di grado non superiore al 5% della totale, se invece tale invalidità supera il 5% della totale, la Cassa liquida l'indennità per la sola parte eccedente e fino ad un massimo di 55.000,00 euro.

4.5 Morte reale o presunta



Se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'Assicurato e questa si verifichi entro 2 (due) anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Cassa liquida la somma assicurata per il caso di morte in parti uguali, applicando i criteri di individuazione della successione legittima, qualora in polizza non siano indicati i nominativi dei beneficiari.

Se dopo il pagamento di un'indennità per invalidità permanente, ma entro 2 anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, la Cassa di assistenza corrisponderà ai beneficiari la differenza fra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso morte, ove questa sia superiore, in caso contrario la medesima Cassa non richiederà nessun tipo di rimborso.

Qualora a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza il corpo dell'Assicurato scompaia o non venga ritrovato e si presume sia avvenuto il decesso, la Cassa di assistenza liquiderà la somma prevista per il caso di morte.

La liquidazione, sempre che non siano nel frattempo emersi elementi tali da rendere il danno non indennizzabile, non avverrà prima che siano trascorsi 180 giorni dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta proposta a termini degli artt. 60 e 62 del Codice Civile

Nel caso in cui, successivamente al pagamento, risulti che la morte non si è verificata o che comunque non è dipesa da infortunio indennizzabile, la Cassa di assistenza avrà diritto al rimborso dell'intera somma liquidata. A restituzione avvenuta dell'intera somma liquidata, l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'invalidità permanente eventualmente subita.

4.6 Indennità giornaliera di ricovero per ernie e sforzi

Se in conseguenza dell'infortunio l'Assicurato viene ricoverato in struttura sanitaria (istituto di cura, ecc.) la Cassa di assistenza liquida un'indennità per ogni giorno di ricovero nella misura di 1/1000 della somma assicurata per invalidità permanente, con il limite giornaliero di 80,00 euro e per un periodo massimo di 360 giorni, anche non consecutivi, da quello dell'infortunio.

Il giorno di dimissione non è indennizzabile.

Nella predetta limitazione giornaliera rientrano anche le somme eventualmente assicurate per lo stesso titolo con altre polizze-infortuni che l'Assicurato ha in corso, per il tramite dell'Autorità, con la Cassa di assistenza.

La Cassa di assistenza, su richiesta dell'Assicurato e su presentazione di idonea documentazione giustificativa, corrisponderà mensilmente anticipi sull'indennità dovuta, da imputarsi nella liquidazione definitiva.

In caso di *day hospital* la Cassa di assistenza liquiderà una speciale indennità pari al 50% dell'indennità giornaliera prevista per il ricovero in strutture sanitarie.

4.7 Assicurazione in base alle retribuzioni, al numero di personale assicurato o ad altre forme di indicazione non nominativa delle persone assicurate

Si intendono valide le seguenti condizioni:

a) Esonero denuncia infermità, difetti fisici e mutilazioni

A parziale deroga di quanto previsto nel presente Capitolato, l'Autorità è esonerata dall'obbligo di denunciare le infermità di cui i singoli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione della polizza o che dovessero sopravvenire.

b) Esonero denuncia di altre assicurazioni

A parziale deroga di quanto previsto nel presente Capitolato, l'Autorità è esonerata dall'obbligo di denunciare le altre eventuali assicurazioni che i singoli Assicurati avessero in corso o che stipulassero in proprio per lo stesso rischio. Resta fermo l'obbligo per l'Autorità di denunciare le altre eventuali assicurazioni che la stessa abbia in corso o stipulasse per un rischio analogo alla presente copertura assicurativa.

c) Retribuzione

Per retribuzione si intende tutto quanto, al lordo delle ritenute, il dipendente effettivamente riceve a compenso delle sue prestazioni, con esclusione di quanto corrisposto a titolo di rimborso spese (spese di missioni, ecc.).

Per la liquidazione delle indennità è considerata retribuzione quella che l'infortunato ha percepito nei dodici mesi precedenti a quello in cui si è verificato l'infortunio, comprese le somme relative a retribuzioni non pagabili ricorrentemente in ciascun mese, purché su di esse sia conteggiato o sia conteggiabile il premio di assicurazione.

L'Autorità è esonerata dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per



l'identificazione di tali persone, per la determinazione delle rispettive somme assicurate e per il computo del relativo premio si farà riferimento alle risultanze dei libri di amministrazione della medesima Autorità.

4.8 Liquidazione del danno

a) *Criteri di indennizzabilità*

[Testo base]

La Cassa di assistenza liquiderà l'indennità convenuta soltanto per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che risulti indennizzabile a termini di copertura, indipendentemente da mutilazioni o difetti fisici o malattie preesistenti o sopravvenuti, pertanto l'influenza che l'infortunio può aver esercitato su tali condizioni (preesistenti mutilazioni o difetti fisici o malattie) come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte sull'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili.

Nei casi di preesistenti mutilazioni o difetti fisici o malattie, l'indennità per invalidità permanente è liquidata per le conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivato dalle condizioni preesistenti.

[Testo da proporre quale condizione migliorativa in sede di offerta qualitativa]

La Cassa di assistenza liquiderà l'indennità convenuta per le conseguenze dirette ed indirette dell'infortunio che risulti indennizzabile a termini di copertura, indipendentemente da mutilazioni o difetti fisici o malattie preesistenti o sopravvenuti.

Nei casi di preesistenti mutilazioni o difetti fisici o malattie, l'indennità per invalidità permanente è liquidata per le conseguenze cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivato dalle condizioni preesistenti.

b) *Liquidazione*

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, la Cassa di assistenza liquiderà le indennità dovute, dandone comunicazione agli interessati, e, dopo accettazione, provvede al pagamento.

c) *Anticipi*

La Cassa di assistenza corrisponderà, su richiesta dell'Assicurato, anticipo in caso di invalidità permanente qualora l'accertamento definitivo sia rinviato ad oltre due anni dal giorno dell'infortunio.

Detto anticipo da imputarsi nella liquidazione definitiva dell'infortunio, verrà effettuato fino alla concorrenza di un importo massimo di euro 30.000,00.

d) *Controversie inerenti la liquidabilità delle indennità o sulla misura dei rimborsi*

In caso di insorgere di controversie sulla liquidabilità delle indennità o sulla misura dei rimborsi, le parti hanno facoltà di promuovere - con lettera raccomandata con ricevuta di ritorno spedita all'altra parte - la decisione di un Collegio Arbitrale, composto da tre medici, di cui uno nominato da ciascuna parte e il terzo scelto di comune accordo dalle due parti.

In caso di mancato accordo, la scelta del terzo arbitro sarà demandata al Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente competenza nel luogo dove dovrà riunirsi il Collegio.

Il Collegio risiede nel capoluogo di provincia di Napoli o di Roma (in funzione della sede di lavoro dell'Assicurato) ovvero nel comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Le decisioni del Collegio sono prese a maggioranza dei voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti per le parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa, salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni del Collegio devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle parti.

Ciascuna delle parti sostiene le spese e competenze del proprio medico e la metà di quelle del terzo medico.

ART. 5 - INFORTUNI PROFESSIONALI

La copertura assicurativa vale per gli infortuni professionali che gli Assicurati dovessero subire nell'esercizio delle occupazioni svolte su incarico dell'Autorità.

Si precisa che tali rischi comprendono la totale attività lavorativa dell'Assicurato che presta servizio in forza all'Autorità, quale, a titolo esemplificativo, missioni, trasferimenti, partecipazione a riunioni, incarichi svolti al di fuori della sede di lavoro, rischio in itinere e quant'altro previsto in materia di assicurazione obbligatoria contro gli



infortuni sul lavoro.

a) Persone assicurate e capitali pro-capite

Per tutti gli Assicurati, a prescindere dall'inquadramento, dal ruolo e dai compiti assegnati, sono stabiliti i seguenti valori:

- 6 volte la retribuzione annua per il caso morte con un massimo assicurato pari a 1.440.000,00 euro;
- 7 volte la retribuzione annua per il caso invalidità permanente con un massimo assicurato pari a 1.680.000,00 euro.

ART. 6 - INFORTUNI EXTRAPROFESSIONALI

La copertura assicurativa vale per gli infortuni extraprofessionali che gli Assicurati dovessero subire nello svolgimento di ogni normale attività che non abbia carattere professionale e non specificatamente collegata all'attività lavorativa e, quindi, non riconducibile alla responsabilità dell'Autorità.

Per quanto riguarda i soggetti INAIL devono intendersi esclusi gli infortuni che si dovessero verificare in circostanze tali da farli rientrare nella sfera di competenza della suddetta assicurazione obbligatoria.

a) Persone assicurate e capitali pro-capite

Per tutti gli Assicurati, a prescindere dall'inquadramento, dal ruolo e dai compiti assegnati, sono stabiliti i seguenti valori:

- 6 volte la retribuzione annua per il caso morte con un massimo assicurato pari a 1.440.000,00 euro;
- 7 volte la retribuzione annua per il caso invalidità permanente con un massimo assicurato pari a 1.680.000,00 euro

ART. 7 - NORME DI RINVIO

Per quanto non espressamente disciplinato nel presente Capitolato, anche con riferimento alle clausole disciplinanti il recesso e la risoluzione, restano applicabili le previsioni di cui alla Convenzione stipulata con la Cassa di assistenza.