

LUCKY - NON LAVORATORI

Contratto di Assicurazione multirischio (danni) abbinato ai finanziamenti personali

Il presente documento contrattuale (Edizione 05/2023), contenente:

- Glossario
- Condizioni di assicurazione

deve essere consegnato all'Aderente / Assicurato prima della sottoscrizione del contratto.

AVVERTENZA: per effetto di quanto disposto dall'Art. 166, 2° comma del Codice delle Assicurazioni Private, le clausole che indicano decadenze, nullità o limitazioni delle garanzie ovvero oneri a carico del Contraente o dell'Assicurato sono evidenziate su sfondo grigio.

Glossario

Nella presente polizza, i termini di seguito definiti hanno il seguente significato:

ADERENTE/ASSICURATO:

la persona fisica, richiedente il finanziamento concesso da Creditis Servizi Finanziari S.p.A., che ha i requisiti di assicurabilità e che ha sottoscritto la Scheda di adesione ed ha accettato di corrispondere il Premio dovuto.

BANCA DISTRIBUTTRICE:

Banca Carige – Banca del Monte di Lucca – Banca Cesare Ponti.

BENEFICIARIO:

la persona fisica o giuridica, designata nella Scheda di adesione dall'Aderente, che riceve la prestazione prevista dalla Scheda di adesione.

CARICAMENTI:

parte del Premio versato dall'Aderente / Assicurato destinata a coprire i costi commerciali e amministrativi della Società di acquisizione e gestione del contratto.

CERTIFICATO DI ASSICURAZIONE:

documento attestante l'avvenuta accettazione della Scheda di adesione e contenente il numero identificativo dell'Aderente / Assicurato all'interno della polizza collettiva.

CONSUMATORE:

la persona fisica che, anche se svolge attività imprenditoriale o professionale, conclude un contratto per la soddisfazione di esigenze della vita quotidiana estranee all'esercizio di dette attività.

CONTRAENTE / INTERMEDIARIO:

Creditis Servizi Finanziari S.p.A., sede legale e Direzione in Genova, via D'Annunzio 101, che stipula il contratto collettivo e paga il premio in nome e per conto degli Aderenti/Assicurati.

COPERTURA:

la garanzia assicurativa concessa ad un Assicurato dalla Società ai sensi del presente contratto di assicurazione ed in forza della quale la Società è obbligata al pagamento dell'Indennizzo a favore dell'Assicurato stesso al verificarsi di un Sinistro.

DATA DEL SINISTRO:

- Invalidità Permanente Totale da Infortunio: la data di accadimento dell'Infortunio;
- Invalidità Permanente Totale da Malattia: la data di presentazione della domanda di invalidità all'azienda sanitaria locale o altra autorità competente (ai fini del Periodo di Carenza, la Data del Sinistro è la data di diagnosi della Malattia);
- Malattia Grave: la data di diagnosi della Malattia.

DATA PERFEZIONAMENTO DEL CONTRATTO:

la data di pagamento del Premio con accettazione della Scheda di adesione da parte della Società.

DEBITO RESIDUO:

il debito residuo del finanziamento in linea capitale esistente alla data del sinistro, calcolato in base al piano di ammortamento originale concordato al momento della stipula del finanziamento oppure, in caso di estinzione parziale del Finanziamento con avvenuto rimborso di Premio, vigente alla data del Sinistro; sono esclusi dal calcolo gli interessi, nonché qualsiasi importo dovuto in base al Finanziamento a qualsiasi altro titolo (ad esempio rate insolute, penali o corrispettivi per risoluzione anticipata, ecc.). Qualora la somma assicurata risultante in polizza fosse inferiore rispetto all'importo totale del Finanziamento, il debito residuo in linea capitale esistente alla data del Sinistro sarà calcolato in misura proporzionale considerando il rapporto tra la somma assicurata e l'effettivo importo del Finanziamento.

DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE:

la data dalla quale si intendono valide ed efficaci le prestazioni descritte nella Scheda di adesione.

DURATA DELL'ASSICURAZIONE:

l'intervallo di tempo compreso fra la data di decorrenza dell'assicurazione e la sua scadenza, durante il quale sono operative le Coperture e ha validità l'assicurazione.

ESCLUSIONI:

rischi esclusi o limitazioni relative a ciascuna Copertura assicurativa prestata dalla Società, elencati in apposite clausole delle Condizioni di Assicurazione.

FINANZIAMENTO:

Il contratto di finanziamento stipulato tra l'Assicurato e Creditis Servizi Finanziari S.p.A., di **durata non superiore ai 10 anni, avente un capitale erogato non superiore ad € 80.000,00.**

INDENNIZZO:

la somma dovuta dalla Società all'Assicurato a seguito del verificarsi delle condizioni che ne danno diritto.

INFORTUNIO:

l'evento dovuto a causa fortuita violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili. Sono inoltre parificati agli infortuni:

- 1) l'asfissia non di origine morbosa;
- 2) gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- 3) l'annegamento;
- 4) l'assideramento o il congelamento;
- 5) i colpi di sole o di calore;
- 6) le lesioni determinate da sforzi, esclusi gli infarti e le ernie;
- 7) gli infortuni subiti in stato di malore o di incoscienza.

INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE:

la perdita totale, definitiva ed irrimediabile, da parte dell'Assicurato, a seguito di Infortunio o Malattia, della capacità di attendere a un qualsiasi lavoro proficuo. L'Invalidità Permanente Totale sarà riconosciuta, ai fini della presente Polizza Collettiva, quando il grado percentuale di invalidità permanente dell'Assicurato sia pari o superiore al 60% (in caso di Infortunio, la percentuale sarà valutata sulla base della Tabella INAIL del D.P.R. 30.06.1965 n° 1124 denominata "Tabella della valutazione del grado percentuale di invalidità permanente – INDUSTRIA", di cui all'Allegato A).

ISVAP/IVASS:

Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni.

È l'Autorità cui è affidata la vigilanza sul settore assicurativo con riguardo alla sana e prudente gestione delle imprese di assicurazione e di riassicurazione e alla trasparenza e correttezza dei comportamenti delle imprese, degli intermediari e degli altri operatori del settore. L'IVASS svolge anche compiti di tutela del consumatore, con particolare riguardo alla trasparenza nei rapporti tra imprese e assicurati e all'informazione al consumatore. Istituito con la Legge n. 135/2012, a decorrere dal 1.1.2013, l'IVASS è succeduto in tutte le funzioni, le competenze e i poteri che precedentemente facevano capo all'ISVAP.

LAVORATORE AUTONOMO:

la persona fisica che si obbliga a compiere, verso un corrispettivo, un'opera o un servizio con lavoro prevalentemente proprio e senza vincolo di subordinazione nei confronti del committente.

LAVORATORE DIPENDENTE PRIVATO:

la persona fisica che sia obbligata a prestare il proprio lavoro, con qualsiasi qualifica o in qualsiasi categoria, alle dipendenze di aziende private, in base ad un contratto di lavoro dipendente a tempo indeterminato o a tempo determinato regolato dalla legge italiana, che prevede una attività lavorativa di almeno 16 ore settimanali.

LAVORATORE DIPENDENTE PUBBLICO:

la persona fisica che sia obbligata a prestare il proprio lavoro, con qualsiasi qualifica o in qualsiasi categoria, in base ad un contratto di lavoro dipendente a tempo indeterminato o a tempo determinato regolato dalla legge italiana, alle dipendenze di aziende pubbliche, che prevede una attività lavorativa di almeno 16 ore settimanali.

MALATTIA:

l'alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

MALATTIA GRAVE:

l'alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio, a seguito della diagnosi all'Assicurato, il quale sia Non Lavoratore, nel corso della durata dell'Assicurazione, di una delle seguenti patologie: Ictus Cerebrale, Infarto Miocardico e Cancro, come da specifiche definizioni delle Condizioni Contrattuali Particolari.

NON LAVORATORE:

la persona fisica che non sia Lavoratore Autonomo, Lavoratore Dipendente Privato o Lavoratore Dipendente Pubblico; sono considerati "Non Lavoratori" i pensionati.

PERIODO DI CARENZA:

il periodo di tempo, immediatamente successivo alla data di decorrenza, durante il quale ciascuna Copertura non ha effetto.

PERIODO DI RIQUALIFICAZIONE:

il periodo di tempo che deve intercorrere tra un Sinistro per Perdita d'Impiego Involontaria / Inabilità Temporanea Totale / Malattia Grave, ed un Sinistro successivo per Perdita d'Impiego Involontaria / Inabilità Temporanea Totale / Malattia Grave, affinché quest'ultimo Sinistro

sia indennizzabile in base al contratto.

POLIZZA COLLETTIVA:

il contratto di assicurazione danni stipulato dal Contraente con la Società nell'interesse di un gruppo di Assicurati.

PREMIO:

importo che l'Aderente si impegna a corrispondere alla Società.

PREMIO IMPONIBILE:

premio versato al netto delle imposte.

PREMIO PURO:

premio imponibile versato al netto dei caricamenti.

QUESTIONARIO MEDICO:

modulo costituito da domande sullo stato di salute e sulle abitudini di vita dell'Assicurato che la Società utilizza al fine di valutare i rischi che assume con il Contratto di assicurazione.

RATA:

la rata risultante dal piano di ammortamento originale del contratto di Finanziamento, comprensiva di capitale ed interessi oppure, in caso di estinzione parziale del Finanziamento con avvenuto rimborso di Premio, vigente alla data del Sinistro.

SCHEDA DI ADESIONE:

il documento sottoscritto dall'Aderente / Assicurato contenente dichiarazioni rilevanti ai fini delle coperture.

SINISTRO:

il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è concessa la Copertura.

SOCIETÀ:

HDI Assicurazioni S.p.A.

Condizioni di assicurazione

CONDIZIONI GENERALI APPLICABILI A TUTTE LE COPERTURE

Art. 1 – OGGETTO DEL CONTRATTO

1. La Società si obbliga, nei limiti ed alle condizioni stabiliti negli articoli successivi, a corrispondere un Indennizzo all'Assicurato, in base alla specifica Copertura, qualora si verifichi un Sinistro.

2. I rischi assicurati sono i seguenti:

- **l'INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA dell'Assicurato** (Sezione A delle Condizioni Particolari);
- **la MALATTIA GRAVE dell'Assicurato che sia Non Lavoratore** (Sezione B delle Condizioni Particolari).

3. **LUCKY – Non Lavoratori** è un prodotto predisposto in funzione della specifica attività lavorativa svolta dell'Assicurato, dedicato ai Non Lavoratori.

Le Coperture previste sono indicate nella tabella seguente:

| | PRODOTTO ASSICURATIVO | COPERTURA A | COPERTURA B |
|---|---|--|-----------------------|
| 3 | Cod. Prod. 43709 LUCKY - NON LAVORATORI Non Lavoratore | INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA | MALATTIA GRAVE |

In caso di cambiamento di status occupazionale dell'Assicurato stesso in corso di contratto, è possibile cambiare il prodotto assicurativo iniziale, adeguando la COPERTURA B indicata in tabella all'effettivo nuovo status lavorativo, ai sensi di quanto previsto al successivo Art. 5.

5. In caso di Sinistro, la Società si obbliga a corrispondere un Indennizzo pari al Debito Residuo del Finanziamento (per la garanzia Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia) o ad una o più rate del Finanziamento (per la garanzia Malattia Grave), come previsto dalle Condizioni Particolari applicabili a ciascuna Copertura.

Art. 2 – PERSONE ASSICURABILI

1. È assicurabile la persona fisica che, alla data di sottoscrizione della Scheda di adesione:

- abbia stipulato il Finanziamento con il Contraente; e
- abbia risposto "NO" a tutte le domande indicate nel Questionario Medico, e sottoscritto anche le altre "Dichiarazioni ai sensi e per gli effetti degli artt. 1892, 1893, 1894 e 1910 del Codice Civile" riportate nella Scheda di adesione che forma parte integrante del contratto di assicurazione; e
- sia di età non inferiore a 18 anni compiuti e di età tale per cui, alla data di scadenza del Finanziamento, non avrà compiuto i 75 anni; e
- sia Non Lavoratore.

2. Nel caso in cui il Finanziamento sia sottoscritto congiuntamente da 2 o più mutuatari, si considera Assicurato la persona indicata nella Scheda di adesione, sempre che, rispetto alla stessa, ricorrano le condizioni di assicurabilità di cui ai punti precedenti.

Art. 3 – MODALITÀ DI ADESIONE ALLA POLIZZA COLLETTIVA – DECORRENZA, DURATA E CESSAZIONE DELLA COPERTURA

1. **Fermo restando il Periodo di Carenza (indicato nelle Condizioni Particolari di ciascuna Copertura)**, la Copertura produce i suoi effetti dalle ore 24.00 del giorno di sottoscrizione della Scheda di adesione da parte dell'Aderente (che coincide sempre con l'Assicurato) o, se successivo, dalle ore 24.00 della data di erogazione del Finanziamento, a condizione che il Premio sia stato regolarmente pagato. Con il pagamento del Premio il contratto di assicurazione viene perfezionato e, pertanto, solo a seguito del regolare versamento del Premio la Società emetterà e rilascerà, in favore dell'Assicurato, il Certificato di Assicurazione.

2. Si precisa che **le Coperture Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia e Malattia Grave hanno una durata pari alla durata del Finanziamento (massimo 10 anni)**

3. Tutte le Coperture si estinguono anticipatamente rispetto alla data di naturale scadenza, alle ore 24.00 del giorno in cui si verifica il primo dei seguenti eventi:

- morte dell'Assicurato;
- liquidazione dell'Indennizzo previsto per il caso di Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia;
- liquidazione dell'Indennizzo previsto per il caso di Malattia Grave, qualora non vi siano più Rate del Finanziamento da indennizzare;
- esercizio del diritto di recesso da parte dell'Assicurato.
- estinzione anticipata totale del Finanziamento da parte dell'Assicurato, a meno che lo stesso richieda il mantenimento delle Coperture assicurative.

Art. 4 – PAGAMENTO DEL PREMIO

- L'Assicurato è tenuto a pagare il **Premio in un'unica soluzione per tutta la durata delle Coperture**. Il pagamento avviene con trattenuta sul finanziamento erogato da Creditis Servizi Finanziari S.p.A.
- La Società ha conferito al Contraente mandato per l'incasso dei premi. Al riguardo, le parti prendono atto che di tale mandato è fatta menzione nella Scheda di adesione sottoscritta dall'Assicurato che, ai fini del pagamento del Premio, dà istruzioni al Contraente perché detragga una somma pari all'importo del Premio dalla somma oggetto del contratto di Finanziamento. Inoltre, in conseguenza del suddetto mandato, il pagamento del Premio effettuato dall'Assicurato al Contraente è come se fosse effettuato direttamente a favore della Società, anche ai fini dell'attivazione delle Coperture.
- Il Contraente, incassato il Premio, dovrà provvedere a versare lo stesso ad **HDI Assicurazioni S.P.A.**
- In caso di adesione a Lucky – Non Lavoratori da parte di Assicurati che avevano in precedenza attivato Lucky – Dipendenti oppure Lucky – Autonomi, l'importo di Premio a credito dell'Assicurato relativo alla COPERTURA B (cessata) della versione di Lucky precedentemente attivata (per Dipendenti o Autonomi) sarà conguagliato con l'importo a debito dell'Assicurato relativo alla COPERTURA B (di nuova attivazione) di Lucky – Non lavoratori.

Art. 5 – MODIFICA DELLA POSIZIONE LAVORATIVA

1. In caso di cambiamento di attività lavorativa nel corso del periodo di validità dell'assicurazione, l'Assicurato è tenuto a darne tempestivo avviso scritto alla Società, allegando idonea documentazione comprovante il nuovo stato lavorativo, ai seguenti recapiti: via posta: HDI Assicurazioni S.P.A. - Ufficio Contact Center - Servizio B.O. Gestionale Canali Alternativi – **CONVENZIONE CREDITIS** - Via D'Annunzio, 41 – 16121 – Genova; oppure via e-mail: hdi.assicurazioni@pec.hdia.it. In tal caso:

- la Copertura Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia (presente in tutti e tre i moduli assicurativi) resta in vigore senza alcuna modifica;
- la Copertura Malattia Grave cessa automaticamente dalla data di cambiamento di stato lavorativo, nessun Indennizzo sarà più dovuto dalla Società per tale Copertura**, e la Società rimborserà all'Assicurato la parte di Premio imponibile pagato e non goduto per tale Copertura, dalla data della comunicazione di cambiamento stato lavorativo alla data di scadenza decennale, applicando la procedura di rimborso di cui al successivo Art. 18.

2. L'Assicurato potrà richiedere l'attivazione, mediante sostituzione di polizza, della versione di Lucky conforme al suo nuovo status occupazionale, e cioè:

a) se l'Assicurato è diventato Lavoratore Dipendente:

| | PRODOTTO ASSICURATIVO | COPERTURA A | COPERTURA B |
|---|---|--|--------------------------------|
| 1 | Cod. Prod. 43509 LUCKY DIPENDENTI Dipendente Privato o Pubblico | INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA | PERDITA D'IMPIEGO INVOLONTARIA |

b) se l'Assicurato è diventato Lavoratore Autonomo:

| | PRODOTTO ASSICURATIVO | COPERTURA A | COPERTURA B |
|---|---|--|--|
| 2 | Cod. Prod. 43609 LUCKY - AUTONOMI Lavoratore autonomo | INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA | INABILITA' TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA |

3. In tal caso, l'Assicurato è tenuto alla sottoscrizione di una apposita Scheda di adesione alla nuova versione di Lucky ed a corrispondere il relativo importo di Premio. L'importo di Premio a credito dell'Assicurato relativo alla COPERTURA B (cessata) della presente versione di Lucky – Non lavoratori sarà conguagliato con l'importo a debito dell'Assicurato relativo alla COPERTURA B (di nuova attivazione) di Lucky – Dipendenti oppure Lucky – Autonomi.

Alla COPERTURA B della nuova versione di Lucky attivata si applicherà il Periodo di Carenza previsto nelle Condizioni Particolari del nuovo prodotto.

- Qualora l'Assicurato non ottemperi all'obbligo di comunicazione del cambiamento di attività lavorativa si applica quanto segue:
 - in riferimento alla copertura Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia (presenti in tutti e tre i moduli assicurativi), il cambiamento di attività lavorativa dell'Assicurato nel corso del periodo di validità dell'assicurazione non pregiudica, in caso di Sinistro, il diritto al pagamento dell'Indennizzo;
 - in riferimento alla copertura Malattia Grave, il cambiamento di stato lavorativo dell'Assicurato nel corso del periodo di validità dell'assicurazione comporta la cessazione dell'assicurazione e, quindi, la perdita del diritto al pagamento dell'Indennizzo.** La Società pertanto, in sede di Sinistro, verifica che l'effettivo status occupazionale dell'Assicurato, alla data del Sinistro, sia quello coincidente con lo specifico modulo assicurativo attivato e, in caso di discrepanza, non è tenuta al pagamento di alcuna prestazione. In tal caso, la Società rimborserà all'Assicurato la parte di Premio imponibile pagato e non goduto per tale Copertura, dalla data di denuncia del Sinistro alla data di scadenza decennale, applicando la procedura di rimborso di cui al successivo Art. 18.

Art. 6 – MODALITA' DI DENUNCIA DEI SINISTRI

1. In caso di Sinistro, è necessario darne comunicazione scritta alla Società nel più breve tempo possibile. Le denunce di Sinistro vanno inviate ad AXA France IARD, incaricata della gestione dei sinistri per conto della Società, con una delle seguenti modalità:

| Modalità di denuncia | Recapito |
|------------------------------------|---|
| Via Posta (anche raccomandata a/r) | HDI Assicurazioni S.p.A. c/o AXA France IARD (Ufficio Sinistri) – Corso Como n. 17 – 20154 Milano |
| Via Fax | 02-23331247 |
| Via e-mail | clp.it.sinistri@partners.axa |

2. La denuncia di Sinistro può essere effettuata anche utilizzando un apposito modulo di denuncia Sinistro messo a disposizione dalla Società, reperibile ai recapiti sopra indicati.

3. Ai fini della liquidazione dell'Indennizzo, alla denuncia di Sinistro dovrà essere allegata tutta la documentazione richiesta, elencata, per ogni specifica Copertura, nelle relative sezioni delle Condizioni Particolari.

Art. 7 – DIRITTO DI RECESSO PER L'ASSICURATO

- L'Assicurato può recedere dal rapporto contrattuale entro **sessanta** giorni dalla sottoscrizione della Scheda di Adesione.
- Al fine di esercitare il diritto di recesso l'Assicurato deve inviare, entro il suddetto termine, una comunicazione scritta mediante lettera raccomandata A.R., fax o P.E.C. della Società (hdi.assicurazioni@pec.hdia.it), contenente gli elementi identificativi del contratto, con la quale dichiara di voler recedere dal contratto di assicurazione, indirizzata al seguente recapito:

HDI Assicurazioni S.p.A. – Piazza Guglielmo Marconi, 25 – 00144 Roma

3. Il recesso ha l'effetto di liberare entrambe le parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto a decorrere dalle 24 del giorno di spedizione della comunicazione di recesso quale risulta dal timbro postale di invio.

4. Entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Società rimborserà all'Assicurato (previa consegna dell'originale della Scheda di adesione), sul conto corrente bancario a lui intestato, il Premio imponibile versato al netto di €10,00 a titolo di spese amministrative.

5. L'Assicurato può recedere annualmente dall'assicurazione, con un preavviso di 30 (trenta) giorni dalla data di scadenza annuale, con diritto alla restituzione delle annualità di Premio imponibile pagato e non goduto al netto di €10,00 a titolo di spese amministrative.

Il recesso deve essere effettuato con le modalità di cui sopra.

Il rimborso del Premio imponibile pagato e non goduto, mediante versamento sul conto corrente intestato all'Assicurato, avverrà in proporzione degli anni mancanti alla scadenza delle coperture assicurative, applicando la procedura di cui al successivo Art. 18.

Art. 8 – ONERI FISCALI

Le imposte e le tasse relative o discendenti dal presente contratto di assicurazione sono a carico dell'Assicurato.

Art. 9 – MODIFICHE AL CONTRATTO

Le eventuali modifiche alla presente polizza o a ciascuna delle coperture devono essere provate per iscritto e avranno effetto solo per le coperture aventi data iniziale successiva alla data delle modifiche.

Art. 10 – RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge della Repubblica Italiana.

Art. 11 – LIMITI TERRITORIALI

Ai fini della presente polizza, la Copertura per Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia si estende ai Sinistri verificatisi in qualsiasi parte del mondo. La copertura per Malattia Grave si estende ai Sinistri verificatisi in qualsiasi parte del mondo ma successivamente curati nell'ambito dell'Unione Europea.

Art. 12 – DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO – CAUSE DI NULLITA'

1. Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato o del Contraente relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la stessa cessazione della Copertura, ai sensi degli Artt. 1892, 1893 e 1894 c.c.

2. Se la Società, in occasione di un Sinistro, viene a conoscenza dell'inesattezza o reticenza delle dichiarazioni rese dall'Assicurato al momento della sottoscrizione del contratto, può rifiutarsi di pagare l'Indennizzo e comunicare il recesso dal contratto (ai sensi degli Artt. 1892 e 1893 c.c.). A seguito di ciò, entro 30 giorni dalla ricezione delle coordinate IBAN, la Società procederà alla restituzione all'Assicurato, della parte di Premio imponibile già pagata e non goduta (che si riferisce al periodo intercorrente tra la data in cui la Società è venuta a conoscenza dell'inesattezza o reticenza e quella di scadenza naturale del contratto). Il premio imponibile che la Società dovrà restituire sarà calcolato con gli stessi criteri utilizzati in caso di estinzione anticipata o trasferimento del Finanziamento, riportati in dettaglio nell'Art.18.

3. Il contratto di assicurazione è nullo nei seguenti casi:

- se il rischio non è mai esistito o ha cessato di esistere prima della conclusione del contratto, ai sensi dell'Art. 1895 c.c.;
- se al momento in cui l'assicurazione deve avere inizio, non esiste un interesse dell'Assicurato al risarcimento del danno, come previsto dall'Art. 1904 c.c.;
- nei casi previsti dall'Art. 1418 c.c.

Art. 13 – ALTRE ASSICURAZIONI

Resta convenuto che la Copertura può cumularsi con altre coperture assicurative senza che l'Assicurato sia tenuto a dare avviso alla Società

dell'esistenza di queste ultime.

Art. 14 – DIRITTO DI SURROGA

La Società rinuncia al diritto di surroga ex Art. 1916 c.c., salvo il caso di dolo, verso tutti i conviventi dell'Assicurato.

Art. 15 – COMUNICAZIONI

Tutte le comunicazioni fra il Contraente o l'Assicurato e la Società, con riferimento alla presente polizza ed alle coperture, dovranno essere fatte a mezzo lettera raccomandata A.R., telegramma, telefax o P.E.C. Eventuali comunicazioni da parte della Società all'Assicurato saranno indirizzate all'ultimo domicilio conosciuto dell'Assicurato stesso.

Art. 16 – CESSIONE DEI DIRITTI

L'Assicurato non potrà in alcun modo cedere, o trasferire a terzi, o vincolare a favore di terzi, i diritti derivanti dalla Copertura di cui alla presente polizza.

Art. 17 – PRESCRIZIONE

I diritti derivanti dalle coperture si prescrivono nel termine di due anni dalla data in cui possono essere fatti valere, ai sensi dell'Art. 2952 c.c.

Art. 18 – ESTINZIONE ANTICIPATA (TOTALE O PARZIALE) O TRASFERIMENTO DEL FINANZIAMENTO E RIMBORSO RATEI DI PREMIO NON GODUTI

1. In caso di *estinzione anticipata totale* o di trasferimento del Finanziamento (per qualunque causa), le Coperture assicurative cessano alle h. 24.00 del giorno di perfezionamento dell'estinzione o di trasferimento del Finanziamento. L'Assicurato ha diritto alla restituzione della parte di Premio imponibile pagato (pro-rata temporis), **al netto delle spese amministrative di € 10,00**, per il periodo per il quale il rischio è cessato, che è il periodo residuo tra la data di estinzione o trasferimento del Finanziamento e la data di scadenza originaria del contratto di assicurazione. La Società provvede alla quantificazione della quota parte di Premio imponibile corrispondente al periodo di assicurazione che non verrà goduto, cioè intercorrente tra la data di effettiva estinzione e la data della scadenza delle Coperture che verrà rimborsata all'Assicurato.

2. In caso di estinzione *anticipata parziale* del Finanziamento, la Società ridurrà proporzionalmente le prestazioni assicurate (ovvero gli Indennizzi di Debito Residuo o di Rata) della misura corrispondente alla percentuale di estinzione del debito residuo. L'Assicurato ha diritto alla restituzione della parte di premio imponibile pagato relativo al periodo per il quale il rischio diminuisce per effetto dell'estinzione parziale, definito come il periodo residuo intercorrente tra la data di estinzione anticipata parziale del Finanziamento e la data di scadenza originaria del contratto di assicurazione, ridotta del costo amministrativo di € 10,00 o, nel caso in cui il premio da restituire sia inferiore, fino a copertura dello stesso.

3. In caso di estinzione anticipata parziale o totale o di trasferimento del Finanziamento (per qualunque causa), in alternativa a quanto sopra indicato, l'Assicurato ha la facoltà di richiedere il mantenimento delle Coperture alle condizioni originarie senza alcuna restituzione di premio o quota di premio. La richiesta dovrà essere formulata per iscritto alla Società tramite il Contraente contestualmente all'operazione di estinzione anticipata totale, o parziale, o di trasferimento del Finanziamento.

Art. 19 – LIMITE DI INDENNIZZO

1. Qualora su uno stesso Finanziamento, venissero emesse più polizze Lucky (anche con soggetti Assicurati diversi), in nessun caso la Società:

- a) corrisponderà un capitale superiore all'ammontare complessivo del Debito Residuo risultante dal piano di ammortamento del contratto di assicurazione;
- b) corrisponderà un importo superiore alla Rata mensile (comprensiva di capitali e interessi) dovuta dall'Assicurato al Contraente secondo il piano di ammortamento del Finanziamento al momento del Sinistro.

2. In caso di cambiamento di attività lavorativa dell'Assicurato nel corso del periodo di validità dell'assicurazione, e contestuale richiesta – ai sensi del precedente Art. 5 - di attivazione, mediante sostituzione di polizza, della versione di Lucky conforme al suo nuovo status occupazionale (Lucky – Dipendenti oppure Lucky – Autonomi), in nessun caso gli Indennizzi previsti dalle diverse versioni di Lucky sono tra loro cumulabili in riferimento al medesimo periodo temporale (ciascuna Rata del Finanziamento sarà pertanto indennizzabile una sola volta).

Art. 20 – ASSICURAZIONE PARZIALE

Qualora la somma assicurata, risultante in polizza, fosse inferiore all'importo totale del Finanziamento, l'Indennizzo sarà ridotto in misura proporzionale al rapporto fra la somma assicurata e l'effettivo importo del Finanziamento.

Art. 21 – LEGGE APPLICABILE

Il presente contratto di assicurazione è regolato dalla legge italiana.

Art. 22 – FORO COMPETENTE

Per qualsiasi controversia che dovesse sorgere tra, da una parte, la Società e/o il Contraente e, dall'altra parte, l'Assicurato, ivi comprese quelle relative alla loro interpretazione, esecuzione, validità e risoluzione, sarà competente in via esclusiva il foro di residenza o domicilio dell'Assicurato.

CONDIZIONI PARTICOLARI APPLICABILI A CIASCUNA COPERTURA**SEZIONE A****INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE DA INFORTUNIO O DA MALATTIA****Art. 23 – OGGETTO DELLA COPERTURA**

Ai fini della delimitazione del rischio assicurato, per Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia si intende la perdita totale, definita ed irrimediabile da parte dell'Assicurato della capacità di attendere a un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla normale attività lavorativa svolta, conseguenza di Infortunio o Malattia purché indipendenti dalla propria volontà ed oggettivamente accertabili.

Si conviene che non si farà luogo ad indennizzo per Invalidità Permanente da infortunio o da malattia inferiori al 60%. Qualora l'Invalidità Permanente, valutata in base alle percentuali ed alle disposizioni contrattuali, sia di grado pari o superiore al 60%, l'indennità verrà corrisposta nella misura del 100% del capitale assicurato senza deduzione della franchigia.

L'Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia sarà riconosciuta ai fini dell'assicurazione a condizione che **la domanda per il relativo riconoscimento sia stata presentata all'autorità competente entro 12 mesi dalla data della prima constatazione della Malattia o del verificarsi dell'Infortunio che l'hanno provocata.**

ART. 24 – PERIODO DI CARENZA

La Copertura Invalidità Permanente Totale (solo se da Malattia) è soggetta ad un Periodo di Carenza di 30 giorni.

Art. 25 – INDENNIZZO E MASSIMALE

1. L'Indennizzo in caso di Sinistro consiste in un importo pari al Debito Residuo del Finanziamento esistente alla Data del Sinistro, nel caso in cui il capitale assicurato coincida con l'importo erogato del Finanziamento sottostante oppure, in caso di estinzione parziale del Finanziamento con avvenuto rimborso di Premio, vigente alla data del Sinistro. Qualora il capitale assicurato relativo alla polizza in oggetto sia inferiore all'importo erogato del Finanziamento sottostante, l'indennizzo in caso di sinistro sarà ridotto in misura proporzionale al rapporto fra il capitale assicurato e l'importo erogato del Finanziamento.

2. Sono escluse dal calcolo del Debito Residuo le rate eventualmente già indennizzate per il caso di Malattia Grave relative al medesimo periodo temporale.

3. L'Indennizzo sarà pagato entro i limiti del capitale assicurato, con il massimale di Euro 80.000,00. Tale massimale si applica cumulativamente a tutte le assicurazioni LUCKY stipulate da uno stesso Assicurato con la Società a protezione dei Finanziamenti stipulati col Contraente, pendenti alla Data del Sinistro. Pertanto, anche in caso di pluralità di assicurazioni LUCKY, l'importo massimo versato dalla Società in caso di Sinistro non potrà eccedere il predetto massimale.

Art. 26 – ESCLUSIONI

1. E' esclusa la liquidazione di Sinistri relativi a Malattie pre-esistenti la data di sottoscrizione della Scheda di Adesione, qualora tali patologie siano incluse nel Questionario Medico (in quanto oggetto di falsa o reticente dichiarazione ai sensi degli artt. 1892 e 1893 c.c.).

2. Inoltre, sono esclusi dall'oggetto della Copertura i Sinistri causati da:

- a) Infortuni verificatisi prima della sottoscrizione della Scheda di Adesione;
- b) atti compiuti dall'Assicurato quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da lui stesso procurata;
- c) dolo o colpa grave dell'Assicurato o del Beneficiario;
- d) partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti dolosi;
- e) Sinistri conseguenti ad azioni intenzionali quali gli atti autolesivi (in particolare le conseguenze di un tentato suicidio), la mutilazione volontaria;
- f) abuso di alcol, etilismo, stato di ebbrezza/ubriachezza, uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni, sostanze psicotrope e simili;
- g) partecipazione attiva a scioperi, sommosse, tumulti popolari, ribellioni, rivoluzioni, insurrezioni, colpi di Stato;
- h) interventi chirurgici di angioplastica e terapia laser, e trattamenti medici non a scopo terapeutico, incluse le applicazioni di carattere estetico e le cure dimagranti, richieste per motivi psicologici o personali;
- i) pratica di qualunque sport esercitato professionalmente o che comunque comporti remunerazione sia diretta che indiretta;
- j) pratica dei seguenti sport estremi o attività sportive e relative prove, esposte a particolari rischi: sport da combattimento, pugilato, rugby o football Americano, deltaplano, immersioni subacquee, paracadutismo, volo nelle sue varie forme e sport aerei in genere, automobilismo, motociclismo e corse nautiche alla guida o come passeggero, alpinismo, scalata di roccia o ghiaccio, atletica pesante, speleologia, salto dal trampolino, bob, sci o idrosci, sci acrobatico, kite-surfing;
- k) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali e provocati, e accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X); contaminazione nucleare o chimica;
- l) guerra anche non dichiarata, insurrezioni ed atti di terrorismo, invasioni, ostilità nemiche (sia in caso di dichiarazione di Guerra o meno);
- m) partecipazione attiva dell'assicurato ad atti di Guerra.

Art. 27 – DOCUMENTAZIONE DA PRESENTARE IN CASO DI SINISTRO

Ai fini della denuncia del Sinistro ai sensi del precedente Art. 6, l'Assicurato o i suoi aventi causa devono allegare alla denuncia di Sinistro la seguente documentazione:

- a) documento di identità dell'Assicurato (carta identità, passaporto, patente) in corso di validità e codice fiscale;
- b) al fine di permettere alla Società l'esatta quantificazione dell'Indennizzo: piano di ammortamento del Finanziamento alla data di stipula del Finanziamento (reperibile anche presso il Contraente), con evidenza del Debito Residuo al momento del Sinistro;
- c) relazione Medico-Legale, attestante l'Invalidità e il relativo grado (rilasciata dagli enti preposti);

Inoltre, solo in caso di invalidità da malattia

- d) cartella clinica dell'ultimo ricovero dell'Assicurato, completa di raccordo anamnestico, ove si evidenzi la data di insorgenza della malattia che ha causato l'invalidità;

Inoltre, solo in caso di invalidità da infortunio / incidente stradale

- e) Verbale rilasciato dalle Autorità intervenute (polizia, carabinieri, etc.), attestante le dinamiche dell'incidente (specificare per iscritto con autodichiarazione se le autorità non sono intervenute, con la motivazione); in mancanza, altra documentazione attestante le dinamiche dell'evento occorso, al fine di chiarire le circostanze di accadimento del Sinistro.

Art. 28 – CONTROVERSIE

Fermo restando il diritto di ricorrere all'Autorità Giudiziaria, le controversie relative alla quantificazione dell'ammontare del danno o all'indennizzabilità dello stesso possono essere demandate per iscritto ad un Collegio di tre medici. In tal caso, i primi due componenti del Collegio saranno nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei Medici. Il Collegio medico risiede nel Comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza o domicilio dell'Assicurato. Ciascuna delle Parti sostiene in via provvisoria le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico. Al termine dell'Arbitrato l'Assicurato, qualora vincitore e se risulta che l'Assicurato ha diritto all'indennizzo, si vedrà rifondere le spese inizialmente sostenute.

SEZIONE B

ASSICURAZIONE PER MALATTIA GRAVE

Art. 29 – OGGETTO DELLA COPERTURA

1. Ai fini della delimitazione del rischio assicurato, per Malattia Grave si intendono le seguenti patologie diagnosticate all'Assicurato che sia **Non Lavoratore**:

a) **Cancro**

Tumore maligno caratterizzato dalla crescita incontrollata e dalla diffusione di cellule maligne con invasione e distruzione del tessuto normale. Il termine cancro include leucemia, linfoma, mieloma multiplo e la malattia di Hodgkin. Il cancro richiede l'intervento chirurgico, la radioterapia o la chemioterapia. E' necessario che la diagnosi sia confermata da uno Specialista con una valida relazione medica della patologia esistente e una conferma attraverso esame istologico e/o citologico.

Sono escluse le seguenti tipologie di cancro:

- Tutti i tumori che siano istologicamente descritti come benigni, premaligni o non invasive;
- Qualsiasi lesione descritta come carcinoma in situ;
- Qualsiasi forma di cancro in presenza del virus da immunodeficienza acquisita (HIV);
- Tutti i tumori della pelle ad eccezione del melanoma maligno;
- I cancro prostatici primari, che sono istologicamente stati descritti dalla classificazione TNM del 1997 come stadio inferiore rispetto al T2N0M0 o stadio equivalente descritto da altro sistema di valutazione;
- Ipercheratosi, carcinoma cutanei basocellulari e quamo cellulari.

b) **Infarto miocardio**

Necrosi di una parte del muscolo cardiaco risultante da insufficiente apporto di sangue alla regione interessata, non dipendente da patologie pregresse rispetto all'assunzione del rischio. A seguito dell'infarto devono risultare esami comprovanti un valore di frazione di eiezione (f.e.) sotto il 45%. La diagnosi dovrà essere formulata in base ai seguenti tre criteri:

- Dolore cardiac tipico;
- Modifiche tipiche all'elettrocardiogramma non riconducibili ad eventi avvenuti precedentemente alla data di entrata in vigore del contratto;
- Tipico aumento degli enzimi cardiaci.

Si intendono esclusi:

- Collasso cardiaco;
- Dolore toracico non cardiaco;
- Angina e angina instabile;
- Lesione traumatica miocardica.

c) **Ictus cerebrale**

Accidente cerebrovascolare che produca la morte irreversibile del tessuto cerebrale a causa di un'emorragia cerebrale, embolia cerebrale, trombosi cerebrale/ischemia o emorragia subaracnoidea. Quest'evento deve avere prodotto un danno neurologico permanente con alterazione delle funzioni sensitive e/o motorie (paresi, disturbi della parola, ecc). La diagnosi dovrà essere, altresì, confermata da esami strumentali quali R.M.N. (risonanza magnetica nucleare) o TAC (tomografia assiale computerizzata) o da un esame del liquido cerebro-spinale.

Si intendono esclusi:

- **TIA (attacco ischemico transitorio);**
- **Danni al cervello a causa di infortuni, infezioni virali o batteriche, malattie infiammatorie demielinizzanti, emicranie;**
- **Malattie vascolari che compromettono l'occhio, compresa la necrosi del nervo ottico o della retina;**
- **Malattie ischemiche del sistema vestibolare.**

2. Sono coperte sino a tre Malattie Gravi dell'Assicurato, diverse l'una dall'altra, diagnosticate nel corso della durata dell'assicurazione.

Una Malattia Grave è indennizzabile una sola volta. Pertanto non sono indennizzabili le Malattie Gravi già oggetto di una precedente liquidazione di Indennizzo.

Art. 30 – PERIODO DI CARENZA

La Copertura è soggetta ad un Periodo di Carenza di 30 giorni.

Art. 31 – INDENNIZZO

1. **L'Indennizzo è pari a 6 Rate del contratto di Finanziamento** come risultanti dal piano di ammortamento originale oppure, in caso di estinzione parziale del Finanziamento con avvenuto rimborso di Premio, vigenti alla data del Sinistro, corrisposte in un'unica soluzione ed in via anticipata.

2. **Qualora, alla Data del Sinistro, la durata residua del piano di ammortamento del contratto di Finanziamento fosse inferiore a 6 Rate la Società liquiderà un Indennizzo, sempre versato in un'unica soluzione ed in via anticipata, pari alle Rate residue del Finanziamento.**

All'Indennizzo si applica il seguente massimale:

- a) massimo € 1.200,00 per ogni Rata indennizzata in via anticipata;
- b) massimo 6 Rate indennizzate in via anticipata per una Malattia Grave indennizzata;
- c) massimo 18 Rate indennizzate in via anticipata in totale nell'arco dell'intera durata dell'assicurazione, in caso di tre Malattie Gravi indennizzate.

3. Se il nuovo Sinistro è dovuto alla stessa Malattia Grave del Sinistro precedente, già liquidato, nessun ulteriore Indennizzo verrà corrisposto.

Art. 32 – ESCLUSIONI

1. E' esclusa la liquidazione di Sinistri relativi a Malattie pre-esistenti la data di sottoscrizione della Scheda di adesione, qualora tali patologie siano incluse nel Questionario Medico (in quanto oggetto di falsa o reticente dichiarazione ai sensi degli artt. 1892 e 1893 c.c.).

2. Inoltre, nessun Indennizzo per la Copertura Malattia Grave verrà corrisposto dalla Società in caso di:

- a) Malattia Grave già in precedenza indennizzata;
- b) interventi chirurgici angioplastici, terapie laser;
- c) atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o avvenuti quando questo si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da esso stesso procurato;
- d) abuso di alcol, etilismo, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, a meno che l'uso di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che detta prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza;
- e) partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, scioperi, sommosse e tumulti popolari;
- f) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- g) guerra anche non dichiarata, insurrezioni ed atti di terrorismo, invasioni, ostilità nemiche (sia in caso di dichiarazione di guerra o meno); partecipazione attiva dell'assicurato ad atti di guerra.

Art. 33 – DOCUMENTAZIONE DA PRESENTARE IN CASO DI SINISTRO

Ai fini della denuncia del Sinistro ai sensi del precedente Art. 6, l'Assicurato deve allegare alla denuncia di Sinistro la seguente documentazione:

- a) documento di identità dell'Assicurato (carta identità, passaporto, patente) in corso di validità e codice fiscale;
- b) al fine di permettere alle Società l'esatta quantificazione dell'Indennizzo: piano di ammortamento alla data di stipula del Finanziamento (reperibile anche presso il Contraente), con evidenza delle Rate dovute;
- c) cartella clinica, completa di raccordo anamnestico, ove si evidenzi la data di insorgenza della Malattia Grave.

Art. 34 – DENUNCE SUCCESSIVE – PERIODO DI RIQUALIFICAZIONE

1. Dopo la liquidazione di un Sinistro per Malattia Grave nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri per una nuova e diversa Malattia Grave se, tra la Data del Sinistro successivo e la Data del Sinistro precedente non è trascorso un Periodo di Riqualificazione di 180 giorni consecutivi.

2. Il Periodo di Riqualificazione decorre dalla data in cui, in base al piano di ammortamento del Finanziamento, è dovuta la sesta Rata indennizzata per Malattia Grave.

Art. 35 – CONTROVERSIE

Qualora tra l'Assicurato e la Società insorgano eventuali controversie sulla natura o sulle conseguenze della Malattia, la decisione della controversia può essere demandata ad un Collegio di tre medici. L'incarico deve essere conferito per iscritto indicando i termini controversi. I medici del Collegio sono nominati uno per parte ed il terzo, che deve essere scelto tra i consulenti medici legali, di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici della città ove ha sede l'istituto di medicina legale più vicina alla residenza dell'Assicurato, luogo dove si riunirà il Collegio stesso. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico. Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolati per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

Si richiama l'attenzione del Contraente sulla necessità di leggere attentamente il contratto prima di sottoscriverlo.

ALLEGATO A)

Tabella INAIL delle valutazioni del grado di percentuale di Invalidità Permanente
(D.P.R. 30/06/65 n. 1124)

| DESCRIZIONE | Percentuali | |
|---|-------------|----------|
| | Destro | Sinistro |
| Sordità completa di un orecchio | 15 | |
| Sordità completa bilaterale | 60 | |
| Perdita della facoltà visiva di un occhio | 35 | |
| Perdita totale della facoltà visiva di entrambi gli occhi | 100 | |
| Perdita anatomica o atrofia del globo oculare senza possibilità di applicazione di protesi | 40 | |
| Stenosi nasale assoluta unilaterale | 8 | |
| Stenosi nasale assoluta bilaterale | 18 | |
| Perdita di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzione masticatoria: | | |
| a) con possibilità di applicazione di protesi efficace | 11 | |
| b) senza possibilità di applicazione di protesi efficace | 30 | |
| Perdita di un rene con integrità del rene superstite | 25 | |
| Perdita della milza senza alterazioni della crasi ematica | 15 | |
| Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole quando coesista immobilità della scapola | 50 | 40 |
| Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole con normale mobilità della scapola | 40 | 30 |
| Esiti di frattura della clavicola bene consolidata senza limitazione del movimento del braccio | 5 | |
| Perdita del braccio: | | |
| a) per disarticolazione scapolo-omerale | 85 | 75 |
| b) per amputazione al terzo superiore | 80 | 70 |
| Perdita del braccio al terzo medio o totale dell'avambraccio | 75 | 65 |
| Perdita dell'avambraccio al terzo medio o perdita della mano | 70 | 60 |
| Perdita di tutte le dita della mano | 65 | 55 |
| Perdita del pollice e del primo metacarpo | 35 | 30 |
| Perdita totale del pollice | 28 | 23 |
| Perdita totale dell'indice | 15 | 13 |
| Perdita totale del medio | 12 | |
| Perdita totale dell'anulare | 8 | |
| Perdita totale del mignolo | 12 | |
| Perdita della falange ungueale del pollice | 15 | 12 |
| Perdita della falange ungueale dell'indice | 7 | 6 |
| Perdita della falange ungueale del medio | 5 | |
| Perdita della falange ungueale dell'anulare | 3 | |
| Perdita della falange ungueale del mignolo | 5 | |
| Perdita delle ultime due falangi dell'indice | 11 | 9 |
| Perdita delle ultime due falangi del medio | 8 | |
| Perdita delle ultime due falangi dell'anulare | 6 | |
| Perdita delle ultime due falangi del mignolo | 8 | |

| DESCRIZIONE | Percentuali | |
|--|-------------|----------|
| | Destro | Sinistro |
| Anchilosi totale dell'articolazione del gomito con angolazione tra 110-75 gradi: | | |
| a) in semipronazione | 30 | 25 |
| b) in pronazione | 35 | 30 |
| c) in supinazione | 45 | 40 |
| d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti in pronosupinazione | 25 | 20 |
| Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in flessione massima o quasi | 55 | 50 |
| Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in estensione completa o quasi: | | |
| a) in semipronazione | 40 | 35 |
| b) in pronazione | 45 | 40 |
| c) in supinazione | 55 | 50 |
| d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione | 35 | 30 |
| Anchilosi completa dell'articolazione radio-carpica in estensione rettilinea | 18 | 15 |
| Se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di pronosupinazione: | | |
| a) in semipronazione | 22 | 18 |
| b) in pronazione | 25 | 22 |
| c) in supinazione | 35 | 30 |
| Anchilosi completa coxo-femorale con arto in estensione e posizione favorevole | 45 | |
| Perdita di una coscia in qualsiasi altro punto | 70 | |
| Perdita totale di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore, quando non sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato | 65 | |
| Perdita di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore, quando sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato | 55 | |
| Perdita di una gamba al terzo inferiore o di un piede | 50 | |
| Perdita dell'avampiede alla linea tarso-metatarso | 30 | |
| Perdita dell'alluce e corrispondente metatarso | 16 | |
| Perdita totale del solo alluce | 7 | |
| Per la perdita di ogni altro dito di un piede non si fa luogo ad alcuna indennità, ma ove comporta perdita di più dita ogni altro dito perduto è valutato il | 3 | |
| Anchilosi completa rettilinea del ginocchio | 35 | |
| Anchilosi tibio-tarsica ad angolo retto | 20 | |
| Semplice accorciamento di un arto inferiore che superi i tre centimetri e non oltrepassi i cinque centimetri | 11 | |

In caso di constatato mancinismo le percentuali di invalidità previste per l'arto superiore destro si intendono applicate all'arto Sinistro e viceversa. La perdita totale 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 vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta. Nel caso di perdita anatomica o funzionale di più organi od arti il grado di invalidità viene stabilito mediante addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione fino ad un limite massimo del **100%**. La valutazione per la perdita funzionale o anatomica di una falange del pollice è stabilita nella metà, per la perdita anatomica di una falange dell'alluce e per quella di una falange di qualunque altro dito di un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella di cui sopra, il grado di invalidità è stabilito con riferimento alle percentuali previste alla suesposta tabella, tenendo conto della misura nella quale è diminuita la capacità generica ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla attività svolta dall'Assicurato.

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