

LUCKY - AUTONOMI

Contratto di Assicurazione multirischio (danni) abbinato ai finanziamenti personali

Il presente documento (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);
- Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia: la data del primo giorno di inabilità al lavoro, come certificata dal medico.

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 che deve corrispondere alla data di erogazione del finanziamento.

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.

INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE:

la perdita totale, in via temporanea, delle capacità dell'Assicurato, il quale sia Lavoratore Autonomo, di attendere alla propria normale attività lavorativa a seguito di infortunio o malattia.

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.

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 le Coperture non hanno effetto.

PERIODO DI FRANCHIGIA ASSOLUTA:

il periodo di tempo immediatamente successivo al verificarsi di un Sinistro, in relazione al quale, pur in presenza di un Sinistro indennizzabile ai termini di polizza, non viene riconosciuto alcun Indennizzo.

PERIODO DI RIQUALIFICAZIONE:

il periodo di tempo che deve intercorrere tra un Sinistro per Inabilità Temporanea Totale ed un Sinistro successivo per Inabilità Temporanea Totale, 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.

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.**

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);
- **l'INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA dell'Assicurato che sia Lavoratore Autonomo** (Sezione B delle Condizioni Particolari).

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

Le Coperture previste sono indicate nella tabella seguente:

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

4. **In caso di cambiamento di status occupazionale dell'Assicurato stesso in corso di contratto**, è possibile cambiare il modulo 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 Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia), 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:

- a) **abbia stipulato il Finanziamento con il Contraente;** e
- b) **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
- c) **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
- d) **sia Lavoratore Autonomo.**

2. Nel caso in cui il Finanziamento sia sottoscritto congiuntamente da 2 o più soggetti, 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 Totale Permanente da Infortunio o Malattia e Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia hanno una durata massima 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:

- a) morte dell'Assicurato;
- b) liquidazione dell'Indennizzo previsto per il caso di Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia;
- c) esercizio del diritto di recesso da parte dell'Assicurato.
- d) 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

1. 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 Credis Servizi Finanziari S.p.A.

2. 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.

3. Il Contraente, incassato il Premio, dovrà provvedere a versare lo stesso ad **HDI Assicurazioni S.P.A.**

4. In caso di adesione a Lucky – Autonomi da parte di Assicurati che avevano in precedenza attivato Lucky – Dipendenti oppure Lucky – Non Lavoratori, l'importo di Premio a credito dell'Assicurato relativo alla COPERTURA B (cessata) della versione di Lucky precedentemente attivata (per Dipendenti o Non Lavoratori) sarà conguagliato con l'importo a debito dell'Assicurato relativo alla COPERTURA B (di nuova attivazione) di Lucky – Autonomi.

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 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 Inabilità Temporanea Totale da Infortunio 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 Non Lavoratore:

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

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 – Autonomi sarà conguagliato con l'importo a debito dell'Assicurato relativo alla COPERTURA B (di nuova attivazione) di Lucky – Dipendenti oppure Lucky – Non Lavoratori.

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

4. 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, 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 Inabilità Temporanea Totale da Infortunio, 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

1. L'Assicurato può recedere dal rapporto contrattuale entro **sessanta** giorni dalla sottoscrizione della Scheda di adesione.

2. 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 altresì 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 Inabilità Temporanea Totale 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 alla 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 – Non Lavoratori), 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. Eventuali indennizzi già corrisposti, a titolo di Inabilità Temporanea Totale, nel periodo intercorrente tra la Data del Sinistro e la data della relazione medica che attesti l'Invalidità Permanente Totale, saranno detratti dall'importo dovuto per l'Invalidità Permanente Totale.

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

INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA

Art. 29 – OGGETTO DELLA COPERTURA

Ai fini della delimitazione del rischio assicurato, per Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia si intende la perdita totale, in via temporanea e medicalmente accertata e documentata, della capacità dell'Assicurato - che sia **Lavoratore Autonomo** - di svolgere la propria professione o attività lavorativa a seguito di Infortunio o Malattia.

Art. 30 – PERIODO DI CARENZA

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

Art. 31 – INDENNIZZO – PERIODO DI FRANCHIGIA – MASSIMALI – PERIODI DI INABILITA' NON INDENNIZZABILI

1. L'Indennizzo consiste nel pagamento, per ciascun periodo di 30 giorni di Inabilità Temporanea Totale, di una somma pari alla Rata mensile del contratto di Finanziamento quale risulta dal piano di ammortamento originale oppure, in caso di estinzione parziale del Finanziamento con avvenuto rimborso di Premio, vigente alla data del Sinistro.

2. L'Indennizzo è soggetto ad un Periodo di Franchigia Assoluta pari a 30 giorni.

Pertanto, in caso di Sinistro, il primo Indennizzo (pari ad una Rata del Finanziamento) è corrisposto soltanto nel caso in cui lo stato di inabilità perduri per almeno 60 giorni.

Un ulteriore Indennizzo, sempre pari ad una Rata del Finanziamento, sarà corrisposto per ciascun successivo periodo di 30 giorni consecutivi di Inabilità Temporanea Totale nel corso della durata di efficacia dell'assicurazione.

3. Fermo restando che non sono indennizzabili i periodi di Inabilità Temporanea Totale inferiori ai 60 giorni, All'Indennizzo si applicano i seguenti massimali:

- a) **massimo € 1.200,00 per ogni rata indennizzata;**
- b) **massimo 12 rate consecutive indennizzate, nel caso per il medesimo Sinistro lo stato di inabilità continui ininterrottamente e consecutivamente per più periodi di 30 giorni;**
- c) **massimo 36 rate indennizzate in totale nell'arco dell'intera durata dell'assicurazione, in caso di più Sinistri successivi per Inabilità Temporanea Totale.**

4. I massimali suddetti si applicano 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 per ciascun periodo di 30 giorni di Inabilità non potrà superare il massimale indicato al precedente punto (a), ed il numero di Rate indennizzate non potrà mai superare quanto indicato ai precedenti punti (b) e (c).

5. Non sono indennizzabili i periodi di Inabilità successivi alla data di cessazione dell'assicurazione:

- a) **per naturale scadenza delle garanzie;**
- b) **a seguito del diritto di recesso dal contratto;**
- c) **a seguito di anticipata estinzione totale del Finanziamento;**
- d) **per qualsiasi altra causa.**

Art. 32 – ESCLUSIONI

1. È 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, fermo quanto previsto all'Art. 5 in caso di cambiamento di attività lavorativa dell'Assicurato, nessun Indennizzo per la Copertura Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia verrà corrisposto dalla Società in caso di:

- 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) malattie tropicali o epidemiche;
- f) sinistri conseguenti ad azioni intenzionali quali gli atti autolesivi (in particolare le conseguenze di un tentato suicidio), la mutilazione volontaria;
- g) abuso di alcol, etilismo, stato di ebbrezza/ubriachezza, uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni, sostanze psicotrope e simili;
- h) partecipazione attiva a scioperi, sommosse, tumulti popolari, ribellioni, rivoluzioni, insurrezioni, colpi di Stato;
- i) 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;
- j) pratica di qualunque sport esercitato professionalmente o che comunque comporti remunerazione sia diretta che indiretta;
- k) pratica di qualunque sport estremi o attività sportive, e relative prove, esposte a particolari rischi: sport da combattimento,

pugilato, rugby o football Americano, deltaplano, immersion subacquee, paracadutismo, volo nelle sue varie forme e sport aeri 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 acrobatico, kite-surfing;

- l) malattie del sistema nervoso, disturbi mentali e comportamentali, schizofrenia, epilessia, forme maniaco-depressive o stati paranoici (inclusi gli stati di ansia e stress);
- m) lombalgia e patologie assimilabili salvo che siano comprovati da esami radiologici e clinici;
- n) 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;
- o) guerra anche non dichiarata, insurrezioni ed atti di terrorismo, invasioni, ostilità nemiche (sia in caso di dichiarazione di guerra o meno);
- p) partecipazione attiva dell'assicurato ad atti di guerra.

Art. 33 – DENUNCIA DEL SINISTRO ED ONERI RELATIVI

1. 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) certificato rilasciato dal medico curante o dagli enti preposti (INPS, INAIL) datato recentemente, attestante data di inizio e data dell'eventuale fine del periodo di Inabilità Temporanea Totale al lavoro, allo scopo di verificare l'inizio e la durata dell'inabilità

Inoltre, solo in caso di inabilità da malattia

- d) cartella clinica, completa di raccordo anamnestico, ove si evidenzia l'origine e la data di insorgenza e di diagnosi della malattia che ha causato l'inabilità

Inoltre, solo in caso di inabilità da infortunio (compreso 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, documentazione attestante le dinamiche dell'evento occorso, al fine di chiarire le circostanze di accadimento del sinistro.

2. Dopo i primi 30 giorni di inabilità, qualora lo stato di inabilità si protragga per ulteriori 30 giorni consecutivi, e così per ogni successivo periodo di 30 giorni consecutivi di inabilità, l'Assicurato è tenuto inoltre ad inviare alle Società un nuovo certificato medico attestante la persistenza dello stato di inabilità.

Art. 34 – DENUNCE SUCCESSIVE – PERIODO DI RIQUALIFICAZIONE

1. Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro per Inabilità Temporanea Totale, nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri per Inabilità Temporanea Totale se, tra la data del Sinistro successivo e la data di cessazione del Sinistro precedente non è trascorso un Periodo di Riqualificazione di 30 giorni consecutivi, ovvero di 90 giorni consecutivi se il nuovo Sinistro è dovuto alla stessa Malattia del Sinistro precedente.

2. Il Periodo di Riqualificazione decorre dal termine del Sinistro precedente (inteso come ultimo giorno di inabilità).

Art. 35 – 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.

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.