

Condizioni Contrattuali  
Polizza Collettiva di Assicurazione  
n°10025134

Convenzione Morte e  
Invalidità Permanente Totale da  
Infortunio abbinata a  
UNIBONUS MIX

CreditRas Vita S.p.A.

Edizione: 01/2016 – Ultimo aggiornamento: 04/2018

Polizza Collettiva n°10025134 - Edizione 2016 –Copertina - Pagina 1 di 1

## GLOSSARIO

Ai seguenti termini, le parti attribuiscono convenzionalmente il significato sotto precisato:

**Assicurato**

il soggetto il cui interesse è protetto dall'Assicurazione e cioè i clienti del Contraente che rivestono la qualifica di assicurato in UNIBONUS MIX;

**Assicurazione**

il contratto di assicurazione;

**Contraente**

il soggetto che stipula l'Assicurazione con l'Impresa per conto degli Assicurati e cioè CreditRas Vita S.p.A.;

**Impresa**

CreditRas Assicurazioni S.p.A.;

**Indennizzo o Indennità**

la somma dovuta dall'Impresa in caso di Sinistro;

**Infortunio**

ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

Sono considerati Infortunio:

- a) l'asfissia non di origine morbosa;
- b) gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- c) l'annegamento, l'assideramento o il congelamento;
- d) i colpi di sole o di calore;
- e) le lesioni determinate da sforzi, esclusi gli infarti e le ernie;

**Invalidità Permanente**

la perdita o la diminuzione definitiva e irrimediabile della capacità di attendere ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla specifica professione esercitata dall'Assicurato;

**Invalidità Permanente Totale**

l'Invalidità Permanente di grado pari o superiore al 60%;

**N.A.V. (Net Asset Value)**

il controvalore in Euro del capitale espresso in quote del Fondo Interno collegato a UNIBONUS MIX;

**Polizza Collettiva**

il documento che prova l'Assicurazione stipulata dal Contraente nell'interesse degli Assicurati;

**Premio**

la somma dovuta dal Contraente all'Impresa in relazione all'Assicurazione;

**Rischio**

la probabilità che si verifichi il Sinistro;

**Sinistro**

il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa;

**UNIBONUS MIX**

L'Assicurazione sulla vita a premio ricorrente, che consente ai sottoscrittori del prodotto di investire i premi in una Gestione Separata e in un Fondo Interno di tipo Unit Linked, distribuita dal Contraente e alla quale è abbinata la presente Assicurazione.

## CONDIZIONI CONTRATTUALI

### Art.1 – Oggetto dell'Assicurazione

L'Assicurazione è operante per il caso di morte o di Invalidità Permanente Totale derivante all'Assicurato da Infortunio subito dall'Assicurato stesso:

- a) nell'esercizio della propria attività professionale principale e/o secondaria;
- b) nello svolgimento di ogni altra attività esercitata non professionalmente purché inerente alla vita comune e di relazione, al disbrigo delle occupazioni familiari e domestiche, ai passatempi e alle comuni manifestazioni della vita di ogni giorno nonché alla pratica di hobbies anche se a carattere continuativo;
- c) durante il servizio militare di leva o il servizio sostitutivo dello stesso o a seguito di richiamo per ordinarie esercitazioni, il tutto in tempo di pace.

### Art.2 – Persone assicurabili

È assicurabile ciascuna persona fisica che risponda a tutti i seguenti requisiti:

- a) rivesta la qualifica di assicurato in UNIBONUS MIX;
- b) abbia età compresa tra 18 anni compiuti e 75 anni non compiuti;
- c) sia residente in Italia.

Sono comunque escluse dalla presente Polizza Collettiva le persone non in possesso dei sopraindicati requisiti oppure le persone:

- 1) affette da Invalidità Permanente Totale. Per le persone per cui si verifichi tale circostanza in corso di contratto, non a causa di un Infortunio indennizzabile in base alla presente Polizza Collettiva, l'Assicurazione verrà a cessare dal momento in cui la circostanza stessa si verifica;
- 2) indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, affette da epilessia, alcolismo, tossicodipendenza, sieropositività ove già diagnosticata dal test H.I.V., sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.) o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici. Di conseguenza l'Assicurazione cessa al manifestarsi di tali affezioni o, nel caso di sieropositività al test H.I.V., nel momento in cui questa viene diagnosticata.

Qualora risulti che per errore il Contraente abbia corrisposto all'Impresa uno o più Premi mensili relativamente ad una persona non in possesso dei requisiti di assicurabilità, l'Impresa si impegna alla restituzione al Contraente del corrispondente importo totale.

### Art.3 - Decorrenza e durata dell'Assicurazione per ciascun Assicurato

L'Assicurazione decorre dalle ore 24 del giorno di decorrenza della UNIBONUS MIX relativamente alla quale l'Assicurato riveste la qualifica di assicurato ed ha durata pari alla durata della UNIBONUS MIX stessa anche in caso di risoluzione della Polizza Collettiva.

L'Assicurazione cessa comunque, anche prima della scadenza sopra indicata, dalle ore 24 del giorno in cui si verifica il primo dei seguenti eventi:

- a) scioglimento della UNIBONUS MIX (in caso di recesso, decesso dell'Assicurato, riscatto totale);
- b) liquidazione dell'Indennizzo in caso di Sinistro di morte o di Invalidità Permanente Totale;
- c) compimento da parte dell'Assicurato stesso dell'80esimo anno di età.

### Art.4 – Cessione di UNIBONUS MIX

Nel caso in cui nel corso della durata dell'Assicurazione avvenga la cessione della UNIBONUS MIX ad altra persona fisica, la garanzia cesserà di operare per l'Assicurato relativo alla UNIBONUS MIX stessa dalla data della cessione e non verrà trasferita sulla persona subentrante.

### Art.5 - Esclusioni

Sono esclusi dall'Assicurazione gli Infortuni causati da:

- a) eventi accaduti prima della data di decorrenza dell'Assicurazione e loro seguiti o conseguenze;
- b) 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;
- c) partecipazione dell'Assicurato, alla guida o anche come passeggero di veicoli o natanti a motore, in competizioni agonistiche e nelle relative prove;
- d) guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;

- e) pratica da parte dell'Assicurato di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, immersione con autospiratore, paracadutismo o sport aerei in genere;
- f) partecipazione dell'Assicurato in competizioni o relative prove ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
- g) 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;
- h) partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, scioperi, sommosse e tumulti popolari;
- i) guerra anche non dichiarata, insurrezioni e atti di terrorismo;
- j) 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.);
- k) eventi determinati per effetto delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi, inclusi gli stati di stress;
- l) qualunque condizione di salute o malattia direttamente o indirettamente collegata ad infezione da virus HIV o a sindrome o stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi o stati assimilabili.

#### **Art.6 – Somma assicurata**

La somma assicurata per morte per ciascun Assicurato è pari all'importo dato dalla somma tra il capitale assicurato relativo alla Gestione Speciale e il N.A.V. delle quote di riferimento del Fondo Interno, entrambi di competenza della UNIBONUS MIX relativamente alla quale l'Assicurato riveste la qualifica di assicurato.

La somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente Totale è pari al doppio di quella suindicata.

Ai fini del calcolo della somma assicurata, la rivalutazione del capitale assicurato di competenza e il calcolo del N.A.V. delle quote di riferimento, verranno effettuati al secondo giorno lavorativo successivo alla data in cui perviene alla Contraente la comunicazione scritta di decesso corredata da certificato di morte dell'Assicurato in originale rilasciato dall'Ufficio di Stato Civile.

#### **Art.7 – Massimo Indennizzo**

In nessun caso l'Impresa sarà tenuta a corrispondere per ciascun Assicurato una somma maggiore di:

- a) € 75.000,00 per la prestazione prevista in caso di morte;
- b) € 150.000,00 per la prestazione prevista in caso di Invalidità Permanente Totale;
- c) € 150.000,00 complessivamente in caso di più polizze UNIBONUS MIX esistenti in capo al medesimo Assicurato.

#### **Art.8 – Criteri di indennizzabilità**

##### **I. Morte**

Se l'Infortunio ha per conseguenza la morte dell'Assicurato e questa si verifici – anche successivamente alla scadenza dell'Assicurazione – entro un anno dal giorno nel quale l'Infortunio è avvenuto, l'Indennizzo viene corrisposto ai beneficiari designati (che devono coincidere con i beneficiari designati in UNIBONUS MIX) ovvero, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato.

L'Indennità per il caso morte non è cumulabile con quella per Invalidità Permanente Totale.

Qualora a seguito di Infortunio, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato, e si presume sia avvenuto il decesso, la liquidazione dell'Indennità non avverrà prima che siano trascorsi sei mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta a termini degli artt.60 e 62 del Codice Civile.

Resta inteso che, se successivamente al pagamento dell'Indennità risulterà che l'Assicurato è vivo, l'Impresa avrà diritto alla restituzione della somma pagata. A restituzione avvenuta l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'Invalidità Permanente Totale eventualmente subita.

##### **II. Invalidità Permanente Totale**

L'Indennità per l'Invalidità Permanente Totale è dovuta se l'Invalidità stessa si verifica – anche successivamente alla scadenza dell'Assicurazione – entro due anni dal giorno dell'Infortunio.

Il grado di Invalidità Permanente viene accertato facendo riferimento ai valori elencati nella "Tabella INAIL Percentuali Invalidità Permanente" (D.P.R. 30-06-1965 n°1124).

Ai fini del calcolo del grado di Invalidità Permanente si terrà conto soltanto delle conseguenze dirette ed esclusive dell'Infortunio. Se al momento dell'Infortunio l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto

le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'Infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali previste dalla "Tabella INAIL Percentuali Invalidità Permanente" sono diminuite tenendo conto della invalidità preesistente.

Per la valutazione delle menomazioni visive ed uditive si procederà alla quantificazione del grado d'Invalidità Permanente tenendo conto dell'eventuale possibilità di applicazione di presidi correttivi.

Per le menomazioni degli arti superiori, in caso di mancinismo, le percentuali di invalidità previste per il lato destro varranno per il lato 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 la lesione comporta una minorazione anziché la perdita totale, le percentuali previste dalla "Tabella INAIL Percentuali Invalidità Permanente" contrattualmente operante vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta.

In caso l'Infortunio determini menomazioni a più di uno dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con criteri aritmetici fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita anatomica totale dell'arto stesso.

La perdita totale, anatomica o funzionale, di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale di invalidità pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna lesione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%.

Nei casi di Invalidità Permanente non specificati nella "Tabella INAIL Percentuali Invalidità Permanente", il grado di Invalidità Permanente è stabilito in riferimento ai valori della "Tabella" stessa ed ai criteri sopra indicati, tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

#### **Art.9 – Valutazione del danno – Ricorso all'arbitrato**

Il grado di Invalidità Permanente è concordato direttamente dall'Impresa, o da un perito da questa incaricato, con il Contraente o persona da lui designata.

In caso di disaccordo, ciascuna delle parti può proporre che la questione venga risolta da uno o più Arbitri da nominare con apposito atto.

In caso di ricorso alla perizia collegiale, ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera l'arbitro da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze del terzo arbitro.

Resta sin d'ora inteso che la città, sede di svolgimento dell'arbitrato, sarà quella ove ha sede l'Istituto di medicina legale più vicino al luogo di residenza o domicilio dell'Assicurato.

#### **Art.10 – Estensione territoriale**

L'Assicurazione è valida per i Sinistri verificatisi in qualsiasi parte del mondo purché la relativa documentazione sanitaria sia certificata da un medico italiano.

#### **Art.11 - Obblighi in caso di Sinistro**

In caso di Sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi causa devono farne denuncia all'Impresa nel più breve tempo possibile, e comunque non oltre 60 giorni dalla data di accadimento del Sinistro stesso, mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo ai sensi dell'art.1915 del Codice Civile.

La denuncia di Sinistro deve essere fatta utilizzando l'apposito modulo disponibile presso lo sportello di UniCredit Banca ove è stata collocata la UNIBONUS MIX relativamente alla quale l'Assicurato riveste la qualifica di assicurato.

Alla denuncia di Sinistro deve essere allegata la copia di un documento di identità o altro documento per attestazione della data di nascita e la seguente documentazione:

- a) in caso di decesso, certificato di morte rilasciato dall'ufficio di Stato Civile in carta semplice, certificato medico attestante la causa patologica del decesso dell'Assicurato ed eventuali fatti pregressi morbosi ad essa connessi;
- b) in caso di Invalidità Permanente Totale, certificazione dell'Invalidità Permanente e del relativo grado emessa dagli Enti preposti (INAIL, INPS, ASL, ecc.) o da un medico legale.

La denuncia di Sinistro deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'evento e deve essere corredata da certificato medico. Il decorso delle lesioni dev'essere documentato con invio all'Impresa di ulteriori certificati medici.

L'Assicurato o i suoi aventi causa si impegnano a collaborare per consentire all'Impresa di svolgere, anche tramite persone di fiducia dell'Impresa stessa, le indagini e gli accertamenti necessari nonché, ove richiesti, si impegnano ad autorizzare il medico curante dell'Assicurato a fornire tutte le informazioni indispensabili per l'erogazione delle prestazioni previste dall'Assicurazione.

Resta in ogni caso convenuto che l'Assicurato deve sottoporsi agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti dall'Impresa, fornire alla stessa ogni informazione e produrre copia della cartella clinica completa, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato. Le spese di cura e quelle relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato, salvo che siano espressamente comprese nell'Assicurazione.

In caso di Sinistro occorso fuori dai confini dell'Italia, la relativa documentazione sanitaria dovrà essere certificata da un medico italiano.

Il Contraente deve fornire all'Impresa tutte le informazioni e i documenti necessari per l'accertamento del danno.

#### **Art.12 - Pagamento dell'Indennizzo**

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, l'Impresa determina l'Indennizzo che risulta dovuto, ne dà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvede al pagamento entro trenta giorni da quest'ultima. L'Indennizzo verrà corrisposto in Italia, in Euro.

#### **Art.13 - Dichiarazioni inesatte od omissioni**

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'Assicurato, relative a circostanze originarie o sopravvenute che influiscano sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione ai sensi degli artt.1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

#### **Art.14 – Comunicazioni**

Tutte le comunicazioni da parte del Contraente o dell'Assicurato, con riferimento alla presente Polizza Collettiva, dovranno essere fatte per iscritto.

Eventuali comunicazioni all'Assicurato da parte dell'Impresa saranno indirizzate all'ultimo domicilio conosciuto dell'Assicurato stesso.

#### **Art.15 – Prova**

È a carico di chi domanda l'Indennità di provare che sussistono tutti gli elementi che valgono a costituire il suo diritto a termini della Polizza Collettiva.

#### **Art.16 – Altre assicurazioni**

Resta convenuto che la copertura assicurativa prestata dall'Impresa con la presente Polizza Collettiva può cumularsi con altre coperture assicurative contratte per suo conto dall'Assicurato.

#### **Art.17 - Modifiche dell'Assicurazione**

Le eventuali modifiche dell'Assicurazione devono essere provate per iscritto.

#### **Art.18 - Oneri fiscali**

Gli oneri fiscali relativi all'Assicurazione sono a carico del Contraente.

#### **Art.19 - Rinvio alle norme di legge**

Per tutto quanto non qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.

#### **Art.20 - Informazioni relative all'Impresa**

Impresa: CreditRas Assicurazioni S.p.A., società appartenente al gruppo assicurativo Allianz, iscritto all'Albo gruppi assicurativi n. 018, soggetta alla direzione e coordinamento di Allianz S.p.A.

Sede legale: Piazza Tre Torri, 3 - 20145 Milano (Italia)

Recapito telefonico: 800.11.66.33

Sito Internet: [www.creditrasassicurazioni.it](http://www.creditrasassicurazioni.it)

Indirizzo di posta elettronica: [info\\_creditras@allianz.it](mailto:info_creditras@allianz.it)

Indirizzo Mail PEC: [creditrasassicurazioni@pec.allianz.it](mailto:creditrasassicurazioni@pec.allianz.it)

Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Decreto Ministeriale del 19 Marzo 1990 pubblicato sulla gazzetta ufficiale n°76 del 31/03/1990 ed iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione n°1.00088.

#### **Art.21 - Legislazione applicabile**

La legislazione applicabile alla presente Polizza Collettiva è quella italiana.

#### **Art.22 - Prescrizione dei diritti**

Ai sensi dell'art.2952 del Codice Civile, i diritti dell'Assicurato derivanti dalla presente Polizza Collettiva si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto.

### Art.23 - Reclami

Eventuali reclami riguardanti il contratto o il servizio assicurativo, possono essere presentati per iscritto alla Società mediante:

- **posta cartacea indirizzata a: CreditRas Assicurazioni S.p.A. – Servizio Clienti – Piazza Tre Torri, 3 - 20145 Milano**
- **e-mail: [reclami@creditrasassicurazioni.it](mailto:reclami@creditrasassicurazioni.it)**
- **fax: 02 72162588**

La Società fornirà risposta entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo.

I reclami riguardanti il solo comportamento tenuto dall'intermediario e dai suoi dipendenti e collaboratori coinvolti nel ciclo operativo della Compagnia, saranno gestiti direttamente dall'Intermediario e potranno essergli indirizzati a mezzo di lettera raccomandata oppure per via telematica all'indirizzo riportato sul sito internet di ciascun intermediario. Tuttavia, ove il reclamo dovesse pervenire alla Compagnia, la stessa lo trasmetterà tempestivamente all'intermediario affinché provveda ad analizzare il reclamo e a dare riscontro al reclamante entro il termine massimo di 45 giorni stabilito dalla vigente normativa regolamentare, dandone contestuale notizia al reclamante.

Eventuali reclami riguardanti congiuntamente sia il comportamento dell'intermediario e dei suoi dipendenti e collaboratori sia quello della Compagnia in relazione al contratto o servizio assicurativo, verranno trattati per la parte di rispettiva competenza dalla Compagnia e dall'intermediario, e verranno separatamente riscontrati al reclamante entro il termine dei 45 giorni stabilito dalla vigente normativa.

In caso di mancato o parziale accoglimento del reclamo o qualora l'esito dello stesso non sia stato ritenuto soddisfacente o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo sopracitato, il reclamante potrà rivolgersi a:

IVASS

Via del Quirinale 21, 00187 Roma

Fax: 06.42.133.206

[tutela.consumatore@pec.ivass.it](mailto:tutela.consumatore@pec.ivass.it)

corredando l'esposto con copia del reclamo già inoltrato alla Società e con copia del relativo riscontro, qualora pervenuto da parte della Società. In caso di reclamo inoltrato tramite PEC è opportuno che gli eventuali allegati vengano trasmessi in formato pdf.

Il modello per presentare un reclamo all'IVASS è reperibile sul sito [www.ivass.it](http://www.ivass.it), alla Sezione "PER IL CONSUMATORE – Come presentare un reclamo", nonché sul sito della Società ([www.creditrasassicurazioni.it](http://www.creditrasassicurazioni.it)) alla Sezione "Reclami", attraverso apposito link al sito di IVASS.

I reclami indirizzati per iscritto all'IVASS contengono:

- nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela;
- copia del reclamo presentato alla Società e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

Si ricorda tuttavia che in tutti casi di controversie resta salva la facoltà degli aventi diritto di adire l'Autorità Giudiziaria.

Prima di adire l'Autorità Giudiziaria è tuttavia possibile, e in alcuni casi necessario, cercare un accordo amichevole mediante sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:

- mediazione (L. 9/8/2013, n.98 e successive eventuali modifiche): può essere avviata presentando istanza ad un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito [www.giustizia.it](http://www.giustizia.it).
- negoziazione assistita (L. 10/11/2014, n.162 e successive eventuali modifiche): può essere avviata tramite richiesta del proprio avvocato alla Società.

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

**TABELLA INAIL PERCENTUALI INVALIDITÀ PERMANENTE**  
**D.P.R. 30-06-65 N°1124**

DESCRIZIONE	PERCENTUALE		
	Destro		Sinistro
Sordità completa di un orecchio		15%	
Sordità completa bilaterale		60%	
Perdita totale 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:			
- con possibilità di applicazione di protesi efficace		11%	
- 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%	
Esiti di frattura della clavicola bene consolidata, senza limitazioni dei movimenti del braccio		5%	
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%
Perdita del braccio:			
- per disarticolazione scapolo-omerale	85%		75%
- 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 due ultime falangi dell'indice	11%		9%
Perdita delle due ultime falangi del medio		8%	
Perdita delle due ultime falangi dell'anulare		6%	
Perdita delle due ultime falangi del mignolo		8%	
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito con angolazione tra 110-75 gradi:			
- in semipronazione	30%		25%
- in pronazione	35%		30%
- in supinazione	45%		40%
- 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:			
- in semipronazione	40%		35%
- in pronazione	45%		40%
- in supinazione	55%		50%
- quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti in pronosupinazione	35%		30%
Anchilosi completa dell'articolazione radio-carpica in estensione rettilinea se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di pronosupinazione:	18%		15%
- in semipronazione	22%		18%
- in pronazione	25%		22%
- in supinazione	35%		30%
Anchilosi completa coxo-femorale con arto in estensione e in posizione favorevole		45%	
Perdita di una coscia per disarticolazione coxo-femorale o amputazione alta, che non renda possibile l'applicazione di un apparecchio articolato		80%	
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 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 corrispondente metatarso		16%	
Perdita totale del solo alluce		7%	
Per la perdita di ogni altro dito di un piede non si fa luogo ad alcun Indennizzo, ma ove concorra 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%	