



MutuaSalute

CNA PIEMONTE PER IL TUO BENESSERE

LINEA ASSISTENZA INFORTUNI

+

Guida al Piano

Il Piano è stato realizzato da Mutua Salute in collaborazione con Unipol Assicurazioni Spa.

Le prestazioni sono erogate e gestite da Unipol Assicurazioni Spa in convenzione con
Mutua Salute.

DEFINIZIONI

SOCIO

La persona fisica iscritta al libro soci di Mutua Salute.

BENEFICIARIO

Il socio o il familiare che abbia aderito al piano di Assistenza Infortuni.

PRESTAZIONI

Tutte le prestazioni garantite dal piano Assistenza Infortuni.

CONTRIBUTI

Pagamento annuale versato a Mutua Salute per le prestazioni della guida al piano scelta.

MUTUA SALUTE

Società di Mutuo Soccorso che in convenzione con Unipol Assicurazioni S.p.A. fornisce le prestazioni previste dal piano Assistenza Infortuni.

Mutua Salute opera esclusivamente a favore dei soci e dei loro familiari senza scopo di lucro.

COMPAGNIA E/O SOCIETÀ

Unipol Assicurazioni S.p.A. erogatrice e garante a Mutua Salute delle prestazioni del piano Assistenza Infortuni.

DAY-HOSPITAL

La degenza esclusivamente diurna, ancorché non ininterrotta, in Istituto di Cura, documentata da cartella clinica dalla quale risultino i giorni di effettiva presenza dell'assistito nell'Istituto di Cura, resa necessaria per l'espletamento di prestazioni di carattere diagnostico, terapeutico e/o riabilitativo, che non comportano la necessità di ricovero ordinario, ma che comunque richiedono, per la loro natura e complessità, un regime di assistenza medica ed infermieristica continua.

INDENNIZZO

La somma dovuta dalla Compagnia in caso di sinistro.

INVALIDITÀ PERMANENTE

Perdita o diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione svolta.

ISTITUTI DI CURA

Gli ospedali, le cliniche, le case di cura e gli istituti universitari, pubblici o privati, regolarmente autorizzati all'assistenza ospedaliera. Per essere considerati tali, gli istituti di cura devono inoltre essere permanentemente sotto la direzione ed il controllo di un medico, devono disporre di adeguate attrezzature diagnostiche e terapeutiche e devono svolgere la loro attività secondo metodi scientifici riconosciuti e sulla base di una documentazione clinica completa. Agli effetti contrattuali, non sono considerati istituti di cura: gli stabilimenti termali; le strutture che prestano prevalentemente cure con finalità dietologiche ed estetiche; gli ospedali, le cliniche e le case di cura per convalescenza o per lunga degenza; le strutture di soggiorno per anziani o per la cura di malati cronici.

RICOVERO

Degenza in Istituto di Cura che comporti il pernottamento o degenza diurna (Day Hospital) di almeno 6 ore continuative.

RISCHIO

La probabilità del verificarsi del sinistro.

SFORZO

Impiego di energie muscolari, concentrate nel tempo, che esorbitano per intensità dalle ordinarie abitudini di vita dell'assistito.

SINISTRO

Il verificarsi del fatto dannoso previsto nella guida al piano.

PRESTAZIONI PER IL SOCIO ED I BENEFICIARI

RELATIVE A TUTTE LE GARANZIE DELLA LINEA ASSISTENZA INFORTUNI

FINALITA'

Mutua salute eroga, in convenzione con Unipol Assicurazioni S.p.A. e senza fine di lucro, prestazioni di sostegno economico ed assistenza ai soci ed ai loro familiari in conseguenza di eventuali infortuni.

SOCI

Possono essere soci tutte le persone fisiche residenti in Italia e che abbiano i requisiti previsti dalle leggi dello stato, che facciano domanda di adesione e che sia accettata dal c.d.a. di Mutua Salute.

L'adesione può essere fatta sia in forma individuale sia in forma collettiva.

L'adesione in forma collettiva può essere fatta da una ditta a favore dei propri dipendenti per dare attuazione a ciò che è previsto da contratti, accordi o regolamenti aziendali; versando i contributi stabiliti e con le modalità previste da Mutua salute, i contributi possono essere totalmente a carico della ditta, oppure solo parzialmente, ovvero anche solo come anticipo del contributo a carico del singolo lavoratore e poi trattenuto sulla busta paga.

Per ogni altra questione riguardante i diritti del socio e la sua eventuale esclusione o cessazione della qualità di socio si rimanda allo statuto ed al regolamento di Mutua Salute.

BENEFICIARI

Hanno diritto alle prestazioni della guida al piano di Assistenza Infortuni:

- Il socio
- I membri del nucleo familiare, intesi come coniuge o convivente more uxorio e figli, risultanti da stato di famiglia e da apposita domanda di adesione e per i quali sia stato versato a Mutua Salute regolare contributo annuo.

OGGETTO DELLE PRESTAZIONI

Per infortunio si intende l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili. Le prestazioni valgono per gli infortuni che l'assistito subisca nello svolgimento:

- a) delle attività professionali principali e secondarie dichiarate in polizza, nonché delle eventuali diverse attività professionali non dichiarate che, se fossero state conosciute dalla Compagnia, non avrebbero determinato alcun aumento del premio;
- b) di ogni altra attività che non abbia carattere professionale.

ESTENSIONE DELLE PRESTAZIONI

Sono considerati infortuni anche:

- l'asfissia di origine non morbosa;
- gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento accidentale di sostanze tossiche;
- le infezioni conseguenti a morsi di animali e punture di insetti, escluse la malaria e le malattie tropicali;
- l'annegamento;
- l'assideramento o congelamento, la folgorazione, i colpi di sole o di calore;
- le ernie addominali da sforzo, con esclusione di quelle rachidee; gli strappi muscolari derivanti da sforzo;
- la rottura sottocutanea del tendine di Achille, nei limiti di quanto previsto al punto successivo delle "Garanzie" (invalidità permanente);
- gli infortuni subiti in stato di malore o di incoscienza;
- gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- gli infortuni derivanti da aggressioni, tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismo, attentati, a condizione che il socio non vi abbia preso parte attiva.

RISCHIO VOLO

Le prestazioni sono estese agli infortuni che l'assistito subisca durante i viaggi in aereo, turistici o di trasferimento, effettuati in qualità di passeggero, su velivoli o elicotteri da chiunque eserciti, esclusi i viaggi effettuati:

- su aeromobili di società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico di passeggeri;
- su aeromobili di aeroclubs;
- su apparecchi per il volo da diporto o sportivo (deltaplano, ultraleggeri, parapendio e simili).

Il viaggio in aereo si intende iniziato nel momento in cui il socio sale a bordo dell'aeromobile e si considera concluso nel momento in cui ne è disceso.

RISCHIO DI GUERRA ALL'ESTERO

La garanzia viene estesa agli infortuni avvenuti all'estero (esclusi comunque il territorio della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino) derivanti da stato di guerra, insurrezione, invasione, atti nemici, ostilità (sia che la guerra sia dichiarata o non), per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'assistito risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero.

SERVIZIO MILITARE

Le garanzie restano operanti durante il servizio militare di leva in tempo di pace o durante il servizio sostitutivo dello stesso.

ESTENSIONE TERRITORIALE E LIMITI TEMPORALI

Le prestazioni hanno validità in tutto il mondo, 24 ore su 24, pertanto sia nel tempo libero, sia in quello lavorativo e il beneficiario è esonerato dal dichiarare l'attività professionale svolta.

RISCHI ESCLUSI

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti:

- a) dalla guida e dall'uso di mezzi di locomozione aerei, salvo quanto previsto al paragrafo (rischio volo) delle condizioni di polizza;
- b) dalla pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, alpinismo con scalata di rocce o ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idro-sci, sci acrobatico, bob, immersione con autorespiratore, paracadutismo e sports aerei in genere;
- c) da corse, gare, allenamenti e prove di ippica, calcio, ciclismo, football americano, rugby, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
- d) da corse, gare, allenamenti e prove comportanti l'uso di veicoli a motore, salvo che si tratti di regolarità pura;
- e) da delitti dolosi compiuti o tentati dal socio, salvo gli atti compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- f) da movimenti tellurici;
- g) da guerra o insurrezione, salvo quanto previsto al punto "Rischio guerra all'estero";
- h) da trasmutazione del nucleo dell'atomo o da radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti.

Sono inoltre esclusi:

- i) gli infarti;
- l) le conseguenze di interventi chirurgici, accertamenti e cure mediche non resi necessari da infortunio.

LIMITI DI ETÀ ANNI 80

Compiuti 80 anni cessa il diritto del socio ad usufruire delle prestazioni con la prima scadenza annuale successiva, pertanto avrà diritto alle prestazioni fino al termine dell'annualità.

PERSONE NON AVENTI DIRITTO ALLE PRESTAZIONI

Non hanno diritto alle prestazioni tutte le persone che risultino affette da infermità mentale, alcoolismo e tossicodipendenza.

In ogni caso le prestazioni cessano, con il loro manifestarsi senza che sia dovuta alcuna restituzione del contributo versato a mutua salute.

VARIAZIONI NELLE PERSONE AVENTI DIRITTO ALLE PRESTAZIONI

Hanno diritto ad usufruire delle prestazioni esclusivamente i soci di mutua salute ed i loro familiari se espressamente indicati nel modulo di adesione. Le variazioni delle persone aventi diritto alle prestazioni devono essere comunicate per iscritto a Mutua Salute, la quale ne prende atto e con appendice provvederà alla sostituzione. Le prestazioni, rispetto alle nuove persone, valgono dalle ore ventiquattro del giorno del perfezionamento dell'appendice, con pagamento del maggiore premio che risulti dovuto. La cessazione di singole persone aventi diritto alle prestazioni, non seguita da sostituzione, dà luogo a corrispondente riduzione di contributo a partire dalla scadenza annuale successiva alla data di comunicazione.

CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

La Compagnia corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto l'influenza che l'infortunio può avere esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili.

Parimenti, nei casi di preesistente mutilazione o difetto fisico, l'indennità per invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivato dalle condizioni preesistenti, fermo quanto stabilito nelle "Garanzie" al punto (invalidità permanente).

ESONERO DI DICHIARAZIONI

Il beneficiario è esonerato dall'obbligo di denunciare le malattie sofferte, nonché le mutilazioni ed i difetti fisici da cui gli assistiti fossero affetti al momento della stipulazione o che dovessero in seguito sopravvenire, salvo quanto previsto al paragrafo (persone non aventi diritto alle prestazioni) della guida al piano. Viene tuttavia confermato che l'indennizzo e la liquidazione di eventuali infortuni saranno regolati a norma della presente guida al piano.

CONTROVERSIE

Le controversie mediche sulla natura o sulle conseguenze delle lesioni e/o del ricovero, sul grado di invalidità permanente o sul grado o durata dell'invalidità temporanea, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti al punto (criteri di indennizzabilità) possono essere demandate per iscritto ad un collegio di tre medici, 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 dell'assistito. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato; l'onere delle spese e competenze per il terzo medico rimane sempre a carico della parte soccombente.

È data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo. Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali. I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

RINUNCIA ALLA RIVALSA

La Compagnia rinuncia ad ogni azione di rivalsa per le somme pagate, lasciando così integri i diritti del socio e/o beneficiario o dei suoi aventi causa contro i responsabili dell'infortunio.

LIMITE CATASTROFALE

Nel caso di infortunio che colpisca contemporaneamente più persone assistite, in conseguenza di un unico evento, l'esborso massimo complessivo a carico della Compagnia non potrà comunque superare l'importo di

€ 3.000.000,00. Qualora le indennità liquidabili ai sensi di polizza eccedessero nel loro complesso tale importo, le stesse verranno proporzionalmente ridotte.

ATTIVAZIONE DELLE PRESTAZIONI

Le prestazioni avranno effetto dalle ore 24,00 dell'ultimo giorno del mese per tutte le domande di adesione che saranno pervenute entro il giorno 20 del mese stesso, con il versamento del contributo corrispondente a Mutua Salute.

Per coloro la cui domanda di adesione perverrà successivamente l'effetto delle prestazioni verrà posticipato all'ultimo giorno del mese successivo.

Per tutti coloro che aderiranno successivamente alla scadenza annuale, dovranno versare un contributo corrispondente ai mesi mancanti e che sarà comunicato da Mutua salute.

Le prestazioni cessano alla scadenza annuale salvo rinnovo del versamento del contributo, è prevista una mora di giorni 15 e non oltre per i contributi che arriveranno in ritardo.

TERMINI DI ASPETTATIVA

Le prestazioni decorrono dalle ore 24 del giorno di effetto della guida al piano Assistenza Infortuni.

PRESTAZIONI GARANTITE

MORTE

Se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'assistito e questa si verifichi entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Compagnia liquida ai beneficiari designati il capitale garantito per il caso di morte.

In difetto di designazione, la Compagnia liquida tale somma, in parti uguali, agli eredi.

Morte Presunta

Se il corpo dell'assistito non viene trovato entro un anno a seguito di arenamento, affondamento o naufragio del mezzo di trasporto terrestre, aereo, lacuale, fluviale o marittimo, verrà riconosciuto l'indennizzo previsto per il caso di morte, considerando l'evento di cui sopra come infortunio.

Quando sia stato effettuato il pagamento dell'indennità ed in seguito l'assistito ritorni o si abbiano di lui notizie sicure, la Compagnia ha diritto alla restituzione delle somme pagate e relative spese, e l'assistito stesso potrà far valere i diritti che eventualmente gli sarebbero spettati, nel caso avesse subito lesioni indennizzabili a norma della presente polizza.

INVALIDITA' PERMANENTE

Se l'infortunio ha per conseguenza una invalidità permanente e questa si manifesti entro due anni dal giorno in cui l'infortunio è avvenuto, anche successivamente alla scadenza della polizza, la Compagnia liquida un indennizzo per invalidità permanente parziale calcolato sulla somma assicurata per invalidità permanente totale, in proporzione al grado di invalidità che va accertato facendo riferimento ai valori ed ai criteri sotto elencati.

Perdita totale, anatomica o funzionale, di:

– un arto superiore	70%
– una mano o un avambraccio	60%
– un pollice	18%
– un indice	14%
– un medio	8%
– un anulare	8%
– un mignolo	12%
– la falange ungueale del pollice	9%
– una falange di altro dito della mano	1/3 del dito

Per:

– anchilosi della scapola omerale con arto in posizione favorevole, ma con immobilità della scapola	25%
– anchilosi del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con prono-supinazione libera	20%
– anchilosi del polso in estensione rettilinea con prono-supinazione libera	10%
– blocco della prono-supinazione in semipronazione dell'avambraccio e della mano	7%
– paralisi completa del nervo radiale	35%
– paralisi completa del nervo ulnare	0%
– esiti di rottura sottocutanea di un tendine del bicipite brachiale	5%

Per amputazione di un arto inferiore:

– al di sopra della metà della coscia	70%
– al di sotto della metà della coscia, ma al di sopra del ginocchio	60%
– al di sotto del ginocchio, ma al di sopra del terzo medio di gamba	50%

Per perdita totale, anatomica o funzionale, di:

– un piede	40%
– ambedue i piedi	100%
– un alluce	5%
– la falange ungueale dell'alluce	2,5%
– un altro dito del piede	1%

Per:

– anchilosi dell'anca in posizione favorevole	35%
– anchilosi del ginocchio in estensione	25%
– esiti di frattura del menisco mediale del ginocchio, indipendentemente dal trattamento attuabile	2%
– esiti di frattura del menisco laterale del ginocchio, indipendentemente dal trattamento attuabile	3%
– lesione completa del legamento crociato anteriore del ginocchio	9%
– anchilosi della tibio-tarsica ad angolo retto	10%
– anchilosi della sotto astragalica	5%
– paralisi completa dello sciatico popliteo esterno	15%
– esiti di rottura sottocutanea del tendine di Achille	4%

Per perdita totale, anatomica o funzionale, di:

– un occhio	25%
– ambedue gli occhi	100%

Per:

– sordità completa di un orecchio	10%
– sordità completa di ambedue gli orecchi	40%
– stenosi nasale assoluta monolaterale	4%
– stenosi nasale assoluta bilaterale	10%
– esiti di frattura scomposta di una costa	1%
– esiti di frattura amielica somatica con deformazione a cuneo di:	
- una vertebra cervicale	12%
- una vertebra dorsale	5%
- 12a dorsale	10%
- una vertebra lombare	10%
– esiti di frattura di un metamero sacrale	3%
– esiti di frattura di un metamero coccigeo con callo deforme e dolente	5%
– postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo	2%
– perdita anatomica di un rene senza	

compromissioni significative della
funzione urinaria 15%
– perdita anatomica della milza senza
compromissioni significative della
crasi ematica 8%

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

Se la lesione comporta una minorazione, anziché la perdita totale, le percentuali sopra indicate vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta. Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella di cui sopra, l'indennizzo è stabilito in riferimento ai valori ed ai criteri sopra indicati, tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'assistito. Nel 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 o parziale, anatomica o funzionale di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale di invalidità permanente pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna lesione, con il massimo del 100%. In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato le percentuali sopra indicate sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

ANTICIPO DELL'INDENNIZZO

A richiesta dell'assistito, la Compagnia, quando abbia preventivato un grado di invalidità permanente, ha facoltà di anticipare 1/3 (un terzo) del presumibile grado di invalidità, con il massimo di € 15.000,00

FRANCHIGIA SULLA INVALIDITÀ PERMANENTE

Non si farà luogo ad indennizzo per invalidità permanente quando questa sia di grado non superiore al 3% della invalidità permanente totale; se invece risulterà superiore al 3% l'indennizzo sarà corrisposto solo per la parte eccedente tale limite.

Nel caso in cui, il grado di invalidità permanente accertata, sia pari o superiore al 25% di quella totale, la compagnia liquiderà l'invalidità permanente senza applicazione di franchigia.

Per Invalidità di grado superiore al 66%, la Compagnia riconoscerà una somma aggiuntiva annuale pari al 10% del capitale garantito per tale garanzia con il limite di €. 10.000,00 e per un massimo di cinque anni.

RIMBORSO SPESE SANITARIE

Se l'assistito in conseguenza di infortunio fa ricorso a prestazioni sanitarie, la Compagnia rimborsa, fino alla concorrenza del massimale previsto per anno di adesione alla linea, le spese sostenute per:

- accertamenti diagnostici;
- accertamenti medico legali, esclusi quelli previsti al punto “CONTROVERSIE” della guida al piano;
- visite mediche e specialistiche;
- onorari del chirurgo e di ogni altro componente l'equipe operatoria, diritti di sala operatoria, materiale di intervento;
- apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento chirurgico;
- rette di degenza;
- trasporto dell'assistito in ambulanza all'Istituto di Cura o all'ambulatorio e viceversa;
- cure mediche e trattamenti fisioterapici rieducativi;
- acquisto di apparecchi protesici ortopedici sostitutivi di parti anatomiche e protesi oculari.

La Compagnia rimborsa inoltre, sino al 10% della somma garantita e con un massimo di € 100,00, le spese sostenute, in conseguenza di infortunio, per:

- interventi di chirurgia estetica;
- cure odontoiatriche;
- protesi dentarie.

La Compagnia effettua il pagamento di quanto dovuto su presentazione, in originale, delle relative notule, distinte,

ricevute e fatture debitamente quietanzate. A richiesta dell'assistito, la Compagnia restituisce i predetti originali previa apposizione della data di liquidazione dell'indennizzo e dell'importo liquidato. Il pagamento viene effettuato a cura ultimata. Le spese sostenute all'estero nei paesi aderenti all'Unione Monetaria, saranno rimborsate in Italia, in euro. Le spese sostenute all'estero nei paesi non aderenti all'Unione Monetaria, saranno rimborsate in Italia, in euro, al cambio medio della settimana in cui sono state sostenute dall'assistito, rilevato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano dei Cambi.

La garanzia Rimborso Spese Sanitarie s'intende prestata, entro il limite indicato nelle "somme garantite", per Infortuni attestati almeno da foglio rilasciato dal pronto soccorso con un una franchigia di €. 50,00 per sinistro.

DENUNCIA SINISTRI E RIMBORSO DELLE PRESTAZIONI

La denuncia dei sinistri per ottenere le prestazioni del piano Assistenza Infortuni va fatta direttamente a Mutua Salute per telefono, fax o mail illustrando luogo, data, ora e modalità dell'infortunio ed allegando in originale la documentazione richiesta.

MUTUA SALUTE – sede operativa di Via Millio 26, 10141 Torino

TEL. 01119672105

www.mutuasalute.com

mutuasalute@gmail.com

Unipol Assicurazioni S.p.A. provvederà alla liquidazione delle prestazioni direttamente ai beneficiari.

SOMME GARANTITE E CONTRIBUTI

Combinazione A

Morte € 50.000,00

Invalidità Permanente € 100.000,00

Rimborso spese Sanitarie € 1.000,00

Contributo pro capite € 110,00

Combinazione B

Morte € 100.000,00

Invalidità Permanente € 200.000,00

Rimborso spese Sanitarie €B1.000,00

Contributo pro capite € 210,00