

Appendice di Dichiarazione n. 112272901

Contraente: CLUB ALPINO ITALIANO
Sede Sociale: VIA ERICO PETRELLA 19 - 20124 MILANO (MI)
Partita IVA: 03654880156

Polizza n: 66312910 - Mid Corporate
Ramo: 11 - MODELLO GENERICO INFORTUNI
Agenzia: 10601 - MI CLIENTI DIRETTI AZIENDE - FP
Codice Autorizzazione: C70379A557
Codice Convenzione: 4261 - PRODOTTO NON STRUTTURATO IMPRESE

Con la presente appendice che forma parte integrante della polizza sopraindicata, si prende atto tra le parti, con effetto dalle ore 24.00 del 01/04/2020, di quanto segue:

Si precisa che con il termine "Montagna Terapia" si intende definire l'originale approccio metodologico a carattere terapeutico - riabilitativo e/o socio-educativo promosso dal C.A.I. e finalizzato alla prevenzione secondaria alla cura e riabilitazione degli individui portatori di differenti problematiche patologie e disabilità, attuato attraverso il lavoro volontario sulle dinamiche di gruppo, nell'ambiente culturale, naturale e artificiale della montagna

Nella sezione 3.2 l'Art. 5 "Persone assicurate" delle Condizioni Generali di contratto deve intendersi sostituito dal seguente:

Sono assicurati i partecipanti alle uscite, anche di più giorni, organizzati dalla Contraente per la Montagna Terapia. La garanzia è operante a condizione che vi sia l'Assistenza qualificata di addetti alla Montagna Terapia e operatori professionali della struttura di riferimento o loro delegati

Fermo ed invariato il resto

Sottoscritto il _____, in _____

Allianz S.p.A.


Firma del Contraente/Legale Rappresentante

CLUB ALPINO ITALIANO

Il Direttore


(dott.ssa Andrea Maggiore)



Riepilogo delle richieste ed esigenze assicurative del cliente

Enti pubblici Infortuni Cumulativa

Appendice n. 210946854

Avere notizie e informazioni sulle richieste e sulle esigenze del cliente è condizione indispensabile perché la Compagnia ed i suoi distributori possano individuare i prodotti che meglio soddisfano le sue necessità.

Le chiediamo quindi di prestare particolare attenzione al presente documento, confermando i dati da lei già forniti e completandolo con le eventuali ulteriori informazioni richieste.

CONTRAENTE

Nome Cognome/Ragione Sociale CLUB ALPINO ITALIANO

CF / P.IVA 03654880156

Indirizzo VIA ERICO PETRELLA 19 - 20124 MILANO (MI)

Agenzia di MI CLIENTI DIRETTI AZIENDE - FP

P.ZZA TRE TORRI 3 20145 MILANO



Trattativa svolta da:

DIRETTA DI DIREZIONE

01G 00002109468542



Allianz 

Il prodotto raccomandato è stato individuato come più adatto alle sue esigenze in considerazione della preferenza da lei manifestata in sede di raccolta delle Sue richieste ed esigenze per un prodotto focalizzato su rischi selezionati secondo criteri specifici che, rispetto ad altri prodotti offerti, consenta un maggior grado di flessibilità nella personalizzazione delle garanzie in relazione a tali rischi.

BISOGNO ASSICURATIVO PRINCIPALE

- Morte derivante da infortunio entro i due anni dal giorno dell'evento

SITUAZIONE ASSICURATIVA

- Il Cliente non ha attualmente in essere coperture assicurative concorrenti rispetto ai bisogni assicurativi di cui alle precedenti voci.



LE RICORDIAMO CHE

- Il suo agente/l'intermediario è a sua disposizione per aiutarla e per fornirle ogni eventuale chiarimento.
- È importante che le informazioni ed i dati che ci fornisce siano completi, veritieri e aggiornati, dal momento che solo sulla base degli stessi potranno essere formulate proposte coerenti con le sue richieste ed esigenze assicurative.
- In assenza di informazioni complete, non saremmo in condizione di servirla al meglio e di verificare l'effettiva corrispondenza tra le sue necessità di natura assicurativa ed i prodotti che possiamo proporre.
- Al riguardo, le ricordiamo sin d'ora di prestare particolare attenzione ai massimali previsti per ciascuna garanzia, nonché ad eventuali limitazioni alle coperture assicurative, esclusioni, franchigie e scoperti, verificando che siano conformi alle sue aspettative.
- Le rammentiamo, infine, che eventuali dichiarazioni inesatte o reticenti relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la cessazione della stessa assicurazione ai sensi e per gli effetti degli artt. 1892 e 1893 C.C..
- Le rammentiamo che la proposta formulata si basa sulle informazioni da lei fornite, come riepilogate nel presente documento. La invitiamo, dunque, a confermare la correttezza di quanto qui riportato, sottoscrivendo il presente modulo dopo attenta rilettura.

Data: 01/06/2020

Firma dell'Intermediario

Firma del Contraente/Legale Rappresentante

CLUB ALFINO ITALIANO

Il Direttore

(dott.ssa Andreina Maggiore)





Enti pubblici Polizza Infortuni Cumulativa

Appendice

Numero: 210946854
a Polizza n. 66312910
Contraente CLUB ALPINO ITALIANO

I tuoi riferimenti Allianz

Agenzia principale di MI CLIENTI DIRETTI AZIENDE - FP
P.ZZA TRE TORRI 3
20145 MILANO

Il sito internet

www.allianz.it/areapersonale
Per consultare le informazioni relative alla tua polizza,
alle scadenze e ai sinistri

Servizio Clienti



Per qualsiasi informazione, chiarimento o supporto

Allianz S.p.A. - Sede Legale Piazza Tre Torri, 3-20145 Milano-Telefono +39 02 7216.1-Fax +39 02 2216.5000
allianz.spa@pec.allianz.it-CF, Reg. Imprese MI n.05032630963-Rapp. Gruppo IVA Allianz P. IVA n.01333250320
Cap. Soc. euro 403.000.000 i.v.-Albo Imprese Assicurazione n.1.00152-Capogruppo Gruppo Assicurativo Allianz
Albo Gruppi Assic. n.018-Società con unico socio soggetta alla direz. e coordinamento di Allianz SE Monaco-Cod.01

Allianz 

Elenco documenti

Si consegnano al cliente i seguenti documenti

- ▣ Appendice di Variazione

La presente copertina non costituisce parte dell'appendice di Polizza.

Allianz per te

La tua Area Personale sul web è ancora più ricca e aggiornata, per consultare in ogni momento la tua posizione assicurativa, e i principali documenti contrattuali.

Per accedere collegati al sito Allianz.it, registrati nella sezione "Area Personale", richiedi le tue credenziali di accesso e scopri tutte le novità a te dedicate.

Appendice di Variazione

Contraente - Assicurato

Ragione Sociale: CLUB ALPINO ITALIANO
Codice fiscale/Partita IVA: 03654880156
Indirizzo: VIA ERICO PETRELLA 19
C.A.P.: 20124 Città: MILANO (MI)

Durata

Decorrenza: dalle ore 24:00 del 01/04/2020 Scadenza: ore 24:00 del 01/04/2021
Durata: anni 1 / mesi 0 / giorni 0
Al presente contratto viene applicata la deroga al tacito rinnovo.

Sezioni operanti e dettaglio premi (importi espressi in euro)

Sezioni per l'Assicurato - CLUB ALPINO ITALIANO	Premi lordi annui
Infortuni	4.000,00
Totale	4.000,00

Premio

Importo annuo comprensivo delle imposte: 4.000,00 euro
Periodicità del pagamento: Semestrale
Importo alla firma: 2.000,00 euro

Prossima data di pagamento: 01/10/2020

Il Contraente può utilizzare, a titolo di versamento dei premi assicurativi, i seguenti mezzi di pagamento:

1. assegni bancari o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati o girati all'impresa di assicurazione oppure all'intermediario, espressamente in tale qualità;
2. ordini di bonifico, altri mezzi di pagamento bancario o postale, inclusi gli strumenti di pagamento elettronici, anche nella forma *on line*, che abbiano quale beneficiario uno dei soggetti indicati al precedente punto 1;
3. denaro contante, esclusivamente per i contratti di assicurazione contro i danni con il limite di settecentocinquanta (750) euro annui per ciascun contratto.

Altri estremi contrattuali

La presente appendice è parte integrante della polizza n. 66312910 cui si riferisce.

Clausola di assunzione degli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari ai sensi della Legge 13 agosto 2010 n. 136 e successive integrazioni e modificazioni

Il Contraente (stazione appaltante) e la Società (appaltatore) assumono gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 3, L.136/2010, e successive modificazioni ed integrazioni.

Ai sensi dell'art.3 comma 5, L.136/2010, e successive modificazioni ed integrazioni, le transazioni finanziarie inerenti il presente contratto d'appalto devono essere eseguite avvalendosi di uno o più conti correnti accesi presso banche o Poste Italiane S.p.A., secondo le modalità stabilite dall'art. 3 comma 1, L.136/2010, riportando obbligatoriamente il Codice Identificativo di Gara (CIG), richiesto dal Contraente e attribuito dall'ANAC - Autorità Nazionale Anticorruzione e ove obbligatorio ai sensi dell'art. 11 L.3/2003, il Codice Unico di Progetto (CUP), come previsto dall'art. 3 comma 5, L.136/2010.

Il mancato utilizzo del bonifico bancario o postale ovvero degli altri strumenti idonei a consentire la piena tracciabilità dei flussi finanziari, determina la risoluzione di diritto del presente contratto.



Appendice di Variazione

Composizione del premio alla firma (importi espressi in euro)

Ramo di garanzia	Imp. Prima rata (1)	Rimb.Premi netti (2)	Saldo premio imp. firma	Aliquota Imposta	Importo Imposte	Importo lordo alla firma
Infortuni	1.951,22	0,00	1.951,22	2,50 %	48,78	2.000,00
Totali	1.951,22	0,00	1.951,22		48,78	2.000,00

(1) Se è previsto il pagamento frazionato e/o se a fronte del presente contratto sono stati applicati degli sconti per la prima annualità, l'imponibile di prima rata è comprensivo del costo per pagamento frazionato ed è al netto degli sconti.

(2) Il rimborso è dovuto per effetto della compensazione del premio pagato fino al 01/04/2020 e non goduto relativamente alla polizza n. 66312910

Composizione del premio rate successive (importi espressi in euro)

Ramo di garanzia	Importo Imponibile di rata	Aliquota Imposta	Importo Imposte	Importo lordo di rata
Infortuni	1.951,22	2,50 %	48,78	2.000,00
Totali	1.951,22		48,78	2.000,00

Condizioni di assicurazione

CIG ZC42662402

SEZIONE 1 - DEFINIZIONI

Contraente: CAI CLUB ALPINO ITALIANO Sede Centrale, intendendosi per tale: la "(.) libera associazione nazionale, "che" ha per iscopo l'alpinismo in ogni sua manifestazione, la conoscenza e lo studio delle montagne, specialmente di quelle italiane, e la difesa del loro ambiente naturale" (art. 1 - Costituzione e finalità dello Statuto).

Assicurato: La persona fisica o giuridica il cui interesse è protetto dalla Assicurazione.

Assicurazione: Il contratto di assicurazione.

Polizza: Il documento che prova l'assicurazione.

Beneficiario: In caso di morte gli eredi legittimi o testamentari, in tutti gli altri casi l'assicurato stesso.

Società: L'impresa assicuratrice - Allianz Sp.A.

Premio: La somma dovuta dal Contraente alla Società.

Rischio: La probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.

Sinistro: Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.

Indennizzo: La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Franchigia: La parte di danno che l'Assicurato tiene a suo carico.

Scoperto: La parte percentuale di danno che l'Assicurato tiene a suo carico.

Annualità assicurativa o periodo assicurativo: Il periodo pari o inferiore a 12 mesi compreso tra la data di effetto e la data di scadenza o di cessazione dell'assicurazione.



01G 00002109468542



Appendice di Variazione

Infortunio: Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte e/o una invalidità permanente (assoluta o parziale) e/o una inabilità temporanea.

Invalità permanente: La diminuita capacità o la perdita definitiva ed irrimediabile della capacità generica ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla specifica professione esercitata dall'Assicurato.

Malattia: Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio

Istituto di cura: L'ospedale pubblico, la clinica, la casa di cura sia accreditati presso il Servizio Sanitario Nazionale che privati, legalmente riconosciuti e regolarmente autorizzati al ricovero dei malati, esclusi comunque stabilimenti termali, case di convalescenza e di soggiorno

Ricovero: La degenza in Istituto di cura che comporti almeno un pernottamento.

Massimale per sinistro: La massima esposizione della Società per sinistro.

SEZIONE 2 NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

In deroga agli artt. 1892, 1893, 1894 e 1898 del Cod. Civ., si prende atto che la mancata o inesatta comunicazione da parte del Contraente di circostanze o di mutamenti che aggravino il rischio non comporterà l'annullamento del contratto, né la decadenza dal diritto all'indennizzo, né la riduzione dello stesso, né cessazione dell'assicurazione sempre che tale mancata o inesatta comunicazione sia avvenuta in buona fede. Le parti convengono che le variazioni che comportano aggravamento del rischio conseguenti a disposizioni di leggi, di regolamenti o di atti amministrativi, non sono soggette alla disciplina dell'art. 1898 del Codice Civile e l'eventuale nuovo rischio rientra automaticamente in garanzia senza modifica del premio sempre che tali circostanze o mutamenti non riguardino l'inclusione di tipologie di rischio diverse da quanto garantito dal presente contratto.

La Società ha il diritto di percepire la differenza di premio corrispondente al maggior rischio non valutato per effetto di circostanze non note, a decorrere dal momento in cui la circostanza si è verificata.

Il Contraente e l'Assicurato sono esentati da qualsiasi obbligo di dichiarare i danni che avessero colpito polizze da loro sottoscritte a copertura dei medesimi rischi precedentemente la stipulazione della presente polizza di assicurazione.

Art. 2 - Assicurazione presso diversi Assicuratori

Gli Assicurati sono esentati dall'obbligo di comunicare l'esistenza di altre assicurazioni stipulate da loro stessi o da altri a copertura degli stessi rischi assicurati con il presente contratto.

In caso di sinistro, l'Assicurato deve però comunicare l'esistenza di altre coperture e deve comunicare il sinistro a tutti gli Assicuratori indicandone a ciascuno gli estremi. In caso di sinistro non si farà luogo all'applicazione del disposto dell'art.1910 del Codice Civile per tutte quelle garanzie che non rappresentino un rimborso di spese sostenute. In tutti gli altri casi la Società Assicuratrice provvederà a liquidare le spese, secondo le condizioni tutte della presente polizza fermo il diritto al recupero dagli altri Assicuratori di quota parte dell'indennità corrisposta in applicazione del disposto del quarto comma dell'art.1910 del Codice Civile.

Art. 3 - Durata del contratto

Il contratto ha durata di anni 1 (uno), con effetto alle ore 24:00 del 01/04/2020 e scadenza alle ore 24:00 del 01/04/2021 e cesserà irrevocabilmente alla scadenza di detto periodo.

Art. 4 - Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24:00 del giorno indicato in polizza, ancorché il premio venga versato entro i 30 giorni successivi al medesimo. Se il Contraente non paga i premi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24:00 del 30° giorno dopo quello della decorrenza sopra riportata per il premio iniziale o per le scadenze successive, e riprende vigore dalle ore 24:00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti, ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

Il pagamento del premio annuo è effettuato con frazionamento semestrale, con rate al 01/10 e al 01/04 di ogni anno.

Ai sensi dell'art. 48 del DPR 602/1973 la Società dà atto che:

1. L'Assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuata dal Contraente ai sensi del D.M.E.F. del 18 gennaio 2008 n° 40, ivi compreso il periodo di sospensione di 30 giorni di cui all'art. 3 del Decreto;



01G 00002109468542



Appendice di Variazione

2. il pagamento effettuato dal Contraente direttamente all'Agente di Riscossione ai sensi dell'art. 72 bis del DPR 602/1973 costituisce adempimento ai fini dell'art. 1901 Cod. Civ. nei confronti della Società stessa.

Art. 5 - Obblighi inerenti la tracciabilità dei flussi finanziari in base alla Legge n. 136/2010

La Società assicuratrice, nonché ogni altra Impresa a qualsiasi titolo interessata al presente contratto (cd filiera) , sono impegnate a osservare gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari in ottemperanza a quanto previsto dalla Legge 13 agosto 2010 n. 136 e s.m.i..

La società assicuratrice è obbligata a comunicare alla Stazione appaltante gli estremi identificativi dei conti correnti bancari o postali dedicati, anche se in via non esclusiva, alle movimentazioni finanziarie relative al presente contratto, unitamente alle generalità e al codice fiscale dei soggetti abilitati ad operare su tali conti correnti.

Tutte le movimentazioni finanziarie di cui al presente contratto dovranno avvenire - salve le deroghe previste dalla normativa sopra citata - tramite bonifico bancario o postale (Poste Italiane SpA) e riportare, relativamente a ciascuna transazione, il Codice Identificativo di Gara (CIG) comunicato dalla Stazione appaltante.

Il mancato assolvimento degli obblighi previsti dall'art. 3 della citata Legge n. 136/2010 costituisce causa di risoluzione del contratto, ai sensi dell'art. 1456 cc e dell'art. 3, c. 8 della Legge.

Art. 6 - Regolazione del premio

Poiché il premio è convenuto in tutto o in parte in base ad elementi di rischio variabile, esso viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in polizza all'interno delle singole Sezioni ed è regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo o della minor durata del contratto secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del premio.

A tale scopo entro 60 giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione il Contraente deve fornire per iscritto alla Società i dati necessari per il conteggio del premio consuntivo.

Le differenze attive o passive risultanti dalla regolazione devono essere pagate nei 90 giorni successivi al ricevimento da parte del Contraente dell'apposita appendice ritenuta corretta di regolazione emessa dalla Società.

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti od il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società deve fissargli, mediante atto formale di messa in mora, un ulteriore termine non inferiore a 30 giorni dandone comunicazione scritta, trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto od a garanzia di quello relativo al periodo assicurativo annuo per il quale non ha avuto luogo la regolazione od il pagamento della differenza attiva e la garanzia resta sospesa fino alle ore 24:00 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto i suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.

In caso di mancata comunicazione dei dati di regolazione o di mancato pagamento del premio di conguaglio non dovuti a comportamento doloso del Contraente, gli eventuali sinistri potranno essere indennizzati nella stessa proporzione esistente tra il premio versato a deposito e l'intero premio dovuto (deposito più conguaglio).

Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie gli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società deve fissargli lo stesso termine di 30 giorni trascorso il quale, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, la Società stessa non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

La Società ha il diritto di effettuare verifiche e controlli per i quali il Contraente è tenuto a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessarie.

Art. 7 - Recesso a seguito di sinistro - Rinuncia

La Società rinuncia al diritto di recedere dall'assicurazione dopo ciascun sinistro.

Art. 8 - Modifiche dell'assicurazione

Le eventuali modifiche alla presente polizza devono essere provate per iscritto.

Art. 9 - Gestione del Contratto

Il contratto, compreso il pagamento dei premi, è gestito direttamente dal Contraente, e tutte le comunicazioni riguardanti lo stesso dovranno essere effettuate mediante posta certificata o posta elettronica.

Art. 10 - Oneri fiscali

Tutti gli oneri fiscali, presenti e futuri, relativi al premio, agli indennizzi, alla polizza ed agli atti da essa dipendenti, sono a carico del Contraente anche se il pagamento sia stato anticipato dalla Società.

Art. 11 - Foro competente

Per le controversie relative al presente contratto è competente, esclusivamente, l'autorità giudiziaria del luogo della sede del Contraente.



Appendice di Variazione

Art. 12 - Interpretazione del contratto

Si conviene fra le Parti che verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole all'Assicurato su quanto contemplato dalle condizioni tutte di polizza.

Art. 13 - Titolarità dei diritti nascenti dal contratto

Le azioni, le ragioni ed i diritti nascenti dalla polizza non possono essere esercitati che dal Contraente e dalla Società. Spetta in particolare al Contraente compiere gli atti necessari all'accertamento ed alla liquidazione dei danni. L'accertamento e la liquidazione dei danni così effettuati sono vincolanti anche per l'Assicurato, restando esclusa ogni sua facoltà di impugnativa. L'indennizzo liquidato a termini di polizza non può tuttavia essere pagato se non nei confronti e con il consenso dei titolari dell'interesse assicurato. E' data tuttavia facoltà al Contraente di richiedere il subentro dell'Assicurato in tutti gli atti necessari alla gestione e liquidazione del sinistro. L'accertamento e la liquidazione dei danni così effettuati sono vincolanti anche per il Contraente, restando esclusa ogni sua facoltà di impugnativa.

Art. 14 - Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio

La Società si impegna a fornire al Contraente il dettaglio dei sinistri come di seguito indicato su formato elettronico modificabile Microsoft Excel (o altro analogo formato con le medesime caratteristiche purché compatibile con i sistemi in uso presso il Contraente):

- a) sinistri denunciati
- b) tipologia di lesione
- c) sinistri riservati, con indicazione dell'importo a riserva
- d) sinistri liquidati, con indicazione dell'importo, specificando almeno:
Importo indennizzo capitale morte o IP
Importo Spese mediche o altre garanzie
- e) sinistri respinti
- f) categoria di assicurati
- g) nr. sinistro assegnato dalla Società Assicuratrice.

Tutti i sinistri dovranno essere corredati di data di accadimento del sinistro denunciato, di data di eventuale chiusura della pratica per liquidazione od altro motivo.

Le informazioni di cui sopra devono essere fornite dalla Società al Contraente con cadenza annuale.

È facoltà del Contraente richiedere, ed obbligo della Società fornire, lo stesso riepilogo anche in altre occasioni qualora il Contraente lo richieda, anche con riferimento alle motivazioni delle reiezioni. In caso di inadempimento di una qualsiasi delle obbligazioni assunte ai sensi del presente articolo, il Contraente potrà diffidare la Società ad adempiere entro un termine non inferiore a 15 giorni, trascorso il quale, il Contraente potrà comunicare alla Società la risoluzione di diritto del contratto ai sensi dell'art. 1454 del Cod.Civ., senza che la Società inadempiente possa avanzare alcuna pretesa.

Il contratto si risolve di diritto ai sensi dell'art. 1456 del Codice Civile a decorrere dal decimo giorno successivo alla data di ricezione, da parte della Società, della comunicazione con cui il Contraente dichiara che intende valersi della presente clausola risolutiva espressa. In ogni caso, resta salvo il diritto del Contraente al risarcimento dei danni subiti.

Art. 15 - Rinvio alle norme di legge

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

SEZIONE 3 COPERTURA ASSICURATIVA INFORTUNI PARTECIPANTI MONTAGNA TERAPIA

SEZIONE 3.1 RISCHI COPERTI

Art.1 - Oggetto dell'assicurazione

Oggetto dell'assicurazione sono gli infortuni occorsi agli assicurati dai quali derivi la morte, o una invalidità permanente assoluta o parziale. L'assicurazione vale altresì per tutte le garanzie di cui agli articoli della presente sezione.

Sono compresi in garanzia anche:

1. l'asfissia non di origine morbosa;
2. gli avvelenamenti o le intossicazioni conseguenti ad ingestione od assorbimento di sostanze;
3. contatto con corrosivi;
4. le affezioni conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti o aracnidi;
5. l'annegamento;
6. l'assideramento o congelamento;
7. la folgorazione;
8. i colpi di sole o di calore o di freddo;



01G 00002109468542



Appendice di Variazione

9. le ernie traumatiche e le ernie addominali determinate da sforzi muscolari (esclusi gli infarti) aventi carattere traumatico;
10. gli infortuni derivanti da aggressioni e violenze in genere;
11. gli infortuni derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismi, attentati, azioni di dirottamento o di pirateria a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
12. gli infortuni derivanti da malore ed incoscienza;
13. gli infortuni derivanti dall'uso o guida di ciclomotori e motocicli di qualunque cilindrata, trattori e macchine agricole semoventi, veicoli a motore e natanti, a condizione che l'Assicurato in caso di guida sia in possesso, ove prescritto, di regolare patente di abilitazione alla guida medesima;
14. gli infortuni causati da influenze termiche ed atmosferiche;
15. gli infortuni derivanti da imprudenza, imperizia e negligenza anche gravi (in deroga a quanto previsto dall'art 1900 Cod.Civ.);
16. gli infortuni causati da forze della natura compresi terremoto, maremoto, eruzione vulcanica, alluvioni, inondazioni, cadute sassi, frane, smottamenti, valanghe, slavine, con il limite di indennizzo per evento di ? 500.000,00 (a parziale deroga di quanto previsto dall'art 1912 Cod.Civ.);
17. gli infortuni derivanti da stato di guerra (dichiarata o non dichiarata) per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero in un paese sino ad allora in pace. Sono comunque esclusi dalla garanzia, infortuni derivanti dalla predetta causa che colpiscono l'Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino.

Art. 2 - Rimborso spese mediche e farmaceutiche

In presenza di un infortunio indennizzabile dalla Società ai sensi della presente polizza, a valere per tutte le categorie assicurate, la Società assicura fino alla concorrenza della somma assicurata a tale titolo nella scheda di conteggio del premio, il rimborso delle spese rese necessarie da infortunio e sostenute per:

- accertamenti diagnostici (compresi i relativi onorari medici);
- onorari dei medici (compresi gli odontoiatri), nonché, in caso di intervento chirurgico, dei chirurghi, degli aiuti, degli assistenti, degli anestesisti e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, diritti di sala operatoria e materiale di intervento;
- acquisto e noleggio di apparecchi protesici e terapeutici, comprese le protesi dentarie;
- cure, medicinali, trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali (escluse le spese di natura alberghiera) fino all'importo del massimale assicurato, ma con il limite temporale di 360 gg. dalla data dell'evento o dalla dimissione dall'Istituto di cura;
- trasporto dell'Assicurato in autoambulanza all'Istituto di cura o all'ambulatorio fino al 10% del massimale assicurato.

La garanzia è prestata con una franchigia di ? 200,00 che resta comunque a carico dell'Assicurato.

La Società effettua il pagamento di quanto dovuto all'Assicurato o ai Suoi eredi su presentazione, in originale, delle relative note, distinte e ricevute, debitamente quietanzate.

Il pagamento viene effettuato a cura ultimata.

Il rimborso delle spese sostenute all'estero verrà eseguito in Italia con il cambio in Euro.

La Società rimborsa all'Assicurato le spese non riconosciute dal Servizio Sanitario Nazionale, inclusi ticket, e da lui sostenute per le prestazioni suindicate.

Viene altresì previsto, in aggiunta alla somma assicurata di cui al presente articolo, il rimborso agli eredi delle spese per l'eventuale assistenza di uno psicologo in caso di decesso, fino alla concorrenza di Euro 3.000,00 per ogni socio deceduto a seguito di evento indennizzabile ai sensi di polizza.

Art. 3 - Rischio aeronautico

La garanzia è operante sia per la presente Sezione che per la Sezione 4 Infortuni Volontari C.N.S.A.S.

L'assicurazione comprende gli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei effettuati in qualità di passeggero di velivoli ed elicotteri eserciti da società di traffico regolare, non regolare e di trasporto a domanda, nonché da autorità civili e militari in occasione di traffico civile, da ditte e privati per attività turistica o di trasferimento e da società di lavoro aereo, esclusivamente durante il trasporto di passeggeri, ed è prestata per le somme corrispondenti a quelle assicurate con la presente polizza e per rischi da essa previsti.

Il cumulo delle somme assicurate, con questa garanzia o con altre assicurazioni, da chiunque stipulate a favore degli stessi Assicurati per il rischio volo in abbinamento a polizze infortuni comuni, non potrà superare le somme assicurate:

- ? 2.000.000,00 per il caso di invalidità permanente
- ? 2.000.000,00 per il caso morte
- ? 200,00 per il caso di inabilità temporanea assoluta per persona e di:
- ? 500.000,00 per il caso di invalidità permanente
- ? 500.000,00 per il caso di morte



01G 00002109468542



Appendice di Variazione

- ? 5.000,00 per il caso di inabilità temporanea assoluta complessivamente per aeromobile.

In detta limitazione per aeromobile rientrano i capitali riferentesi ad eventuali altre persone assicurate per lo stesso rischio con altre polizze infortuni, unicamente se stipulate dallo stesso Contraente.

Nell'eventualità che i capitali complessivamente assicurati eccedessero gli importi sopraindicati, le indennità spettanti in caso di sinistro saranno adeguate con riduzione ed imputazione proporzionale sui singoli contratti. Sono equiparati agli "Infortuni Aeronautici" anche gli infortuni derivanti da dirottamenti, sabotaggi, atti di pirateria ed attentati.

SEZIONE 3.2 ESCLUSIONI

Art. 4 - Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati da:

1. abuso di psicofarmaci, uso non terapeutico di stupefacenti e/o allucinogeni, inoltre sono esclusi gli infortuni derivanti dall'abuso di alcoolici;
2. guida di aeromobili (compresi deltaplani, ultraleggeri e parapendio);
3. atti e/o delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
4. trasformazione o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche;
5. operazioni chirurgiche, accertamenti e cure mediche non resi necessari da infortunio;
6. partecipazione, anche come passeggero, a gare, competizioni e relative prove di veicoli a motore e di natanti a motore in genere;
7. contaminazione biologica a seguito di atti terroristici di qualsiasi genere;
8. malaria, malattie tropicali e carbonchio;

Sono altresì escluse le ernie, salvo le ernie traumatiche e le ernie addominali da sforzo con l'intesa, per queste ultime, che:

- qualora l'ernia risulti operabile, sarà corrisposto solamente l'indennizzo per il caso di Inabilità Temporanea fino ad un massimo di 30 giorni ove previsto in polizza;
- qualora l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, sarà corrisposto solamente un indennizzo non superiore al 10% della somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente totale;
- qualora insorga contestazione circa la natura e/o l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio medico di cui all'Art. 13 Controversie - Arbitrato irrituale.

Art. 5 - Persone assicurate

Sono assicurati i partecipanti alle uscite, anche di più giorni, organizzate dalla Contraente per la Montagna Terapia. La garanzia è operante a condizione che vi sia il coordinamento e l'assistenza qualificata sia di Soci Esperti in Montagna Terapia, sia di personale sanitario della struttura sanitaria di riferimento

Art. 6 - Limiti di età

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore ai 75 anni. Tuttavia, per le persone di età superiore ai 75 anni la garanzia è comunque operante con le seguenti limitazioni: MORTE - il capitale Assicurato viene ridotto del 25%; INVALIDITA' PERMANENTE - si intende pattuita una franchigia fissa del 10%. Pertanto la Società non corrisponde alcun indennizzo qualora l'Invalidità permanente non sia di grado superiore al 10% e se la stessa supera detta percentuale, liquida l'indennizzo solo per la parte eccedente.

Art. 7 - Limiti territoriali

L'assicurazione vale per il mondo intero, con inclusione delle zone inesplorate e desertiche.

L'accertamento e la liquidazione degli eventuali postumi di Invalidità permanente verranno effettuati soltanto al rientro dell'Assicurato in Italia.

Art. 8 - Limiti di indennizzo

Nel caso di sinistro che coinvolge nello stesso evento più persone assicurate l'indennizzo dovuto dalla Società non potrà superare complessivamente l'importo di Euro 500.000,00.

Verificandosi una eccedenza oltre il limite, l'indennità spettante a ciascuna persona infortunata od all'avente diritto viene proporzionalmente ridotta.

SEZIONE 3.3 GESTIONE DEI SINISTRI

Art. 9 - Denuncia del sinistro e relativi obblighi



01G 00002109468542



Appendice di Variazione

In caso di infortunio, la denuncia dovrà essere inviata, entro 15 giorni, alla Società dall'Assicurato (o dai suoi aventi causa) o dal Contraente, tramite posta, fax, email o altra modalità concordata tra la Società ed il Contraente.

La denuncia deve fornire indicazioni precise sul luogo, giorno ed ora del sinistro, sulle cause e circostanze che lo determinarono.

Avvenuto l'infortunio, l'Assicurato deve sottoporsi alle cure di un medico, seguirne le prescrizioni, fornire alla Società e ai suoi incaricati tutte le notizie che fossero ritenute necessarie alla documentazione della pratica anche senza attendere una esplicita richiesta. L'infortunato, i suoi familiari, gli aventi causa, devono acconsentire alle visite dei medici della Società ed a qualsiasi indagine che questa ritenga necessaria.

Dopo la denuncia, l'infortunato è tenuto a far pervenire alla Società un dettagliato certificato medico sull'infortunio; in seguito l'infortunato ha l'obbligo di comunicare alla Società, con idonea certificazione medica, tutte le informazioni relative al decorso dell'infortunio ritenute necessarie per la definizione dello stesso.

L'infortunato è obbligato a sottoporsi a tutte le cure prescrittegli dai sanitari per ridurre al minimo le conseguenze delle lesioni.

Entro trenta giorni dalla cessazione delle cure mediche, l'infortunato dovrà presentare alla Società il certificato di guarigione, anche se non richiestogli; tale certificato può essere redatto, come tutti gli altri certificati, su carta semplice dal medico curante.

Art. 10 - Criteri di indennizzabilità

La Società corrisponde l'indennità per le conseguenze dirette, esclusive ed obiettivamente constatabili dell'infortunio.

La presente formulazione è intesa ad escludere dalla percentuale di invalidità da liquidare, la percentuale di invalidità preesistente.

Art. 11 - Prestazioni

a) MORTE

L'indennizzo per il caso di morte è dovuto se la morte stessa si verifica - anche successivamente alla scadenza della polizza - entro due anni dal giorno dell'infortunio.

Tale indennizzo viene liquidato ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali.

L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per l'invalidità permanente. Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, i beneficiari, o in difetto di designazione, gli eredi, dell'Assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso ed hanno diritto soltanto alla differenza tra l'indennizzo per morte - se superiore - e quello già pagato per invalidità permanente.

Il diritto all'indennità per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi, tuttavia, se l'assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, la Società paga agli aventi diritto l'importo liquidato o offerto.

b) MORTE PRESUNTA

La Società dichiara che se il corpo dell'Assicurato non venisse trovato entro un anno dalla scomparsa a seguito di arenamento, affondamento e naufragio del mezzo di trasporto aereo, lacustre, fluviale o marittimo, nonché a seguito di mancato ritorno da una escursione/ascensione, senza il recupero dei corpi delle vittime, si darà luogo al pagamento delle somme assicurate con la presente polizza, fermo restando quanto previsto dalle Condizioni di Assicurazione, verrà riconosciuto l'indennizzo previsto per il caso di morte, considerando l'evento di cui sopra come infortunio.

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

c) INVALIDITA' PERMANENTE

Invalidità Permanente Assoluta

Se ad un infortunato in conseguenza di un infortunio verrà riconosciuta un'invalidità permanente e questa si verificherà - anche successivamente alla scadenza di polizza - ma comunque entro 2 anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquiderà per tale titolo e solo in questo caso un'indennità calcolata sulla somma assicurata al momento dell'infortunio per l'invalidità permanente, come segue:

si considera invalidità permanente assoluta unicamente la perdita totale, definitiva ed irrimediabile dei due occhi o di tutte e due le braccia o le mani, di tutte e due le gambe o di ambo i piedi, la perdita contemporanea di un arto superiore e di uno inferiore, come pure lo stato d'insanabile alienazione mentale che renda l'Assicurato incapace di accudire, per tutta la sua vita, a qualunque lavoro od occupazione. Quando sia provato che l'infortunio ha causato l'invalidità permanente assoluta, la Società corrisponde all'Assicurato l'intera somma prevista per questo caso.

Invalidità Permanente Parziale



01G 00002109468542



Appendice di Variazione

Si considera invalidità permanente parziale la diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità dell'Assicurato ad un proficuo lavoro per tutta la durata della sua vita. Quando sia provata l'invalidità permanente parziale, la Società liquida l'infortunio (per ogni arto od organo già integro e sano) in base alle seguenti percentuali della somma assicurata per il caso di invalidità permanente, indipendentemente dall'attività professionale dell'Assicurato:

per la perdita totale di un arto superiore dx 70% sx 60%
 per la perdita della mano o dell'avambraccio 60%
 per la perdita di un arto inferiore al di sopra del ginocchio 60%
 per la perdita di un arto inferiore all'altezza o al di sotto del ginocchio 50%
 per la perdita di un piede 40%
 per la perdita del pollice dx 18% sx 16%
 per la perdita dell'indice dx 14% sx 12%
 per la perdita del mignolo dx 12% sx 10%
 per la perdita del medio dx 8% sx 6%
 per la perdita dell'anulare dx 8% sx 6%
 per la perdita di un alluce 5%
 per la perdita di ogni altro dito del piede 3%
 per la sordità completa di un orecchio 10%
 per la sordità completa di ambedue le orecchie 40%
 per la perdita totale della facoltà visiva di un occhio 25%

La perdita assoluta ed irrimediabile dell'uso funzionale di un arto o di un organo viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se trattasi di minorazione, le percentuali sopra indicate vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta.

Nel caso di perdita anatomica o funzionale di più arti od organi, l'indennità viene stabilita mediante addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione sino al limite massimo del 100%.

Per le falangi terminali delle dita, escluso il pollice, si considera invalidità permanente soltanto l'asportazione totale. L'indennità per la perdita funzionale od anatomica di una falange del pollice o dell'alluce è stabilita nella metà mentre per quella di una falange di qualunque altro dito in un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito.

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

In tutti gli altri casi la valutazione del grado di Invalidità Permanente sarà effettuata facendo riferimento alla Tabella allegata al D.P.R. del 30.06.1965 n. 1124 (Settore Industria) con rinuncia alle franchigie relative stabilite, nonché alle successive eventuali modificazioni, con l'intesa che le percentuali indicate nella Tabella anzidetta vengano riferite ai capitali assicurati per il caso di invalidità permanente.

La Società prende atto che se l'Assicurato risulta mancino il grado di invalidità per il lato destro sarà applicato al sinistro e viceversa.

Nel caso in cui l'Assicurato subisca un infortunio ad un arto superiore o ad una mano o ad un avambraccio e risultasse che questi erano gli unici perfettamente integri o tali che venissero usati come "destri" si dovrà tenere conto di ciò anche nella valutazione del grado di invalidità permanente.

Art. 12. - Franchigia Relativa

Relativamente alla garanzia INVALIDITA' PERMANENTE, a parziale deroga dell'Art. precedente si precisa che il capitale assicurato è soggetto alle seguenti franchigie:

la Società non corrisponderà alcun indennizzo per invalidità permanente quando questa sia di grado inferiore o pari al 5% della totale.

Se l'invalidità permanente supera il 5% ma non il 20% della totale, verrà corrisposta l'indennità solo per la parte eccedente il 5%.

Se invece l'invalidità permanente supera il 20% della totale, l'indennità verrà corrisposta integralmente senza applicazione di franchigia.

Art. 13 - Controversie

In caso di controversia sulla natura, causa, entità e conseguenza delle lesioni indennizzabili a termine di polizza, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità, le Parti devono conferire per iscritto mandato di decidere ad un Collegio di tre medici nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo.

In caso di mancato accordo sul nominativo del terzo arbitro, quest'ultimo dovrà essere prescelto, fra gli specialisti di Medicina Legale delle Assicurazioni, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei medici.



01G 00002109468542



Appendice di Variazione

Il Collegio medico, a scelta dell'Assicurato, risiede nel Comune sede di Istituto di Medicina Legale più vicino alla residenza e/o al domicilio dell'Assicurato stesso.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico. E' 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 dei voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di errore, dolo, violenza o violazione dei patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli altri arbitri nel verbale definitivo.

Art. 14 - Liquidazione dell'indennità

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquiderà l'indennità che risulti dovuta, ne darà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvederà al pagamento.

Art. 15 - Rinuncia all'azione di surroga

La Società rinuncia a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto all'azione di surroga che potesse competere per l'art.1916 Cod. Civ. verso i responsabili dell'infortunio.

SEZIONE 3.4 CATEGORIE ASSICURATE E CALCOLO DEL PREMIO

Art. 16 - Copertura, capitali assicurati, premio anticipato, modalità di applicazione della regolazione

La copertura opera alle condizioni tutte previste in polizza purché la richiesta, corredata dagli elementi utili alla preventiva identificazione degli Assicurati, venga effettuata dalle Sezioni alla Sede Centrale del CAI precedentemente allo svolgimento delle suddette. Ai fini della operatività della copertura, faranno fede i documenti in possesso del Contraente ed il relativo premio verrà versato in occasione della regolazione annuale.

Capitali assicurati e garanzie

SOMMA ASSICURATA CASO MORTE EURO 55.000,00;
SOMMA ASSICURATA CASO I.P. EURO 80.000,00;
GARANZIA Rimborso Spese Mediche EURO 2.000,00;

Premio giornaliero per singolo assicurato EURO 6,00;

Premio anticipato

Premio minimo anticipato (comunque acquisito) EURO 4.000,00.con frazionamento semestrale



Appendice di Variazione

Sottoscrizioni

Il sottoscritto Contraente dichiara:

- di aver ricevuto prima della sottoscrizione del presente contratto:
 - copia del documento "Informazioni da rendere al contraente prima della sottoscrizione della proposta o, qualora non prevista, della conclusione del contratto" conforme all'allegato 4 del Regolamento IVASS n. 40/2018 e successive modifiche e/o integrazioni;
- fatta eccezione per il caso in cui le Condizioni di assicurazione prevedano la non applicabilità dell'aggravamento di rischio e l'esonero per il Contraente dall'obbligo di cui all'articolo 1898 del codice civile, di essere consapevole che in caso di aggravamento del rischio deve darne comunicazione scritta all'Impresa e che gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dall'Impresa possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la stessa cessazione della copertura assicurativa, ai sensi dell'articolo 1898 del codice civile;
- di essere consapevole che, ai sensi e per gli effetti degli articoli 1892, 1893 e 1894 del codice civile, le informazioni ed i dati forniti sono essenziali per la validità e l'efficacia del presente contratto e che l'Impresa presta il suo consenso all'assicurazione e determina il premio anche in base ad essi. Il Contraente dichiara inoltre che il presente contratto non contiene cancellature o rettifiche.

Sottoscritto il _____, in _____

Allianz S.p.A.

S. Penas

Firma del Contraente/Legale Rappresentante

CLUB ALPINO ITALIANO

Il Direttore

(*dott.ssa Antonina Maggiore*)



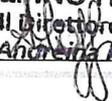
Appendice n. 210946854

Appendice di Variazione

Il sottoscritto Contraente dichiara inoltre:

- di approvare, ai sensi e per gli effetti degli articoli 1341 e 1342 del codice civile, le seguenti disposizioni delle Condizioni di assicurazione:

...

Firma del Contraente/Legale Rappresentante  **CLUB ALPINO ITALIANO**
Il Direttore
(dott.ssa Anselma Maggiore)

- di essere stato messo in condizione di assumere una decisione informata, avendo manifestato le proprie richieste ed esigenze assicurative così come riepilogate nel documento "Riepilogo delle RICHIESTE ED ESIGENZE ASSICURATIVE DEL CLIENTE" e avendo ricevuto dall'Intermediario le informazioni sul prodotto assicurativo.

Firma dell'Intermediario 

Firma del Contraente/Legale Rappresentante  **CLUB ALPINO ITALIANO**
Il Direttore
(dott.ssa Anselma Maggiore)

