

Di seguito si riportano le voci del glossario e le condizioni di assicurazione della garanzia "Spese mediche per macrolesioni alla guida", introdotta con la tariffa Auto Rischi Diversi 01.04.2022

## GLOSSARIO

**Accertamenti diagnostici:** le prestazioni mediche strumentali finalizzate a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una patologia o di una lesione, a carattere anche cruento e/o invasivo.

**Assicurato:** il soggetto destinatario delle prestazioni assicurative che, per la garanzia Spese mediche per Macrolesioni, è il conducente del veicolo assicurato.

**Centrale Allianz Health:** la struttura dell'Impresa che, tramite i propri operatori, medici, professionisti sanitari e tecnici, con linea telefonica dedicata, provvede a erogare i servizi previsti dalla garanzia Spese mediche per Macrolesioni.

**Day Hospital/Day Surgery:** il Ricovero in Struttura sanitaria che si esaurisca in giornata a seguito esclusivamente di terapie mediche (Day Hospital) o prestazioni chirurgiche (Day Surgery).

**Gare di regolarità pura:** le manifestazioni, che prevedono l'uso di veicoli a motore, nelle quali il rispetto dei tempi prestabiliti e non la velocità per percorrere i diversi settori in cui deve essere suddiviso il percorso (controlli orari) e determinati tratti dello stesso (prove di classifica) costituisce il fattore determinante per la classifica.

**Intervento chirurgico:** l'atto terapeutico realizzato con uso di strumenti chirurgici e/o idonee apparecchiature ad essi alternativi.

**Intervento chirurgico ambulatoriale:** l'Intervento chirurgico, come sopra definito, che non necessita di Ricovero con pernottamento o di Ricovero in Day Hospital/Day Surgery. Non sono considerate Intervento chirurgico ambulatoriale le infiltrazioni intratessutali o endocavitarie.

**Limite di indennizzo:** l'importo dovuto dall'Impresa entro la somma assicurata, che rappresenta il massimo esborso dell'Impresa stessa.

**Macrolesioni:** gravi lesioni politraumatiche a seguito delle quali il paziente presenta un quadro clinico caratterizzato da lesioni mono o polidistrettuali ad organi o apparati differenti con compromissione delle funzioni vitali (respiratorie e/o circolatorie e/o neurologiche). Si intende compresa, anche in assenza di compromissione delle funzioni vitali, l'amputazione di un arto al di sopra del polso o al di sopra della caviglia.

**Medicina ufficiale:** la medicina, detta anche convenzionale, riconosciuta dal sistema giuridico che viene insegnata nelle università e praticata dai medici negli ospedali del Mondo Occidentale. La medicina ufficiale è fondata sui principi delle scienze sperimentali e basa le proprie pratiche sulle migliori evidenze scientifiche disponibili.

**Medicinali:** le sostanze o associazioni di sostanze, autorizzate dall'AIFA (Agenzia Italiana del farmaco) per la cura della patologia per la quale sono state prescritte, che possano essere somministrate sull'uomo per ripristinare, correggere o modificare funzioni fisiologiche, con lo scopo di definire una terapia medica. Sono esclusi i farmaci biologici e le terapie geniche.

**Piano assistenziale:** documento elaborato dalla Centrale Allianz Health con indicazione della tipologia e articolazione delle prestazioni previste per il percorso riabilitativo e terapeutico dell'Assicurato.

**Ricovero:** la degenza che comporta il pernottamento in struttura sanitaria, il Day Hospital, il Day Surgery e l'Intervento chirurgico ambulatoriale.

**Struttura sanitaria:** ogni Casa di Cura, Istituto, Azienda ospedaliera regolarmente autorizzata all'erogazione dell'assistenza sanitaria ospedaliera. Non sono considerati Strutture sanitarie gli Stabilimenti Termali, le Case di Convalescenza e Soggiorno, gli Ospizi per anziani, le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche, le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA).

**Struttura sanitaria convenzionata:** ogni Casa di Cura, Istituto, Azienda ospedaliera come sopra definite ed ogni centro diagnostico e centro medico facente parte del Circuito Allianz Health convenzionato dall'Impresa e dedicato alla garanzia Spese mediche per Macrolesioni.

## CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

### Articolo 1 – Spese mediche per Macrolesioni

La garanzia è operante per il conducente del veicolo assicurato e vale per le Macrolesioni, come definite nel Glossario, che il conducente subisca in occasione della guida del veicolo assicurato durante la sua circolazione, comprese le fasi di salita e discesa dal veicolo, nonché, in caso di fermata, durante le operazioni necessarie per la ripresa della marcia e/o la messa in sicurezza del veicolo stesso.

La presenza di Macrolesioni deve essere certificata da documentazione sanitaria con le modalità indicate al successivo articolo “Obblighi in caso di sinistro”.

L’Impresa riconosce, in caso di Sinistro indennizzabile, le seguenti prestazioni:

- § spese mediche sostenute durante i ricoveri, resi necessari dal medesimo evento, e relative a:
  - esami, Accertamenti diagnostici, cure e Medicinali
  - trattamenti fisioterapici e rieducativi
  - rette di degenza
  - onorari dei medici e delle equipe chirurgiche
  - diritti di sala operatoria e materiale d’intervento (ivi compresi i dispositivi protesici terapeutici e/o estetici provvisori o definitivi applicati durante l’intervento)
- § spese mediche sostenute, anche al di fuori del Ricovero, per:
  - onorari medici per viste specialistiche, esami, Accertamenti diagnostici e Medicinali
  - dispositivi protesici
  - trattamenti fisioterapici e rieducativi praticati da professionisti in possesso di regolare abilitazione e pertinenti all’evento che ha reso necessario il primo Ricovero.

Tutte le spese vengono riconosciute all’Assicurato complessivamente entro la somma assicurata di 400.000,00 euro per Sinistro ed entro il periodo massimo per evento di 2 anni a decorrere dall’attivazione del Piano assistenziale definito dalla Centrale Allianz Health con le modalità indicate al successivo articolo “Definizione del piano assistenziale”.

Nel corso di ogni annualità assicurativa, la garanzia Spese mediche per Macrolesioni può essere attivata una sola volta anche a fronte di più Sinistri avvenuti nella stessa annualità.

Le prestazioni sono erogate presso Strutture sanitarie convenzionate, contattando la Centrale Allianz Health per attivare il Piano assistenziale e il servizio di pagamento diretto da parte dell’Impresa alla Struttura sanitaria convenzionata, con le modalità indicate al successivo articolo “Obblighi in caso di sinistro”.

In caso di Ricovero dell’Assicurato in una regione diversa da quella della sua residenza, l’Impresa rimborsa le spese sostenute nella Struttura sanitaria per vitto e pernottamento di un accompagnatore, con applicazione di un Limite di indennizzo di 10.000,00 euro per Sinistro sulla somma assicurata.

Solo nel caso del primo Ricovero, conseguente al passaggio in Pronto Soccorso, è prevista la possibilità per l’Assicurato di usufruire di Strutture sanitarie non convenzionate. In tal caso l’Impresa rimborsa all’Assicurato esclusivamente le spese mediche sostenute durante il primo Ricovero con applicazione di un Limite di indennizzo di 50.000,00 euro per Sinistro sulla somma assicurata.

### Articolo 2 - Esclusioni

La garanzia Spese mediche per Macrolesioni non è operante per eventi causati da:

- § guida di veicoli a motore se l’Assicurato non è abilitato a norma delle disposizioni di Legge in vigore. In caso di patente scaduta l’esclusione non opera se al momento del sinistro l’Assicurato ha i requisiti necessari ad ottenere il rinnovo;
- § uso di veicoli a motore sia su circuiti o piste, sia in tutte le tipologie di gare, competizioni e relative prove, salvo che si tratti di Gare di regolarità pura;
- § guida in stato di ebbrezza o sotto l’influenza di sostanze stupefacenti sanzionata in via definitiva ai sensi degli articoli 186 e 187 del Codice della strada. L’esclusione opera anche nel caso in cui tra le estensioni sottoscritte nell’ambito della garanzia RCA sia stata inclusa la relativa clausola di Protezione rivalsa;
- § partecipazione a delitti dolosi commessi o tentati dall’Assicurato, fatta eccezione per conseguenza di imprudenze o negligenze anche gravi dell’Assicurato;
- § insurrezione o guerra di qualsiasi natura, dichiarata e non, incluse a titolo esemplificativo e non limitativo: guerre internazionali e civili, invasioni, atti di nemici stranieri, ostilità e azioni belliche. La copertura assicurativa opera tuttavia per il periodo massimo di 14 giorni dall’inizio della guerra o dell’insurrezione a condizione che l’Assicurato:
  - si trovi al di fuori della propria nazione di residenza;
  - risulti sorpreso dallo scoppio di tali eventi in una nazione sino ad allora in condizioni di pace;
  - non vi abbia partecipato in modo volontario.

È sempre escluso il caso di incidente stradale derivante dai suddetti eventi che colpiscono l’Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino;

- § trasmutazione del nucleo dell’atomo, come pure radiazioni provocate dalla accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- § partecipazione a operazioni e interventi militari derivanti da obblighi verso lo stato italiano fuori dai confini di quest’ultimo o per il richiamo al servizio militare per mobilitazione o motivi di carattere eccezionale.

Sono inoltre escluse le spese mediche dovute a prestazioni sanitarie non riconosciute dalla Medicina ufficiale nonché quelle effettuate da medici o paramedici non abilitati all’esercizio della professione.

### Articolo 3 - Validità territoriale

La copertura è valida in tutto il mondo, mentre le prestazioni previste dalla garanzia Spese mediche per Macrolesioni sono erogate esclusivamente in Italia presso le Strutture sanitarie convenzionate facenti parte del Circuito Allianz Health.

In caso di incidente stradale avvenuto all'estero, resta inteso che successivamente al primo Ricovero avvenuto in emergenza, per il quale saranno riconosciute le spese mediche sostenute con il limite di 50.000,00 euro per Sinistro come indicato nell'articolo "Spese mediche per Macrolesioni", le prestazioni saranno erogate in Italia presso le Strutture sanitarie convenzionate, non appena le condizioni cliniche dell'Assicurato ne permettano il rientro in Italia.

#### Articolo 4 - Diritto di regresso

Nei casi in cui l'incidente stradale sia stato causato da terzi e se ne sia accertata la responsabilità, l'Impresa ha diritto di regresso in base all'ex art. 1916 del Codice Civile nei confronti dei responsabili, per tutte le spese sanitarie sostenute.

#### Articolo 5 - Obblighi in caso di sinistro

In caso di Sinistro dal quale si presuma la presenza di Macrolesioni a carico del conducente del veicolo assicurato ed entro 30 giorni dalla data di ingresso in Pronto Soccorso, il Contraente, l'Assicurato stesso o altro soggetto per conto dei medesimi, deve contattare la Centrale Allianz Health al Numero Verde 800 686 868 (per chiamate dall'estero: +39 02 26609167), attiva dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 19.00, per accedere alle prestazioni, attivare il Piano assistenziale e il servizio di pagamento diretto da parte dell'Impresa alla Struttura sanitaria convenzionata.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 codice civile.

Per l'accesso alle prestazioni è necessario presentare la seguente documentazione:

§ copia della documentazione sanitaria completa attestante la tipologia del trauma, eventualmente corredata dalla documentazione relativa al passaggio in Pronto Soccorso, dalla quale possa essere accertata la presenza di Macrolesioni;

§ copia di tutta la documentazione relativa all'incidente stradale laddove vi siano stati rilievi effettuati dalla pubblica autorità.

Nel caso in cui l'Assicurato abbia usufruito di una Struttura sanitaria non convenzionata, come previsto all'articolo "Spese mediche per Macrolesioni", limitatamente al primo Ricovero conseguente al passaggio in Pronto Soccorso, per ottenere il rimborso delle spese sostenute, il Contraente, l'Assicurato o altro soggetto per conto dei medesimi, deve presentare anche la seguente documentazione:

§ copia conforme e integrale della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO) e della scheda nosologica;

§ copia della documentazione relativa alle spese sostenute (distinte, ricevute, altro) debitamente quietanzate e fiscalmente regolari.

Inoltre, ai fini di una corretta valutazione del Sinistro o della verifica della documentazione presentata, se richiesto espressamente dall'Impresa, l'Assicurato deve:

§ consentire eventuali controlli medici disposti dall'Impresa;

§ fornire a quest'ultima ogni informazione sanitaria relativa al Sinistro denunciato, anche mediante rilascio di specifica autorizzazione ai fini del superamento del vincolo al segreto professionale cui sono sottoposti i medici che l'hanno visitato e curato;

§ produrre specifica ed adeguata prova documentale dell'avvenuto pagamento delle prestazioni di cui chiede il rimborso.

Resta inteso che l'Impresa si riserva la facoltà di richiedere all'Assicurato, in qualsiasi momento, gli originali della documentazione medica prodotta, al fine di verificare che le copie siano conformi agli stessi. Gli originali dovranno, in ogni caso, essere consegnati all'Impresa per esigenze legate ad un contenzioso o a seguito di richiesta delle Autorità Competenti.

L'Impresa provvederà a proprie spese alla restituzione degli originali, una volta cessata l'esigenza di trattenerli.

Resta inteso che le spese relative alla produzione della documentazione medica sono a carico dell'Assicurato.

Nel caso in cui, prima della corresponsione dell'Indennizzo, sopravvenga la morte dell'Assicurato, il Contraente – se diverso dall'Assicurato – o i suoi eredi legittimi devono:

§ darne immediato avviso all'Impresa;

§ fornire il certificato di morte dell'Assicurato;

§ assolvere agli adempimenti sopra indicati;

§ fornire l'atto notorio attestante la qualifica di eredi.

#### Articolo 6 - Definizione del Piano assistenziale

Ricevuta la necessaria documentazione, l'Impresa tramite la Centrale Allianz Health provvede ad accertare la presenza di Macrolesioni e determina il Piano assistenziale necessario all'Assicurato.

La Centrale Allianz Health, tramite i propri medici e con il supporto del medico curante dell'Assicurato, entro 10 giorni dalla ricezione di tutta la documentazione medica necessaria, elabora il Piano assistenziale personalizzato in base allo stato di salute dell'Assicurato, necessario alla prosecuzione del percorso riabilitativo e terapeutico per la ripresa delle condizioni di salute dell'Assicurato stesso ed articolato su una durata massima di 2 anni dalla sua attivazione.

La Centrale Allianz Health provvede a contattare la famiglia dell'Assicurato per proporre il Piano assistenziale elaborato, con indicazione della tipologia e articolazione delle prestazioni, organizzando anche un incontro tra l'Assicurato, i suoi famigliari e il medico della Centrale Allianz Health, volto a illustrare i benefici e le caratteristiche del Piano assistenziale e favorire una rapida attivazione delle prestazioni.

Tutte le prestazioni previste dal Piano assistenziale sono erogate all'interno delle Strutture sanitarie convenzionate, facenti parte del Circuito Allianz Health, e messe a disposizione dall'Impresa.

Entro 48h dall'accettazione del Piano assistenziale da parte dell'Assicurato, o di altra persona avente titolo, la Centrale Allianz Health attiva le prestazioni indicate nel Piano stesso.

Il Piano assistenziale personalizzato sarà gestito dall'Impresa, tramite la Centrale Allianz Health, che ne seguirà il decorso effettuando la pianificazione delle prenotazioni, mantenendo sempre in costante allineamento il medico curante e i famigliari dell'Assicurato sull'evoluzione del suo stato di salute e monitorando il percorso riabilitativo e terapeutico dell'Assicurato.

La Centrale Allianz Health non può in alcun modo essere ritenuta responsabile per le prestazioni erogate dalle Strutture sanitarie in esecuzione del Piano assistenziale. Le Strutture sanitarie sono responsabili dell'operato del proprio personale sanitario e delle eventuali conseguenze dannose subite dall'Assicurato a seguito dell'esecuzione o della mancata esecuzione di quanto previsto dal Piano assistenziale.

La Centrale Allianz Health è sempre a disposizione dell'Assicurato e dei suoi famigliari per chiarimenti ed informazioni sulle prestazioni in corso di erogazione e sui costi delle stesse.

Nel caso in cui le condizioni di salute dell'Assicurato richiedessero cure e prestazioni il cui costo ecceda il limite della somma assicurata per Sinistro indicato all'articolo "Spese mediche per Macrolesioni", la Centrale Allianz Health procederà, previo consenso scritto dell'Assicurato o di altra persona avente titolo, ad organizzare ed erogare le ulteriori prestazioni necessarie, i cui costi resteranno a carico dell'Assicurato.

Se le condizioni cliniche dell'Assicurato non consentono alla Centrale Allianz Health di attivare il Piano assistenziale, trascorsi due anni dall'accettazione del Piano stesso senza che la Centrale Allianz Health abbia potuto procedere alla sua attivazione, tutte le prestazioni previste dal Piano assistenziale si intendono annullate con riferimento al Sinistro a seguito del quale il Piano era stato definito.

#### Articolo 7 - Termini per l'indennizzo

L'Impresa, tramite la Centrale Allianz Health, verificata l'operatività della garanzia, dopo aver ricevuto la necessaria documentazione e aver effettuato gli accertamenti del caso, entro 10 giorni determina il Piano assistenziale personalizzato, ne dà comunicazione agli interessati ed entro 48h dalla loro accettazione provvede all'erogazione delle prestazioni previste nel Piano assistenziale, secondo le modalità descritte e disciplinate all'articolo "Definizione del piano assistenziale" ed entro i limiti di cui all'articolo "Spese mediche per Macrolesioni".

Entro lo stesso termine di 10 giorni l'Impresa provvede:

§ al rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato in caso di Ricovero presso una Struttura sanitaria non convenzionata;

§ a comunicare eventuali circostanze ostative all'attivazione delle prestazioni o alla corresponsione dell'Indennizzo.

Qualora l'Assicurato abbia presentato ad altre Compagnie Assicuratrici richiesta di rimborso per il medesimo Sinistro, e abbia effettivamente ottenuto tale rimborso, all'Assicurato viene liquidato esclusivamente l'importo rimasto a suo carico, a termini della presente garanzia.

Per le spese sostenute all'estero, l'Indennizzo viene corrisposto in Italia, in euro, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle rilevazioni della Banca Centrale Europea.

#### Articolo 8 – Procedura per la valutazione del danno

L'ammontare del danno è concordato direttamente dall'Impresa – o da un consulente medico da questa incaricato – con l'Assicurato o persona da lui designata.

In caso di controversie di natura medico legale sull'ammontare offerto a titolo di Indennizzo o sull'indennizzabilità del Sinistro, le parti possono conferire per iscritto mandato di decidere ad un Collegio composto da tre medici, fermo restando il diritto di ricorrere all'autorità giudiziaria.

Ogni parte nomina il proprio rappresentante, mentre il terzo sarà nominato di comune accordo da questi o dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove si riunisce il Collegio.

Il Collegio dei Medici definisce se ed in quale misura è dovuto l'Indennizzo a norma e nei limiti delle presenti Condizioni di assicurazione.

Il Collegio dei Medici risiede nel Comune che ospita l'Istituto Universitario di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico.

Le decisioni del Collegio dei Medici sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, le quali rinunciano a qualsiasi impugnativa, salvi i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni peritali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigere in doppio esemplare, uno per ognuna delle parti.

Le decisioni del Collegio dei Medici sono vincolanti per le parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il verbale, nel qual caso il rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale stesso.