

Allegato n. 2 alla circ. n. 29/1978

NORME DI APPLICAZIONE DEL PROTOCOLLO AGGIUNTIVO ALL'ACCORDO DI EMIGRAZIONE TRA IL BRASILE E L'ITALIA, FIRMATO A BRASILIA IL 30 GENNAIO 1974.

ART. 1

All'applicazione delle presenti Norme provvedono:

a) in Italia:

- l'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale (I.N.P.S.), per quanto concerne l'assicurazione per invalidità, vecchiaia e superstiti, le prestazioni ai familiari aventi diritto e l'assicurazione contro la tubercolosi;
- l'Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro le Malattie (I.N.A.M.), per quanto riguarda l'assicurazione contro le malattie e per la maternità;
- l'Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli infortuni sul Lavoro (I.N.A.I.L.), per quanto riguarda l'assicurazione contro gli infortuni del lavoro e le malattie professionali;
- gli organismi di previdenza sociale competenti per particolari categorie di lavoratori.

b) in Brasile:

- l'Istituto Nazionale di Previdenza Sociale (I.N.P.S.)

ART. 2

Per facilitare l'applicazione delle presenti norme, vengono istituiti i seguenti organismi di collegamento:

- in Italia:

- l'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale (I.N.P.S.), per quanto riguarda l'assicurazione per l'invalidità, la vecchiaia e superstiti, le prestazioni ai familiari aventi diritto e l'assicurazione contro la tubercolosi;
- l'Istituto Nazionale di Assicurazione contro le Malattie (I.N.A.M.), per quanto riguarda l'assicurazione contro le malattie e per la maternità;
- l'Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul lavoro (I.N.A.I.L.), per quanto riguarda la assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali.

- in Brasile:

- l'Istituto Nazionale di Previdenza Sociale (I.N.P.S.)

ART. 3

Gli Enti assicuratori degli Stati Contraenti elaboreranno le norme e le procedure amministrative necessarie allo scambio di informazioni per l'espletamento degli adempimenti di loro competenza.

ART. 4

Gli Enti assicuratori adotteranno appositi formulari che avranno il codice IB (Italia - Brasile).

PRESTAZIONI IN DENARO

ART. 5

Le domande di prestazioni in denaro devono essere presentate all'Ente assicuratore competente dello Stato di residenza.

1. - Le domande presentate a qualsiasi Ente assicuratore di uno dei due Stati contraenti producono gli stessi effetti come se presentate all'ente assicuratore competente. L'Ente assicuratore che ha ricevuto la domanda la trasmette, immediatamente, all'Ente competente, indicando la data di presentazione.

2. - Se risiedono nel territorio di un terzo Stato, gli interessati devono rivolgersi all'Ente assicuratore dello Stato alla cui legislazione essi o i loro dante causa sono stati da ultimo assoggettati.

ART. 6

La trasmissione dei formulari, debitamente compilati, sostituisce quella dei documenti certificativi dei dati ivi indicati, salvo il caso che tali documenti siano ritenuti indispensabili dall'Ente al quale compete esaminare la domanda.

(ARTICOLI 7-13: OMISSIS)

ART. 14

Gli Enti assicuratori si comunicheranno reciprocamente le decisioni adottate sulle domande, trasmettendo copia delle notifiche inviate agli interessati.

ART. 15

Contro la decisione adottata dagli Enti assicuratori di ciascun Stato, gli interessati possono presentare ricorso nei termini di legge all'Ente assicuratore che ha adottato la decisione, tramite l'Ente assicuratore dello Stato di residenza.

ART. 16

Gli Enti assicuratori italiani e brasiliani possono chiedersi reciprocamente, in qualsiasi momento, informazioni e accertamenti circa fatti e circostanze dai quali possa sorgere, in base alla propria legislazione, la modifica, la sospensione o l'estinzione dei diritti alle prestazioni da essi concesse.

ART. 17

Gli Enti assicuratori possono inoltre richiedere direttamente agli interessati l'invio, nei termini previsti, di certificati di esistenza in vita e di stato civile e di altri documenti necessari per continuare a percepire le prestazioni.

ART. 18

Ai fini della determinazione della incapacità lavorativa e dell'invalidità, nei casi di prestazioni in denaro, l'Ente assicuratore dello Stato nel quale l'interessato è assicurato, può chiedere all'Ente assicuratore dello Stato di residenza di effettuare esami medico-legali e perizie.

Le spese relative ai suddetti esami restano a carico dell'Ente assicuratore che ha effettuato gli esami.

PRESTAZIONI SANITARIE

ART. 19

1 - Nei casi previsti all'articolo 4 paragrafo 1 - lettera a) del Protocollo Aggiuntivo, l'Ente competente dello Stato contraente la cui legislazione rimane applicabile rilascia al lavoratore, a richiesta del datore di lavoro o del lavoratore e semprechè siano soddisfatte le condizioni prescritte, un certificato di distacco temporaneo nel quale si attesta che egli rimane soggetto a tale legislazione e fino a quella data.

2 - Il certificato di cui al paragrafo precedente sarà rilasciato:

a) in Italia, dall'Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro le Malattie (I.N.A.M.);

b) in Brasile, dall'Istituto Nazionale di Previdenza Sociale (I.N.P.S.).

3 - Per beneficiare delle prestazioni sanitarie nel periodo di permanenza nello Stato contraente nel quale è distaccato dall'impresa dalla quale dipende, il lavoratore deve presentare all'Ente assicuratore di detto Stato il certificato di cui al paragrafo 1 comprovando il diritto alle prestazioni per se e per i familiari che l'accompagnano.

4 - Se in conformità a quanto previsto al citato articolo 4 paragrafo 1 lettera a) del Protocollo aggiuntivo il periodo di distacco deve essere prolungato oltre i 12 mesi inizialmente previsti, l'impresa richiederà all'Autorità competente dello Stato dove ha la sua sede l'autorizzazione di mantenere il regime di previdenza sociale dello Stato di affiliazione. L'Autorità competente trasmetterà senza indugio la domanda allo Stato in cui il lavoratore è distaccato, ai sensi di quanto disposto nel citato articolo.

ART. 20

1 - Per beneficiare delle prestazioni sanitarie ai sensi dell'articolo 6 paragrafo 1 del Protocollo aggiuntivo il lavoratore che si reca nell'altro Stato contraente deve presentare all'Ente assicuratore del luogo di temporaneo soggiorno un attestato comprovante che l'interessato ha diritto a beneficiare delle predette prestazioni.

2 - L'attestato previsto nel paragrafo 1, che sarà rilasciato dall'Ente assicuratore competente, a richiesta del lavoratore, prima della partenza, dovrà indicare la durata del diritto alle prestazioni.

3 - Se il lavoratore non presenta l'attestato, l'Ente assicuratore del luogo di temporaneo soggiorno lo richiederà all'Ente assicuratore competente dell'altro Stato, senza pregiudizio per l'erogazione delle prestazioni in caso di urgenza assoluta.

4 - Le disposizioni di cui ai paragrafi 1 e 2 sono del pari applicabili, in caso di temporaneo soggiorno nell'altro Stato contraente, ai familiari del lavoratore, al lavoratore temporaneamente o permanentemente invalido e suoi familiari, nonché al titolare di pensione e suoi familiari.

5 - L'estensione e le modalità dell'assistenza sanitaria erogata dall'Ente assicuratore dello Stato di temporaneo soggiorno sono quelle previste dalla legislazione che esso applica.

Tuttavia, il periodo di durata del diritto all'assistenza sanitaria è quella prevista dalla legislazione applicata dall'Ente assicuratore di affiliazione.

(ARTICOLO 21: OMISSIS)

ART. 22

1 - Per beneficiare delle prestazioni sanitarie ai sensi dell'Articolo 6 paragrafo 1 del Protocollo Aggiuntivo, il lavoratore temporaneamente o permanentemente incapace al lavoro, i titolari di

pensione ed i rispettivi familiari che trasferiscono la residenza dall'uno all'altro Stato contraente dovranno iscriversi presso l'Ente assicuratore dello Stato di residenza presentando un attestato che certifichi il diritto a dette prestazioni.

Detto attestato è rilasciato, a richiesta dell'interessato, dall'Ente assicuratore cui compete l'onere delle prestazioni.

2 - Se l'interessato non presenta detto attestato, l'Ente assicuratore del luogo di residenza si rivolge, per ottenerlo, all'Ente assicuratore dello Stato cui compete l'onere della prestazione, senza pregiudizio per l'erogazione delle prestazioni in caso di urgenza assoluta.

3 - L'estensione e le modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria da parte dell'Ente assicuratore dello Stato di residenza sono determinate in base alla legislazione di detto Stato. Tuttavia, il periodo di durata del diritto alle prestazioni sanitarie e quello previsto dalla legislazione applicata dall'Ente assicuratore di affiliazione.

4 - L'attestato rilasciato rimane valido per la durata in esso previsto o fino a quando l'Ente assicuratore del luogo di residenza non abbia ricevuto notifica del suo annullamento.

ART. 23

1 - La concessione di protesi è subordinata, salvo i casi di urgenza assoluta, alla preventiva autorizzazione dello Ente assicuratore competente dello Stato cui l'interessato è affiliato.

2 - Debbono intendersi casi di urgenza assoluta, per i quali non è richiesta un'autorizzazione preventiva, quelli in cui l'erogazione delle prestazioni non può essere ritardata senza compromettere gravemente la salute dell'interessato.

3 - Al fine di ottenere l'autorizzazione l'Ente assicuratore dello Stato di residenza o di soggiorno si rivolge direttamente all'Ente assicuratore competente dell'altro Stato contraente, indicando i motivi che giustificano la concessione della prestazione nonché la spesa presumibile.

4 - Qualora le anzidette prestazioni siano state erogate per motivi di urgenza assoluta, l'Ente assicuratore dello Stato di residenza o di soggiorno ne darà immediata notifica all'Ente assicuratore competente dell'altro Stato.

5 - Le spese per le anzidette prestazioni saranno rimborsate al costo effettivo.

ART. 24

1 - Le spese per prestazioni sanitarie, erogate a sensi dei precedenti articoli 19 e 20 dall'Ente assicuratore dello Stato di soggiorno temporaneo per conto dell'Ente assicuratore cui il lavoratore e iscritto, saranno rimborsate sulla base del costo effettivo delle prestazioni, quale risulta dalla contabilità dell'Ente assicuratore che le ha erogate, oppure sulla base delle tariffe in vigore per i propri assicurati.

2 - Salvo quanto disposto al paragrafo 1, le Autorità competenti dei due Stati contraenti possono concordare per determinati casi o tipi di prestazioni, altre modalità di valutazione degli importi da rimborsare.

3 - Il rimborso delle spese sarà effettuato nella moneta dello Stato creditore.

4 - Ai fini del rimborso, l'Ente assicuratore dello Stato di soggiorno temporaneo invierà semestralmente all'Ente assicuratore dello Stato di affiliazione il rendiconto per ogni beneficiario delle spese per prestazioni sanitarie sostenute nel semestre precedente.

5 - L'Ente assicuratore competente dello Stato di affiliazione provvederà al trasferimento delle somme dovute nei 6 (sei) mesi successivi alla data in cui ha ricevuto il rendiconto di cui al paragrafo 4.

6 - Le eventuali contestazioni dell'Ente assicuratore debitore nei confronti di un determinato rendiconto o di una sua voce non impedisce il rimborso delle spese non contestate.

I rendiconti o le voci contestati saranno oggetto di pagamento successivo, non appena chiarite le divergenze.

ART. 25

1 - Le spese per prestazioni sanitarie, erogate ai sensi dei precedenti articoli 21 e 22 dall'Ente assicuratore brasiliano saranno rimborsate dall'Ente assicuratore italiano sulla base del costo effettivo delle stesse, analogamente a quanto previsto al paragrafo 1 dell'articolo 24.

2 - Le spese per prestazioni sanitarie erogate ai sensi degli articoli 21 e 22 dall'Ente assicuratore italiano saranno rimborsate dall'Ente assicuratore brasiliano sulla base di un costo medio pro capite determinato per anno civile, secondo le risultanze del bilancio di competenza.

Gli elementi di calcolo necessari per stabilire l'importo del rimborso sono determinati secondo le seguenti regole:

I - l'importo del rimborso si ottiene moltiplicando il costo medio anno per persona per il numero annuo di persone risultante dagli inventari inviati dall'Ente assicuratore brasiliano e che sono serviti all'Ente assicuratore italiano per la iscrizione delle persone stesse.

II - Il costo medio annuo per personale si ottiene dividendo le spese annue al totale delle prestazioni concesse dall'Ente assicuratore italiano al totale dei propri beneficiari per il numero medio annuo degli stessi.

III - Per la determinazione dell'ammontare totale del rimborso, di cui al punto I del presente paragrafo, si prendono in conto i mesi dell'anno di competenza durante i quali gli interessati hanno avuto diritto alle prestazioni.

A tale effetto,

a) il mese nel quale viene effettuata l'iscrizione si considera come un mese completo, qualunque sia la data in cui essa avviene;

b) il mese nel quale il diritto non sarà preso in conto, a meno che la cessazione intervenga nell'ultimo giorno del mese.

3 - Gli Enti assicuratori dei due Stati contraenti provvederanno al trasferimento delle somme dovute nei 6 (sei) mesi successivi alla data di ricevimento dei rispettivi rendiconti.

4 - Il rimborso sarà effettuato nella moneta dello Stato creditore.

5 - Le eventuali contestazioni sono regolate analogamente a quanto previsto al paragrafo 6 del precedente articolo 24.