

Norme di applicazione del protocollo aggiuntivo all'accordo di immigrazione tra il Brasile e l'Italia, firmato a Brasilia il 30 gennaio 1974

Articolo 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.)

Articolo 2

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

- a) in Italia:
- l'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale (I.N.P.S.), per quanto riguarda l'assicurazione per invalidità, la vecchiaia e i 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 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.)

Articolo 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.

Articolo 4

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

PRESTAZIONI IN DENARO

Articolo 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.

Articolo 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.

Articolo 7

Nel caso di prestazione in denaro per malattia, se il lavoratore non risulta assicurato nello Stato di accoglimento o non soddisfa i requisiti per ottenere le prestazioni, la domanda sarà inoltrata all'Ente assicuratore competente dello Stato contraente di origine, per l'esame in base alla propria legislazione.

Articolo 8

Nel caso di prestazione per invalidità, al formulario deve essere allegata una relazione medico-legale.

Articolo 9

Nel caso in cui l'interessato abbia compiuto periodi di assicurazione o di contribuzione in base alle legislazioni di entrambi gli Stati contraenti, spetta all'Ente assicuratore di ciascuno Stato esaminare la domanda, tenendo conto unicamente dei periodi compiuti in base alla propria legislazione.

Articolo 10

Qualora l'interessato non abbia diritto alla prestazione da parte di uno degli Stati contraenti solo in base di periodi di assicurazione o di contribuzione compiuti in tale Stato, la prestazione sarà concessa proporzionalmente quest'ultimo tenendo conto dei periodi compiuti nei due Stati, senza che ne derivi alcun pregiudizio alla concessione della prestazione autonoma dovuta dall'altro Stato.

Articolo 11

Qualora l'interessato non abbia diritto alla prestazione da parte di nessuno degli Stati contraenti solo in base di periodi di assicurazione e contribuzione compiuti in ciascuno di essi, la prestazione sarà concessa proporzionalmente, tenendo conto dei periodi di assicurazione e di contribuzione dei due Stati.

Articolo 12

Nei casi previsti dagli articoli 10 e 11, ciascun Ente assicuratore competente determina l'importo della prestazione alla quale il lavoratore avrebbe diritto se tutti i periodi fossero stati compiuti sotto la propria legislazione.

L'Ente stabilisce quindi l'importo della prestazione risultante dal rapporto esistente tra periodi totalizzati ed i soli periodi compiuti sotto la propria legislazione.

Articolo 13

Quando la somma degli importi iniziali dovuti dai rispettivi Enti assicuratori non raggiunge il minimo fissato dalla legislazione dello Stato contraente di residenza, la differenza fino a questo minimo è a carico dell'Ente assicuratore di quest'ultimo.

Articolo 14

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

Articolo 15

Contro la decisione adottata dagli Enti assicuratori di ciascuno 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.

Articolo 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.

Articolo 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.

Articolo 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

Articolo 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 sempre che siano soddisfatte le condizioni prescritte, un certificato di distacco temporaneo nel quale si attesta che egli rimane soggetto a tale legislazione e fino a quale 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 sé 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 dodici 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.

Articolo 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 è 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'estinzione 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 quello previsto dalla legislazione applicata dall'Ente assicuratore di affiliazione.

Articolo 21

1. I familiari del lavoratore che rimangono nello Stato contraente di origine hanno diritto alle prestazioni sanitarie a carico dell'Ente assicuratore dello Stato contraente di accoglimento per un periodo di 12 (dodici) mesi, calcolati dalla data di affiliazione del lavoratore alla previdenza sociale di quest'ultimo Stato.
2. L'estinzione e le modalità dell'assistenza sanitaria erogata dall'Ente competente dello Stato contraente in cui i familiari risiedono sono quelle stabilite dalla legislazione che detto Ente applica.
3. Ai fini dell'applicazione del presente articolo, sono considerati familiari del lavoratore coloro che in base alle legislazioni previdenziali del Paese di accoglimento del lavoratore hanno diritto all'assistenza sanitaria.
4. Ai fini del riconoscimento del diritto, l'Ente assicuratore dello Stato di accoglimento trasmette, senza indugio, al corrispondente Ente assicuratore dell'altro Stato, un attestato in cui sono indicati i nomi dei familiari, il periodo in cui avranno diritto alle prestazioni e il luogo della loro residenza.

Articolo 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'estinzione 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 è quello previsto dalla legislazione applicata dall'Ente assicuratore di affiliazione.
4. L'attestato rilasciato rimane valido per la durata in esso prevista o fino a quando l'Ente assicuratore del luogo di residenza non abbia ricevuto notifica del suo annullamento.

Articolo 23

1. La concessione di protesi è subordinata, salvo i casi di urgenza assoluta, alla preventiva autorizzazione dell'Ente assicuratore competente dello Stato cui l'interessato è affiliato.
2. Debbono intendersi casi di urgenza assoluta, per i quali non è richiesta una 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.

Articolo 24

1. Le spese per prestazioni sanitarie, erogate ai sensi dei precedenti articoli 19 e 20 dall'Ente assicuratore dello Stato di soggiorno temporaneo per conto dell'Ente assicuratore cui il lavoratore è 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 ufficiali 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 contestate saranno oggetto di pagamento successivo, non appena chiarite le divergenze.

Articolo 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 del 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 annuo per persona per il numero annuo di persone risultanti dagli inventari inviati dall'Ente assicuratore brasiliano e che sono serviti all'Ente assicuratore italiano per l'iscrizione delle persone stesse.
 - II Il costo medio annuo per persona si ottiene dividendo le spese annue relative 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 cessa 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.