

11-12 NOVEMBRE
DICEMBRE
1978

dossier europa

emigrazione

Sicurezza sociale e emigrazione



**Belgio
Gran Bretagna
Germania**

dossier europa

emigrazione

Anno III - nov.-dic. 1978, nn. 11-12

Rivista mensile di documentazione e dibattito sui problemi dell'emigrazione, a cura dei CSER (Centri Studi Emigrazione Riuniti)

Comitato promotore

CIEMM

46, rue de Montreuil - 75011 Paris

CSERPE

Oberwilerstr. 112 - 4058 Basel

CSER

Via Calandrelli 11 - 00153 Roma

Gruppo di redazione

G. Baggio, L. Favero, U. Marin, A. Perotti,
T. Pozzi, GF. Rosoli, L. Taravella, G. Tassello

Corrispondente CEE

G. Callovi

Grafica

Bruno Murer

Direttore responsabile

Luigi V. Favero

Autorizzazione del Tribunale di Roma,
n. 16.733 del 18 marzo 1977

Iscritto al Registro Nazionale della stampa
in data 22.2.1977 con il n. 1273

ABBONAMENTO

Italia L. 5.000

Esteri L. 5.000

ccp. 57678005 intestato a CSER, Via Calandrelli 11 - 00153 Roma, Tel. (06) 58.27.41 - 58.09.764

PRESENTAZIONE

Chiudiamo con il numero di novembre-dicembre la presentazione della Sicurezza sociale in rapporto all'emigrazione per le nazioni di Germania, Gran Bretagna e Belgio. Curatore della rassegna presente, così come del numero precedente riguardante la sicurezza sociale in Italia, Francia e Lussemburgo è il dott. Alberto Zamblera, responsabile dell'Ufficio INAS di Londra.

Con il prossimo anno la direzione, redazione e amministrazione di Dossier Europa Emigrazione si trasferisce a Basilea presso lo CSERPE e sarà curata da Angelo Negrini. Il trasferimento in emigrazione della rivista vuol significare un suo potenziamento e una maggior sintonia con i problemi attuali dell'emigrazione.

Al nuovo Direttore i migliori auguri di un proficuo lavoro e a tutti i lettori gli auguri di Buon Natale e Felice Anno 1979.

SOMMARIO

<i>Morir d'attesa</i>	3
<i>Sicurezza sociale in Germania</i>	4
<i>Sicurezza sociale in Gran Bretagna</i>	16
<i>Sicurezza sociale in Belgio</i>	21
<i>Indice dell'annata 1978</i>	29

MORIR...D'ATTESA!

Il Sig. B.Emme, nato il 27.7.1887, professione: pensionato, il 17.9.1975 inoltra cortese richiesta all'INPS di Torino per il trasferimento della pensione in Inghilterra: dall'Ufficio Postale di Via Praly ad Walton On Thames, nel Surrey. Ultima rata riscossa in Italia: agosto 1975.

Se si fosse trattato di un trasferimento di pensione inglese dalla Gran Bretagna all'Italia la definizione della pratica avrebbe richiesto 2-3 mesi, non di più. Le statistiche non sono sempre un'opinione.

Sfortunatamente per il Sig. Emme si tratta di pensione italiana da trasferire in Inghilterra.

Nel maggio del 1976 non si è ancora registrata alcuna novità. Ed inizia così una lunga serie di solleciti, inoltrati attraverso gli Uffici INAS. Il 24.9.1976: è già passato l'anniversario della presentazione della domanda: nessuna risposta. I solleciti si ripetono senza eco dall'altra parte.

Finalmente il 21.5.1976 l'INAS di Torino comunica di aver avuto formale assicurazione dall'INPS che la pratica è stata inoltrata alla Direzione Generale a Roma in data 21.3.1977. Si è ben disposti a crederlo, dopo ormai un anno e mezzo.

E così l'INAS di Londra trasmette la «lieta notizia» al vecchio emigrato chiedendo anche un certificato di «stato in vita». E si invia il tutto, questa volta a Roma, in data 8.7.1977.

Da Roma si risponde ai primi di novembre comunicando, con rammarico, che la pratica non risulta affatto pervenuta alla Direzione Generale. E si riscrive a Torino. Nel frattempo al problema è stato interessato anche il Department of Health and Social Security che si è messo a sua volta, di buona lena, a sollecitare l'INPS.

Non ancora soddisfatta la Sig.ra M. Chiedeva anche l'intervento del Parlamento Inglese della sua circoscrizione, il quale si prestava ben volentieri e

chiedeva appuntamento al Console Generale di Londra per sollecitare un suo intervento.

Finalmente, nella poco radiosa alba del 25.2.1978 ecco giungere in Inghilterra la fatidica notizia che l'INPS di Torino (che aveva assicurato di averla inoltrata l'anno precedente] aveva trasmesso la pratica a Roma. La notizia viene confermata da Roma: la pratica è giunta a destinazione, ma la Direzione Generale non è ancora in grado di procedere perchè «in attesa di ricevere gli elaborati dal Centro Elettronico per il pagamento all'estero» (si prega di notare il linguaggio fantascientifico).

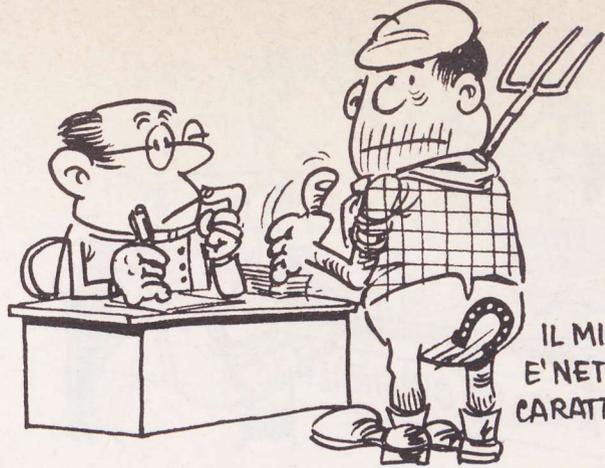
Frattanto quel che si temeva e che era stato più volte fatto presente all'INPS è accaduto. B.M., pensionato, anni 91, moriva senza la legittima gioia di aver ricevuto sul suolo inglese la sua pensione.

Ed ecco la vedova Sig.ra D.A.M. presentare la domanda di liquidazione a suo nome delle rate di pensione maturate e non riscosse e poi la domanda di reversibilità.

Il 6.7.1978 il tanto atteso assegno giunge alla banca italiana incaricata del pagamento delle pensioni in Inghilterra: suprema ironia, è intestato al Sig. B.M., defunto. La moglie non può riscuotere. Si deve cambiare il nome dell'intestatario. E così si deve ricominciare.

Riusciranno i nostri eroici Uffici INPS a resistere per altri due o tre anni, in attesa che anche la Sig.ra A.D. vedova M. abbia raggiunto l'eterna quiete dove la pensione non necessita più, dove non c'è bisogno di alcun sollecito, dove non si è più costretti a penose, interminabili attese?

Non vorrei mai credere che l'INPS abbia scelto come prassi, per risanare il proprio pauroso deficit, quella di temporeggiare di proposito per fare in modo che i pensionati, almeno quelli più avanzati in età, possano morir d'attesa.



10. Assicurazione malattia

L'importo dei contributi ammonta al 9-12%, a seconda delle casse malattia, della retribuzione. Il contributo viene suddiviso in parti uguali tra datore di lavoro e lavoratore.

Per i pensionati, i contributi sono versati dall'assicurazione pensioni; per i disoccupati, dall'Istituto federale del lavoro.

11. Assicurazione infortuni

I contributi sono pagati esclusivamente dal datore di lavoro.

12. Assicurazione pensioni

Il contributo ammonta al 18% della retribuzione. Il relativo onere è sostenuto per metà dal datore di lavoro e per metà dal lavoratore.

Nel settore minerario il contributo ammonta al 23,5% della retribuzione, di cui il datore di lavoro paga il 15% e il lavoratore l'8,5%.

13. Assicurazione contro la disoccupazione

Il contributo ammonta al 3% della retribuzione. Il contributo è diviso in parti uguali tra datore di lavoro e lavoratore.

14. Prestazioni familiari (assegni familiari)

Gli assegni familiari sono finanziati esclusivamente da mezzi pubblici.

15. Assicurazione volontaria

La possibilità di un'assicurazione volontaria esiste

— nell'assicurazione contro le malattie (*Weiterversicherung*); questa possibilità può interessare soprattutto gli impiegati;

— nell'assicurazione pensioni; tuttavia, in questo ramo l'assicurazione volontaria non è ammessa se esiste un rapporto assicurativo obbligatorio.

Se si desidera avvalersi di tale possibilità, occorre rivolgersi alla cassa malattia competente oppure all'organismo dell'assicurazione pensioni a favore del quale vengono trattenuti i contributi del lavoratore.

2. I DIRITTI E OBBLIGHI DEL LAVORATORE. CIÒ CHE SI DEVE SAPERE PER FRUIRE DELLE PRESTAZIONI



Assicurazione malattia (*Krankenversicherung*)

PRESTAZIONI DI MALATTIA FORNITE AL LAVORATORE NELLA R.F. DI GERMANIA

Assistenza medico-generica, specialistica e dentistica

16. Il lavoratore ha diritto all'erogazione gratuita delle prestazioni sanitarie da parte di medici generici e specialisti, nonché della necessaria cura dentaria da parte di dentisti e ciò per tutta la durata dell'assicurazione senza limite di tempo.

17. Il lavoratore che abbia bisogno di assistenza medico-generica, specialistica o dentistica, prima di farsi visitare dal medico deve farsi rilasciare dalla propria cassa malattia un «foglio di ma-

lattia» (*Krankenschein*, chiamato *Behandlungsschein* nel settore minerario), da consegnare al medico all'inizio della cura. Il foglio di malattia è valido fino al termine del trimestre civile in cui la cura ha avuto inizio.

18. Spesso le casse malattia affidano al datore di lavoro il compito di compilare i fogli malattia per i loro dipendenti. In tal caso ci si deve conformare alle indicazioni del datore di lavoro rivolgendosi al reparto dell'azienda che rilascia tali fogli di malattia.

19. Alcune cause malattia forniscono ai loro assicurati libretti di fogli di malattia (*Krankenscheinhefte*) contenenti un certo numero di tali fogli. Se si ha bisogno di assistenza sanitaria, basta estrarre dal libretto un foglio di malattia, compilarlo e firmarlo. In un trimestre può essere utilizzato un solo foglio di malattia.

20. Se, in caso di urgenza, il foglio di malattia non può essere consegnato al medico all'inizio della cura, si deve comunicare al medico la cassa malattia presso cui si è assicurati e informarlo che la cura deve essere erogata per conto di tale cassa.

21. Le prestazioni sanitarie sono erogate da medici mutualistici, compresi gli specialisti e i dentisti, da scegliere nell'apposito elenco prima dell'inizio della cura ed all'inizio di ogni successivo trimestre civile. L'elenco dei medici e dentisti mutualistici può essere consultato negli uffici amministrativi delle casse malattia.

22. Se per casi urgenti non si può raggiungere il medico o il dentista mutualistico, si potranno ottenere le prime cure del caso anche da un medico o da un dentista non appartenente alla cassa malattia; in un secondo tempo si invierà al sanitario che ha prestato le prime cure uno dei fogli di malattia recante la dicitura *Notfall* (urgenza). Si dovrà comunque proseguire le cure iniziate presso un medico o dentista mutualistico.

sicurezza sociale in GERMANIA

1. INDICAZIONI GENERALI

Nella Repubblica federale di Germania la sicurezza sociale protegge il lavoratore e i suoi familiari

- in caso di malattia, maternità e morte (assegno funerario),
- in caso di infortuni sul lavoro e malattie professionali,
- in caso d'invalidità, incapacità professionale, ridotta capacità di guadagno, vecchiaia e morte (pensioni),
- in caso di disoccupazione.

Inoltre, per i figli in possesso dei relativi requisiti vengono erogati assegni familiari (per i figli).

ORGANIZZAZIONE

Per la assicurazione del lavoratore sono competenti i seguenti organismi:

1. Assicurazione contro le malattie

La Cassa generale locale di malattia (*Allgemeine Ortskrankenkasse - AOK*) competente per la località in cui si è occupati; può trattarsi peraltro anche di una Cassa aziendale di malattia (*Betriebskrankenkasse - BKK*) oppure di una Cassa artigiana di malattia (*Innungskrankenkasse - IKK*), la Cassa federale di assicurazione dei minatori (*Bundesknappschaft*) oppure la Cassa di assicurazione dei marittimi (*See-Krankenkasse*), se si svolge il lavoro nei trasporti marittimi.

2. Assicurazione contro gli infortuni

Secondo tali criteri può essere competente:

- un'associazione professionale per le aziende del settore industriale e commerciale (*Gewerbliche Berufsgenossenschaft*);
- un'associazione professionale agricola (*Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft*), per le aziende agricole e orticole;
- oppure l'associazione professionale marittimi (*See-Berufsgenossenschaft*),

per le imprese esercenti il trasporto marittimo o la pesca marittima.

3. Assicurazione per le pensioni

Gli enti operanti nel campo dell'assicurazione pensioni sono:

- *Landesversicherungsanstalten* (Istituti regionali di assicurazione) per gli operai,
- *Bundesversicherungsanstalt für Angestellte* (Istituto federale di assicurazione federale degli impiegati) 1, Berlin 31, Ruhrstr. 2, per gli impiegati;

oppure uno dei seguenti istituti speciali:

- *Bundesbahn-Versicherungsanstalt* (Istituto di assicurazione delle ferrovie statali 6 Frankfurt/M., Karlstr. 4/6 (per i lavoratori delle ferrovie tedesche),
- *Seekasse* (Cassa di assicurazione dei marittimi), 2 Hamburg 11, Reimerstwiete 2 (per il personale della navigazione marittima, nonché per gli impiegati e piloti addetti alla navigazione marittima),
- Bundesknappschaft* (Cassa federale di assicurazione dei minatori), 463 Bochum, Pieperstr. 14/28 (per gli operai ed impiegati delle aziende minerarie).

4. Assicurazione contro la disoccupazione

Bundesanstalt für Arbeit (Istituto del lavoro) 85 Nürnberg, i cui organi periferici sono gli *Arbeitsämter* (Uffici del lavoro) con competenza regionale.

5. Prestazioni familiari (assegni familiari)

Bundesanstalt für Arbeit (Istituto federale del lavoro), 85 Nürnberg.

ASSICURAZIONE E DOCUMENTI ASSICURATIVI

6. Subito dopo l'assunzione del lavoratore nell'azienda, il datore di lavoro

adempirà le formalità necessarie per farlo assicurare. Lo farà iscrivere presso la cassa malattia, che a sua volta informerà gli enti competenti per l'assicurazione pensioni e per l'assicurazione contro la disoccupazione.

7. Il datore di lavoro chiederà per il lavoratore anche un numero di assicurazione.

8. Espletate le formalità del caso, l'organismo dell'assicurazione pensioni farà pervenire al lavoratore un libretto assicurativo. Tale libretto contiene:

- un certificato attestante il numero di assicurazione presso l'assicurazione pensioni,
- un certo numero di moduli di notificazione per le comunicazioni alla cassa malattia e all'Ufficio del lavoro,
- un certo numero di schede assicurative (*Versicherungskarte*) per la registrazione delle remunerazioni ai fini dell'assicurazione pensioni, nonché per comunicare la cessazione dell'assicurazione presso la cassa malattia e presso l'Ufficio del lavoro (*Abmeldung*),
- un modulo di richiesta (*Anforderung*) per chiedere nuovi documenti assicurativi.

9. Dal libretto assicurativo (*Versicherungsnachweisheft*) si dovrà estrarre il certificato destinato al lavoratore e consegnare il libretto stesso immediatamente al datore di lavoro. Se si è già stati assicurati in precedenza nella Repubblica federale di Germania e si è in possesso di un libretto assicurativo, si deve consegnarlo al datore di lavoro, quando si entra in servizio.

Alla cessazione del rapporto di lavoro, il datore di lavoro restituirà il libretto al lavoratore.

CONTRIBUTI

I contributi vengono in genere trattenuti sulla retribuzione a cura del datore di lavoro. A questo riguardo sarà opportuno tener presente quando segue:



23. Se il medico curante ritiene necessario il ricorso ad un altro medico (specialista), ad un policlinico universitario o altro istituto di cura, rilascerà apposita richiesta (*Überweisungsschein*) da consegnare al destinatario.

Medicinali

24. I medicinali necessari per le cure vengono prescritti dal medico mutualistico. I medicinali possono essere prelevati presso qualsiasi farmacia.

25. Il 20% del prezzo del medicinale deve essere pagato alla farmacia, a meno che il medico curante non abbia indicato sulla ricetta l'esenzione da tale versamento.

Prestazioni sanitarie integrative

26. Se il medico prescrive un presidio terapeutico od ortopedico od altra prestazione integrativa (ad es.: occhiali, cinti erniari, tutori del tronco, plantari, cure termali, massaggi, ecc.) si deve prima presentare la ricetta alla cassa malattia.

Protesi ed altri apparecchi

27. Anche le protesi e gli altri apparecchi necessari vengono concessi se sono prescritti dal medico. Sono pure a carico della cassa malattia le spese relative ad eventuali modificazioni alla prima applicazione od alla sostituzione di parti, nonché all'addestramento per l'uso dell'apparecchio. Le ricette per apparecchi di protesi devono essere presentate preventivamente per approvazione alla cassa malattia.

28. Nel caso di protesi o corone dentarie, la cassa malattia può concorrere alla spesa od assumerne l'intero costo. Il preventivo di spesa deve essere presentato per approvazione alla cassa malattia, prima dell'approntamento della protesi dentaria.

Assistenza in ospedale, cliniche e centri di cura ed altri istituti speciali

29. Le casse malattia concedono, quando necessario, l'assistenza ospedaliera della classe «generale».

30. È concessa l'assistenza ospedaliera durante tutto il periodo dell'assicurazione, senza limite di tempo. Se il rapporto assicurativo viene a cessare durante l'assistenza ospedaliera, questa può essere prolungata al massimo di ulteriori 26 settimane successivamente alla data di scadenza dell'assicurazione stessa.

31. La necessità del ricovero ospedaliero deve essere certificata dal medico. A parte i casi urgenti, la cassa malattia assume il costo dell'assistenza ospedaliera solo se la relativa autorizzazione viene precedentemente richiesta mediante presentazione del certificato medico.

32. La cassa malattia può concedere la cura e il ricovero in centri di cura ed in istituti speciali se tali prestazioni non possono essere concesse da altri enti delle assicurazioni sociali.

Spese di viaggio e di Trasporto

33. Le casse malattia assumono a loro carico le spese di viaggio e di trasporto rivelatesi necessarie in rapporto all'assistenza sanitaria, ospedaliera od altre prestazioni, dietro presentazione dei relativi titoli di viaggio (biglietti) e di un attestato rilasciato dal medico, dall'ospedale o da altro istituto che somministra la cura. Le spese di trasporto con autoambulanza o con taxi vengono rimborsate se la loro necessità è comprovata da certificato medico.

Aiuto domestico

34. A talune condizioni si ha diritto all'invio di un «aiuto domestico» od al congruo rimborso delle spese per un «aiuto domestico» reperito dal lavoratore se non è possibile provvedere al governo della casa perchè il lavoratore stesso od il coniuge è ricoverato in ospedale od in una clinica di maternità,

oppure si segue una cura termale il cui costo è assunto interamente o in parte da una cassa malattia.

Diagnosi precoce delle malattie

35. Si ha diritto alle seguenti provvidenze nel campo della diagnosi precoce:

- a) esami per la diagnosi precoce di malattie di bambini sino al quarto anno di età;
- b) esame annuale per la diagnosi precoce del cancro nelle donne a partire dal 30° anno di età e negli uomini a partire dal 45° anno di età.

36. Per avvalersi di tali esami, occorre presentare al medico un'autorizzazione (*Berechtigungsschein*) in tal senso rilasciata dalla cassa malattia.

Indennità di malattia (*Krankengeld*) in caso di incapacità al lavoro dell'assicurato

37. In linea generale si ha diritto, in caso di incapacità al lavoro dovuta a malattia insorta senza colpa, al pagamento della retribuzione da parte del datore di lavoro, per le prime sei settimane dell'incapacità lavorativa. Durante tale periodo non viene erogata l'indennità di malattia.

38. Il lavoratore deve informare senza indugio il proprio datore di lavoro del suo stato di incapacità lavorativa, della prevedibile durata di questa e fargli pervenire, entro il terzo giorno di calendario successivo all'inizio dell'incapacità al lavoro, un certificato medico attestante tale incapacità e indicante la prevedibile durata della stessa.

39. Se l'assicurato non ha diritto al pagamento della retribuzione da parte del datore di lavoro o se il datore di lavoro cessa, per motivi speciali, la corresponsione di tale retribuzione, subentra l'indennità di malattia dovuta dalla cassa malattia. In questo caso, la corresponsione dell'indennità di malattia ha inizio, in genere, a partire dal giorno successivo a quello in cui il medico accerta l'incapacità al lavoro.



40. L'indennità di malattia ammonta all'80% della retribuzione normale (*Regellohn*) perduta, ma non può superare l'importo netto di tale retribuzione.

41. Trascorso un anno, l'indennità di malattia verrà adeguata tenendo conto delle maggiorazioni apportate nel frattempo alle prestazioni dell'assicurazione pensioni.

42. L'indennità di malattia viene erogata per ogni giorno di calendario. Se si deve erogare l'indennità di malattia per un intero mese civile, questo mese sarà considerato di 30 giorni per il calcolo della vostra prestazione.

43. L'indennità di malattia viene corrisposta fino al termine dell'incapacità al lavoro certificata dal medico della cassa. Se l'incapacità si protrae oltre la data indicata, il medico rilascerà un nuovo certificato.

44. La durata complessiva dell'erogazione dell'indennità di malattia non è in genere limitata nel tempo; tuttavia, per la stessa malattia l'indennità viene concessa per un periodo non superiore a 78 settimane nel corso di un triennio. Se durante l'incapacità al lavoro insorge un'altra malattia, la durata della prestazione non viene prolungata.

45. Se si percepisce una pensione a carico dell'assicurazione tedesca per la pensione (o della sicurezza sociale di un altro Stato), si applicano disposizioni particolari. Nella domanda rivolta alla cassa per ottenere l'indennità di malattia occorre notificare, possibilmente con i relativi documenti, la natura e la provenienza della pensione stessa.

46. L'indennità di malattia non viene erogata finché all'assistibile viene concessa una congrua indennità transitoria (*Übergangsgeld*) da parte di un altro ente della sicurezza sociale.

47. Se il lavoratore ha provocato intenzionalmente la malattia, corre il rischio di perdere parte o tutta l'indennità di malattia.

48. Il medico della cassa accerta l'incapacità al lavoro, rilascia un certificato di incapacità al lavoro in triplice esemplare. Consegna l'originale all'assicurato perché lo trasmetta al proprio datore di lavoro; la copia viene inviata alla competente cassa tedesca di malattia. Se però il lavoratore ritiene di non avere il diritto di continuare a percepire il salario che eroga il datore di lavoro, informi la cassa malattia subito dopo l'inizio della incapacità, per non dover subire eventuali perdite d'indennità di malattia che gli sono dovute.

49. Se l'incapacità lavorativa è dovuta ad una lesione causata da terzi, si deve darne notizia al datore di lavoro, precisando i fatti e l'identità della persona responsabile della lesione, e ciò al fine di evitare un'eventuale menomazione dei propri diritti.

50. Se la malattia è dovuta ad infortunio, a malattia professionale o ad altra causa violenta, il medico curante e la cassa malattia devono esserne informati immediatamente, anche se la malattia non comporta incapacità al lavoro.

51. Se si è convocati dalla cassa malattia per essere sottoposti a visita da parte del medico fiduciario, si deve, nello stesso interesse del lavoratore, presentarsi puntualmente alla data indicata. Se entro la data fissata per la visita di controllo si riacquista la propria capacità lavorativa, non si è tenuti a rispondere alla convocazione. Se non si è in grado di presentarsi alla visita di controllo perché costretto a letto, si deve darne comunicazione alla cassa malattia, entro e non oltre la data fissata per la visita di controllo. A tale comunicazione occorre allegare la convocazione indicante la data fissata per la visita di controllo, nonché un certificato del medico della cassa.

52. Se si omette di presentarsi, senza fondati motivi, alla visita di controllo, si rischia di perdere l'indennità di malattia a partire dalla data stabilita per la visita stessa.

53. Ci si deve attenere alle prescrizioni del medico curante, specie per quanto riguarda la degenza a letto ed i permessi di uscita.

54. Se si ha intenzione di trasferire la propria residenza o dimora, si deve darne immediata comunicazione alla cassa malattia specificando il nuovo recapito.

Indennità nel caso di malattia di un figlio

55. In caso di malattia di un figlio, l'indennità di malattia viene concessa per un breve periodo se si dimostra, con certificato medico, di dover assentarsi dal lavoro per curare, assistere, sorvegliare il figlio malato.

Prestazioni di maternità (Leistungen bei Mutterschaft)

56. Le lavoratrici assicurate per la loro attività lavorativa presso una cassa malattia tedesca fruiscono delle seguenti prestazioni di maternità

Prestazioni in natura

57. Assistenza medica e ostetrica gratuita durante il periodo di gestazione e dopo il parto. Alla gestante, che ne deve fare debita richiesta, la cassa malattia rilascia un certificato di gravidanza (*Mutterschaftsvorsorgeschein*), necessario per usufruire dei benefici connessi con la gravidanza.

58. Per il parto viene concessa l'assistenza di un'ostetrica e, in caso di bisogno, di un medico. In caso di complicazioni durante la gravidanza e in relazione al parto, all'assicurata vengono forniti medicinali, fasciature ed altre prestazioni in natura.

59. Se il parto ha luogo in un istituto di maternità o ospedale, la cassa deve assumere i relativi oneri per un massimo di 10 giorni dopo il parto.

60. Per la copertura delle altre spese sostenute per il parto, viene corrisposto un importo forfettario di 50 marchi. Il regolamento interno della cassa può portare tale somma forfettaria a 100 marchi. In caso di parti plurimi viene erogato un importo multiplo.

Indennità giornaliera di maternità

61. A partire dalla sesta settimana precedente il parto e per otto settimane (dodici in caso di parto prematuro o plurimo) dopo il parto, viene corrisposta un'indennità giornaliera di maternità pari alla retribuzione netta media giornaliera delle ultime tredici settimane o degli ultimi tre mesi. L'indennità ammonta ad un minimo di 3,50 marchi e ad un massimo di 25 marchi per ogni giorno di calendario.

62. Per l'erogazione dell'indennità giornaliera di maternità occorre essere in possesso di taluni requisiti in materia di anzianità assicurativa e lavorativa. A tal fine vengono presi in considerazione anche i periodi assicurativi maturati in un altro Stato membro. Per ottenere il pagamento dell'indennità giornaliera di maternità prima del parto, si deve presentare il certificato rilasciato da un medico o da una levatrice, in cui si deve indicare la data presunta del parto. Tale documento deve essere rilasciato non prima della 7^a settimana precedente la data presunta del parto.

63. L'indennità giornaliera di maternità non viene erogata se si continua a ricevere la retribuzione.

Assegno funerario (Sterbegeld)

64. La cassa malattia concede, in caso di morte dell'assicurato, un assegno fissato dal proprio regolamento interno, comunque non inferiore a 100 marchi. L'indennità deve anzitutto coprire le spese dei funerali. All'eventuale rima-

nenza hanno diritto, a certe condizioni, nell'ordine: il coniuge, i figli, i genitori, i fratelli e sorelle. L'indennità dev'essere richiesta alla cassa malattia da ultimo competente, con domanda corredata di un certificato di morte e delle fatture relative alle spese dei funerali. Se il decesso ha luogo in un altro Stato membro la domanda per l'indennità deve essere presentata sul formulario E 124, vigente per la Comunità.

EROGAZIONE DI PRESTAZIONI AI FAMILIARI CHE RISIEDONO NELLA REPUBBLICA FEDERALE DI GERMANIA

Indicazioni generali

65. Si ha diritto a prestazioni anche a favore dei familiari che risiedono nel territorio della Repubblica federale. Sono considerati familiari agli effetti di tali prestazioni: la moglie ed i figli a carico; per quanto riguarda i figli, il diritto alle prestazioni di malattia e di maternità spetta fino al limite di età fissato dal regolamento interno della cassa malattia. Anche il diritto degli altri familiari è definito dal regolamento della cassa. Se un familiare è assicurato contro la malattia, le prestazioni connesse saranno erogate soltanto sulla base di tale assicurazione.

66. L'assicurato e i suoi familiari sono tenuti a comunicare alla cassa malattia ogni cambiamento intervenuto nelle loro relazioni che possa incidere sulle prestazioni, specie quando i familiari vengono a stabilirsi nella Repubblica federale.

Prestazioni in natura per la malattia

67. I familiari fruiscono di prestazioni in natura (ad es.: cure mediche, protesi ed altri presidi terapeutici, assistenza ospedaliera, ecc.), nonchè delle misure aventi per scopo la diagnosi precoce di malattia, alle stesse condizioni e nella stessa misura dell'assicurato stesso.

Prestazioni di maternità

68. Gli assicurati ricevono per i loro fa-

miliari prestazioni in natura nella stessa misura dovuta agli assicurati stessi, nonchè un assegno unico di maternità pari a 35 marchi. Il regolamento della cassa malattia può aumentare l'importo di tale assegno sino a 150 marchi.

Assegno funerario

69. Se muore il coniuge o un figlio, oppure un familiare convivente e prevalentemente a carico del lavoratore, spetta un assegno funerario pari alla metà dell'analogo assegno spettante per la morte dell'assicurato stesso. Tale assegno viene decurtato dell'importo dovuto al deceduto dalla propria assicurazione.

70. L'assegno funerario dev'essere chiesto alla cassa malattia competente, mediante la presentazione di un certificato di morte ufficiale. Se il decesso ha avuto luogo non nella Repubblica federale di Germania, bensì in un altro Stato membro la domanda dev'essere presentata sul formulario E 124 in vigore per la Comunità.

EROGAZIONE DI PRESTAZIONI AI FAMILIARI CHE RISIEDONO IN UN ALTRO STATO MEMBRO

71. I familiari a carico del lavoratore residenti in un altro Stato membro non fruiscono delle prestazioni in natura della cassa malattia del loro luogo di residenza, come se il lavoratore fosse assicurato presso questa cassa.

Per poter fruire di tali prestazioni, si deve chiedere alla propria cassa malattia il formulario E 109 oppure, se i familiari vivono in Italia, il formulario E 37 A, entrambi in duplice esemplare, ed inviarlo ai familiari. Ogni variazione nella composizione della famiglia deve essere comunicata immediatamente alla propria cassa tedesca di malattia.

DIRITTO ALLE PRESTAZIONI IN CASO DI SOGGIORNO IN UN ALTRO STATO MEMBRO

72. Il lavoratore e i familiari a suo carico hanno diritto alla concessione delle prestazioni se, durante un periodo di



permanenza (ad es. ferie) in un altro Stato membro, si rendono necessari, in seguito a malattia, un intervento medico o un ricovero in ospedale. Prima di intraprendere il viaggio si chiede alla cassa malattia a cui si appartiene il formulario E 111, che attesta i diritti del lavoratore.

CONCESSIONE DI PRESTAZIONI IN ALTRI STATI MEMBRI DOPO L'AVVERARSI DEL RISCHIO ASSICURATO NELLA REPUBBLICA FEDERALE DI GERMANIA

73. Se il lavoratore o un familiare a suo carico si ammalano nella Repubblica federale di Germania e si vuole far ritorno al proprio domicilio in un altro Stato membro o si vuole effettuare un cambiamento di domicilio in un altro Stato membro, si conserva interamente il proprio diritto alle prestazioni; tale cambiamento di domicilio viene preventivamente autorizzato dalla cassa malattia. Per non perdere quindi il diritto alle prestazioni, il lavoratore si dovrà rivolgere, prima di partire, alla cassa malattia tedesca. Se questa si dichiara d'accordo con il cambiamento di domicilio, si riceverà un formulario E 112 ed eventualmente E 117.

74. Ciò vale anche per la concessione delle prestazioni di maternità.

75. Qualora il lavoratore o un familiare a suo carico, si vuole recare temporaneamente in un altro Stato membro per sottoporsi ad un trattamento adeguato alle proprie condizioni di salute vale quanto detto al n. 73. Anche in questo caso la conservazione del diritto alle prestazioni in natura e in denaro dipende dal consenso della cassa malattia per potersi spostare.

RICORSI

76. Se non si accetta una decisione adottata nei confronti del lavoratore dalla propria cassa malattia, si ha facoltà di presentare appello all'Ufficio ricorsi (*Widerspruchsstelle*) della cassa malattia entro un mese dalla data di ricezione della decisione stessa. Contro le decisioni negative di questo ufficio

si può presentare ricorso presso il tribunale sociale (*Sozialgericht*) entro un mese dalla notifica della decisione.



Assicurazione contro gli infortuni (infortuni sul lavoro e malattie professionali)

77. L'assicurazione infortuni protegge il lavoratore durante l'attività professionale, nonché durante il percorso verso e dal posto di lavoro.

78. I principali compiti dell'assicurazione infortuni sono:
 — la prevenzione degli infortuni, e
 — la tutela assicurativa in caso di sinistro.

79. Le disposizioni antinfortunistiche fanno obbligo al datore di lavoro di installare e di mantenere i posti di lavoro in maniera che il lavoratore sia tutelato contro gli infortuni e le malattie professionali. È obbligo del lavoratore conformarsi scrupolosamente a tali disposizioni. Queste vengono rese note, in genere, al posto di lavoro, anche nella madre lingua del lavoratore.

80. I casi che danno diritto a prestazioni sono di tre tipi:
 — *infortunio sul lavoro*: con tale espressione si intende un infortunio che si verifica in connessione con l'attività professionale. Vi si annoverano anche gli spostamenti per la comunicazione di messaggi od i viaggi effettuati per incarico del datore di lavoro. La colpa dell'assicurato non ha rilevanza;
 — *infortunio in itinere*: con tale

espressione si intende un infortunio verificatosi durante il percorso di andata o di ritorno fra casa e posto di lavoro. Il mezzo di trasporto utilizzato (anche la propria autovettura) o la colpa dell'assicurato non hanno alcuna rilevanza. Sono una eccezione tuttavia gli infortuni dovuti a stato di ubriachezza;
 — *malattia professionale*: con tale espressione si intendono le malattie causate da determinate attività particolarmente nocive alla salute.

Il datore di lavoro ha l'obbligo di denunciare ogni caso di infortunio. Non è indispensabile che la vittima o i suoi superstiti presentino una domanda. Sono previste le seguenti prestazioni:

81. Trattamento terapeutico (Heilbehandlung)

Questo comprende l'assistenza medica, la fornitura di medicinali, di protesi e di altri apparecchi, nonché il ricovero in ospedale o in una casa di cura specializzata. In virtù delle norme vigenti nell'ambito delle Comunità europee, si può fruire di tali prestazioni anche se ci si trova in un altro Stato membro. A tal fine è necessario un attestato dell'ente assicuratore competente (formulario E 111). Le suddette prestazioni vengono erogate dalle casse malattia.

82. Indennità trasitoria (Übergangsgeld)

Questa indennità viene erogata durante l'incapacità al lavoro dovuta ad infortunio sul lavoro od a malattia professionale quando per tale periodo l'assistito non percepisce né salario né indennità di malattia. L'indennità transitoria ammonta all'80% della retribuzione normale che viene a mancare. L'«indennità transitoria» viene erogata anche se durante l'incapacità al lavoro l'assicurato fa ritorno nel paese di origine o si reca in un altro Stato membro. In tal caso si dovrà informare tempestivamente l'associazione professionale a cui si appartiene delle proprie intenzioni.

83. Assistenza professione (Berufshilfe)

Con tale termine si intende il re inse-



rimento dell'infortunato nella vita di lavoro e la sua riqualificazione professionale. Durante il periodo dell'assistenza professionale viene erogato un sussidio di sostentamento.

84. Rendita dell'infortunato (Verletztenrente)

Se l'incapacità di guadagno del lavoratore risulta diminuita di almeno il 20% a causa dell'infortunio, per un periodo di oltre 13 settimane viene concessa una rendita dell'infortunato. Questa prestazione viene erogata a partire dalla cessazione dell'incapacità al lavoro e al più tardi a partire dalla 79ª settimana successiva all'infortunio sul lavoro (malattia professionale). La misura della rendita dell'infortunato dipende da quella della diminuzione della capacità di guadagno e dalla retribuzione annua dell'assistito. Se la diminuzione è del 100% la rendita dell'infortunato sarà pari ai 2/3 della retribuzione annua (rendita integrale). In caso di diminuzione parziale, verrà erogata una parte della rendita integrale corrispondente al grado della diminuzione. In taluni casi la rendita dell'infortunato è maggiorata da un supplemento per infortunio grave (10% della rendita) e da un supplemento per figli.

85. Assegno funerario (Sterbegeld)

Se in seguito ad un infortunio sul lavoro o ad una malattia professionale sopravviene la morte dell'assicurato, viene erogato un assegno funerario a favore di chi ha sostenuto le spese dei funerali. Questo assegno ammonta ad 1/12 della retribuzione annua.

86. Rendita ai superstiti (Hinterbliebenenrenten)

Questa rendita viene erogata solo se la vittima muore in conseguenza di un infortunio sul lavoro o di una malattia professionale. Si tratta delle seguenti forme di rendita:

— *Rendita alla vedova (Witwenrente)*: questa ammonta al 30% della retribuzione annua. A talune condizioni (compimento del 45° anno di età, figli, incapacità professionale - Berufsunfähig-

keit) la rendita è portata al 40%.

— *Rendita al vedovo (Witwerrente)*: questa viene corrisposta se la moglie deceduta provvedeva in misura prevalente al sostentamento della famiglia. La misura di questa rendita corrisponde a quella della rendita alla vedova.

— *Rendita al(la) divorziato(a) (Geschiedenenrente)*: l'erogazione di questa rendita presuppone l'obbligo degli alimenti da parte del defunto. La misura di questa rendita corrisponde a quella della rendita alla vedova.

— *Rendita ai genitori (Elternrente)*: questa rendita viene versata ai genitori o nonni, se del caso ai genitori adottivi, al patrigno o matrigna, se il defunto aveva contribuito in misura prevalente al loro sostentamento mediante la propria retribuzione. Questa rendita ammonta al 30% della retribuzione annua; in caso di genitore unico si riduce al 20%.

— *Rendita all'orfano (Waisenrente)*: questa rendita viene corrisposta ai figli del defunto fino al compimento del 18° anno di età e del 25° anno di età in caso di formazione scolastica o professionale, nonché in caso d'infermità del figlio. La rendita ammonta al 20% (nel caso di orfano di un genitore) od al 30% (orfano di entrambi i genitori) della retribuzione annua.

87. Riscatto (Abfindung)

Le rendite dell'infortunato, le rendite alla vedova o al vedovo possono essere riscattate (capitalizzate) a talune condizioni. Se una tale operazione di riscatto interessa, rivolgersi all'associazione professionale che eroga la rendita.



Assicurazione per le pensioni

88. L'assicurazione pensioni (*Rentenversicherung*) ha lo scopo di tutelare il lavoratore e i suoi familiari in caso d'invalidità (invalidità professionale o ridotta capacità di guadagno), vecchiaia e morte, mediante l'erogazione di una pensione.

Tutti gli operai ed impiegati, indipendentemente dal livello del loro reddito, sono obbligatoriamente assicurati. Gli addetti a lavori prevalentemente manuali fanno capo all'assicurazione pensioni per operai, mentre quelli che svolgono attività prevalentemente intellettuale sono coperti dall'assicurazione pensioni degli impiegati. Non è ammessa la scelta fra i due regimi.

Assicurazione volontaria (Freiwillige Versicherung)

La stipulazione di un'assicurazione volontaria dipende dalla decisione degli interessati.

89. Versamento dei contributi

La quota contributiva a carico del lavoratore viene trattenuta dal datore di lavoro al momento del pagamento del salario o stipendio e trasmessa, insieme con la quota a suo carico, alla cassa malattia.

90. Certificazione dei contributi

La certificazione dei contributi versati per il conto del lavoratore avviene per

IN SEGUITO ALL'INFORTUNIO LE SUE CAPACITÀ
DI QUADAGNO SONO AUMENTATE DEL 50%!!



mezzo della tessera di assicurazione (*Versicherungskarte*). Questo documento viene compilato dal datore di lavoro, il quale ne rilascia una copia.

PRESTAZIONI DELLA ASSICURAZIONE PENSIONI

91. Provvedimenti sanitari

Questi sono destinati a conservare la capacità lavorativa ed evitare l'erogazione di pensioni anzi tempo. Si tratta di:

— *Trattamento terapeutico (Heilbehandlung)*: rientrano in questo concetto tutte le necessarie misure mediche e anzitutto le cure cliniche ed in istituti specializzati.

— *Riqualificazione professionale (Berufsförderung)*: con ciò si tende anzitutto a dare una nuova formazione professionale (riconversione - *Umschulung*), ma anche ad agevolare la conservazione del posto di lavoro o il conseguimento di un nuovo posto di lavoro.

— *Assistenza sociale*: qui si tratta anzitutto dell'erogazione di una *indennità transitoria (Übergangsgeld)* per la durata dei provvedimenti sanitari. Questa indennità ammonta all'80% della retribuzione e non può essere erogata in aggiunta alla retribuzione normale.

92. Pensioni dell'assicurato

a) *Pensione per invalidità professionale (Rente wegen Berufsunfähigkeit)*: questa viene concessa quando l'assicurato non è in grado di esercitare la propria professione e può far valere una anzianità assicurativa di almeno 60 mesi.

Non è in grado di esercitare una professione l'assicurato la cui capacità di guadagno è ridotta a meno della metà di quella di un assicurato sano avente formazione analoga e capacità equivalenti.

b) *Pensione per ridotta capacità di guadagno (Rente wegen Erwerbsunfähigkeit)*: questa pensione viene erogata quando l'assicurato non è in grado di esercitare un'attività proficua e può far valere un'anzianità assicurativa di almeno 60 mesi.

È considerato incapace di guadagnarsi la vita un assicurato che a causa di malattia non è in grado di esercitare, per un periodo determinato, alcuna attività proficua o può conseguire solo redditi inadeguati.

c) *Pensione di vecchiaia (Altersrente)*: questa viene erogata indipendentemente dalle condizioni di salute quando l'assicurato ha raggiunto un determinato limite di età ed ha un'anzianità assicurativa di almeno 180 mesi. La pensione di vecchiaia spetta:

— alle donne che abbiano raggiunto il 60° anno di età, se negli ultimi 20 anni hanno versato per almeno 121 mesi di contributi obbligatori;

— alle donne e agli uomini che abbiano raggiunto il 60° anno di età, se durante gli ultimi 18 mesi sono stati disoccupati per almeno 52 settimane e durante questo periodo si sono iscritti come aspiranti lavoratori presso un ufficio del lavoro tedesco;

— i grandi invalidi civili, le persone colpite da invalidità professionale o da ridotta capacità di guadagno al compimento del loro 62° anno di età, se hanno un'anzianità assicurativa di almeno 35 anni;

— gli assicurati che abbiano compiuto il 63° anno di età, se possono far valere un'anzianità assicurativa di 35 anni (ossia la «pensione anticipata»);

— gli assicurati che hanno raggiunto il 65° anno di età, senza ulteriori requisiti.

93. Pensioni ai superstiti

Se muore l'assicurato, la vedova, il vedovo, l'ex coniuge e gli orfani possono fruire di una pensione, se l'assicurato aveva un'anzianità contributiva di almeno 60 mesi.

a) *La pensione alla vedova (Witwenrente)*: spetta alla vedova, senza condizione di età, di capacità di guadagno, di stato di bisogno o di durata del matrimonio. In caso di nuovo matrimonio decade il diritto a pensione. A titolo di riscatto, viene corrisposto un importo pari a cinque volte la pensione annua.

b) *La pensione per il vedovo (Witwenrente)*: viene erogata al vedovo se la moglie aveva provveduto in misura pre-

valente al sostentamento della famiglia. Per il resto valgono le norme relative alla pensione della vedova.

c) *La pensione per il coniuge divorziato (Geschiedenenrente)*: spetta all'ex coniuge dell'assicurato il cui matrimonio sia cessato per divorzio o sia stato annullato, se l'assicurato, al momento della morte, era tenuto agli alimenti o provvedeva volontariamente al suo sostentamento. Per il resto valgono le norme relative alla pensione alla vedova.

d) *La pensione per gli orfani (Waisenrente)* spetta, dopo la morte dell'assicurato, ai figli fino al compimento del 18° anno di età e fino al 25° anno in caso di frequenza di corsi scolastici o di formazione professionale, nonché in caso d'infermità del figlio.

94. Periodo di attesa (Wartezeit)

Il termine di attesa indica una durata minima di anzianità assicurativa. Per il computo di questo periodo di attesa si prendono in considerazione, oltre ai periodi contributivi, anche i cosiddetti «periodi assimilati» (*Ersatzzeiten*). Nell'accertare la sussistenza o meno dell'anzianità assicurativa prescritta, si terrà conto anche dei periodi contributivi maturatisi in un altro Stato membro.

95. Domanda di pensione

Le prestazioni dell'assicurazione pensioni vengono concesse soltanto se ne fa debita domanda. Se si fa ritorno nel paese d'origine o ci si reca in un altro Stato membro, l'assicurato o i superstiti, può presentare la domanda intesa ad ottenere la pensione dell'assicurazione tedesca anche presso l'ente competente del paese in cui ci si reca. Si raccomanda di chiedere la pensione di vecchiaia prima ancora di raggiungere l'età pensionabile.

96. Ammontare della pensione

L'ammontare delle pensioni è determinato:



— *dalla base di calcolo personale*; questa cifra esprime il rapporto esistente ogni anno fra la retribuzione individuale e la media delle retribuzioni di tutti gli assicurati;

— *dalla base di calcolo generale*; questa cifra viene fissata annualmente;

— *dal numero degli anni di assicurazione*; oltre ai periodi di contribuzione effettiva, sono presi in considerazione anche i periodi assimilati (*Ersatzzeiten*), i periodi di interruzione (*Ausfallzeiten*) e i periodi integrativi (*Zurechnungszeiten*). I periodi di assicurazione maturatisi in un altro Stato membro saranno presi in considerazione nel calcolo degli anni assicurativi utili ai fini della pensione e quindi anche nella determinazione della pensione stessa;

— *dal tasso di maggiorazione* questo ammonta, per le pensioni in caso di invalidità professionale, all'1%, per le pensioni in caso di ridotta capacità di guadagno e per le pensioni di vecchiaia all'1,5%.

97. *Maggiorazione per figli*

Per ogni figlio minore di 18 anni (in caso di frequenza scolastica o di formazione professionale di 25 anni) viene corrisposta, in aggiunta alle pensioni, una maggiorazione per figli (*kinderzuschuss*), il cui importo è pari ad un decimo della base di calcolo generale.

98. *Ammontare delle pensioni ai superstiti*

L'importo di queste pensioni viene fissato in base agli importi delle pensioni d'invalidità professionale o di ridotta capacità di guadagno.

La pensione alla vedova è pari al

— 60% della pensione per invalidità professionale senza periodi integrativi e maggiorazione per figli;

— 60% della pensione per ridotta capacità di guadagno, senza supplemento per figli, se l'avente diritto ha superato i 45 anni di età, non è capace di svolgere un'attività professionale o comunque proficua, oppure alleva un figlio per il quale spetta la pensione dell'orfano.

Per i primi tre mesi viene in ogni caso erogata la pensione completa dell'assicurato (trimestre della morte).

La pensione dell'orfano ammonta al

— 10% della pensione per ridotta capacità di guadagno per orfani di un genitore;

— 20% della pensione per ridotta capacità di guadagno per orfani di entrambi i genitori.

99. *Assicurazione malattia dei pensionati*

Ogni pensionato è assicurato contro la malattia senza alcuna spesa a suo carico. (Gli assicurati volontari o privati ricevono tuttavia soltanto un concorso al loro contributo all'assicurazione malattia). Si può fruire dei vantaggi di questa assicurazione anche se si fa ritorno nel paese di origine o ci si trasferisce in un altro Stato membro. Ciò vale solo se in base alle norme vigenti nel paese di residenza non si fruisce di nessuna protezione assicurativa. In tal caso, ci si deve rivolgere all'organismo competente dell'assicurazione malattia della località in cui ci si trova.

100. *Particolarità dell'assicurazione pensioni nel settore minerario*

I lavoratori del settore minerario sono assoggettati all'assicurazione per le pensioni ai minatori (*Knappschaftliche Rentenversicherung*). Vengono concesse le seguenti rendite:

a) Rendita per ridotta capacità alla professione di minatore (*Bergmannsrente wegen verminderter bergmännischer Berufshähigkeit*);

b) Rendita dei minatori al compimento del 50° anno di età (*Bergmannsrente wegen Vollendung des 50. Lebensjahres*);

c) Rendita di minatore per invalidità professionale o per ridotta capacità di guadagno (*Knappschaftsrente wegen Berufsunfähigkeit oder wegen Erwerbsunfähigkeit*);

d) Pensione di anzianità dei minatori (*Knappschaftsruhegeld*).



Assicurazione contro la disoccupazione

101. *Beneficiari di prestazioni*

Hanno diritto a tali prestazioni, in linea di massima, tutti coloro che, in qualità di operai o impiegati, svolgono un'attività lavorativa retribuita o seguono una formazione professionale.

102. *Le prestazioni in caso di disoccupazione*

Se si è in possesso di certi requisiti si riceverà, a titolo di indennizzo parziale per la paga perduta a causa della disoccupazione, un'indennità di disoccupazione o un sussidio speciale di disoccupazione (*Arbeitslosengeld - Arbeitslosenhilfe*) erogato dall'Ufficio del lavoro.

103. *Requisiti per ricevere l'indennità di disoccupazione o il sussidio speciale di disoccupazione*

Per ottenere l'indennità di disoccupazione o il sussidio speciale di disoccupazione, si deve

- essere senza lavoro,
- comunicare all'Ufficio del lavoro il proprio stato di disoccupazione,
- presentare personalmente una domanda intesa ad ottenere la prestazione considerata.

La notifica dello stato di disoccupazione e la domanda relativa alla prestazione perverranno al «collocatore» (*Arbeitsvermittler*) competente per la professione del lavoratore. Questo fornirà anche i formulari di domanda.

LORO LA CHIAMANO
"ASSICURAZIONE CONTRO
LA DISOCCUPAZIONE"!!!



Per l'erogazione della prestazione è indispensabile che ci si metta a disposizione dell'ufficio di collocamento.

È a disposizione dell'ufficio di collocamento chi

— È in grado di esercitare un'attività secondo le condizioni abituali del mercato generale del lavoro, almeno per 20 ore settimanali, ed

— È disposto ad accettare ogni occupazione idonea.

Colui che per diminuzione della sua capacità lavorativa può esercitare una attività per meno di 20 ore settimanali è considerato disponibile se non è inabile all'esercizio di una professione ai sensi dell'assicurazione pensioni legale.

Infine, per ottenere l'indennità di disoccupazione si deve soddisfare a determinati requisiti assicurativi.

Tali requisiti sono soddisfatti da chi, negli ultimi tre anni precedenti la notifica del suo stato di disoccupazione, ha esercitato per almeno 26 settimane o 6 mesi un'attività soggetta a contributo assicurativo.

I periodi in cui è stata esercitata un'occupazione non retribuita non vengono presi in considerazione. I periodi maturati conformemente alle norme giuridiche di un altro Stato membro saranno presi in considerazione a certe condizioni.

104. Particolarità del sussidio speciale di disoccupazione

Mentre nel caso dell'indennità di disoccupazione è prescritto un periodo di attesa assicurativa, per ottenere il sussidio speciale di disoccupazione occorre che nel corso dell'anno precedente la notifica dello stato di disoccupazione si sia percepito un'indennità di disoccupazione o almeno si abbia esercitato un'occupazione retribuita per almeno 10 settimane.

Il sussidio speciale di disoccupazione è inoltre determinato tenendo conto del proprio stato di bisogno.

105. Durata delle prestazioni

L'indennità di disoccupazione viene erogata per un periodo determinato, la cui durata dipende da quella dell'occu-

pazione soggetta a contributo. I periodi maturati secondo le norme di un altro Stato membro potranno essere presi in considerazione se ricorrono talune condizioni. L'indennità di disoccupazione viene erogata per una durata non superiore ad un anno.

Il sussidio speciale di disoccupazione viene concesso per un tempo indeterminato finché sussistono i relativi requisiti.

L'indennità e il sussidio speciale di disoccupazione vengono erogati al massimo fino al mese in cui si compiranno i 65 anni di età.

106. Inizio dell'erogazione

Le prestazioni vengono erogate a partire dalla notifica dello stato di disoccupazione e della presentazione della domanda. È pertanto importante che sin dall'inizio dello stato di disoccupazione ci si presenti all'Ufficio del lavoro, per evitare ogni eventuale perdita. Occorre rivolgersi subito a tale ufficio, anche se non sono disponibili tutti i formulari di domanda.

CHE FARE QUANDO INIZIA LA DISOCCUPAZIONE?

107. Presentazione dei documenti

Il formulario di domanda deve essere compilato con molta cura. Si deve indicare il proprio numero di conto corrente affinché l'Ufficio del lavoro possa effettuare il versamento delle prestazioni in favore del lavoratore. Qualora non si abbia ancora un conto corrente, se ne deve aprire uno presso una cassa di risparmio, una banca o presso un ufficio postale.

Sul formulario della domanda il collocatore di lavoro indicherà quando e dove il formulario deve essere presentato. Nel presentare la domanda occorre poter esibire i seguenti documenti:

— Il certificato di lavoro (*Arbeitsbescheinigung*). Questo documento viene rilasciato dal datore di lavoro per essere consegnato all'Ufficio del lavoro. Si deve essere in possesso anche dei

certificati di lavoro relativi alle precedenti occupazioni.

Il certificato d'iscrizione all'anagrafe (*polizeiliche Anmeldung*).

108. L'Ufficio del lavoro può adottare una decisione in merito alla domanda del lavoratore solo se è in possesso di una documentazione completa. La decisione verrà comunicata per iscritto. Se si ha diritto alla prestazione, sarà inviata per posta una decisione di concessione o di modifica (*Bewilligungsbescheid* o *Anderungsbescheid*) indicante fra l'altro la data di inizio e l'ammontare della prestazione stessa.

L'Ufficio centrale dell'Istituto federale del lavoro, con sede a Norimberga (*Zentralamt der Bundesanstalt für Arbeit*), trasmette l'indennità o il sussidio speciale di disoccupazione per tutto il periodo in cui risultano soddisfatti i relativi requisiti, a scadenze quindicinali posticipate, accreditando le relative somme sul conto del lavoratore.

109. Gli obblighi del lavoratore

a) Obbligo di presentarsi su invito: Durante lo stato di disoccupazione, si ha l'obbligo di presentarsi all'Ufficio del lavoro ogni volta che si è convocati. Se non si risponde ad una tale convocazione, l'Ufficio del lavoro ha facoltà di sospendere per 6 giorni feriali il pagamento dell'indennità o del sussidio di disoccupazione.

b) Rifiuto dell'offerta di lavoro: Il lavoro offerto dall'Ufficio del lavoro può essere rifiutato solo per fondati motivi. Altrimenti la prestazione potrà essere revocata temporaneamente o - in caso di persistente rifiuto - anche definitivamente.

c) Notifica di cambiamenti: Si è tenuti a dar notizia dettagliata, di propria iniziativa, delle variazioni subentrante nelle condizioni personali e in quelle dei familiari, se tali variazioni possono aver riflessi sui propri diritti alla prestazione.

Tale obbligo di notifica vale in particolare se

— si vuole far ritorno nel paese d'origine;

— si inizia un'attività retribuita;



— si percepisce occasionalmente un reddito di lavoro;
 — si è inabili al lavoro per malattia;
 — si è chiesta o si percepisce una pensione dell'assicurazione obbligatoria della Repubblica federale o di quella di un altro paese.

Se si omette di notificare tali cambiamenti o si notificano con ritardo, si rischia di incorrere in un'ammenda e, in certi casi, anche in sanzioni penali; le prestazioni indebitamente percepite devono essere restituite.

110. La tutela assicurativa contro le malattie e l'infortunio durante lo stato di disoccupazione

Durante il periodo in cui si percepisce la prestazione, il lavoratore ed i familiari continuano ad essere assicurati contro la malattia, in genere presso l'ultima cassa malattia. Per permettere l'erogazione di prestazioni sanitarie, la cassa malattia rilascia al lavoratore ed ai familiari appositi fogli di malattia (*Krankenschein*).

In caso di malattia ci si rivolge subito al proprio medico. Se questo constata che a causa della malattia si è inabili al lavoro, rilascerà un certificato d'inabilità al lavoro (*Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung*). Per evitare eventuali inconvenienti, tale certificato deve essere presentato immediatamente all'Ufficio del lavoro e alla propria cassa malattia.

All'Ufficio del lavoro si deve presentare — il certificato di inabilità al lavoro rilasciato dal medico. Se si affida l'incarico ad uno dei familiari o ad un conoscente, si deve dargli anche la decisione di concessione o la «decisione di modifica» in possesso del lavoratore.

Alla cassa malattia si deve consegnare:
 — il certificato d'inabilità al lavoro rilasciato dal medico,
 — La decisione di concessione o decisione di modifica, dell'Ufficio del lavoro, nonché,
 — l'avviso di pagamento (*Überweisungsbeleg*) rimessovi dalla Cassa di risparmio, dalla banca o dall'ufficio conti correnti postali relativamente all'ultimo versamento dell'indennità di disoccupazione o del sussidio speciale di disoccupazione.

Per la durata della malattia, la cassa

malattia corrisponderà un'indennità di malattia pari all'indennità di disoccupazione o al sussidio speciale di disoccupazione sin qui erogati.

Non appena l'inabilità al lavoro è terminata, ci si deve presentare di nuovo personalmente come disoccupato al proprio collocatore presso l'Ufficio del lavoro, per evitare certi inconvenienti, e inoltrare nuova domanda per ottenere le prestazioni.

Come beneficiario di prestazioni si è assicurati anche contro determinati infortuni.

111. Condizioni alle quali l'indennità di disoccupazione tedesca viene concessa anche se ci si vuole recare in un altro Stato membro

Occorre che per quattro settimane dalla data di presentazione della domanda all'Ufficio del lavoro tedesco si abbia tentato invano di ottenere un nuovo posto di lavoro. In questo caso si può estendere la ricerca di lavoro anche ad altri Stati membri delle Comunità europee, compreso il paese di origine. Entro sette giorni, dalla data sino alla quale si era a disposizione dell'Ufficio del lavoro tedesco, ci si deve presentare all'Ufficio del lavoro locale dello Stato membro in cui ci si è recati in cerca di lavoro, il certificato rilasciato dall'Ufficio del lavoro tedesco (formulario E 303) dal quale risultano la durata e l'ammontare dell'indennità di disoccupazione percepita. Durante il periodo in cui si è in cerca di lavoro, si deve accettare di sottostare ai controlli prescritti dall'Ufficio del lavoro di questo Stato membro. Quest'ultimo concede, per la durata di tre mesi, l'indennità di disoccupazione tedesca, comunque per un periodo non superiore a quello per il quale spetta, secondo la legislazione tedesca, l'indennità stessa. I cambiamenti subentrati nelle condizioni aventi rilevanza per il vostro diritto all'indennità di disoccupazione devono essere comunicati immediatamente al locale Ufficio del lavoro al quale si è consegnato il certificato (formulario E 303). Se si rimane per oltre tre mesi in cerca di lavoro, fuori del territorio della Repubblica federale di Germania, decorso tale periodo si estingue ogni eventuale diritto ancora esistente nei confronti dell'assicurazione tedesca contro la disoccupazione.



Prestazioni familiari

112. Persone aventi diritto alle prestazioni

Alle condizioni fissate dalla legge federale sugli assegni familiari tutti coloro che dimorano o risiedono nella Repubblica federale di Germania hanno diritto alla corresponsione degli assegni familiari per i figli (*Kindergeld*), residenti nella Repubblica federale.

I cittadini degli Stati membri, ove
 — siano occupati come lavoratori subordinati,
 — percepiscano un'indennità di malattia o prestazioni analoghe in relazione a tale attività, oppure
 — fruiscono di prestazioni di disoccupazione,
 possono chiedere di beneficiare degli assegni familiari, anche se i loro figli vivono in un altro Stato membro.

113. Ammontare degli assegni familiari

L'assegno mensile ammonta a
 — 50 DM per il primo figlio,
 — 70 DM per il secondo figlio,
 — 120 DM per ogni successivo figlio.

114. Per quali figli spettano gli assegni familiari?

Danno diritto agli assegni, fino al compimento del 18° anno di età:

a) i figli legittimi, i figli legittimati ed i



figli adottivi;

b) i figliastri del lavoratore, che fanno parte del suo nucleo familiare;

c) i figli naturali riconosciuti dal lavoratore;

d) i nipoti in linea diretta e fratelli del lavoratore da cui accolti nella propria famiglia od a suo prevalente carico;

e) gli altri minori facenti parte permanentemente della famiglia del lavoratore come i suoi propri figli e da lui mantenuti.

Il figlio naturale del lavoratore che sia stato adottato da altra persona non può, in linea di massima, essere preso in considerazione ai fini dell'assegno.

Il figlio che abbia compiuto il 18° anno di età può aver diritto agli assegni fino al compimento del 27° anno di età se non svolge alcuna attività proficua e segue un corso d'istruzione professionale o scolastica.

Inoltre, un figlio di età superiore a 18 anni può dar diritto agli assegni se a causa di minorazione fisica o mentale non è in grado di provvedere per un tempo indeterminato al proprio sostentamento.

115. Figli per i quali non spetta l'assegno

Gli assegni familiari non sono concessi se il lavoratore o il suo coniuge fruisce di prestazioni analoghe agli assegni familiari. Si tratta in particolare di maggiorazioni per figli (*Kinderzulagen - Kinderzuschüsse*) alle rendite per infortunio o alle pensioni dovute dall'assicurazione obbligatoria per la pensione.

Inoltre, non sono concessi gli assegni familiari, o sono versati al massimo per metà, per i figli per i quali il lavoratore o il suo coniuge od altra persona fruisce di prestazioni da parte di un ente nel suo paese di origine, quali ad esempio: assegni familiari, supplementi per figli e maggiorazioni per figli alle rendite per infortuni o alle pensioni di sicurezza sociale.

116. A chi spettano gli assegni familiari, quando le condizioni prescritte sono soddisfatte da più persone?

Per lo stesso figlio, l'assegno viene pa-

gato ad una sola persona. Se il lavoratore e il coniuge esercitano entrambi una attività subordinata retribuita nella Repubblica federale, gli assegni saranno corrisposti al genitore che si sarà designato di comune accordo come titolare.

117. Presentazione della domanda per gli assegni familiari

Gli assegni familiari sono erogati unicamente su apposita domanda scritta. Per tale domanda si deve far uso del formulario «Antrag auf Kindergeld für ausländische Arbeitnehmer» (domanda per ottenere assegni familiari per lavoratori stranieri). Questo formulario può essere richiesto tramite il datore di lavoro o direttamente presso l'Ufficio del lavoro. Il formulario dev'essere compilato con molta cura e si consiglia di farsi aiutare, se necessario, dal datore di lavoro o da una persona che conosca la lingua tedesca e la madrelingua del lavoratore, ad es. un collega di lavoro o un «incaricato» (*Betreuer*).

Si consegnerà il formulario di domanda debitamente compilato al datore di lavoro con preghiera di inoltrare all'Ufficio del lavoro. Si può presentare la domanda anche personalmente all'Ufficio del lavoro o tramite un'altra persona. Si può inoltre inviare la domanda all'Ufficio del lavoro anche per posta.

118. Documenti da allegare alla domanda per ottenere gli assegni familiari

L'esistenza in vita dei figli elencati nella domanda deve essere documentata con un certificato ufficiale rilasciato da un'autorità del proprio paese (stato di famiglia o documento equivalente). Per i figli che vivono in un altro Stato membro occorre utilizzare il formulario E 401. Questo formulario si può ottenere presso ogni Ufficio del lavoro tedesco.

Se l'assegno è richiesto per un figlio di età superiore a 18 anni, che ancora non svolge attività lavorativa, l'Ufficio indicherà gli altri documenti da presentare.

119. Pagamento degli assegni familiari

Gli assegni familiari che spettano al lavoratore saranno di norma accreditati al datore di lavoro che provvederà a rimmetterli al lavoratore stesso. I pagamenti vengono effettuati in genere ad intervalli bimestrali, nel secondo mese del periodo per il quale spettano gli assegni familiari. Con ogni pagamento si riceverà un avviso scritto indicante, fra l'altro, l'importo dell'assegno ed i mesi per i quali la somma è stata corrisposta.

120. Variazioni da comunicare di propria iniziativa all'Ufficio del lavoro

Ogni variazione nei dati indicati nelle domande, che possa incidere sul diritto del lavoratore agli assegni familiari, deve essere immediatamente notificata all'Ufficio del lavoro. Una simile notifica è indispensabile soprattutto quando un figlio non può più avere diritto (ad esempio, perchè deceduto o perchè ha terminato la propria formazione professionale, dopo aver compiuto il 18° anno di età).

Chi non si conforma a tale obbligo di notifica dovrà non solo rimborsare gli assegni indebitamente percepiti, ma potrà anche esporsi a sanzioni pecuniarie.

Si dovrà inoltre comunicare immediatamente all'Ufficio del lavoro se si è cambiato posto di lavoro o se il datore di lavoro ha trasferito l'assicurato in un altro stabilimento.

Una mancata comunicazione in tal senso comporta un'interruzione nel pagamento degli assegni familiari.

Se si fa ritorno definitivamente nel paese di origine e si ha ancora il diritto di ricevere degli assegni familiari, si deve comunicarlo senza indugio all'Ufficio del lavoro, indicando anche il proprio numero di assegni familiari (*Kindergeldnummer*) nonché il proprio indirizzo nel paese d'origine al quale trasmettere gli assegni ancora dovuti.

sicurezza sociale in GRAN BRETAGNA



PENSIONE D'INVALIDITÀ

Concetto di invalidità pensionabile: viene considerato invalido l'assicurato a cui viene riconosciuta una incapacità totale al lavoro a causa di una malattia o inabilità fisica o mentale.

Requisiti assicurativi

Debbono essere stati pagati almeno 156 contributi settimanali, sia nel caso di lavoratori salariati che di lavoratori indipendenti. Si deve inoltre aver beneficiato, nel periodo d'interruzione al lavoro, delle prestazioni di malattia per 168 giorni consecutivi (escluse le domeniche).

Pagamento della pensione d'invalidità

Con la pensione d'invalidità si può percepire l'Assegno d'Invalidità nel caso l'incapacità totale al lavoro si verifichi almeno 5 anni prima dell'età prevista per il conseguimento della pensione di vecchiaia.

Con l'entrata in vigore di nuovi provvedimenti assistenziali nell'Aprile del 1978, si applicherà anche per la pensione d'invalidità lo stesso criterio che governa le nuove pensioni di vecchiaia, per cui la pensione sarà divisa in due parti:

la parte base assegnata seguendo le norme già in vigore da tempo, e la parte aggiuntiva riferentesi alle varie classi di stipendio.

La pensione d'invalidità viene corrisposta fino a che perduri lo stato invalidan-

te totale, dietro presentazione regolare di certificati medici.

Il pagamento viene effettuato ogni settimana oppure ogni 15 giorni.

L'ammontare percepito subisce una riduzione in caso di ricovero in ospedale superiore alle 8 settimane.

La pensione d'invalidità viene soppressa e sostituita con la pensione di vecchiaia al compimento, rispettivamente, del 65° e 60° compleanno.

Maggiorazioni

Una maggiorazione nei confronti della moglie di un pensionato d'invalidità viene assegnata soltanto nel caso in cui questa non lavori, oppure, nel caso di attività retribuita, il suo guadagno non sia superiore all'ammontare previsto dai regolamenti correnti. Questi variano a seconda dei cambiamenti effettuati nei pagamenti delle pensioni di vecchiaia.

Maggiorazioni vengono pure pagate nei confronti dei figli minorenni a carico.

PENSIONE D'INVALIDITÀ NON CONTRIBUTIVA

Esiste pure un nuovo tipo di pensione d'invalidità di cui possono essere beneficiari anche coloro che non si qualificano per l'assistenza malattia o per una normale pensione d'invalidità in quanto, o non hanno mai pagato contributi pieni oppure si sono trovati nell'impossibilità di lavorare per un certo periodo di tempo.

Requisiti richiesti

Donna sposata che sia o no convivente con il marito.

Donna convivente

Per entrambe queste categorie occorre un'incapacità nello svolgimento dei normali lavori domestici per almeno 28 settimane e un'incapacità continua a lavoro retribuito per almeno 28 settimane.

Durante i periodi di incapacità al lavoro domestico si deve aver avuto la residenza continua nel Regno Unito.

Inoltre, si deve aver vissuto in Gran Bretagna per almeno 26 settimane nei 12 mesi prima dell'inizio del pagamento e si deve aver vissuto in Gran Bretagna per un totale di almeno 10 anni durante gli ultimi 20 anni.

Tale prestazioni d'invalidità non è compatibile con altri pagamenti quali:

- prestazione in denaro per malattia
- pensione d'invalidità normale
- pensione di reversibilità
- supplemento per la disoccupazione
- prestazioni in denaro di maternità.

PENSIONE DI RIVERSIBILITÀ

Prima legge: 1925.

Testi fondamentali: Leggi dal 1965 al 1973 e regolamenti.

Campo d'applicazione: tutti i domiciliati nel Regno Unito.

Coniuge superstite

Tre sono i tipi di prestazioni a cui può avere diritto il coniuge superstite:

1. Indennità di vedova
2. Indennità di madre vedova
3. Pensione di vedova

1. Indennità di vedova

Questo tipo di beneficio viene concesso durante le prime 26 settimane di vedovanza nei seguenti casi:

- a. La vedova è di età inferiore ai 60 anni alla data del decesso del marito;

oppure

- b. il defunto non era ancora pensionato.

Oltre all'indennità di vedova ci si può qualificare per un ulteriore ammontare settimanale a seconda che il marito sia deceduto prima o dopo il 2.1.1977.

Se il decesso è avvenuto prima del 2.1.1977 si calcola ogni eventuale guadagno del defunto superiore £500.00 nell'appropriato anno finanziario.

Se il decesso è avvenuto dopo il 2.1.1977: si tengono in considerazione i



contributi pagati alla Classe I, a seconda del guadagno effettuato nel rilevante anno finanziario. Il defunto deve aver pagato contributi basati sui suoi guadagni superiori a 50 volte il limite minimo settimanale stabilito per quel determinato anno finanziario.

(Es. per il 75/76 tale ammontare era di £11.00 mentre per il 76/77 era di £13.00).

Qualora nessuna delle due condizioni sia applicabile, la vedova non avrà diritto a questo ammontare supplementare.

2. Indennità di madre vedova

Se la vedova ha dei figli minorenni (si applica anche nel caso di figli unici) può qualificarsi per una indennità di madre vedova non appena sia venuta meno l'indennità di vedova pagabile solo per le prime 26 settimane.

3. Pensione di vedova

Questo tipo di pensione viene erogato se:

a. La vedova supera i 40 anni alla data del decesso del marito e non si qualifica per l'indennità di madre vedova quando l'indennità di vedova sia venuta meno;

oppure

b. La vedova supera i 40 anni quando l'indennità di madre vedova sia venuta meno.

La rata della pensione di vedova è basata sull'età della richiedente la pensione al momento del decesso del marito oppure sull'età della richiedente quando l'indennità di madre vedova sia venuta meno.

Dall'aprile 1978, con il subentrare di nuova legislazione in campo di sicurezza sociale, anche per le pensioni di vedova si applica il principio di suddivisione riscontrabile nelle pensioni di vecchiaia e pertanto sia l'indennità di madre vedova, sia la pensione di vedova consisteranno di due parti: *la parte base e la parte aggiuntiva*.

La parte base continuerà a venire calcolata come per la parte base delle pensioni di vecchiaia.

L'ammontare della pensione per la parte aggiuntiva troverà applicazione solo nel caso che il defunto abbia contribuito al nuovo schema per 20 anni.

Qualora non siano stati pagati contributi per 20 anni completi al momento del decesso del marito, la parte aggiuntiva di pensione rappresenterà 1/80 del guadagno del defunto tra il limite minimo e massimo di contribuzione pagata annualmente sotto il nuovo schema.

Nel caso di donne che abbiano pagato contributi pieni, qualificandosi per una pensione di vecchiaia propria, sarà loro possibile aggiungere alla propria prestazione anche quella ereditata dal marito, purché il totale non superi l'ammontare massimo pagabile come pensione singola.

Es.: (Tabella basata sulla supposizione che il nuovo schema pensionistico sia già in vigore da 20 anni).

Guadagno settimanale della vedova:	£30.00	£70.00	£120.00
------------------------------------	--------	--------	---------

Pensione vecchiaia della vedova:	£.20.65	£30.65	£43.15
----------------------------------	---------	--------	--------

Guadagno settimanale del marito:	£35.00	£80.00	£120.00
----------------------------------	--------	--------	---------

Pensione basata sul guadagno del marito:	£4.40	£15.65	£25.65
--	-------	--------	--------

Ammontare totale di pensione per vedova:	£25.05	£43.15	£43.15 (max.)
--	--------	--------	---------------



ASSISTENZA MALATTIA E MATERNITÀ

L'assistenza malattia è estesa a tutta la popolazione residente e di conseguenza non sono richieste particolari condizioni, e le prestazioni sanitarie sono erogate senza limiti di tempo.

Nessuna partecipazione è richiesta per cure mediche ed il ricovero in ospedale in categoria normale.

Per prodotti farmaceutici, per le cure e le protesi dentarie, ottiche ed acustiche è prevista una partecipazione alla spesa.

Prestazioni economiche

In caso di incapacità al lavoro le prestazioni economiche vengono erogate con tre giorni di carenza e sono così suddivise:

- primo, in misura fissa che varia in funzione dell'età dell'assicurato e della situazione di famiglia;

- secondo, supplementare in rapporto percentuale al salario entro un importo minimo e massimo.

Requisiti per le prestazioni economiche

Per le prestazioni uniformi sono necessari 26 contributi settimanali effettivi come lavoratore dipendente o autonomo nell'anno precedente la data delle richieste delle prestazioni e 50 contributi settimanali pagati o accreditati; in caso i contributi versati o accreditati siano inferiori a 50 ma superiori a 26, le prestazioni sono ridotte.



Per le prestazioni supplementari che vengono calcolate in percentuale sul salario, sono richiesti gli stessi requisiti ed occorre aver percepito un salario il cui importo nell'anno fiscale precedente sia superiore ad un determinato limite.

Durata delle prestazioni

Se il richiedente può far valere almeno 156 contributi settimanali la indennità uniforme viene corrisposta per un periodo di tempo di 168 giorni, dopo di che, perdurando lo stato di malattia, viene sostituita da prestazioni di invalidità.

In caso siano stati versati meno di 156 contributi settimanali, la corresponsione è limitata a 312 giorni escluse le domeniche in qualsiasi periodo d'interruzione del lavoro.

Supplementi

Sono previsti dei supplementi per il coniuge a carico e per i figli. Normalmente le prestazioni economiche di malattia non sono cumulabili con altre prestazioni. In caso di diritto a più prestazioni è versata quella più importante.

MATERNITÀ

Tutte le donne residenti nel Regno Unito hanno diritto alle prestazioni sanitarie gratuite per la maternità, purché abbiano superato l'età dell'obbligo scolastico e non abbiano raggiunto l'età della pensione, salvo particolari eccezioni.

Prestazioni economiche

Le prestazioni economiche si dividono in due tipi:

a. Premio di maternità, esteso alle donne assicurate e alle mogli di assicurati come pure alle lavoratrici indipen-

denti, purché l'assicurata o il marito abbiano versato almeno 26 contributi settimanali, dopo l'inizio dell'assicurazione e immediatamente nella settimana precedente il parto; debbono inoltre essere stati versati o accreditati almeno 26 contributi settimanali nell'anno precedente;

b. Assegno di maternità, corrisposto se l'assicurata può far valere complessivamente 50 contributi settimanali e 26 contributi nella settimana precedente il parto. Qualora i contributi siano meno di 50 ma più di 26, l'assegno viene ridotto.

Durata delle prestazioni economiche

a. Premio di maternità: viene erogato in misura forfettaria.
b. Assegno di maternità: viene assegnato per un periodo di 11 settimane prima del parto e 7 settimane dopo il parto.

PRESTAZIONI FAMILIARI

Legislazione

La legge del 15.6.1945 mise in vigore la prestazione degli assegni familiari. A questa subentrò la legge del 1965 (Family Allowances Act) e relativi regolamenti.

Un nuovo cambiamento è stato introdotto nell'aprile del 1977.

Condizioni di attribuzione

Gli assegni vengono corrisposti a tutti i figli, compresi i figli unici, di età inferiore ai 16 anni o fino ai 19 anni, nel caso di studenti a tempo pieno.

Non si ha però diritto agli assegni familiari nel caso di ragazzi affidati alle

autorità locali o ad agenzie volontarie private,

oppure
se non si è stati residenti nel Regno Unito per più di 182 giorni nelle ultime 52 settimane.

Quest'ultima condizione relativa alla residenza dei beneficiari, può però essere rimossa nei seguenti casi:

a. si è arrivati nel Regno Unito per la prima volta e si intende rimanervi per più di sei mesi;

oppure

b. si è ritornati nel Regno Unito e si intende rimanervi per più di sei mesi;

oppure

c. si è responsabili per un ragazzo minorenne in Gran Bretagna, i cui genitori siano morti;

oppure

d. si è arrivati nel Regno Unito provenienti da un altro Paese Membro del Mercato Comune per lavorare per un datore di lavoro.

Metodo di pagamento

Gli assegni familiari appartengono alla madre, ma possono essere pagati anche al padre, tramite libretto.

In caso di coniuge separato o divorziato con responsabilità per figli minorenni, viene assegnato uno speciale supplemento, che non è soggetto a tassazione.

Importi

Le rate delle prestazioni familiari sono le seguenti:

- per il primo figlio (o per figlio unico) £1.00 per settimana (£2.30 dal 3.4.78)
- per ogni altro figlio £1.50 per settimana (£2.30 dal 3.4.78).

Supplemento

Questo supplemento viene assegnato a coniugi divorziati, separati in casi di bisogno che abbiano un figlio o più figli conviventi. Ammontare: 50p per settimana (£1.00 dal 3.4.1978) che porterà la rata della prestazione familiare a £1.50 per settimana (£3.30 dal 3.4.78) per il primo figlio o per il figlio unico. Anche questo supplemento non è soggetto a tassazione.



INFORTUNI SUL LAVORO

Definizione

Si considera infortunio sul lavoro qualsiasi lesione derivata da un infortunio verificatosi a causa e nel corso dello svolgimento di una delle attività lavorative soggette all'obbligo assicurativo.

MALATTIE PROFESSIONALI

Definizione

Si considera malattia professionale la malattia dovuta alla natura del lavoro svolto dall'assicurato.

Periodo di esposizione ai rischi

La legge inglese non prevede alcun termine fisso.

Campo di applicazione

Tutti i lavoratori subordinati che prestano la loro attività lavorativa come stabilito dalla legge 1965, senza alcuna limitazione nei confronti degli stranieri, i quali godono completa parità di trattamento.

Prestazioni sanitarie

Le prestazioni sanitarie consistono in cure mediche, chirurgiche, trattamento ed assistenza per la rieducazione funzionale. La loro erogazione non è soggetta ad alcun limite di durata.

Prestazioni economiche

1. Indennità per inabilità temporanea

Durata: 156 giorni dal giorno dell'infortunio (escluse le domeniche).

All'indennità fissa settimanale si aggiunge un supplemento proporzionale al salario.

(L'importo totale della temporanea non può superare l'85% del salario medio settimanale).

2. Rendita per inabilità permanente

Determinazione del grado d'inabilità: si tiene conto delle condizioni fisiche o mentali presentate dal lavoratore al momento dell'accertamento medico, confrontandole con quelle di una persona della stessa età e dello stesso sesso in condizioni normali di salute.

Qualora non sia possibile stabilire in modo definitivo, in sede di primo esame, il grado percentuale di inabilità, si procede ad una valutazione provvisoria; dopo un determinato periodo di tempo viene fissato il grado percentuale definitivo.

Concausa sopravvenuta

Nel caso in cui sorgano menomazioni o malattie dopo il verificarsi dell'infortunio sul lavoro e indipendenti da questo, la valutazione tiene conto di qualsiasi peggioramento della pre-esistente inabilità dovuto alla causa sopravvenuta, purchè il grado di inabilità a suo tempo stabilito, non sia inferiore all'11%.

Importo

Varia in base al grado di inabilità rico-

nosciuto all'assicurato ed alla classe di età.

Oltre alla rendita ed alle quote integrative è prevista la corresponsione di indennità specialil, quali:

a. Indennità supplementare per incollocabilità, per coloro che, a causa dell'infortunio, rimangono affetti da inabilità permanente assoluta al lavoro. L'entità dell'importo varia a seconda dell'età dell'infortunato al momento dell'evento lesivo; essa è, infatti, maggiore se l'assicurato ha 35-45 anni e minore se egli ha 45-60 anni.

b. Indennità per casi eccezionalmente gravi. Essa viene corrisposta a coloro che percepiscono l'importo massimo dell'assegno per assistenza personale continuativa. L'erogazione di detta indennità può essere soppressa qualora migliorino le condizioni economiche dell'assicurato.

c. Indennità per il periodo di ricovero in ospedale o in una casa di cura. Detta indennità viene erogata a coloro che non percepiscono il 100% della rendita e integra la stessa fino al raggiungimento dell'importo massimo.

d. Assegno di mobilità agli invalidi che non sono in grado di camminare. Esso viene concesso nel caso in cui si presuma che l'impedimento debba durare non meno di 12 mesi.

Quote integrative

Sono previste quote per i figli.

La corresponsione della quota al coniuge è subordinata alla condizione che le sue entrate non superino un limite fissato dalla legge.

Una quota integrativa viene anche concessa nel caso in cui una donna (che non sia la moglie dell'infortunato) abbia cura dei suoi figli.

I figli e i familiari adulti devono risultare conviventi con l'infortunato oppure questi deve contribuire al loro mantenimento.

Revisione del grado di inabilità permanente

La revisione può avvenire su domanda

del titolare della rendita o per disposizione del locale ufficio di sicurezza sociale.

Cumulo

L'indennità per malattia, le pensioni d'invalidità-vecchiaia e di guerra, nonché gli assegni familiari, sono cumulabili con la rendita per infortunio o malattia professionale.

Rendita ai superstiti

Se l'infortunio o la malattia professionale causano la morte del lavoratore spetta ai superstiti una rendita settimanale:

a. *Vedova*: alla vedova che, al momento della morte dell'assicurato risiedeva con lui oppure era da questi mantenuta viene corrisposta una rendita settimanale. In seguito, la rendita viene aumentata se la vedova ha superato i 50 anni oppure se è inabile al lavoro o ha figli a carico, o comunque, deve provvedere al mantenimento di una persona al di sotto dei 19 anni, anche nel caso che questa persona non sia un figlio proprio, oppure, alla morte del marito, era in attesa di un figlio.

Nel caso in cui la vedova contragga un nuovo matrimonio, alla stessa viene corrisposta, una volta tanto, una somma pari a 52 volte il rateo settimanale della rendita.

b. *Vedovo*: se il superstite è il marito, gli viene corrisposta una rendita settimanale purchè venga accertato che la moglie provvedeva in tutto o in parte al suo mantenimento oppure che egli è permanentemente inabile al lavoro.

c. *Orfani*: indennità settimanale per ciascun figlio legittimo, naturale, adottivo ed anche per i figli nati da un precedente matrimonio della moglie.

d. *Altri beneficiari*: è prevista inoltre una rendita settimanale a favore della persona che, al momento dell'infortunio o della malattia professionale da cui è derivata la morte, aveva cura dei figli

dell'assicurato ed era a parziale o totale carico di questi all'epoca del decesso. Nello stesso modo possono aver diritto ad una indennità i genitori o parenti dell'assicurato defunto se risultavano a carico dello stesso.



PENSIONE DI VECCHIAIA

Il diritto ad una pensione di vecchiaia si acquisisce al sessantesimo compleanno per le donne e al sessantacinquesimo per gli uomini.

Dall'aprile 1978 la pensione di vecchiaia è stata suddivisa in due parti:

a. *Pensione base statale*, pari attualmente a £17.50 per settimana per persona singola, che si applica a chi abbia versato almeno 156 contributi ed una media annua di 50 contributi versati o accreditati.

Importante inserimento nella legge sopra citata, di provvedimenti riguardanti le donne, le quali in precedenza venivano ad essere svantaggiate in quanto le indennità di disoccupazione e di malattia per donne sposate erano più basse di quelle percepite dagli uomini assicurati. Dal mese di aprile 1978 le donne vengono a riscuotere indennità pari a quelle che spettano ad uomini o donne sole.

Questo provvedimento si spiega con la abolizione della scelta dei contributi ridotti a cui avevano diritto le donne

sposate, per cui tutte le donne, sia sposate che nubili, debbono ora pagare la contribuzione piena.

L'unica eccezione a questo proposito si applica a quelle donne sposate che paghino attualmente la contribuzione ridotta. Queste potranno continuare con tale tipo di pagamento ridotto, a patto che non abbiano smesso il lavoro da due o più anni.

Altro elemento importante nel conteggio della pensione base per le donne è l'abolizione del test che prevedeva l'obbligo per una donna sposata di versare contributi per almeno la metà degli anni trascorsi dalla data del matrimonio al compimento del sessantesimo compleanno di età per poter maturare il diritto ad una propria pensione base. Questa norma aveva impedito a molte donne di ottenere una pensione, anche se avevano molti anni di piena contribuzione versati prima del matrimonio.

b. *Pensione aggiuntiva* che si riferisce ai contributi versati, proporzionalmente ai guadagni dichiarati. Si calcola cioè lo stipendio che va dalla paga base fino ad un tetto pari a circa 7 volte la paga base (£17.50 e £120.00 rispettivamente).

La pensione base aumenta seguendo l'aumento o degli stipendi o dei prezzi a seconda di quale dei due cresce più in fretta. La parte aggiuntiva è collegata soltanto ai prezzi.

I diritti alla pensione aggiuntiva vengono maturati con 20 anni di vita lavorativa, che però comincerà ad essere riscossa da chi andrà in pensione dopo il mese di aprile 1979.

Es.: Supponendo che lo schema sia già in funzione da 20 anni, si consideri il caso di un uomo dal record assicurativo completo ed il cui guadagno, nel giro degli ultimi 20 anni, sia equivalente a £77.50 per settimana.

Qualora questi andasse in pensione ora, verrebbe a qualificarsi per una pensione di £32.50 alla settimana, così suddivisa:

a. *Pensione base*: £17.50 per settimana.

b. *Pensione aggiuntiva*: rappresenta un quarto del rimanente del suo guadagno settimanale sopra il livello della pensione base, e cioè un quarto di £60.00 (£77.50 - 17.50) = £15.00.
£17.50 + £15.00 = £32.50 Totale.

Cumulo con un salario

Si può percepire la pensione di vecchiaia anche se si continua con un'attività lavorativa, purchè questa sia ad orario ridotto e il guadagno non sia superiore all'ammontare settimanale prestabilito dalle norme legislative che possono variare di anno in anno.

Alternativamente, si può ottenere una maggiorazione per differimento della pensione di vecchiaia ma questa clausola non viene più applicata quando si raggiungono i 70 e 65 anni rispettivamente, in quanto viene assegnata la pensione di vecchiaia, indipendentemente dal lavoro svolto e dal guadagno settimanale.

Maggiorazione

Viene assegnata una pensione, basata sulla contribuzione del marito assicurato, alla moglie che non possa vantare alcun diritto ad una pensione sua propria.

Maggiorazioni vengono pure assegnate nel caso di figli minorenni a carico del pensionato.

Nuovo provvedimento per le casalinghe

Con l'introduzione della nuova legislazione dell'aprile 1978 viene riconosciuta alle donne la «home responsibility protection».

Vengono infatti accreditati dei contributi che danno diritto alla pensione base per tutti quegli anni in cui le donne sposate rimangono a casa perchè hanno la cura e la responsabilità dei figli o di parenti anziani o malati.

Gli anni che vengono considerati per tale scopo sono quelli in cui la madre ha la responsabilità dei figli sotto i 16 anni, oppure deve prendersi cura dei parenti così inabili da richiedere un'assistenza continua.

La nuova legge riconosce fino a 20 anni di questa responsabilità casalinga, ma per poter percepire l'intera pensione base una donna deve poi versare contributi per un minimo di 20 anni. Riceverà comunque una parte della pensione base anche se ha versato contributi per meno di 20 anni.

F. BALLETTA - A.M. BIRINDELLI - F.P. CERASE - L. FAVERO - G. GESANO - A. GOLINI - E. MALFATTI - M.R. OSTUNI - G.F. ROSOLI - G.B. SACCHETTI - E. SONNINO - G. TASSELLO

Un secolo di emigrazione italiana: 1876-1976



CENTRO STUDI EMIGRAZIONE - ROMA

sicurezza sociale in BELGIO

1. AVVERTENZE GENERALI

1. Se si lavora in Belgio, si ha esattamente gli stessi diritti del lavoratore belga in materia di prestazioni di sicurezza sociale.

I familiari del lavoratore, se risiedono in Belgio, hanno diritto alle stesse prestazioni dei familiari del lavoratore belga.

Le prestazioni concesse dalla sicurezza sociale belga subiscono le variazioni dell'aumento del costo della vita.

La sicurezza sociale belga comprende i seguenti rami:

- a) assicurazione malattia ed invalidità
- b) assicurazione pensioni (vecchiaia e superstiti)
- c) assicurazione infortuni sul lavoro e malattie professionali
- d) assicurazione disoccupazione
- e) prestazioni familiari.

2. Che fare per essere iscritto?

Sin dall'arrivo in Belgio per svolgervi attività come lavoratore subordinato, il datore di lavoro deve compiere le formalità necessarie, perchè si risulti iscritti alla sicurezza sociale. Non occorre presentarsi personalmente ad una istituzione.

Si fa però un'eccezione unicamente per l'assicurazione malattia ed invalidità: ci si deve iscrivere presso una cassa mutua (*mutualité/mutualiteit*) di propria scelta e presso l'ufficio regionale della Cassa ausiliaria di assicurazione malattia ed invalidità (*Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité/Hulpkas voor Ziekte- en invaliditeitsverzekering*). Esistono in Belgio delle casse mutue indipendenti, professionali, cristiane, socialiste e liberali. Si può cambiare l'ente assicuratore, per iscriversi presso un altro, il primo giorno di ogni trimestre civile. Tuttavia, l'ente può rifiutare di effettuare il trasferimento se si è iscritti da meno di 12 mesi. Il nuovo ente fornirà tutte le informazioni utili in merito.

A tal fine, si consegnerà all'ente assicuratore i formulati E 104 ed E 105 che sono stati rilasciati, a richiesta, già prima della partenza per il Belgio, dall'istituzione di assicurazione malattia del paese che si lascia. Se non si hanno questi formulari, sarà l'ente assicuratore a farne debita richiesta all'istituzione.

La cassa mutua e l'ufficio regionale saranno d'ora in poi designati con i termini «ente assicuratore».

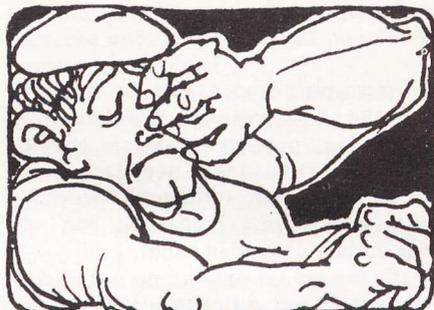
3. Contributi

Si deve versare un contributo di sicurezza sociale, il cui importo corrisponde ad una percentuale del salario del lavoratore. Il contributo sarà trattenuto dal datore di lavoro che lo verserà all'Istituto nazionale di sicurezza sociale (*Office national de sécurité sociale - ONSS/Rijksdienst voor maatschappelijke zekerheid - RMZ*). L'unico contributo che si dovrà, se del caso, versare personalmente potrebbe essere quello che la cassa mutua chiederebbe per poter concedere alcune prestazioni dell'assicurazione complementare facoltativa. Va segnalato che la Cassa ausiliaria di assicurazione malattia ed invalidità non ha facoltà di effettuare tale assicurazione.

Se si è pensionati e se la carriera assicurativa totale è inferiore o pari al terzo di una carriera completa, si dovrà versare un contributo mensile che varia a seconda che abbiate persone a carico o no.

4. Che fare quando non si accetta la decisione adottata nei confronti del lavoratore da una istituzione?

Se non si accetta una decisione definitiva, si può presentare ricorso entro un mese (tre anni per le prestazioni familiari) a decorrere dalla data in cui si è ricevuta comunicazione, trasmettendolo in plico raccomandato o consegnandolo direttamente alla cancelleria del tribunale del lavoro (*Tribunal du travail/Arbeidsrechtbank*) del circondario giudiziario competente per il proprio luogo di residenza, se si risiede in Belgio, o per l'ultimo domicilio od ultima residenza in Belgio, se si risiede all'estero.



2. ASSICURAZIONE PER LE MALATTIE E L'INVALIDITÀ

1. L'assicurazione malattia-invalidità prevede

- l'assistenza sanitaria;
- indennità per inabilità al lavoro, dovuta a malattia o maternità ed in caso d'invalidità;
- un assegno funerario.

2. Chi è l'assicurato?

- a) Tutti i lavoratori subordinati, i disoccupati, i pensionati, i lavoratori inabili al lavoro e le persone a loro carico per l'assistenza sanitaria.
- b) Tutti i lavoratori (ad eccezione di coloro che, di norma, non prestano la loro opera per più di due ore al giorno), i disoccupati e le lavoratrici, durante il periodo che precede o segue il parto, per le indennità giornaliere.

3. Quali sono le condizioni cui si deve soddisfare per avere diritto alle prestazioni sanitarie e alle indennità giornaliere?

- a) Si deve essere iscritti presso un ente assicuratore.
- b) Si deve aver prestato la propria opera per 120 giorni in un periodo di 6 mesi. Questa condizione si chiama «condizione di attesa» (*condition de stage/wachttijd*). Se necessario, saranno presi in considerazione i periodi di lavoro effettuati in un altro Stato membro. Si dovrà per questo presentare il formulario E 104.



Tali periodi d'inattività (malattia, maternità, ferie, ecc.) sono equiparati a periodi di lavoro.

c) Il datore di lavoro rilascerà trimestralmente un «buono contributivo» (*bon de cotisation/bijdragebon*) che si dovrà presentare immediatamente all'ente assicuratore. Tale buono indica l'importo della retribuzione trimestrale, nonché il numero di giornate di lavoro dell'assicurato.

d) Si dovrà sempre sottoporre ai controlli che sono imposti dall'ente assicuratore.

e) Dopo aver soddisfatto alla condizione di attesa prescritta, si dovrà conservare la qualità di assicurato. Tale è il caso se, durante il secondo e terzo trimestre che precedono quello durante il quale si chiedono le prestazioni, si potrà comprovare di aver effettuato 120 giornate lavorative o giornate equivalenti.

Se non si è in possesso di tale requisito, rivolgersi all'ente assicuratore che informerà delle possibilità di proseguire l'assicurazione in modo da poter fruire dell'assistenza sanitaria.

Non si ha diritto all'intervento dell'ente assicuratore se:

- si ha la residenza al di fuori del territorio degli Stati membri. Vi sono però eccezioni a tale norma: informarsi presso l'ente assicuratore se ci si reca temporaneamente in un altro paese;
- si sono subite lesioni nell'esercizio di un'attività sportiva per la quale si è retribuiti;
- la malattia o lesione è dovuta a colpa grave da parte del lavoratore. L'ente assicuratore di propria scelta fornirà tutte le informazioni del caso.

ASSISTENZA SANITARIA

4. Si ha diritto al rimborso delle prestazioni sanitarie secondo le tariffe stabilite da un regolamento. Le prestazioni rimborsabili sono le seguenti:

- le visite e le consultazioni dei medici generici e specialisti;
- le cure somministrate da infermiere, chinesiterapisti e dentisti;
- l'assistenza ostetrica;
- le protesi;
- i prodotti farmaceutici;

- il ricovero in ospedale;
- gli esami clinici;
- la riabilitazione professionale e la rieducazione funzionale.

Le prestazioni possono avere carattere preventivo e curativo.

In linea di massima, l'ente assicuratore rimborsa il 75% degli onorari pagati per prestazioni sanitarie. Per le vedove, gli invalidi, i pensionati e gli orfani, tale rimborso, di norma, è pari al 100%, sempreché i redditi degli stessi non superino un certo importo massimo. Per talune prestazioni, l'ente assicuratore rimborsa il 100% delle spese per tutti gli assicurati (ad es.: ricovero in ospedale).

5. Assistenza medica e dentistica

Ci si può rivolgere direttamente ad un medico o ad un altro sanitario di propria scelta. In tal caso si pagherà gli onorari. Il medico o il sanitario rilasceranno un attestato di cure che si dovrà presentare al proprio ente assicuratore. Si faccia quanto prima, dato che, trascorsi due anni dalla prestazione, non si potrà più ricevere alcun rimborso.

Per talune cure speciali (ad es.: protesi) si deve anzitutto ottenere l'autorizzazione preliminare dal proprio ente assicuratore.

Se ci si rivolge ad un medico o ad un altro sanitario che non sia obbligato a conformarsi alle tariffe prescritte dalla regolamentazione vigente, si dovrà sostenere la parte degli onorari che eccede gli importi tariffari previsti. Ci si informi presso l'ente assicuratore che possiede un elenco dei sanitari che si conformano alle tariffe imposte.

6. Prodotti farmaceutici

Si pagherà al farmacista soltanto la parte del prezzo che non viene rimborsata dall'ente assicuratore, sempreché si tratti di un prodotto rimborsabile dall'assicurazione e che si sia in possesso di una ricetta medica.

7. Ricovero in ospedale

Salvo casi di urgenza, prima di essere

ricoverato in ospedale ci si deve rivolgere al proprio ente assicuratore, che fornirà tutte le informazioni necessarie, in particolare, per ottenere le cure secondo le tariffe più favorevoli.

INDENNITÀ

8. Indennità per «inabilità primaria»

In caso d'inabilità al lavoro, si dovrà inviare per posta o presentare al medico fiduciario dell'ente assicuratore, entro e non oltre il secondo giorno successivo all'inizio della inabilità al lavoro, il certificato medico rilasciato dal proprio medico curante. Se si invia detto certificato più tardi, si avrà diritto alle suddette indennità soltanto dalla data in cui il medesimo è stato inviato o consegnato.

Il medico fiduciario dell'ente assicuratore stabilisce la durata dell'inabilità al lavoro. Ha facoltà di convocare il lavoratore, in qualsiasi momento, per un esame di controllo.

Durante il primo anno d'inabilità al lavoro, si ha diritto ad una indennità pari al 60% del mancato salario, di cui però si tiene conto soltanto sino ad un importo determinato.

Detta indennità, tuttavia, non è corrisposta per i giorni durante i quali si beneficia del salario garantito, ovvero:

- se si è operai, durante i primi 7 giorni d'inabilità al lavoro, si ha diritto al salario completo, che sarà versato dal datore di lavoro. Dall'8° al 30° giorno, si ha diritto al salario leggermente diminuito, di cui una parte è versata dal datore di lavoro e l'altra dall'ente assicuratore;
- se si è impiegati: durante i primi 30 giorni dell'inabilità al lavoro si ha diritto allo stipendio corrisposto dal datore di lavoro.

Detta indennità rappresenta il 79,5% del salario durante 14 settimane per le lavoratrici durante il periodo di puerperio. Detta indennità è però erogata alle lavoratrici unicamente per i giorni durante i quali esse non fruiscono del salario garantito.

9. Indennità d'invalidità

Se, dopo un anno, non si è in grado di

QUI, INVECE DI "ASSICURAZIONE VECCHIAIA", FAREBBERO BENE AD ASSICURARCI CHE CE LA FAREMO AD INVECCHIARE...



riprendere il lavoro, si avrà diritto alle indennità d'invalidità. Sulla base del rapporto del medico fiduciario dell'ente assicuratore, il Consiglio medico d'invalidità (*Conseil médical de l'invalidité/Geneeskundige Raad voor invaliditeit*) accerta lo stato d'invalidità e ne stabilisce la durata. All'età di 65 o 60 anni, a seconda che si tratti di un uomo o di una donna, le indennità non sono più erogate. Raggiunta questa età, infatti, si dovrà richiedere una pensione di vecchiaia.

Il versamento delle indennità d'invalidità viene a cessare se tornate ad esercitare un'attività retribuita, per la quale non avete ottenuto l'autorizzazione preliminare del medico fiduciario dell'ente assicuratore o se si rifiuta di sottoporsi alle visite di controllo.

L'importo dell'indennità d'invalidità rappresenta il 65% della mancata retribuzione se si hanno persone a carico e il 43,5%, se non si hanno persone a carico.

10. *Pensione d'invalidità per minatori*

Se si è minatori, si ha diritto, rispettando determinate condizioni, ad una pensione d'invalidità a decorrere dal 7° mese d'inabilità al lavoro, purchè si sia lavorato per almeno 10 anni in miniera. La domanda di pensione va inoltrata alla Cassa di Previdenza competente (*Caisse de prévoyance/Voorzorgskas*).

11. *Assegno funerario*

In caso di morte del lavoratore, è previsto un assegno per le spese funerarie versato a chi ha sostenuto effettivamente tali spese.

Per ottenere detto assegno, la persona che ha pagato le spese funerarie presenta all'ente assicuratore un attestato di morte rilasciato dall'amministrazione comunale corredato di tutti i documenti concernenti le spese funerarie.

EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI IN UN ALTRO STATO MEMBRO

12. *Per i familiari che risiedono in uno Stato membro diverso dal Belgio*

I familiari del lavoratore, ove risiedano in un altro Stato membro e siano a carico del lavoratore stesso, avranno diritto alle prestazioni dell'assistenza sanitaria concesse dalla cassa malattia della località in cui risiedono, come se si fosse assicurati.

Si deve richiedere un formulario E 109 (in duplice esemplare) all'ente assicuratore ed inviarlo ai familiari. Si è tenuti a segnalare al proprio ente assicuratore tutte le modifiche intervenute nella composizione della famiglia.

13. *Se ci si reca nel paese di origine o in un altro Stato membro per risiedervi temporaneamente*

a) assistenza sanitaria

In caso di permanenza nel paese di origine o in un altro Stato membro, ad esempio per trascorrere un periodo di vacanza o visitare la propria famiglia, prima della partenza si dovrà richiedere un formulario E 111 all'ente assicuratore. Detto formulario darà diritto all'assistenza sanitaria nel paese in cui ci si trova temporaneamente. Se si ha bisogno di assistenza per sé personalmente o per uno dei familiari che accompagnano, si dovrà presentare il formulario all'istituzione del paese in cui ci si trova, seguendo le indicazioni fornite a tergo del formulario stesso. Il formulario E 111 è superfluo se ci si reca nel Regno Unito.

b) Indennità di malattia

Se ci si ammala durante un periodo di permanenza nel proprio paese di origine o in un altro Stato membro, si deve: — avvisarne immediatamente il proprio datore di lavoro in Belgio, — dichiarare la malattia all'istituzione di assicurazione malattia della località in cui si dimora.

Finchè non si sarà in grado di lavorare, si dovrà accettare di sottoporsi ai controlli medici prescritti dall'istituzione di assicurazione malattia della località in cui ci si trova.

Ove si abbia diritto alle indennità di malattia, esse saranno versate, nel paese in cui si è ammalati, dal proprio ente assicuratore belga.

14. *Se ci si ammala in Belgio e si vuole rientrare nel proprio paese di origine o recarsi in un altro Stato membro*

Si può conservare il diritto alle indennità di malattia e all'assistenza sanitaria soltanto se il medico fiduciario dell'ente assicuratore ha autorizzato il lavoratore a lasciare il Belgio. Si deve anzitutto ottenere l'autorizzazione dell'ente assicuratore. Soprattutto, richiederla per tempo. Si riceverà un formulario E 112 che si consegnerà all'istituzione di assicurazione malattia del luogo in cui ci si reca.

15. *Se si lascia definitivamente il Belgio per trasferirsi in un altro Stato membro*

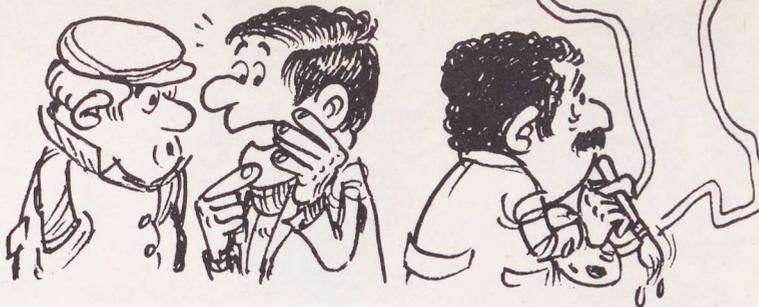
Si ha ancora diritto alle indennità di malattia ed all'assistenza sanitaria, a determinate condizioni, per una malattia manifestatasi nel mese successivo al termine dell'iscrizione all'assicurazione belga. Sarà concessa l'assistenza sanitaria a norma della legislazione dello Stato membro in cui ci si reca.

16. *Disoccupati che si recano in un altro Stato membro per cercarvi lavoro*

Per aver diritto all'assistenza sanitaria per sé e per i familiari che accompagnano il lavoratore nel paese in cui si cerca lavoro, prima della partenza si deve richiedere il formulario E 119 al proprio ente assicuratore.

Non appena ci sarà bisogno di cure per il lavoratore e per i familiari, si dovrà consegnare questo formulario unitamente al formulario E 303 all'istituzione di assicurazione malattia del paese in cui si cerca lavoro. Detta istituzione è

QUESTO IMBIANCHINO DEVE AVER
CONTRATTO QUALCHE MALATTIA
PROFESSIONALE IN PATRIA!...



indicata alla pagina 3 del formulario E 119. Se è ammalato il lavoratore, segnalarlo esplicitamente all'istituzione indicando che si richiedono anche le prestazioni in denaro e comunicando anche il nome e l'indirizzo del proprio ente assicuratore in Belgio.

Fintanto che perdura l'inabilità al lavoro, si deve sottoporsi al controllo medico, ci si deve sottoporre al controllo medico prescritto dall'istituzione di assicurazione.

Se si ha diritto alle indennità di malattia, queste saranno erogate, nel paese in cui si è cercato lavoro, dal proprio ente assicuratore belga.

— la pensione ai superstiti (*pension de survie/overlevingspensioen*) concessa alla vedova del lavoratore;

— l'indennità di adattamento (*indennité d'adaptation/aanpassingsvergoeding*) versata per una sola volta alla vedova che non ha o non ha più diritto alla pensione ai superstiti;

— la fornitura di carbone per gli ex minatori pensionati;

— l'assegno per ferie (*pécule de vacances/vakantiegeld*).

3. Quali sono le condizioni cui si deve soddisfare per aver diritto alla pensione?

a) Se si è lavoratore, si ha diritto alla pensione di vecchiaia al compimento dell'età pensionabile: 65 anni per gli uomini, 60 anni per le donne.

Si può ottenere la pensione anche prima (al massimo 5 anni), ma in tal caso non spetta la pensione completa.

b) I minatori hanno diritto alla pensione di vecchiaia all'età di 60 anni, se hanno lavorato in superficie, e all'età di 55 anni, se hanno lavorato in sotterraneo. I minatori occupati in sotterraneo nelle miniere carbonifere per 25 anni almeno hanno diritto alla pensione di vecchiaia indipendentemente dalla loro età.

c) I marittimi hanno diritto alla pensione all'età di 60 anni o dopo 168 mesi di servizio in mare.

d) La vedova di un lavoratore ha diritto ad una pensione ai superstiti all'età di 45 anni. Non vi sono condizioni di età se la vedova è invalida, se ha un figlio a carico o se suo marito ha lavorato per almeno 20 anni come minatore in sotterraneo.

4. Che fare se si desidera beneficiare delle pensioni di vecchiaia o ai superstiti o dell'indennità di adattamento?

Si deve presentare domanda all'amministrazione comunale in cui si ha l'effettiva residenza (per quanto concerne l'indennità di adattamento, la domanda dovrà essere inoltrata entro i 12 mesi a

decorrenza dalla data in cui il marito è deceduto).

Se non si ha la residenza in Belgio, la domanda deve essere presentata all'ente di assicurazione pensioni dello Stato membro in cui si risiede.

Per evitare qualsiasi possibilità di ritardo nell'esame della pratica, si presenti la domanda, se possibile, un anno prima di aver raggiunto l'età pensionabile.

Se si è vedove di un pensionato, non occorre presentare domanda per ottenere la pensione ai superstiti o l'indennità di adattamento.

5. Qual è l'importo della pensione?

a) Pensione di vecchiaia

L'importo della pensione di vecchiaia si calcola tenendo conto degli anni di lavoro e della retribuzione percepita durante la carriera lavorativa in Belgio.

Si tiene anche conto di certi periodi di inattività dovuta ad inabilità al lavoro o a disoccupazione.

Se si è lavorato in un altro Stato membro, si segnalerà presentando la domanda di pensione.

Se si ha la moglie a carico, la pensione corrisponderà al 75% della media delle retribuzioni che si sono percepite nella carriera lavorativa. Se non si ha la moglie a carico o se si è lavoratrici, la pensione corrisponderà al 60% della media delle retribuzioni che si sono percepite durante la carriera lavorativa.

b) Pensione ai superstiti

Se si è vedove, l'importo della pensione ai superstiti corrisponderà all'80% della pensione di anzianità cui avrebbe o avrebbe avuto diritto il marito.

La pensione sarà corrisposta mensilmente a mezzo vaglia postale. Se non si risiede in Belgio, la pensione sarà pagata a mezzo vaglia postale internazionale.

Se si è pensionati e si vuole continuare a lavorare, si dovrà fare una dichiarazione preliminare alla Cassa nazionale delle pensioni di vecchiaia ed ai superstiti (*Caisse nationale des pensions de retraite et de survie, Tour du Midi, 1060 Bruxelles/Rijksskas voor rust-, en*



3. ASSICURAZIONE PER LA PENSIONE (VECCHIAIA E SUPERSTITI)

1. Chi è assicurato?

In linea di massima, sono assicurati tutti i lavoratori subordinati occupati in Belgio. Tuttavia, ne è escluso il personale domestico che non abita presso il datore di lavoro e che presta servizio per una durata inferiore alle 24 ore settimanali.

2. Prestazioni previste

— la pensione di vecchiaia (*pension de retraite/ouderdompensioen*) concessa ai lavoratori subordinati;



overlevingspensioenen, Zuidertoren, 1060 Brussel).

La pensione, comunque, non sarà versata se si presta la propria opera per oltre 270 ore trimestralmente o se l'importo dei redditi professionali supera un limite massimo stabilito dai regolamenti.



4. INFORTUNI SUL LAVORO E MALATTIE PROFESSIONALI

A. Infortuni sul lavoro

1. Chi è l'assicurato?

Tutti i lavoratori subordinati, compresi quelli che, di norma, non prestano la loro opera per più di due ore lavorative al giorno ed il personale domestico. Il datore di lavoro deve contrarre un'assicurazione a favore dei suoi dipendenti presso una compagnia di assicurazione autorizzata o presso una Cassa comune di assicurazione, pure autorizzata.

2. Rischi coperti

- a) gli infortuni sul lavoro;
- b) gli infortuni in itinere.

3. Che fare in caso d'infortunio sul lavoro?

Se si è vittima di un infortunio sul lavoro o di un infortunio in itinere, il datore di lavoro deve farne debita dichiarazione. Si può fare personalmente o un fa-

miliare, compilando un formulario speciale.

Tale formulario deve essere inviato entro dieci giorni all'assicurazione del datore di lavoro ed alla cancelleria del tribunale del lavoro (*Tribunal du travail/Arbeidsrechtbank*).

Se possibile, si alleggi alla dichiarazione un certificato medico.

4. Quali sono le prestazioni?

1. Infortunio mortale

Tale infortunio dà diritto:

- a) ad un assegno funerario;
- b) ad una rendita vitalizia a favore del coniuge non divorziato né separato legalmente (30% della retribuzione integrale). Si può chiedere che un terzo della rendita sia liquidata in capitale;
- c) ad una rendita temporanea per i figli: 15% della retribuzione integrale; se entrambi i genitori sono deceduti: 20% della retribuzione. L'importo globale non può superare rispettivamente il 45% o 60%.

Le rendite concesse ai figli sono erogate soltanto per il periodo in cui essi hanno diritto agli assegni familiari e comunque sino all'età di 18 anni. Si chieda all'assicuratore del datore di lavoro informazioni supplementari in merito.

2. Infortunio non mortale

In tal caso, si ha diritto:

- a) ad una indennità per inabilità al lavoro;
- b) al rimborso delle spese sostenute per l'assistenza sanitaria;
- c) alle spese di trasporto.

a) Le indennità d'inabilità al lavoro

Occorre distinguere tra inabilità temporanea ed inabilità permanente.

— Inabilità temporanea

L'inabilità potrà aver fine dopo un certo periodo oppure stabilizzarsi.

In questo caso, si parla del cosiddetto «consolidamento». La data di tale consolidamento è fissata dal medico dell'assicuratore. Se si accetta la decisione presa nei propri confronti, ciò dev'essere confermato (omologato) dal tribunale del lavoro.

Se non si accetta le proposte dell'assicuratore, ci si rivolga al ministero della previdenza sociale (*Ministère de la Prévoyance sociale, rue de la Vierge Noire/Ministerie van sociale Voorzorg, Zwarte Lievevrouwstaat, 1000 Bruxelles*).

Nel periodo che precede il consolidamento, si ha diritto, in linea di massima, ad una indennità giornaliera pari al 90% della media della retribuzione giornaliera.

— Inabilità permanente

L'inabilità permanente è quella riscontrata alla data del consolidamento (vedasi inabilità temporanea).

Da questo momento in poi, e per un periodo di tre anni, si avrà diritto ad un assegno annuo calcolato sulla base della retribuzione e della percentuale della inabilità al lavoro, fissata dal medico dell'assicuratore.

Detto assegno può essere maggiorato, se si ha bisogno di assistenza costante di terze persone.

Tuttavia, durante questo triennio il grado dell'inabilità al lavoro può essere oggetto di revisione.

Trascorsi questi tre anni, la posizione sarà determinata in modo definitivo e spetterà una rendita vitalizia. Si ha comunque la possibilità di chiedere in qualsiasi momento la liquidazione in capitale di un terzo della rendita.

Per informazioni più circostanziate, ci si rivolga al ministero della previdenza sociale (*Ministère de la Prévoyance sociale, rue de la Vierge Noire/Ministerie van Social Voorzorg, Zwarte Lievevrouwstraat, 1000 Bruxelles*).

b) Assistenza sanitaria

L'assistenza medica, chirurgica, farmaceutica ed ospedaliera resa necessaria dall'infortunio sul lavoro sarà rimborsata dall'assicuratore del datore di lavoro fino al termine del periodo di revisione.



Inoltre, sino alla data del consolidamento l'assicuratore del datore di lavoro assume l'onere delle spese sostenute per l'acquisto di apparecchi di protesi ed ortopedici riconosciuti necessari al proprio caso.

Dopo tale data, le spese sostenute per il rinnovo e la manutenzione degli apparecchi stessi saranno a carico del Fondo infortuni sul lavoro (*Fonds des accidents du travail/Fonds voor arbeidsongevallen*) a Bruxelles.

Per tutte queste prestazioni curative, si potrà scegliere liberamente il medico, farmacista o servizio medico, farmaceutico ed ospedaliero, a meno che il datore di lavoro od il suo assicuratore abbiano un proprio servizio medico, farmaceutico od ospedaliero autorizzato.

Le cure prestate nei servizi dal datore di lavoro sono interamente gratuite. In caso di libera scelta, le cure somministrate sono gratuite se ci si rivolge ad un medico od altro sanitario convenzionato, ossia che rispetti le tariffe della mutua.

In qualsiasi momento, il trattamento può essere oggetto di controllo da parte del medico designato dall'assicuratore o dal lavoratore stesso.

Trascorso il periodo di revisione, si dovrà chiedere il rimborso spese alla propria Cassa mutua.

c) Spese per spostamenti

Il coniuge, i figli, i genitori e il lavoratore stesso hanno diritto, a certe condizioni, al rimborso delle spese sostenute negli spostamenti. Tali spese sono rimborsate, tenendo conto dell'urgenza e dello scopo dello spostamento e del mezzo di trasporto utilizzato.

5. Versamento delle indennità

Le date del versamento delle indennità per inabilità temporanea sono identiche a quelle di versamento dei salari.

Dopo il «consolidamento», saranno versate trimestralmente.

Anche le rendite per infortunio morale sono versate trimestralmente.

6. Dimora, ritorno o trasferimento di residenza nel territorio di un altro stato membro

— *Assistenza sanitaria* - Le norme sono le stesse dell'assicurazione per la malattia ed invalidità con la sola differenza che il formulario rilasciato è il modello E 123.

— *Indennità*.

Le indennità sono erogate in uno Stato membro dall'organismo competente belga, senza alcun'altra formalità.

B. Malattie professionali

1. Chi è assicurato?

Sono assicurati tutti i lavoratori subordinati, i disoccupati e gli invalidi che seguono corsi di riabilitazione o di riqualificazione professionale. Ogni datore di lavoro dev'essere assicurato presso il Fondo delle malattie professionali (*Fonds des maladies professionnelles/Fonds voor beroepsziekten*), ente incaricato di erogare tutte le prestazioni (assistenza sanitaria e rendite) rese necessarie da una malattia professionale.

2. Rischi coperti

Sono coperte tutte le malattie professionali indicate in un elenco fissato per regio decreto. Ci si informi presso il Fondo malattie professionali.

3. Come denunciare una malattia professionale?

Se si è vittima di una malattia professionale, si invii la domanda d'indennità, in plico raccomandato, al Fondo delle malattie professionali (*Fonds des maladies professionnelles/Fonds voor beroepsziekten*) a Bruxelles.

La domanda sarà corredata dai seguenti documenti giustificativi:

— attestato anagrafico (*extrait du registre de la population/uitreksel uit het bevolgingsregister*) che indichi lo stato civile del lavoratore;

— un referto medico indirizzato, in plico chiuso, al medico fiduciario del Fondo delle malattie professionali, corredata-

to dai documenti medici e radiografici in caso di pneumoconiosi;

— in caso di pneumoconiosi, un elenco degli ex-datori di lavoro in Belgio negli altri Stati membri, nonché il tipo di attività esercitata;

— in caso di malattia professionale, diversa da pneumoconiosi, fornire un elenco recante nome ed indirizzo dei tre ultimi datori di lavoro.

4. Quali sono le prestazioni erogate e le condizioni da osservare?

a) Si tratta delle seguenti prestazioni:

— indennità in caso di morte della vittima,

— indennità per inabilità al lavoro temporanea, parziale o totale,

— indennità per interruzione temporanea o definitiva dell'attività lavorativa (prevenzione)

— assistenza sanitaria.

b) Per la determinazione ed il versamento delle prestazioni, valgono le informazioni concernenti gli infortuni sul lavoro, con alcune differenze però:

— *Per l'assistenza sanitaria*, è garantita la libera scelta del medico o del centro ospedaliero.

In linea di massima, si dovrà pagare gli onorari dei medici e degli altri sanitari. Per ottenere il rimborso, ci si rivolga al Fondo delle malattie professionali.

Si ha diritto al rimborso integrale delle tariffe prescritte dalla vigente regolamentazione.

— *Per le indennità*

Si può inoltrare, in qualsiasi momento, una domanda di revisione della percentuale d'invalidità al lavoro al Fondo delle malattie professionali, ove siano subentrati mutamenti nel proprio stato di salute. Una revisione d'ufficio può essere disposta dal Fondo malattie professionali.

— *Per la prevenzione*

Se il medico curante o il medico del lavoro dell'impresa accerta una predisposizione alla malattia professionale o se appaiono i primi sintomi della malattia, si può chiedere al Fondo delle malattie professionali l'autorizzazione a cessare l'esercizio dell'attività professionale o a non più esercitare un'attività che espor-

rebbe il lavoratore al rischio della predetta malattia. In tal caso, si può aver diritto alle indennità per inabilità al lavoro temporanea totale.

Inoltre, ove si cessi definitivamente di lavorare e non si sia in possesso dei requisiti necessari per poter fruire del ricollocamento sociale dei minorati, si potrà beneficiare di un'azione di riconversione professionale a carico del Fondo malattie professionali.



5. ASSICURAZIONE CONTRO DISOCCUPAZIONE

1. Chi è assicurato?

Tutti i lavoratori subordinati, escluso il personale domestico e coloro che non prestano abitualmente la loro opera per più di 2 ore al giorno, hanno diritto alle indennità di disoccupazione, se sono in possesso dei requisiti qui di seguito specificati.

2. Condizioni da soddisfare per aver diritto alle indennità di disoccupazione

a) Si dovrà aver lavorato durante un periodo la cui durata varia secondo l'età. Così, ad esempio, se l'età è compresa fra i 18 e i 26 anni, si dovrà aver lavorato durante 150 giorni nel corso dei 10 mesi precedenti la domanda d'indennità. Se l'età è compresa fra i 27 e i 36 anni, il numero di giorni di lavoro prescritto è di 300 giorni nel corso dei 18 mesi precedenti la domanda stessa. Anche i periodi in cui si è lavorato in un altro Stato membro possono essere presi in considerazione; occorre per questo

presentare un formulario E 301 da richiedere all'istituzione di assicurazione contro la disoccupazione della località in cui si è lavorato in precedenza. Se non si ha il suddetto formulario, l'ente belga per la disoccupazione lo richiederà all'ente dell'altro Stato membro. Taluni periodi d'inattività sono equiparati a periodi lavorativi.

b) Si deve essere in possesso di un permesso di soggiorno in corso di validità ed essere rimasti disoccupati in Belgio.

c) Inoltre, si deve essere di età inferiore ai 65 anni se si è un lavoratore e 60 se si è una lavoratrice. Raggiunta questa età, si deve richiedere la pensione di vecchiaia.

d) Essere idoneo al lavoro. In caso di inabilità al lavoro, ci si deve rivolgere al proprio ente assicuratore.

e) Essere senza lavoro e senza retribuzione: non è senza retribuzione chi usufruisce di un'indennità di preavviso durante il periodo coperto da tale indennità; non è senza lavoro chi effettua un lavoro per conto proprio.

f) Essere iscritto come lavoratore in cerca di lavoro presso la sezione di collocamento dell'Ufficio nazionale dell'occupazione (*Office national de l'emploi/Rijksdienst voor Arbeidsvoorziening*).

g) Sottoporsi al controllo giornaliero organizzato dell'amministrazione del Comune.

3. Importo della indennità di disoccupazione

Durante il primo anno di disoccupazione, si avrà diritto al 60% della retribuzione lorda, che non potrà eccedere un certo importo massimo. Trascorso un anno di disoccupazione, spetterà soltanto il 40% della retribuzione lorda, se non si hanno persone a carico o se uno dei familiari dispone di redditi professionali.

4. Come ottenere le indennità di disoccupazione?

Si deve inoltrare domanda all'organismo che eroga le indennità di disoccu-

pazione, creato dal sindacato al quale si è iscritti, oppure se non si appartiene ad alcun sindacato, rivolgersi alla Cassa ausiliare che eroga le indennità di disoccupazione (*Caisse auxiliaire de paiement des allocations de chômage/Hulpkas voor werkloosheidsuitkeringen*).

5. Rifiuto di prestazioni

Se si è senza lavoro per aver abbandonato il posto senza motivo, o si è licenziati per propria colpa o ci si rifiuta, mentre si è disoccupati, un'occupazione adeguata, l'erogazione delle prestazioni potrà essere sospesa per un periodo da 4 a 13 settimane. In caso di recidiva, questi tempi saranno raddoppiati. Infatti, se la disoccupazione si protrae per un periodo troppo lungo o si ripete con frequenza anormale, il diritto a prestazioni può cessare.

6. Se si desidera recarsi in un altro Stato membro per cercarvi lavoro

Se si usufruisce delle indennità di disoccupazione in Belgio e si pensa di poter trovare più rapidamente lavoro in un altro Stato membro, ci si può recare in tale Stato, continuando a beneficiare delle indennità in Belgio. Occorre anzitutto essere stati iscritti negli appositi elenchi come disoccupati in cerca di lavoro in Belgio, presso l'Ufficio regionale del lavoro, per quattro settimane. Si chiede a detta istituzione un formulario E 303. Munito del formulario, ci si reca quanto prima, e comunque entro e non oltre i 7 giorni successivi all'arrivo, all'Ufficio di collocamento ed eventualmente all'istituzione di assicurazione per la disoccupazione del paese in cui si ha intenzione di cercar lavoro. Mentre si è in cerca di lavoro, si deve comunque accettare di sottostare ai medesimi controlli degli altri disoccupati del paese. Si deve segnalare all'ente al quale si è consegnato il formulario E 303 qualsiasi cambiamento intervenuto nella situazione che possa influire sul diritto del lavoratore alle indennità di disoccupazione.

Si conserverà il diritto agli assegni belgi per tre mesi al massimo. Tuttavia, l'istituzione belga che ha concesso le indennità può autorizzare ad assentarsi per un periodo più lungo. Nel paese in

cui si cerca lavoro, le indennità saranno versate dall'organismo al quale si è consegnato il formulario E 303. Se non si rientra in Belgio entro i tre mesi, non avendo ricevuto l'autorizzazione di assentarsi più a lungo, cesserà il diritto alle indennità stesse.



6. PRESTAZIONI FAMILIARI

1. Aveni diritto

Si ha diritto alle prestazioni familiari se si presta la propria opera per almeno quattro ore giornaliere in qualità di lavoratore subordinato, se si è disoccupati, invalidi o pensionati.

I figli per i quali spettano gli assegni familiari sono i seguenti, semprechè i suddetti figli non abbiano superato l'età indicata più avanti:

- i propri figli o i figliastri;
- i figli adottati dal lavoratore stesso o dalla moglie;
- i figli di cui il lavoratore o la moglie sono tutori;
- i figli naturali riconosciuti o nel cui atto di nascita è indicato il nome della madre;
- i nipoti e pronipoti in linea diretta, se fanno parte del nucleo familiare del lavoratore;
- i figli le cui spese di sostentamento sono, per oltre la metà, a proprio carico.

Se per uno stesso figlio hanno diritto agli assegni familiari più persone, ad esempio il padre ed il nonno, tale diritto viene riconosciuto in primo luogo al padre.

Si ha diritto agli assegni familiari anche

per i figli che risiedono in un altro Stato membro. In tal caso, si dovrà inoltrare una domanda al ministro della previdenza sociale (*Ministre de la Prévoyance sociale, rue de la Vierge Noire/Minister van Sociale Voorzorg, Zwarte Lievevrouwstraat*) a Bruxelles, per ottenere il pagamento degli assegni familiari per questo figlio.

Anche i figli dei lavoratori deceduti hanno diritto a prestazioni familiari, purchè siano soddisfatte le condizioni qui di seguito indicate.

2. Età limite del figlio

Si ha diritto agli assegni familiari per tutti i figli di età inferiore ai 14 anni o fino alla fine dell'anno scolastico nel corso del quale essi raggiungono tale età.

Si ha inoltre diritto agli assegni familiari per i seguenti figli, anche se hanno superato l'età sopraindicata:

- fino all'età di 16 anni, per i figli che non lavorano,
- fino all'età di 21 anni, per certi figli legati da un contratto d'apprendistato riconosciuto o controllato,
- a certe condizioni, e fino all'età di 25 anni, per la giovane (od il giovane) che attende al governo della casa o, se i figli sono almeno 4, assiste la madre nei lavori domestici,
- fino all'età di 25 anni, per i figli che, rispondendo a taluni requisiti, frequentano corsi d'istruzione secondaria o corsi d'istruzione superiore,
- senza limiti di età, per i figli minorati o comunque inabili al lavoro.

3. A quali prestazioni si può aver diritto?

— Per ogni figlio beneficiario, si ha diritto ad assegni familiari ordinari. Gli importi variano secondo l'ordine di nascita del figlio (ad es.: l'importo per il 2° figlio è superiore all'importo per il 1° figlio, quello del 3° figlio è superiore a quello del 2° figlio, e così via). Dal 5° figlio in poi gli importi sono identici.

— Ogni giornata di lavoro dà diritto ad un assegno giornaliero. Se nel corso di un mese si lavora 23 giorni (settimane di 6 giorni) o 19 giorni (settimane di 5 giorni) si ha diritto ad un assegno forfettario mensile pari a 25 volte l'importo giornaliero.

— Si ha inoltre diritto ad un supplemento, il cui importo varia con l'età dei figli. Tali importi aumentano all'età di 6, 10 o 14 anni.

— Un assegno supplementare viene concesso, sino all'età di 25 anni, ai figli minorati, qualora si verificano determinate condizioni.

— Se si è inabili al lavoro od invalidi, gli importi degli assegni familiari possono eventualmente essere maggiorati.

— Nel corso del mese di maggio, è corrisposto un assegno familiare per ferie per ogni figlio per il quale si ha diritto ad assegni familiari per il mese di aprile dell'anno in corso.

— Alla nascita di un figlio per il quale si ha diritto agli assegni familiari, si riceverà un premio di natalità se il figlio nasce in Belgio.

— In caso di morte del genitore, gli orfani hanno diritto, a determinate condizioni, agli assegni familiari per orfani, sulla base di una aliquota ordinaria o maggiorata. È inoltre previsto un supplemento per l'età.

4. Come beneficiare delle prestazioni familiari?

Per aver diritto alle prestazioni familiari, si deve inoltrare una domanda alla Cassa di compensazione (*Caisse de compensation/Compensatiekas*) cui è iscritto il datore di lavoro, che comunicherà l'indirizzo di detta Cassa, presso la quale si otterrà tutte le informazioni complementari.

Le prestazioni familiari sono pagate alla madre, mensilmente, mediante vaglia postale.

Se la famiglia del lavoratore non risiede in Belgio, ma in un altro Stato membro, alla domanda dovrà essere unito un formulario E 401, che indicherà com'è composta la famiglia.

Per aver diritto al premio di natalità, si deve allegare alla domanda l'attestato rilasciato dall'amministrazione comunale, quando si è dichiarata la nascita del figlio.

Tuttavia, detto premio può essere sollecitato a decorrere dal sesto mese di gravidanza; sarà versato due mesi prima della probabile data del parto indicata nel certificato medico da allegare alla domanda.

INDICE DELL'ANNATA 1978

nn. 1-2: gennaio-febbraio

Francia 1977 (<i>A. Perotti</i>)	3
Italia paese di immigrazione (<i>G. Tassello</i>)	4
Germania 1977 (<i>G. Baggio</i>)	12
Svizzera 1977 (<i>T. Pozzi</i>)	18
Weder-noch-Generation (<i>CSERPE</i>)	23
Notiziario	31

nn. 3-4: marzo-aprile

Vue d'ensemble sur l'immigration en France (<i>A. Perotti</i>)	3
L'unica razza (<i>M.P.</i>)	14
Promozione e integrazione dei lavoratori stranieri in Svizzera (<i>EKA</i>)	17

nn. 5-6: maggio-giugno: Chiesa ed emigrazione

Spunti di riflessione su Chiesa ed emigrazione in Italia (<i>G. Tassello</i>)	5
Documenti della Chiesa italiana	10
Appunti per una valutazione degli interventi della Chiesa cattolica svizzera e tedesca sull'emigrazione (<i>G. Baggio</i>)	20
Documenti della Chiesa svizzera	22
Documenti della Chiesa tedesca	32

nn. 7-8: luglio-agosto: Eglise et migrations

Notes sur la presence de l'Eglise dans l'immigration en France (<i>A. Perotti</i>)	47
France documents	50

nn. 9-10: settembre-ottobre: Sicurezza sociale e emigrazione (a cura di *A. Zamblera*)

Regolamenti comunitari	5
Sicurezza sociale in Italia	7
Sicurezza sociale in Francia	14
Sicurezza sociale in Lussemburgo	23

nn. 11-12: novembre-dicembre: Sicurezza sociale e emigrazione (a cura di *A. Zamblera*)

Morir d'attesa	3
Sicurezza sociale in Germania	4
Sicurezza sociale in Gran Bretagna	16
Sicurezza sociale in Belgio	21

SECRETARIA DE ESTADO DA COMUNICAÇÃO SOCIAL

PALÁCIO FOZ
Lisboa 2 — Portugal
APARTADO 2495



CENSIMENTO ELETTORALE DEI PORTOGHESI EMIGRATI

A partir do próximo dia 4 de Dezembro e até ao dia 10 de Janeiro vai realizar-se um novo recenseamento eleitoral, voluntário para os cidadãos eleitores residentes no estrangeiro.

Podem inscrever-se no recenseamento todos os cidadãos portugueses maiores de 18 anos no termo do prazo fixado para a inscrição.

Este recenseamento, cuja validade será permanente, substitui o anterior que visava especificamente, as eleições para a Assembleia Constituinte, Assembleia da República, Presidência da República e Autarquias Locais, realizadas em 1975 e 1976.

No estrangeiro o novo recenseamento será organizado pelas Comissões Recenseadoras que terão como intervenientes representantes dos postos consulares de carreira, ou quando estes não existam, pelas Embaixadas sem secção consular e por um delegado nomeado por cada partido político com assento na última sessão da Assembleia da República.

Ao inscrever-se o cidadão eleitor necessita para se identificar do Bilhete de Identidade, ou do passaporte. No entanto, se não possuir nenhum destes documentos a identificação far-se-á mediante a apresentação de qualquer outro documento que contenha fotografia actualizada, assinatura ou impressão digital e que seja normalmente utilizado para a identificação (como por exemplo a carta de condução).

Por outro lado o reconhecimento da identidade do cidadão, ser efectuado pela entidade recenseadora ou através de dois cidadãos eleitores inscritos na mesma unidade geográfica e que atestem sob compromisso de honra a identidade do cidadão.

Outro requisito fundamental no acto do recenseamento é a prova de freguesia de naturalidade: ou por meio do próprio Bilhete de Identidade quando este contenha tal indicação ou através de certidão de nascimento, cédula pessoal, passaporte ou outro documento legal. Caso o cidadão eleitor não possua alguma provada freguesia da sua naturalidade, terá que obtê-la urgente e gratuitamente antes de se inscrever. Em último caso esta polderá ser obtida por reconhecimento unânime dos membros presentes da Comissão Recenseadora.

O diploma que regulamenta o recenseamento estipula ainda a criação do cartão de eleitor, devidamente autenticado pela entidade recenseadora, e que constituirá a prova da inscrição do cidadão eleitor.

Todavia, se por algum infortúnio o cidadão extraviar o cartão de eleitor, no qual consta obrigatoriamente o seu nome, naturalidade, número e arquivo do Bilhete de Identidade e a data de nascimento, deverá comunicar o facto, imediatamente à entidade recenseadora, que emitirá novo cartão.

GAST

LA SICUREZZA SOCIALE

