

# **COMMUNAUTE ECONOMIQUE EUROPEENNE**

**COMMISSION ADMINISTRATIVE POUR LA  
SECURITE SOCIALE DES TRAVAILLEURS MIGRANTS**



**Guide n° 1 — Italie**

**Assurance maladie-maternité des travailleurs  
immigrant en Italie avec leur famille**







**COMMUNAUTE ECONOMIQUE EUROPEENE**

**COMMISSION ADMINISTRATIVE POUR LA  
SECURITE SOCIALE DES TRAVAILLEURS MIGRANTS**

**Assurance maladie-maternité des travailleurs  
immigrant en Italie avec leur famille**

**Guide n° 1 — Italie**



## SOMMAIRE

	Pages
<b>I. INTRODUCTION - GENERALITES - INSTITUTIONS COMPETENTES</b>	<b>7</b>
A. Introduction	7
B. Généralités	8
C. Institutions compétentes	9
<b>II. MALADIE</b>	<b>10</b>
A. Bénéficiaires et ayants droit	10
B. Conditions pour bénéficier des prestations	12
C. Prestations	14
a) <i>Soins de santé</i>	14
b) <i>Prestations en espèces</i>	16
D. Formalités	17
<b>III. MATERNITE</b>	<b>20</b>
A. Bénéficiaires et ayants droit	20
B. Conditions pour bénéficier des prestations	20
C. Prestations	21

	Pages
a) <i>Soins de santé</i>	22
b) <i>Prestations en espèces</i>	22
D. Formalités	23
<b>IV. TUBERCULOSE</b>	<b>24</b>
A. Bénéficiaires et ayants droit	24
B. Conditions pour bénéficier des prestations	25
C. Prestations	25
a) <i>Soins de santé</i>	26
b) <i>Prestations en espèces</i>	26
D. Formalités	27
<b>V. INDEMNITE FUNERAIRE</b>	<b>28</b>
<b>VI. ASSURANCE FACULTATIVE</b>	<b>28</b>
<b>VII. COTISATIONS</b>	<b>29</b>
1. Maladie	29
2. Maternité	30
3. Tuberculose	30
<b>VIII. RECOURS</b>	<b>30</b>
1. Maladie et maternité	30
2. Tuberculose	30



# I. INTRODUCTION - GENERALITES - INSTITUTIONS COMPETENTES

## A. Introduction

Le présent guide constitue un résumé des dispositions de la législation italienne et des dispositions des règlements n° 3 et n° 4 concernant la sécurité sociale des travailleurs migrants, applicables sur le territoire italien, en matière d'assurance maladie, maternité, tuberculose, décès (indemnité funéraire).

*Il est destiné aux travailleurs*

— *ressortissants de l'un des Etats de la Communauté économique européenne: Belgique, France, république fédérale d'Allemagne, Italie, Luxembourg, Pays-Bas;*

— *apatrides ou réfugiés*

*qui viennent occuper un emploi salarié en Italie et y résider.*

*Il ne concerne pas:*

— *les gens de mer, bateliers rhénans ou travailleurs des transports internationaux qui bénéficient de régimes particuliers,*

— *les travailleurs frontaliers, saisonniers ou détachés pour lesquels il existe des dispositions spéciales (pour les travailleurs détachés, voir Guide n° 4, *Détachement*).*

## B. Généralités

En vertu de la législation italienne, *toute personne, de quelque nationalité qu'elle soit, âgée de 14 ans révolus et qui accomplit sur le territoire italien un travail rémunéré sous la dépendance d'autrui, est obligatoirement assurée* contre la maladie en général et contre la tuberculose. En effet, la loi oblige l'employeur à inscrire à l'assurance maladie et à l'assurance tuberculose tous les travailleurs qu'il engage pour les mettre au travail sous sa dépendance.

L'*assurance maladie* et l'*assurance tuberculose* constituent deux assurances distinctes; elles sont soumises à des règles différentes qui seront exposées dans les chapitres consacrés en propre à chacune d'elles.

D'une façon générale, on peut dire que l'assurance maladie couvre toutes les maladies dont peuvent être atteints les travailleurs et les membres de leur famille.

Cependant, ne sont pas couverts par l'assurance maladie :

- les accidents du travail et les maladies professionnelles, qui sont couverts par l'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles;

- les maladies mentales, quand il n'y a pas de possibilité de guérison; dans ce cas, l'aliéné est hospitalisé dans un asile par les soins de l'autorité provinciale;

- les maladies infectieuses et contagieuses; l'hospitalisation et le traitement sont pris en charge par l'autorité communale.

Par contre, l'assurance contre la tuberculose couvre également le travailleur et les membres de sa famille quand ils sont atteints de tuberculose dans sa phase active, c'est-à-dire quand les examens cliniques font apparaître que le processus tuberculeux est en cours et nécessite des soins.

Tant dans le cas d'autres maladies que dans celui de tuberculose, l'assuré et les membres de sa famille ont droit aux *soins de santé*. L'assuré qui est obligé d'interrompre son activité professionnelle bénéficie également d'une *indemnité journalière*.

Enfin, l'attention du lecteur est appelée sur les points suivants :

— *les indications données dans le présent guide concernant le cas où l'assuré vient en Italie avec sa famille ; si celle-ci continue à résider dans un autre pays de la Communauté économique européenne, il y a lieu de consulter le Guide n° 5 établi pour ce pays ;*

— *en cas de transfert de résidence ou de séjour temporaire dans un autre pays de la Communauté économique européenne, il convient de consulter le Guide n° 3, Transfert de résidence ou le Guide n° 2, Séjour temporaire.*

## **C. Institutions compétentes**

### **Maladie - maternité**

Sauf pour quelques catégories de travailleurs, les prestations en cas de maladie ou de maternité sont servies par

*l'Institut national d'assurance-maladie* (Istituto nazionale per l'assicurazione contro le malattie - I.N.A.M.).

L'Institut possède un siège provincial dans chaque chef-lieu de province et des sections territoriales dans la plupart des communes.

Dans les provinces de Trente et de Bolzano, l'assurance maladie relève des caisses mutuelles provinciales.

Les prestations de maternité aux travailleuses à domicile ou en service domestique relèvent des sièges provinciaux et des sections territoriales de *l'Institut national de la prévoyance sociale* (Istituto nazionale della previdenza sociale - I.N.P.S.).

### **Tuberculose**

Les prestations d'assurance-tuberculose relèvent des sièges provinciaux et des sections territoriales de *l'Institut national de la prévoyance sociale* (I.N.P.S.).

## **II. MALADIE**

### **A. Bénéficiaires et ayants droit**

Bénéficiaire des prestations en cas de maladie le *travailleur assuré* et les membres de sa famille.

Les *membres de la famille* que la législation italienne admet au bénéfice des prestations sanitaires à condition qu'ils soient à *la charge du travailleur assuré* sont les suivants :

- l'*épouse*, même séparée de droit ou de fait;

— *le mari* qui se trouve en état d'incapacité de travail permanente ou qui a dépassé l'âge de 65 ans;

— *les enfants* légitimes, naturels, adoptifs ou bénéficiant de la « petite adoption » (affiliati), les enfants d'un mariage antérieur du conjoint, les enfants naturels de celui-ci, les enfants abandonnés confiés régulièrement à l'assuré ou à son conjoint; dans tous ces cas, la limite d'âge pour l'octroi des prestations est de 18 ans; cependant elle est de 14 ans pour les enfants des ouvriers agricoles; il n'y a pas de limite d'âge pour les enfants en état d'incapacité de travail permanente, ni pour les filles célibataires. La limite d'âge est portée à 21 ans pour les enfants qui fréquentent un établissement d'enseignement professionnel, moyen ou universitaire;

— *le père*, quand il a dépassé l'âge de 60 ans, ou même en-dessous de cette limite s'il est en état d'incapacité de travail permanente; *la mère* quand elle a dépassé l'âge de 55 ans, ou même en-dessous de cette limite si elle est en état d'incapacité de travail permanente ou veuve à charge;

— *les frères et sœurs* dans les mêmes conditions et limites que les enfants;

— *les petits-enfants* dans les mêmes conditions et limites que les enfants.

## **B. Conditions pour bénéficier des prestations**

Le droit aux prestations de l'assurance maladie prend cours :

— *Pour les ouvriers*, automatiquement avec le début du contrat de travail ;

— *Pour les gens de maison*, six mois après le début de l'occupation (qui ne peut être inférieure à quatre heures par jour) à condition que l'intéressé ait versé douze cotisations hebdomadaires au cours des vingt-quatre semaines qui précèdent immédiatement la date de demande des prestations (ou qu'il en soit débiteur) ;

Quand cette condition n'est pas remplie en comptant uniquement les périodes d'assurance accomplies en Italie, on tient compte des périodes d'assurance accomplies dans les autres Etats membres. Dans ce but, l'intéressé devra fournir à l'Institut italien le formulaire E 4, qui lui sera délivré sur demande par l'institution auprès de laquelle il était assuré précédemment. Cependant, la totalisation n'est accordée que s'il ne s'est pas écoulé plus d'un mois entre la fin de la période d'assurance accomplie dans le pays où le travailleur était précédemment occupé et le début de la période d'assurance en Italie ;

— *Pour les travailleurs de l'agriculture*, dès l'inscription sur les listes nominatives des travailleurs agricoles qui sont établies par le « service des listes nominatives et des cotisations unifiées dans l'agriculture » et publiées par l'administration communale, par affichage au ta-

bleau de la commune. Pour être inscrit sur ces listes, l'intéressé doit en faire la demande à l'employé communal compétent;

Cependant, le travailleur peut être admis au bénéfice des prestations de l'assurance maladie moyennant un certificat provisoire (modèle E 10) délivré par le « service des listes nominatives et des cotisations unifiées dans l'agriculture », attestant la qualité qui donne au travailleur le droit d'être inscrit sur les listes nominatives;

— *Pour les employés*, à l'expiration d'un délai de trente jours au moins à dater de l'inscription à l'assurance maladie, et après versement d'une cotisation mensuelle au moins.

Pour les ouvriers, le droit à l'hospitalisation et aux indemnités journalières (réduites cependant aux 2/3 du taux normal) subsiste pendant deux mois après la fin du contrat de travail. Par contre, le droit aux soins de médecine générale et aux fournitures pharmaceutiques subsiste pendant six mois après la fin du contrat de travail.

Pour les travailleurs agricoles, le droit aux soins de santé cesse à l'expiration de la validité de la liste nominative sur laquelle il est inscrit ou avec sa radiation de cette liste.

Pour les employés, le droit aux prestations en espèces et en nature subsiste pendant deux mois après la fin du contrat de travail.

Pour les membres de la famille du travailleur, le droit aux soins de santé prend cours à la date où le travailleur lui-

même est inscrit à l'assurance maladie et se prolonge pendant toute la période pendant laquelle il conserve le droit aux soins de santé.

## **C. Prestations**

Les prestations de l'assurance-maladie comprennent les soins de santé et les prestations en espèces.

*Les soins de santé sont accordés à l'assuré et aux membres de sa famille.*

*Les prestations en espèces, qui consistent en une indemnité journalière, sont servies à l'assuré qui a dû interrompre son travail par suite de maladie.*

### **a) Soins de santé**

*Les soins de santé comprennent :*

- les prestations médico-chirurgicales au domicile du patient et au cabinet du médecin,
- les prestations médicales des spécialistes, données au cabinet de ceux-ci,
- l'hospitalisation,
- les fournitures pharmaceutiques,
- les prestations pédiatriques,
- les prestations accessoires (complémentaires), prothèses, cures hydrothérapiques et balnéaires, appareils acoustiques, lunettes, etc.



Les soins de santé sont accordés à l'assuré et aux membres de sa famille pour une durée de 180 jours au plus par année civile.

Les soins de santé sont servis directement ou indirectement, au choix de l'assuré.

*Dans le cas d'assistance directe, ils sont servis gratuitement par l'institut assureur, c'est-à-dire par ses « centres ambulatoires », ses médecins et les établissements hospitaliers agréés par lui.*

L'assuré est tenu de choisir son médecin habituel parmi ceux qui sont inscrits à la « liste de mutualité »; celle-ci est affichée dans les maisons communales et aux sièges de l'Institut national d'assurance maladie. Les examens médicaux ont lieu dans les centres ambulatoires ou au domicile du patient, selon l'état de santé de celui-ci.

Les produits pharmaceutiques peuvent être obtenus dans toutes les pharmacies de la province, sur présentation de l'ordonnance médicale et du livret d'inscription à l'assurance maladie.

Il y a lieu de conserver l'emballage du produit pharmaceutique jusqu'à la fin du traitement.

Pour certaines spécialités pharmaceutiques, l'assuré doit acquitter une participation aux frais, qu'il paie directement à la pharmacie au moment de l'exécution de l'ordonnance. Dans ce cas, l'intéressé peut, à la pharmacie même, demander à consulter le répertoire (prontuario) où le taux de ces participations est indiqué en détail.

En cas d'hospitalisation, l'assuré a le choix entre les hôpitaux et les autres établissements hospitaliers agréés de la circonscription territoriale du lieu de sa résidence

*Dans l'assistance indirecte, l'assuré paie lui-même les honoraires et autres frais et réclame à l'institut assureur le remboursement des frais qu'il a supportés. Ce remboursement ne peut dépasser les limites prévues par les tarifs en vigueur.*

L'assuré qui choisit l'assistance indirecte doit le déclarer dans le courant du mois de décembre; ce choix est reconduit tacitement d'année en année à moins de dénonciation formelle de la part de l'assuré.

## **b) Prestations en espèces**

*Les prestations en espèces sont constituées par l'indemnité journalière, dont le montant est égal à la moitié de la rémunération globale moyenne gagnée au cours des deux périodes de paie qui ont précédé le début de la maladie.*

*Cette indemnité est due pour une période de 180 jours au plus par année civile, à partir du quatrième jour de maladie.*

*Elle n'est accordée que pour les jours ouvrables et elle est liquidée par l'I.N.A.M. au moyen de mandats-poste pour chaque semaine écoulée.*

Lorsque, par suite de maladie, l'assuré sans charge de famille est hospitalisé, l'indemnité est réduite aux 2/5 du taux normal pour la durée de l'hospitalisation.

*Pour les ouvriers agricoles, la prestation est fixée à un montant invariable par catégorie, avec maximum de 150 liras par jour. Elle est accordée à partir du premier jour pour les maladies dont la durée n'est pas inférieure à trois jours, pour une durée de 180 jours au plus par année civile.*

## **D. Formalités**

Les formalités à remplir pour obtenir les prestations diffèrent selon que l'assuré a opté pour l'assistance directe ou pour l'assistance indirecte.

Dans l'un et l'autre cas, cependant, pour obtenir les soins de santé au profit des membres de sa famille, l'assuré doit, dès son inscription à l'assurance maladie, présenter à la section territoriale de l'I.N.A.M. une demande établie sur un formulaire ad hoc (S.P. 500-a), qui lui sera fourni par la section même.

Il devra joindre à sa demande:

a) quand il touche les allocations familiales pour la personne dont il demande l'inscription, la déclaration de l'entreprise (dichiarazione dell'azienda) Mod. S.P. 500-b.

b) quand il ne touche pas les allocations familiales, un relevé de la situation familiale, ainsi que les autres documents qui seront réclamés par la section territoriale, selon la nature du cas.

### **Assistance directe**

*En cas de maladie*, le travailleur doit procéder comme suit:

a) quand la maladie ne l'oblige pas à garder le lit, se présenter au cabinet du médecin traitant pendant les heures de visite établies;

b) quand la maladie l'oblige à garder le lit, demander que le médecin qu'il a choisi vienne le voir à son domicile.

Le médecin établira le certificat de début de maladie et le fera parvenir à la section territoriale de l'I.N.A.M. au plus tard le lendemain du jour de la première visite. Il remplira également le formulaire de déclaration que l'assuré fera parvenir à son employeur pour justifier son absence.

*Si la maladie se prolonge au delà de sept jours*, le médecin devra envoyer à la section territoriale de l'I.N.A.M., tous les sept jours, un certificat de prolongation de maladie.

*A la fin de la maladie*, le médecin traitant devra faire parvenir à la section territoriale de l'I.N.A.M. le certificat de guérison. L'assuré, de son côté, devra transmettre à son employeur un certificat établi sur un formulaire ad hoc (Mod. Sg. 309) et indiquant clairement la date de la reprise du travail.

Pour les maladies qui entraînent une *incapacité de travail de plus de 15 jours*, l'assuré peut réclamer à la section territoriale un certificat spécifiant les dates du début et de la fin de la maladie qu'il présentera à l'I.N.P.S. pour obtenir l'inscription de ses contributions. Le droit à la pension se fonde uniquement sur l'inscription de ces contributions.

L'assuré malade est tenu de se soumettre aux *visites médicales de contrôle* et aux *vérifications* que l'institut assureur estime nécessaires. Il peut faire appel de l'avis exprimé par le médecin contrôleur en demandant d'être soumis à un examen contradictoire.

Les frais de voyage nécessaires pour se rendre à l'endroit où a lieu l'examen médical sont remboursés.

*Si le malade doit être hospitalisé, la section de l'I.N.A.M., sur la proposition du médecin traitant, établira et remettra à l'intéressé le permis d'hospitalisation.*

En cas d'urgence, l'intéressé peut être hospitalisé même sans l'accord préalable de l'I.N.A.M. (mais uniquement dans les hôpitaux publics). Il suffit qu'en entrant à l'hôpital il présente son livret d'inscription à l'assurance maladie.

L'hôpital et l'intéressé devront avertir l'Institut au plus tard dans les trois jours à dater de l'hospitalisation.

*Pour permettre à l'I.N.A.M. de payer en temps voulu les indemnités journalières, l'assuré doit veiller à ce que son employeur renvoie sans délai, à la section territoriale de l'I.N.A.M., la fiche de renseignements sur les rémunérations (cartolina dati salariali) dûment remplie et signée.*

Ce document n'est pas nécessaire pour les travailleurs agricoles.

### **Assistance indirecte**

Pour obtenir le paiement des *indemnités journalières*, l'assuré doit faire parvenir un certificat médical à la section territoriale de l'I.N.A.M. dans les trois jours qui suivent le début de la maladie, puis tous les sept jours jusqu'à la guérison.

Pour obtenir le *remboursement des frais engagés en matière de soins de santé*, l'assuré doit présenter à la section territoriale la preuve acquittée de chaque dépense.

Les documents doivent être transmis dans les trente jours qui suivent la fin de la maladie.

L'assuré qui a opté pour l'assistance indirecte peut demander l'assistance directe quand il s'agit d'hospitalisation.

### **III. MATERNITE**

#### **A. Bénéficiaires et ayants droit**

Bénéficient des prestations de l'assurance maternité:

- les travailleuses inscrites à l'assurance maladie;
- les membres de la famille du travailleur inscrit à l'assurance maladie.

Sont considérées comme membres de la famille du travailleur les personnes mentionnées comme telles au chapitre Maladie.

#### **B. Conditions pour bénéficier des prestations**

Les conditions requises pour pouvoir bénéficier des prestations de maternité sont *les mêmes que pour les prestations de maladie*.

*Cependant*, pour les travailleuses à domicile ou en service domestique, outre l'existence d'un contrat de louage de services, il faut avoir payé 52 cotisations hebdomadaires au moins pendant les deux ans qui ont précédé l'accouchement. Quand cette condition n'est pas remplie en comptant uniquement les périodes accomplies en Italie,

on tient compte également des périodes d'assurance accomplies dans les autres Etats membres, dans les conditions mentionnées au chapitre Maladie.

Pour obtenir les indemnités journalières, il faut que la période d'interruption obligatoire du travail débute dans une période effective du contrat de travail comportant le paiement d'une rémunération. Cependant, le droit aux indemnités journalières subsiste même si le contrat de travail était suspendu, sous réserve que le début de la grossesse se situe dans la période effective du contrat de travail comportant le paiement de la rémunération correspondante.

Les travailleuses enceintes dont le contrat de travail était suspendu ou qui étaient absentes du travail, sans rémunération, depuis 60 jours au plus au début de la période d'interruption obligatoire du travail, sont également admises au bénéfice de l'indemnité journalière. Quand l'absence est due à une maladie ou à un accident du travail, elles ont droit à l'indemnité journalière quelle qu'ait été la durée de l'absence.

Les périodes de maladie résultant de la grossesse ou de l'accouchement n'entrent pas en ligne de compte pour le calcul de la durée des prestations d'assurance maladie.

## **C. Prestations**

En cas de maternité, les intéressées ont droit à des soins de santé et à des prestations en espèces.

*Les assurées et les membres de la famille d'un assuré ont droit aux soins de santé.*

*Les assurées ont droit également à des indemnités journalières pendant la période d'interruption obligatoire du travail.*

### **a) Soins de santé**

*Les soins de santé comprennent:*

- les examens par spécialistes dans les centres ambulatoires de l'I.N.A.M.;
- l'assistance obstétricale à domicile,
- la fourniture de la trousse obstétricale,
- l'hospitalisation en cas d'accouchement ou de complication dans le cours de la grossesse ou de l'accouchement.

### **b) Prestations en espèces**

*Les prestations en espèces comprennent:*

1) Pendant toute la période d'interruption obligatoire du travail, l'octroi d'une indemnité journalière égale à 80 % de la moyenne journalière des rémunérations globales gagnées pendant les deux périodes de paie qui ont précédé l'interruption obligatoire.

La période d'interruption obligatoire du travail débute:

- pour les travailleuses de l'industrie, trois mois avant la date présumée de l'accouchement;
- pour les travailleuses de l'agriculture, huit semaines avant la même date;
- pour les autres catégories de travailleuses, six semaines avant la même date.



Pour toutes ces catégories, la période d'interruption obligatoire du travail prend fin huit semaines après l'accouchement;

2) Pour les ouvrières de l'agriculture, l'octroi d'une allocation variable, de 12 000 à 25 000 liras; (1)

3) Pour les travailleuses à domicile ou en service domestique qui n'ont pas droit aux prestations énumérées au 1), l'octroi d'une allocation de 12 000 liras. (1)

Les indemnités journalières sont payées par quinzaine, et uniquement pour les jours ouvrables.

Pour les travailleuses agricoles ou en service domestique, elles sont payées en deux fois. Le paiement de la première tranche est subordonné à la présentation d'une demande accompagnée d'un certificat de grossesse. Le paiement de la seconde tranche est subordonné à la présentation, par la travailleuse, de l'extrait d'acte de naissance (certificato di nascita) ou du certificat d'assistance à l'accouchement.

## **D. Formalités**

Pour obtenir les soins de santé, il y a lieu d'observer les formalités mentionnées au chapitre Maladie.

Pour obtenir les indemnités journalières, les travailleuses enceintes doivent présenter à la section territoriale de l'I.N.A.M., dans les quinze premiers jours de la période d'interruption obligatoire du travail, une demande accompagnée du certificat médical de grossesse et de la déclaration de l'employeur attestant que la travailleuse

---

(1) Au 1 juillet 1960

a effectivement cessé le travail; pour les travailleuses de l'agriculture, ces pièces doivent être fournies dans les trente jours.

L'indemnité journalière afférente à la période qui suit l'accouchement est subordonnée à la présentation de l'extrait d'acte de naissance de l'enfant ou, dans le cas des filles-mères, du certificat d'assistance à l'accouchement; ce document doit être légalisé par le syndic.

## **IV. TUBERCULOSE**

### **A. Bénéficiaires et ayants droit**

Ont droit aux prestations:

- le travailleur inscrit à l'assurance tuberculose;
- les membres de la famille du travailleur assuré.

Les membres de la famille que la législation italienne admet au bénéfice des soins de santé à condition qu'ils soient à la charge du travailleur assuré sont les suivants:

- l'épouse;
- le mari;
- les enfants légitimes, naturels, adoptifs ou bénéficiant de la « petite adoption » (affiliati), les enfants d'un mariage antérieur du conjoint, les enfants naturels de celui-ci, les enfants abandonnés confiés régulièrement à l'assuré ou à son conjoint;
- les sœurs et les frères.

La limite d'âge pour le droit aux soins de santé est fixée à 20 ans dans le cas des enfants, sœurs et frères, de même

que dans le cas des enfants abandonnés; elle peut être portée à 26 ans quand les intéressés sont régulièrement inscrits à l'université, à un institut universitaire ou à des cours assimilés. Il n'y a pas de limite d'âge pour les intéressés en état d'incapacité de travail permanente.

## **B. Conditions pour bénéficier des prestations**

Pour obtenir les prestations de l'assurance tuberculose, le travailleur doit satisfaire aux conditions suivantes:

— avoir une ancienneté d'assurance de deux ans au moins;

— justifier d'une durée de cotisation équivalente à un an au cours des cinq ans qui ont précédé la demande de prestation (cette dernière condition n'est pas requise en cas de rechute).

Quand l'ancienneté d'assurance et le temps de cotisation accomplis en Italie n'atteignent pas ces minima, on tient compte de l'ancienneté d'assurance et des périodes de cotisation accomplies dans d'autres Etats de la Communauté, dans les conditions indiquées au chapitre Maladie.

## **C. Prestations**

En cas de tuberculose, *l'assuré a droit à des soins de santé et à des prestations en espèces.*

*Les membres de la famille d'un assuré ont droit aux soins de santé.*

## **a) Soins de santé**

*Les soins de santé comprennent :*

- le séjour en maison de soins quand le travailleur est atteint de tuberculose dans sa phase active,
- le séjour en établissements de type post-sanatorial,
- les traitements ambulatoires ou à domicile.

## **b) Prestations en espèces**

*Les prestations en espèces sont :*

— *l'indemnité journalière*, d'un montant de 300 liras (1), majoré pour chaque personne à charge d'une somme égale au montant des allocations familiales en vigueur dans la branche d'industrie. Cette indemnité journalière est accordée pendant toute la durée du séjour en maison de cure et du traitement ambulatoire. Elle n'est pas accordée aux « colons partiaires » et aux métayers.

— *l'indemnité post-sanatoriale*, d'un montant journalier de 600 liras (1), plus les mêmes majorations pour personnes à charge que dans le cas de l'indemnité journalière, de 600 liras (1) seulement si le travailleur bénéficie de sa rémunération complète ou d'une rémunération réduite supérieure à cette somme; de 700 liras (1) pour les travailleurs sans charges de famille.

---

(1) Au 1 juillet 1960

Cette indemnité est accordée aux travailleurs sortant des sanatoria, pour une durée de :

— 274 jours quand la période complète d'hospitalisation en sanatorium est égale ou inférieure à 182 jours, avec minimum de deux mois;

— 365 jours quand la période d'hospitalisation en sanatorium dépasse 182 jours.

## **D. Formalités**

Pour obtenir les prestations, *le travailleur* doit introduire une demande au siège provincial ou à la section territoriale de l'I.N.P.S. compétent pour son lieu de résidence, en utilisant les formulaires appropriés (Tbc 21 et Tbc 21 bis) et en fournissant les documents suivants :

— un certificat médical,

— son livret matricule (c'est-à-dire le livret où sont consignées toutes ses périodes d'assurances précédentes),

— sa carte d'assurance en cours,

— un relevé de la composition de sa famille, sur papier libre,

— tous les documents qui pourront lui être réclamés, suivant la nature du cas.

Pour pouvoir bénéficier des soins de santé, *les membres de la famille d'un assuré* doivent adresser au siège compétent de l'I.N.P.S. une demande établie sur le formulaire approprié, qui leur sera fourni par le siège même, et joindre à cette demande les documents qui leur seront demandés selon la nature du cas.

## **V. INDEMNITE FUNERAIRE**

En cas de décès d'un assuré appartenant au secteur de l'industrie et du commerce, son conjoint, au à défaut de celui-ci, les personnes de sa famille qui vivaient entièrement à sa charge, bénéficient d'une indemnité de 2 000 liras (1) à titre de participation aux frais funéraires.

Pour les assurés appartenant au secteur du crédit, des assurances ou des services fiscaux concédés, le montant des indemnités funéraires est fixé comme suit:

20 000 liras (1) au décès du travailleur,

15 000 liras (1) au décès de son conjoint,

10 000 liras (1) au décès d'un autre membre de la famille,

5 000 liras (1) pour un enfant mort-né.

Il n'est pas prévu d'indemnité funéraire pour les travailleurs de l'agriculture.

### **Formalités**

Pour obtenir l'indemnité funéraire, il y a lieu de faire parvenir à la section territoriale de l'I.N.A.M. une demande accompagnée d'un extrait d'acte de décès (certificato di morte) et du livret d'inscription à l'assurance maladie.

## **VI. ASSURANCE FACULTATIVE**

Il n'y a pas en Italie d'assurance facultative contre la maladie ni contre la tuberculose, puisque tous les travailleurs salariés sont assujettis à l'assurance obligatoire contre ces deux risques.

---

(1) Au 1<sup>er</sup> juillet 1960

Cependant, ceux qui n'ont plus d'occupation salariée, mais qui désirent conserver le bénéfice de l'assurance contre la tuberculose, peuvent demander à l'Institut national de la prévoyance sociale (I.N.P.S.) l'autorisation de continuer volontairement l'assurance.

Ils peuvent y être autorisés à condition de justifier d'une année de cotisation au cours des cinq ans qui ont précédé la demande.

Quand il accorde l'autorisation, l'Institut délivre au requérant une carte nominative sur laquelle il devra appliquer tous les samedis un timbre d'assurance. Ces timbres s'obtiennent dans les bureaux de poste.

La valeur des timbres est fixée d'après la catégorie professionnelle à laquelle l'intéressé a appartenu principalement pendant ses cinq dernières années d'assurance obligatoire.

## **VII. COTISATIONS**

### **1. MALADIE**

Les cotisations sont presque entièrement à la charge de l'employeur, leur montant varie d'après la catégorie à laquelle appartient le travailleur.

La cotisation à charge du travailleur est fixée uniformément à 0,15 % de la rémunération pour toutes les catégories; celle qui est à la charge de l'employeur varie entre 4,15 et 7,15 % de la rémunération du travailleur.

Les travailleurs de l'agriculture et le personnel domestique sont exemptés de cotisation.

## **2. MATERNITE**

Les cotisations sont entièrement à la charge de l'employeur sans aucune intervention du travailleur.

## **3. TUBERCULOSE**

Les cotisations sont entièrement à la charge de l'employeur sans aucune intervention du travailleur.

# **VIII. RECOURS**

## **1. MALADIE ET MATERNITE**

Lorsque l'assuré conteste la capacité de travail qui lui est attribuée par le médecin contrôleur, il peut introduire un recours, par la voie du siège provincial de l'I.N.A.M., au comité exécutif de l'Institut. Ce comité est un organe de l'I.N.A.M.; à ce titre, le recours doit lui être adressé à l'Institut même, à Rome.

Contre les décisions du comité exécutif, l'intéressé peut recourir à la juridiction ordinaire.

## **2. TUBERCULOSE**

En cas de refus de prestations de la part de l'Institut national de la prévoyance sociale, et contre toute décision de l'Institut concernant l'application des dispositions qui régissent l'assurance contre la tuberculose, l'intéressé



peut introduire un recours auprès du Comité spécial pour la tuberculose, dans les 90 jours à dater de la notification de la décision attaquée. Ce Comité est un organe de l'Institut national de la prévoyance sociale: à ce titre, le recours doit lui être adressé à l'Institut même, à Rome.

La décision du Comité doit être prononcée dans les 90 jours qui suivent la date du recours. Si ce délai s'écoule sans que la décision ait été prononcée, ou si la décision est négative, l'intéressé a la faculté de recourir à la juridiction ordinaire.

## AVIS TRES IMPORTANT

*Le texte ci-dessus ne constitue pas un exposé complet des dispositions légales ou réglementaires. Il ne reprend que des dispositions générales et l'on ne peut donc en tirer des conclusions définitives pour la solution des cas d'espèces.*

*Dès lors, afin de vous éviter toute déconvenue, adressez-vous à votre organisme assureur pour tous renseignements au sujet de votre cas.*

SERVICES DES PUBLICATIONS DES COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES  
8008\*/1/III/1961/5