

ACCORDO AMMINISTRATIVO

PER L'APPLICAZIONE DELLA CONVENZIONE TRA LA REPUBBLICA ITALIANA E LA REPUBBLICA POPOLARE FEDERALE DI JUGOSLAVIA IN MATERIA DI ASSICURAZIONI SOCIALI DEL 14 NOVEMBRE 1957

Ai sensi dell'articolo 29 della Convenzione tra la REPUBBLICA ITALIANA e la REPUBBLICA POPOLARE FEDERALE DI JUGOSLAVIA in materia di assicurazioni sociali firmata a Roma il 14 novembre 1957, le Autorità competenti dei due Stati contraenti, e cioè:

PER L'ITALIA,

il Ministro del Lavoro e della Previdenza Sociale, rappresentato dal Signor ALESSANDRO FARACE, Incaricato d'Affari a. i. dell'Ambasciata, d'Italia in Belgrado;

PER LA JUGOSLAVIA,

il Segretario del Consiglio Esecutivo Federale per il lavoro rappresentato dal Dottor SVETOZAR POPOVIĆ, Consigliere dell'Istituto federale per l'Assicurazione Sociale, hanno concordato le seguenti disposizioni.

PARTE I

DISPOSIZIONI GENERALI

Articolo 1

L'applicazione della Convenzione spetta, conformemente alle disposizioni che seguono:

a) in Italia, oltre agli organismi di assicurazioni sociali competenti per particolari categorie di lavoratori:

all'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale, per quanto riguarda l'assicurazione per l'invalidità, la vecchiaia ed i superstiti, l'assicurazione contro la tubercolosi, l'assicurazione contro la disoccupazione e gli assegni familiari, nonché le prestazioni di maternità per le lavoratrici a domicilio e le addette ai servizi familiari;

all'Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro, per quanto riguarda l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali;

all'Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro le Malattie, per quanto riguarda l'assicurazione contro le malattie e la tutela fisica ed economica delle lavoratrici madri;

b) in Jugoslavia, al Savezni savod za Socijalno Osiguranje (Istituto Federale per l'Assicurazione Sociale) e, per quanto riguarda l'assicurazione contro la disoccupazione, ai Biroi za posredovanje rada (Uffici distrettuali per il collocamento).

Articolo 2

1. Nei casi previsti all'art. 4, par. 1 lett. a) e par. 2, della Convenzione, i lavoratori o le persone che esercitano un'attività autonoma sono tenuti a comprovare, mediante un certificato, che essi continuano ad essere soggetti alla legislazione dello Stato contraente nel cui territorio ha sede l'impresa da cui dipendono o essi esercitano l'attività autonoma abitualmente. Detto certificato è rilasciato, in Italia dalla competente sede provinciale dell'Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro le Malattie, in Jugoslavia, dal competente Sreski zavod za socijalno osiguranje (Istituto distrettuale per l'assicurazione sociale).

2. Qualora più lavoratori siano inviati insieme dal datore di lavoro a lavorare nel territorio dell'altro Stato contraente per uno stesso periodo di tempo, può essere rilasciato per essi un certificato collettivo.

3. Il certificato di cui ai paragrafi 1 e 3 deve essere esibito, all'occorrenza, agli uffici competenti dello stato contraente ove ha luogo il lavoro temporaneo o il temporaneo esercizio dell'attività autonoma, dal rappresentante del datore di lavoro, se esso esiste, altrimenti dal lavoratore o dalla persona che esercita l'attività autonoma.

4. Nei casi di cui ai paragrafi 1 e 2 il datore di lavoro, gli assicurati e i loro aventi diritto regolano ogni questione concernente i contributi e le prestazioni direttamente con gli organismi di assicurazione sociale competenti dello Stato contraente alla cui legislazione continuano ad essere soggetti.

Articolo 3

Nei casi previsti all'art. 5, punto 2, secondo periodo, della Convenzione, il lavoratore deve presentare domanda, avvisandone contemporaneamente il suo datore di lavoro, in Italia, alla competente sede provinciale dell'Istituto Nazionale per l'assicurazione contro le Malattie, che ne informa gli organismi competenti per le altre assicurazioni sociali, in Jugoslavia al competente Istituto distrettuale per l'assicurazione sociale,

PARTE II

DISPOSIZIONI PARTICOLARI

Capitolo I

Assicurazioni per i casi di malattia, di tubercolosi, di maternità e di morte (indennità funeraria)

Articolo 4

1. Se un assicurato, che dal territorio di uno Stato contraente si reca in quello dell'altro Stato, fa valere le disposizioni degli articoli 7, 8 e 9 della Convenzione per beneficiare delle prestazioni in caso di malattia, di tubercolosi, di maternità o di morte (indennità funeraria), egli è tenuto a presentare all'ente assicuratore competente dello Stato contraente, nel territorio del quale si è recato, un certificato dal quale risultino i periodi di assicurazione ed equivalenti compiuti nel primo Stato. Detto certificato è rilasciato, su domanda dell'assicurato, possibilmente prima del suo trasferimento nel territorio dell'altro Stato:

- in Italia, dalla competente sede provinciale dell'Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro le Malattie;
- in Jugoslavia, dal competente Istituto distrettuale per l'assicurazione sociale.

2. Se l'assicurato non è in grado di presentare il certificato previsto al paragrafo 1, l'ente assicuratore competente per la concessione delle prestazioni è tenuto a richiedere il certificato stesso all'ente assicuratore dell'altro Stato di cui al paragrafo 1, secondo periodo.

3. Le disposizioni dei paragrafi precedenti valgono anche per gli aventi diritto.

Articolo 5

1. Per l'applicazione dell'art. 10 della Convenzione l'ente assicuratore obbligato comunica senza indugio all'ente assicuratore competente del Paese di origine del lavoratore (ente delegato) il nominativo dell'assicurato e la data d'inizio del diritto alle prestazioni. L'ente assicuratore obbligato comunica inoltre senza indugio all'ente delegato la data di cessazione del diritto alle prestazioni.

2. L'ente delegato provvede all'accertamento degli aventi diritto alle prestazioni.

Articolo 6

Per l'applicazione, dell'art. 11, par. 2, della Convenzione il titolare di una pensione o di una rendita, deve presentare un certificato all'ente assicuratore competente del luogo di residenza (ente delegato). Detto certificato è rilasciato, su domanda dell'interessato, dall'istituto debitore della pensione o della rendita.

Articolo 7

1. Nei casi previsti all'art. 12, par. 1, della Co convenzione l'ente assicuratore obbligato rilascia all'assicurato, o all'avente diritto, prima del trasferimento, la dichiarazione di consenso al trasferimento e trasmette copia di tale dichiarazione all'ente assicuratore competente dell'altro Stato (ente delegato) indicato agli articoli 10, 11 e 12. Se la dichiarazione non è stata richiesta prima del trasferimento, essa deve essere richiesta per il tramite dell'ente delegato:

- in Italia, alla competente sede provinciale dell'Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro le Malattie, o, se tale ufficio non è conosciuto, alla direzione generale dello stesso Istituto, che trasmettono detta richiesta alla competente sede provinciale dell'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale o, se tale ufficio non è conosciuto, alla direzione generale dello stesso Istituto, se questo è l'ente assicuratore obbligato;

- in Jugoslavia, al competente Istituto distrettuale per l'assicurazione sociale o, se tale ufficio non è conosciuto, all'Istituto Federale per l'Assicurazione Sociale.

2. Nei casi previsti all'art. 12, par. 2, della Convenzione, l'ente assicuratore obbligato rilascia all'assicurato o all'avente diritto, prima del trasferimento, un apposito certificato. All'occorrenza, si applicano, in modo corrispondente, le disposizioni del par. 1, secondo periodo.

3. L'ente delegato effettua il controllo dei beneficiari delle prestazioni nello stesso modo che se si trattasse di propri assicurati.

4. Nel caso in cui sia necessario un ricovero in ospedale, l'ente delegato comunica senza indugio all'ente assicuratore obbligato la data dell'entrata in ospedale e, appena, il beneficiario ha lasciato l'ospedale, la data della dimissione. Qualora l'ente delegato ritenga che la specializzazione debba essere prorogata oltre il limite di tempo fissato nel documento di cui al par. 1 o 2, ne informa senza indugio l'ente assicuratore obbligato. Se l'ente assicuratore obbligato non dà il suo consenso alla continuazione del ricovero in ospedale, il suo obbligo di rimborso cessa con il quindicesimo giorno successivo a quello in cui la comunicazione della relativa decisione è pervenuta all'ente delegato.

Articolo 8

1. Per la concessione delle prestazioni in denaro per inabilità al lavoro l'ente delegato, dopo la denuncia dell'inabilità al lavoro, trasmette senza indugio all'ente assicuratore obbligato un'apposita

comunicazione nella quale deve essere indicata anche la durata prevedibile dell'inabilità al lavoro. In caso di prolungamento dell'inabilità al lavoro oltre la durata, prevedibile indicata nella comunicazione di cui al primo periodo, l'ente delegato trasmette senza indugio all'ente assicuratore obbligato un'apposita comunicazione nella quale deve essere indicata, l'ulteriore durata prevedibile dell'inabilità al lavoro.

2. Le prestazioni in denaro sono corrisposte all'assicurato dall'ente assicuratore obbligato in base alle comunicazioni inviategli dall'ente delegato e per il tramite di tale ente, in conformità alle disposizioni dell'art. 27.

Articolo 9

1. Le spese per le prestazioni in natura, e gli accertamenti medici nei casi di cui all'art. 7, sono rimborsate dall'ente assicuratore obbligato in base ad una distinta inviategli dall'ente delegato alla fine di ogni caso di malattia. Le prestazioni in natura che non possono essere indicate singolarmente sono computate in base ad una quota forfettaria, per giornata di malattia desunta dai risultati contabili dell'ente delegato per l'esercizio durante il quale le prestazioni sono, concesse; fino a quando tali risultati non sono accertati il rimborso è effettuato, salvo conguaglio, sulla base della quota desunta dai risultati contabili dell'ultimo esercizio per il quale essi sono stati accertati.

2. Le spese per le prestazioni in natura agli aventi diritto ai sensi dell'art. 10 della Convenzione sono rimborsate mediante compensi unitari globali per ogni assicurato e per ogni mese durante il quale sussiste il diritto alle prestazioni. Analoga disposizione vale per il rimborso delle spese di cui all'art. 11, par. 2, della Convenzione. Tali importi sono determinati dalle Autorità competenti di ciascuno dei due Stati contraenti, sulla base dei risultati contabili dell'ente delegato in analogia a quanto previsto nel paragrafo 1, secondo periodo.

Articolo 10

Per l'applicazione degli articoli da 5 a 9 si considerano enti delegati:

In Italia: le sedi provinciali dell'Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro le Malattie, competenti per il luogo di residenza o soggiorno dei beneficiari delle prestazioni;
in Jugoslavia: gli Istituti distrettuali per l'assicurazione sociale.

Articolo 11

Per la concessione delle prestazioni in caso di tubercolosi si applicano in modo corrispondente le disposizioni degli articoli da 5 a 10, con le seguenti varianti:

1) In luogo delle sedi provinciali e della direzione generale dell'Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro le Malattie sono competenti da parte italiana le sedi provinciali e la direzione generale dell'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale;

2) le spese per le prestazioni in natura ai sensi dell'art. 9, paragrafo 1, sono computate in base al costo medio per giornata di assistenza desunto dal bilancio dell'ente delegato per l'esercizio durante il quale le prestazioni sono state concesse; fino a quando tale costo medio non è accertato il rimborso è effettuato, salvo conguaglio, sulla base del costo medio desunto dal bilancio ultimamente approvato;

3) le distinte delle spese per le prestazioni in natura ai sensi dell'art. 9 paragrafo 1, sono inviate dall'ente delegato trimestralmente;

4) le disposizioni dei punti precedenti si applicano anche al rimborso delle spese per le prestazioni in natura agli aventi diritto residenti nel Paese di origine del lavoratore.

Articolo 12

Per la concessione delle prestazioni in denaro e in natura in caso di maternità si applicano in modo corrispondente le disposizioni degli articoli da 5 a 10, con la differenza che, per quanto riguarda le lavoratrici a domicilio e le addette ai servizi familiari, sono competenti da parte italiana le sedi provinciali e la direzione generale dell'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale.

Articolo 13

1. Per la concessione delle indennità funerarie l'ente assicuratore obbligato richiede all'ente assicuratore dell'altro Stato contraente, competente per il luogo di residenza degli aventi diritto, le informazioni necessarie.

2. Nei casi previsti al par. 1 si applicano, in modo corrispondente, le disposizioni dell'art. 8, par. 2.

Capitolo II

Assicurazioni contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali

Articolo 14

1. Per la concessione delle prestazioni in denaro e in natura dovute in caso di inabilità temporanea dell'assicurato che, dopo il verificarsi dell'evento assicurativo, si reca nel territorio dell'altro Stato contraente, si applicano in modo corrispondente le disposizioni dell'art. 7, par. 1, 3 e 4, dell'art. 8, dell'art. 9, par. 1 e dell'art. 10, con la differenza che, in luogo degli enti indicati

all'art. 7, par. 1 e all'art. 10, sono competenti da parte italiana le sedi provinciali e la direzione generale dell'Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro.

2. Per la concessione degli assegni in caso di morte si applicano in modo corrispondente le disposizioni dell'art. 13.

Articolo 15

1. Per la fornitura, riparazione e rinnovo degli apparecchi di protesi, l'interessato può presentare la domanda o direttamente all'ente assicuratore obbligato o all'ente assicuratore competente dello Stato contraente in cui egli risiede o soggiorna.

2. Le modalità relative alla concessione delle prestazioni di cui al precedente paragrafo sono determinate, di comune accordo, dagli enti assicuratori competenti dei due Stati contraenti e cioè per l'Italia l'Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro e per la Jugoslavia l'Istituto Federale per l'Assicurazione Sociale.

Articolo 16

1. Le domande tendenti ad ottenere il pagamento di una rendita, secondo la legislazione italiana, di una pensione o di un assegno di invalidità secondo la legislazione jugoslava, ovvero di un'indennità in capitale per infortunio sul lavoro o malattia professionale, possono essere presentate o direttamente all'ente assicuratore competente dello Stato contraente in cui l'infortunio sul lavoro si è verificato o la malattia professionale si è manifestata per la prima volta o all'ente assicuratore competente dello Stato contraente in cui l'interessato risiede o soggiorna. Se il richiedente non conosce l'ente assicuratore competente, la domanda è presentata:

- in Italia, all'Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro;
- in Jugoslavia, all'Istituto Federale per l'Assicurazione Sociale.

2. Qualora la domanda sia presentata all'ente assicuratore competente dello Stato contraente in cui l'interessato risiede o soggiorna, questo ente trasmette senza indugio la domanda all'ente assicuratore competente dell'altro Stato, comunicandogli la data di presentazione della domanda. Come data di presentazione della domanda vale quella riconosciuta dal primo ente assicuratore secondo la legislazione del rispettivo Stato.

3. Le disposizioni dei paragrafi precedenti si applicano anche per le domande tendenti ad ottenere la ripresa del pagamento di una rendita, pensione o assegno, già liquidato da un ente assicuratore di uno Stato contraente, ovvero il pagamento di una maggiorazione o di una

prestazione supplementare, quando il beneficiario risiede o soggiorna nell'altro Stato contraente.

4. Le prestazioni di cui al presente articolo sono corrisposte direttamente ai beneficiari che risiedono o soggiornano nell'altro Stato contraente dall'ente assicuratore obbligato.

Articolo 17

1. L'ente assicuratore competente dello Stato contraente, nel cui territorio il richiedente o beneficiario di prestazioni per infortunio sul lavoro o malattia professionale risiede o soggiorna, procede al controllo richiesto dall'ente assicuratore obbligato nelle condizioni previste dalla legislazione del rispettivo Stato. L'ente assicuratore obbligato mantiene tuttavia il diritto di far esaminare l'interessato, congiuntamente, da un medico di fiducia dello stesso ente.

2. Le spese eventualmente sostenute per esami medici o per periodi di osservazione in ospedale, come pure le spese di viaggio dei beneficiari di prestazioni per presentarsi alle visite di controllo, sono rimborsati dall'ente assicuratore obbligato sulla base delle tariffe dell'organismo che ha effettuato il controllo, su presentazione di una distinta dettagliata. È rimborsato anche l'indennizzo per mancato guadagno, che l'ente delegato abbia pagato per conto dell'ente assicuratore obbligato.

Articolo 18

Per l'applicazione degli articoli 14 e 15 della Convenzione i competenti enti assicuratori italiani e jugoslavi si trasmettono reciprocamente, su richiesta della parte che vi ha interesse, copia di ogni documento utile allo scopo, relativo agli infortuni sul lavoro, alle malattie professionali e alle lavorazioni precedenti.

CAPITOLO III

Assicurazione per l'invalidità, la vecchiaia e i superstiti

Articolo 19

1. Gli assicurati o i superstiti di assicurati che risiedono in uno dei due Stati contraenti e fanno valere un diritto a prestazioni in base alle disposizioni del Capitolo III della Parte II della Convenzione, devono presentare una domanda, in doppio esemplare, all'ente assicuratore di detto Stato competente per l'istruttoria ai sensi del successivo art. 20, par. 1.

2. Se un beneficiario, che abbia già percepito in uno dei due Stati contraenti o in un terzo Stato una pensione in base alla legislazione di uno Stato contraente, trasferisce la sua

residenza nell'altro Stato contraente, deve far domanda per l'ulteriore pagamento della pensione all'ente assicuratore competente per l'istruttoria nello Stato contraente in cui risiede.

3. Qualora la domanda di cui ai paragrafi 1 e 2 sia presentata ad un ente assicuratore dell'altro Stato contraente, questo ente trasmette senza indugio la domanda all'ente assicuratore competente per l'istruttoria nello Stato contraente in cui il richiedente risiede, comunicandogli la data di presentazione della domanda. Come data di presentazione della domanda vale quella riconosciuta dal primo ente assicuratore, secondo la legislazione del rispettivo Stato.

4. Le disposizioni dei paragrafi precedenti valgono anche per i richiedenti che risiedono in uno degli Stati contraenti e fanno valere un diritto a prestazioni esclusivamente in base alla legislazione dell'altro Stato contraente.

5. Le prestazioni di cui al presente articolo sono corrisposte direttamente ai beneficiari che risiedono nell'altro Stato contraente dall'ente assicuratore obbligato.

Articolo 20

1. Sono competenti per l'istruttoria:

- in Italia, la direzione generale e le sedi provinciali dell'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale;
- in Jugoslavia, l'Istituto Federale per l'Assicurazione Sociale.

2. L'ente competente per l'istruttoria nello Stato in cui il richiedente risiede trasmette all'ente competente per l'istruttoria nell'altro Stato un esemplare della domanda e un prospetto dei periodi di assicurazione ed equivalenti compiuti dal richiedente nel primo Stato, nonché eventuali documenti assicurativi dell'altro Stato. Se si tratta della concessione di una pensione per invalidità, deve essere allegata una copia del parere richiesto per la decisione su tale presupposto, emesso dal medico di fiducia dell'ente assicuratore competente per la determinazione della prestazione nello Stato in cui il richiedente risiede.

3. L'ente competente per l'istruttoria nell'altro Stato decide sulla domanda per quanto lo riguarda e trasmette all'ente competente per l'istruttoria nello Stato in cui il richiedente risiede la comunicazione della decisione presa, unitamente ad una copia per il richiedente ed una copia per il competente ente assicuratore, se esso è diverso dall'ente competente per l'istruttoria nello Stato in cui il richiedente risiede. Contemporaneamente esso trasmette un prospetto dei periodi di assicurazione ed equivalenti compiuti dal richiedente nell'altro Stato ed eventuali documenti assicurativi dello Stato in cui il richiedente risiede. L'ente competente per l'istruttoria nello Stato in cui il richiedente risiede decide quindi a sua volta sulla domanda e comunica al richiedente la propria decisione, unitamente a quella dell'ente competente per l'istruttoria nell'altro Stato. Copia della decisione è trasmessa all'ente competente per l'istruttoria nella altro Stato, con l'indicazione della data in cui le decisioni sono state comunicate al richiedente.

Articolo 21.

Per la totalizzazione dei periodi di assicurazione e dei periodi equivalenti prevista all'art. 18 della Convenzione si applicano le seguenti regole:

- a) i periodi da prendere in considerazione come equivalenti sono quelli considerati come tali dalla legislazione dello Stato contraente in cui sono stati compiuti;
- b) i periodi che coincidono sono presi in considerazione una volta sola in ciascuno Stato; le prestazioni derivanti da tali periodi sono a carico dell'ente assicuratore competente dello Stato in cui l'interessato è stato assicurato immediatamente prima del periodo che coincide, altrimenti dall'ente assicuratore dello Stato a cui l'interessato è stato assicurato successivamente;
- c) se un periodo considerato come equivalente in uno Stato coincide con un periodo di assicurazione nell'altro Stato, solo il secondo è preso in considerazione.

Articolo 22

Nei casi previsti all'art. 21 della Convenzione, l'ente assicuratore che deve concedere l'importo necessario per raggiungere la pensione minima, comunica al competente ente assicuratore dell'altro Stato contribuente la parte di detto importo che è posta a carico di questo ente assicuratore. Questo ente assicuratore corrisponde, detta parte unitamente alla pensione da esso dovuta.

Articolo 23

1. Per valutare lo stato di invalidità di un richiedente o di un titolare di pensione di invalidità che risiede in uno Stato contraente l'ente competente per l'istruttoria nell'altro Stato contraente tiene conto dei risultati degli accertamenti effettuati dall'ente competente per l'istruttoria nel primo Stato contraente. L'ente competente per l'istruttoria nell'altro Stato contraente mantiene tuttavia il diritto di far esaminare il richiedente, congiuntamente, da un medico di fiducia nello stesso ente.

2. Le spese eventualmente sostenute per esami medici o per periodi di osservazione in ospedale, come pure le spese di viaggio dei beneficiari di pensioni per presentarsi alle visite di controllo, sono rimborsate dall'ente assicuratore obbligato sulla base delle tariffe dell'ente che ha effettuato il controllo, su presentazione di una distinta dettagliata.

CAPITOLO IV

Assegni familiari

Articolo 24

1. Il lavoratore che fa valere in base all'art. 23 della Convenzione il diritto agli assegni familiari in uno dei due Stati contraenti per le persone a carico rimaste nel Paese di origine del

lavoratore stesso deve presentare, all'ente competente del luogo di lavoro, eventualmente per il tramite del datore di lavoro, una domanda in cui sono indicati i nominativi, la data ed il luogo di nascita e il luogo di residenza delle persone a carico per le quali chiede il beneficio degli assegni familiari. Alla domanda deve essere allegato il certificato, relativo allo stato di famiglia, rilasciato dall'Autorità competente del luogo di residenza delle persone a carico ed eventualmente ogni altro documento comprovante il diritto agli assegni familiari.

Sono competenti a ricevere le domande:

- in Italia: le sedi provinciali dell'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale;
- in Jugoslavia: gli Istituti distrettuali per l'assicurazione sociale.

2. Le disposizioni del paragrafo 1 si applicano, in modo corrispondente, in caso di variazioni nello stato di famiglia del lavoratore

3. Qualora non intervengano variazioni nello stato di famiglia del lavoratore, la durata della validità del relativo certificato è di un anno. Il rinnovo deve essere effettuato entro il mese successivo e ciascun anno di permanenza del lavoratore nell'altro Stato.

4. Gli assegni familiari di cui al presente articolo sonocorrisposti direttamente agli aventi diritto dall'ente assicuratore obbligato.

CAPITOLO V

Assicurazione disoccupazione

Articolo 25

Qualora per l'apertura del diritto alle prestazioni di disoccupazione in uno dei due Stati contraenti ai sensi dell'art. 26, par. 1, della Convenzione sia necessario il cumulo dei periodi di assicurazione ed equivalenti compiuti nell'altro Stato, si applicano, in modo corrispondente, le disposizioni dell'art. 4, par. 1 e 2, del presente accordo.

Articolo 26

1. Nei casi previsti dall'art. 26, par. 2, della Convenzione l'ente assicuratore obbligato rilascia al disoccupato, che ritorna nel proprio Stato una dichiarazione nella quale indica, in particolare il termine entro il quale il disoccupato è tenuto ad iscriversi al competente Ufficio di collocamento dello Stato in cui ritorna, e trasmette copia di tale dichiarazione al competente ente assicuratore di detto Stato (ente delegato). Se la dichiarazione non è stata richiesta prima del trasferimento, essa deve essere richiesta per il tramite dell'ente delegato:

In Italia, alla sede provinciale competente dell'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale o, se tale ufficio non è conosciuto, alla direzione generale dello stesso Istituto;

in Jugoslavia, al competente Biro za posredovanje rada (Ufficio distrettuale per il collocamento) e, se tale ufficio non è conosciuto, all'Istituto Federale per l'Assicurazione Sociale.

2. L'ente delegato comunica senza indugio all'ente assicuratore obbligato la data in cui il disoccupato si è iscritto al competente Ufficio di collocamento. Esso comunica inoltre senza indugio all'ente assicuratore obbligato la data di cessazione dello stato di disoccupazione.

3. L'ente delegato effettua il controllo dei beneficiari delle prestazioni nello stesso modo che se si trattasse di propri assicurati.

4. Le prestazioni sono corrisposte ai beneficiari dall'ente assicuratore obbligato in base alle comunicazioni inviategli dall'ente delegato e per il tramite di tale ente, in conformità alle disposizioni dell'art. 27.

CAPITOLO VI

Disposizioni relative ai pagamenti

Articolo 27

1. Nei casi in cui le prestazioni in denaro sono corrisposte dall'ente assicuratore obbligato per il tramite dell'ente delegato ai beneficiari nell'altro Stato contraente, si applicano le seguenti disposizioni.

2. L'ente assicuratore obbligato, all'inizio di ogni mensilità di pagamento, trasmette all'ente delegato una distinta in doppio esemplare, nella quale per ogni caso di prestazione sono in particolare indicati:

- a) la natura della prestazione;
- b) il numero distintivo del caso;
- c) il cognome, il nome, la data di nascita e l'indirizzo del beneficiario o dei beneficiari, nonché, se beneficiario o beneficiari sono gli aventi diritto dall'assicurato, il cognome e nome dell'assicurato e se il beneficiario o i beneficiari sono rappresentati legalmente, il cognome, il nome e l'indirizzo del rappresentante legale;
- d) l'importo da pagare espresso nella valuta dell'ente assicuratore obbligato;
- e) il periodo cui si riferisce il pagamento.

Contemporaneamente l'ente assicuratore obbligato versa a una Banca del rispettivo Stato, sul conto di una Banca dell'altro Stato a favore dell'ente delegato, la somma necessaria per il pagamento e invia all'ente delegato un avviso di versamento: le Autorità competenti indicheranno le Banche competenti a tale riguardo.

Con detto versamento l'ente assicuratore obbligato è liberato da ogni obbligazione nei confronti dei beneficiari delle prestazioni.

3. L'ente delegato paga le prestazioni ai beneficiari al cambio secondo il quale i relativi importi gli sono stati accreditati con le stesse modalità previste per il pagamento delle prestazioni ai propri beneficiari.

4. Allorchè si verifichi un evento che comporti la sospensione del pagamento, l'ente delegato indica sulla distinta di cui al paragrafo 2 il motivo della sospensione del pagamento e restituisce la somma non pagata all'ente assicuratore obbligato.

5. A comprova dei pagamenti effettuati l'ente delegato, al più tardi entro due mesi dall'accreditamento, restituisce all'ente assicuratore obbligato un esemplare della distinta di cui al paragrafo 2, sulla quale sono indicati gli importi pagati e quelli non pagati, nonché gli estremi della restituzione degli importi non pagati.

6. Le disposizioni del paragrafo 2 si applicano in modo corrispondente ai rimborsi delle spese di cui all'art. 9, agli artt. 11, 12 e 14 in quanto richiamino l'art. 9, all'art. 15, all'art. 17, par. 2, e all'art. 23, par. 2.

Articolo 28

Nei casi in cui le prestazioni in denaro sono corrisposte dall'ente assicuratore obbligato direttamente ai beneficiari nell'altro Stato contraente, l'ente assicuratore obbligato trasmette annualmente al competente ente assicuratore dell'altro Stato contraente una distinta contenente le indicazioni di cui all'art. 27, par. 2.

PARTE III

DISPOSIZIONI DIVERSE E FINALI

Articolo 29

Per la concessione delle prestazioni in natura agli assicurati previsti nell'art. 4 e nell'art. 5, punto 2, primo periodo, della Convenzione, come pure ai loro aventi diritto, l'ente assicuratore obbligato può delegare il competente ente assicuratore dell'altro Stato contraente: in tal caso si applicano, in modo corrispondente, e in quanto necessario, le disposizioni del presente Accordo previste per i casi di cui all'art. 7, par. 2, dello stesso Accordo.

Articolo 30

1. I cittadini di uno Stato contraente, che risiedono in un terzo Stato e fanno valere diritti a prestazioni in base alla legislazione dell'altro Stato contraente e alla Convenzione, devono presentare la domanda al competente ente assicuratore di quest'ultimo Stato.

2. Le domande presentate a un'ente assicuratore del primo Stato sono inoltrate al competente ente assicuratore dell'altro Stato. Come data di presentazione della domanda vale quella riconosciuta dal primo ente assicuratore secondo la legislazione del rispettivo Stato.

Articolo 31

1. Per le domande, i certificati, le dichiarazioni, le comunicazioni e le distinte previste dal presente Accordo devono essere adoperati, in quanto necessario, appositi formulari i cui modelli saranno stabiliti, di comune accordo, dagli enti assicuratori competenti dei due Stati contraenti.

2. Se i richiedenti o beneficiari di prestazioni non allegano alla domanda la documentazione necessaria o la documentazione allegata è incompleta, l'ente assicuratore al quale la domanda è presentata si rivolge al competente ente assicuratore dell'altro Stato contraente per ottenere o completare la documentazione.

Articolo 32

Il presente Accordo entra in vigore contemporaneamente alla Convenzione.

FATTO a Belgrado il 10 ottobre 1958 in due originali, in lingua italiana e serbo-croata, i cui testi fanno ugualmente fede.

Per il Ministro
del Lavoro
e della Previdenza Sociale

ALESSANDRO FARACE

Per il Segretario
del Consiglio Esecutivo Federale
per il Lavoro

SVETOZAR POPOVIĆ