



federfarma

**federazione nazionale unitaria
dei titolari di farmacia italiani**

Roma, 29 aprile 2022

Uff.-Prot.n° AGAP/DR/6673/216/F7/PE

Oggetto: Obblighi assicurativi. Infortuni da atto doloso ai dipendenti di farmacia.
Convenzione Federfarma.

ALLE ASSOCIAZIONI PROVINCIALI

ALLE UNIONI REGIONALI

SOMMARIO:

Federfarma ricorda l'esistenza di una convenzione con la compagnia Europ Assistance per la copertura degli infortuni ai dipendenti di farmacia a seguito di atti dolosi. L'art. 51 del vigente CCNL dei dipendenti da farmacia privata, impone ai datori di lavoro la fornitura ai propri dipendenti di una copertura assicurativa per danni in caso di rapine o altri eventi dolosi.

Si rammenta che già da qualche anno la Federfarma ha ottenuto una convenzione con la Europ Assistance Italia S.p.a. inerente la copertura assicurativa per i danni ai dipendenti di farmacia in caso di rapine o altri eventi dolosi, in ottemperanza all'obbligo di legge previsto dall'art. 51 del vigente CCNL dei dipendenti da farmacia privata.

Si ricorda che è un obbligo per tutte le Farmacie assicurare i propri dipendenti per gli infortuni derivanti da atti dolosi.

Si segnala che la convenzione, la cui scadenza annuale è il 30/04, a partire dalla annualità in corso non sarà più intermediata da Assifarma Insurance Broker.

Nel riepilogare di seguito le garanzie previste e le somme assicurate, si precisa che la copertura riguarda esclusivamente i dipendenti regolarmente iscritti a libro paga delle farmacie:

Morte da infortunio da atto doloso	€ 100.000 a dipendente
Invalità permanente da infortunio da atto doloso	€ 100.000 a dipendente (franchigia relativa del 3% assorbibile al 15%)
Diaria da ricovero per infortunio da atto doloso	€ 50,00 al giorno per massimo 7 gg a dipendente

Notizie, informazioni, aggiornamenti sul mondo della farmacia ogni giorno su
la [web TV di Federfarma](#)



Via Emanuele Filiberto, 190 - 00185 ROMA

Tel. (06) 70380.1 - Telefax (06) 70476587 - e-mail: box@federfarma.it

Cod. Fisc. 01976520583



Per quanto riguarda il costo annuale a farmacia, si ricordano di seguito i premi variabili in base al numero dei dipendenti:

€ 48,00 per le farmacie che hanno fino a 4 dipendenti;

€ 75,00 per le farmacie che hanno più di 4 dipendenti.

Si allega alla presente il modulo di adesione (all. 1) da compilare e sottoscrivere per l'annualità dal 01/05/2022 al 30/04/2023, da inoltrare per posta elettronica all'indirizzo dedicato federfarma@euramail.it unitamente alla copia della contabile del bonifico che dovrà essere effettuato sulle seguenti coordinate bancarie:

BPER BANCA S.P.A.

Filiale di Siderno (RC)

Intestato a: Macrì Assicurazioni S.r.l.

IBAN: IT63D0538781591000003536266

BIC/SWIFT: BPMOIT22XXX

Per eventuali informazioni o assistenza si potrà contattare il sig. Giuseppe Macrì al n. 3927828703.

Per le sottoscrizioni che avverranno nel corso del secondo semestre di decorrenza del contratto, il premio, come in passato, verrà ridotto ad € 35,00 per le farmacie che hanno fino a 4 dipendenti e ad € 55,00 per le farmacie che hanno più di 4 dipendenti.

All'atto dell'adesione e all'inizio della decorrenza del contratto, alla farmacia verrà rilasciata idonea dichiarazione di copertura, da consegnare ai dipendenti, attestante l'ottemperanza all'obbligo previsto dal CCNL. Si segnala che coloro che aderiranno alla convenzione avranno l'opportunità di usufruire di uno sconto del 20% sulle polizze Viaggi con la Compagnia Europ Assistance.

Il nuovo testo della convenzione verrà reso disponibile nei prossimi giorni nell'area riservata del sito Federfarma www.federfarma.it nella sezione Convenzioni Assicurative.

Cordiali saluti.

IL SEGRETARIO
Dott. Roberto TOBIA

IL PRESIDENTE
Dott. Marco COSSOLO

All.n. 1

Questa circolare viene resa disponibile anche per le farmacie sul sito internet www.federfarma.it contemporaneamente all'inoltro tramite e-mail alle organizzazioni territoriali.

Notizie, informazioni, aggiornamenti sul mondo della farmacia ogni giorno su
la [web TV di Federfarma](#)



CERTIFICATO DI ASSICURAZIONE / MODULO DI ADESIONE
 alla
CONVENZIONE EUROP ASSISTANCE ITALIA
 N° 35950Q

DATI DELL'ADERENTE ALLA CONVENZIONE

Ragione Sociale: _____

Indirizzo: _____

Città: _____

Cap: _____

Prov: _____

C.F./P.I.: _____

DECORRENZA E DURATA DELL'ASSICURAZIONE

Data decorrenza ore 24:00 del: _____

Data scadenza ore 24:00 del: _____

PREMIO ASSICURATIVO

*scegliere dal MENU' a tendina

PREMIO TOTALE

€

-

DI CUI IMPOSTE €

-

Dichiaro di essere a conoscenza che Federfarma ha sottoscritto per conto delle proprie Farmacie Associate con Europ Assistance Italia S.p.A. la Convenzione n° 35950Q.

Dichiaro di aver ricevuto prima della sottoscrizione del presente Modulo le Condizioni di Assicurazione Mod. 17313 contenenti le norme contrattuali che disciplinano il rapporto convenuto a mio favore tra Federfarma ed Europ Assistance. Dichiaro di essere a conoscenza che le condizioni di assicurazione Mod. 17313 contenenti le norme contrattuali che disciplinano il rapporto convenuto a mio favore tra Europ Assistance e Federfarma, sono consultabili sul sito di quest'ultima nell'area riservata, dichiaro inoltre di averne preso visione.

Consenso al trattamento dei dati per fini assicurativi

Avendo preso atto dell'Informativa sul trattamento dei dati per fini assicurativi,

- presto il consenso al trattamento dei dati da parte di Europ Assistance Italia SpA per fini assicurativi,

- mi impegno a portare a conoscenza di tutti quei soggetti, i cui dati personali potranno essere trattati da Europ Assistance Italia S.p.A. in adempimento a quanto previsto nel contratto assicurativo, del contenuto dell'Informativa sul trattamento dei dati e ad acquisire dagli stessi il consenso al trattamento per fini assicurativi effettuato da Europ Assistance Italia S.p.A.

Prendo atto, ai sensi dell'Art. 180 del Decreto Legislativo nr. 209/2005 che la Contraente ed Europ Assistance hanno convenuto di sottoporre il contratto di assicurazione alla legislazione italiana, accettando quanto convenuto.

Dichiaro, inoltre, di approvare specificatamente ai sensi degli Artt. 1341 e 1342 C.C. i seguenti articoli delle Condizioni di Assicurazione: Art. Altre assicurazioni; Art. Legge regolatrice della Polizza e

Giurisdizione; Art. Forma del contratto; Art. Premio; Art. Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio; Art. Aggravamento del rischio; Art.

Limiti di età; Art. Segreto professionale; Art. Decorrenza e durata

dell'Assicurazione; Artt. Oggetto e operatività dell'Assicurazione / Oggetto dell'Assicurazione; Artt. Esclusioni; Artt. Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro; Art. Criteri di indennizzabilità.

_____ data e firma dell'Assicurato

_____ (Luogo e data)

_____ (Nome e cognome leggibile)

_____ (Firma)

|

|