



**federfarma**

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

Roma, 18 ottobre 2022

Uff.-Prot.n° AGAP/DR/15243/468/F7/PE

Oggetto: **Copertura assicurativa farmacie senza collaboratori farmacisti**

ALLE ASSOCIAZIONI PROVINCIALI

ALLE UNIONI REGIONALI

### **SOMMARIO**

***Il 31/12/2022 è in scadenza la copertura assicurativa per gli infortuni e per l'inabilità temporanea da infortunio o malattia dei titolari di farmacia che non hanno collaboratori farmacisti. Federfarma deve rivalutare le condizioni di rinnovo ed individuare la platea dei possibili beneficiari.***

### **PRECEDENTI:**

***Circolari Federfarma: n. 624 del 16/11/2021, n. 596 del 28/10/2021, n. 729 del 29/12/2020, n. 520 del 17/12/2019, n. 494 del 19/12/2018, n. 504 del 28/12/2017.***

La Federfarma è in procinto di valutare il rinnovo per il 2023 della polizza per gli infortuni e per l'inabilità temporanea da infortunio o malattia in favore dei farmacisti senza collaboratori.

Si ricorda che, analogamente agli anni passati:

- il premio annuale è a carico della scrivente;
- la copertura è rivolta ai titolari di farmacia individuali che non abbiano compiuto l'ottantesimo anno di età e che non abbiano nessun collaboratore farmacista abilitato;
- sono escluse tutte le farmacie aventi forma di società, siano esse Società in nome collettivo, Società in accomandita semplice o Società a responsabilità limitata;
- tra le farmacie in impresa familiare, sono incluse solo quelle per le quali il familiare coinvolto nell'attività non è farmacista abilitato;
- tra le farmacie con collaboratori a part – time, sono ammesse alla garanzia solo quelle il cui collaboratore osserva un orario massimo di 8 ore settimanali.

Al fine di rideterminare il numero complessivo e l'elenco dei potenziali beneficiari della copertura per l'anno 2023, si invitano le farmacie in possesso dei predetti requisiti ed interessate all'accesso

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](mailto:box@federfarma.it)**

**Cod. Fisc. 01976520583**



alla garanzia a voler compilare ed inoltrare **entro e non oltre il 18/11/2022** il modulo di autocertificazione disponibile nell'area riservata del sito [www.federfarma.it](http://www.federfarma.it) cliccando sul pulsante "Questionario copertura assicurativa" (come evidenziato sulle pagine allegate). Si segnala che i dati anagrafici proposti dal modulo, qualora non fossero corretti, potranno essere aggiornati dall'utente.

**Il mancato invio della suddetta autocertificazione comporterà l'impossibilità di accedere alla copertura assicurativa per l'anno 2023. Viceversa, tutti coloro che provvederanno ad inoltrare la dichiarazione saranno inseriti automaticamente nell'elenco degli assicurati per il 2023 senza bisogno di ulteriore conferma.** Per eventuali anomalie nei dati comunicati gli uffici della Federfarma provvederanno a contattare i diretti interessati.

Cordiali saluti.

IL SEGRETARIO  
Dott. Roberto TOBIA

IL PRESIDENTE  
Dott. Marco COSSOLO

Allegato n. 1

*Questa circolare viene resa disponibile anche per le farmacie sul sito internet [www.federfarma.it](http://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](#)





# federfarma.it

federazione nazionale unitaria titolari di farmacia

HOME

CHI SIAMO

EDICOLA

FARMACI E FARMACIE

TICKET REGIONALI

SPESA FARMACEUTICA

**RISERVATO**

Riservato

Accedi ai servizi di Promofarma

PROMOFARMA<sup>TM</sup>  
SOCIETÀ UNIPERSONALE DI FEDERFARMA

FATTURA ELETTRONICA  
INSO  
CVM  
FARMA PRIVACY

*filodiretto*

13 ottobre 2022  
Al via PharmEvolution a Taormina si riunisce il mondo della farmacia

Filodiretto è l'informazione

**farma7**

Farma7 n.16 del 14 ottobre 2022

Scarica questo numero di Farma7 in formato PDF oppure sfoglialo in formato digitale.

QUESTIONARIO COPERTURA ASSICURATIVA

Scopri la nuova CONVENZIONE ASSICURATIVA

## Questionario Copertura Assicurativa - Presentazione



## QUESTIONARIO COPERTURA ASSICURATIVA

La Federfarma è in procinto di valutare il rinnovo per il 2023 della polizza per gli infortuni e per l'inabilità temporanea da infortunio o malattia in favore dei farmacisti senza collaboratori. Al fine di determinare le farmacie assicurabili per il 2023, si rende necessario fare una nuova ricognizione dei titolari in possesso dei requisiti necessari per l'accesso alle garanzie. A tal proposito si ricorda che:

- la copertura è rivolta ai titolari di farmacia individuali che non abbiano compiuto l'ottantesimo anno di età e che non abbiano nessun collaboratore farmacista abilitato;
- sono escluse tutte le farmacie aventi forma di società, siano esse Società in nome collettivo, Società in accomandita semplice o Società a responsabilità limitata;
- per quanto riguarda le farmacie in impresa familiare, sono incluse solo quelle per le quali il familiare non è farmacista abilitato;
- per le farmacie con collaboratori a part – time, sono ammesse alla garanzia solo quelle il cui collaboratore osserva un orario massimo di 8 ore settimanali.

Si invitano, pertanto, le farmacie in possesso dei predetti requisiti ed interessate all'accesso alla garanzia a voler compilare il modulo di autocertificazione.

Il mancato invio della suddetta autocertificazione comporterà l'impossibilità di accedere alla copertura assicurativa offerta dalla Federfarma per l'anno 2023.

[Compila il modulo di autocertificazione](#)



## QUESTIONARIO COPERTURA ASSICURATIVA

### POLIZZA INFORTUNI TITOLARI DI FARMACIA SENZA COLLABORATORI FARMACISTI DICHIARAZIONE PER ACCESSO ALLA COPERTURA

Sono un'impresa Individuale?:	<input type="text" value="--- seleziona ---"/>
Sono un'impresa familiare?:	<input type="text" value="--- seleziona ---"/>
Ragione sociale farmacia:	<input type="text"/>
Indirizzo:	<input type="text"/>
Nome titolare:	<input type="text"/>
Cognome titolare:	<input type="text"/>
Luogo di nascita:	<input type="text"/>
Data di nascita (GG/MM/AAAA):	<input type="text"/>
Codice fiscale:	<input type="text"/>
Mi avvalgo di dipendenti e/o collaboratori farmacisti abilitati?:	<input type="text" value="--- seleziona ---"/>

Data: 13/10/2022

Informativa sul trattamento dati:

[Leggi l'Informativa](#)

Dichiaro di aver letto l'informativa ed esprimo il consenso alla comunicazione dei dati alla compagnia assicurativa

INVIA