



**federfarma**

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

Roma, 19 aprile 2024  
Uff.-Prot.n° AGAP/DR/7059/176/F7/PE  
Oggetto: **Obblighi assicurativi. Infortuni da atto doloso ai dipendenti di farmacia.  
Convenzione Federfarma.**

ALLE ASSOCIAZIONI PROVINCIALI  
ALLE UNIONI REGIONALI

**SOMMARIO:**

***Federfarma ha sottoscritto, per il tramite della società Federfarma Insurance Broker, una nuova convenzione con la compagnia Vittoria Assicurazioni per la copertura degli infortuni ai dipendenti di farmacia a seguito di atti dolosi. L'art. 47 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.***

Già da diversi anni la Federfarma ha promosso la stipula di convenzioni inerenti la copertura assicurativa per i danni ai dipendenti di farmacia in caso di rapine o altri eventi dolosi, in ottemperanza a quanto previsto dall'art. 47 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.**

**A partire dal 30/04/2024, la suddetta convenzione sarà stipulata con la Compagnia Vittoria Assicurazioni con l'intermediazione della società Federfarma Insurance Broker. Il contratto avrà validità dal 30/04/2024 e fino a 31/12/2026.**

Nel riepilogare di seguito le garanzie previste e le somme assicurate (invariate rispetto al passato), 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	€ 150.000 a dipendente (franchigia relativa del 3% assorbibile al 15%)
Diaria da ricovero per infortunio da atto doloso	€ 60,00 al giorno per massimo 7 gg per ricovero e per anno

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





La polizza potrà essere sottoscritta dalle Associazioni Provinciali per conto di tutti i Titolari associati ovvero dai singoli Titolari di Farmacia che vorranno assicurare i propri dipendenti.

**Per l'annualità 2024 le Associazioni provinciali/Singole farmacie saranno in copertura con pagamento del premio pro-rata dal 30/04/2024 al 31/12/2024 pari a:**

- Associazione provinciale:

- per le farmacie che hanno fino a 4 dipendenti premio annuo lordo unitario: € 35,00
- per le farmacie che hanno oltre 4 dipendenti premio annuo lordo unitario: € 50,00

- Singola farmacia:

- fino a 4 dipendenti premio annuo lordo: € 45,00
- oltre 4 dipendenti premio annuo lordo: € 65,00

**A partire dall'annualità 2025, i premi annuali lordi saranno i seguenti:**

- Associazione provinciale:

- per le farmacie che hanno fino a 4 dipendenti premio annuo lordo unitario: € 50,00
- per le farmacie che hanno oltre 4 dipendenti premio annuo lordo unitario: € 75,00

- Singola farmacia:

- fino a 4 dipendenti premio annuo lordo: € 65,00
- oltre 4 dipendenti premio annuo lordo: € 95,00

Si allega alla presente il modulo di adesione per l'annualità 2024 (all. 1) **da compilare esclusivamente on line**, sottoscrivere ed inviare a [areagestione@federfarmainsurancebroker.it](mailto:areagestione@federfarmainsurancebroker.it) unitamente alla copia della contabile del bonifico effettuato. Per qualsiasi informazione o necessità si invita a contattare il numero dedicato di Federfarma Insurance Broker 0677268444.

Il nuovo testo della polizza verrà reso disponibile nei prossimi giorni nell'area riservata del sito Federfarma [www.federfarma.it](http://www.federfarma.it) nella sezione Convenzioni Assicurative.

Cordiali saluti.

IL SEGRETARIO  
Dott. Roberto TOBIA

IL PRESIDENTE  
Dott. Marco COSSOLO

All. 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](#)



**POLIZZA INFORTUNI DIPENDENTI PER ATTI DOLOSI - MODULO RICHIESTA ADESIONE**

Numero polizza convenzione	<b>F50.025.959615</b>	Convenzione	<b>FEDERFARMA</b>
Agenzia	<b>Milano Aspevi F50</b>	Canale Distribuzione	<b>Federfarma Insurance Broker</b>

**DATI DEL RICHIEDENTE**

Ragione Sociale		Partita Iva	
Indirizzo			
Comune		Provincia	
		CAP	

**DATI DI POLIZZA**

 Data invio modulo richiesta adesione  Data scadenza copertura ore 24:00 del 31/12/2024 SENZA TACITO RINNOVO

Effetto copertura l'effetto della copertura richiesta con il presente modulo, decorre dalle ore 24 del giorno in cui il presente modulo di adesione viene inviato a: areagestione@federfarmainsurancebroker.it sempre che entro 5 giorni dalla stessa data venga pagato il relativo premio a Federfarma Insurance Broker - IBAN: IT82 H030 6904 2141 0000 0017 642, o, in difetto, dalle ore 24 del giorno del pagamento del premio.

**GARANZIE DI POLIZZA**

Limitatamente a infortunio da atto doloso:

- Morte € 100.000
- Invalidità permanente € 150.000 con franchigia 3% assorbibile al 15%
- Diaria ricovero € 60 per massimo 7 gg

**COPERTURA RICHIESTA**

	ASSOCIAZIONE PROVINCIALE (indicare il numero di farmacie per ogni tipologia)	FARMACIA (crocesegnare la tipologia corretta)
FINO A 4 DIPENDENTI	<input type="checkbox"/>	FINO A 4 DIPENDENTI <input type="checkbox"/>
OLTRE 4 DIPENDENTI	<input type="checkbox"/>	OLTRE 4 DIPENDENTI <input type="checkbox"/>

**PREMIO ALLA FIRMA**

Premio imponibile	Imposte	Premio lordo
-------------------	---------	--------------

**ATTENZIONE: data decorrenza non corretta - occorre crocesegnare la copertura richiesta**

**CLAUSOLA CONVENZIONE FEDERFARMA**

Il Richiedente dichiara che al momento della stipula del presente contratto risulta essere regolarmente associato a FEDERFARMA. In caso di sinistro Vittoria Assicurazioni S.p.A. ha la facoltà di richiedere adeguata documentazione attestante la posizione dichiarata dal Contraente della polizza. Le dichiarazioni inesatte o non veritiere legitimeranno Vittoria Assicurazioni S.p.A ad esercitare azione di rivalsa in proporzione tra il premio pagato e quello effettivamente dovuto, per le somme che avesse dovuto pagare a terzi, ai sensi e per gli effetti dell'Art. 144 comma secondo, D. Lgs 209/2005 e degli artt. 1892 e 1893 del Codice Civile.

Data **Firma e timbro del Richiedente** \_\_\_\_\_

**QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE DELLA COERENZA (risponde a tutte le domande)**

Il presente questionario ha lo scopo di acquisire, nel suo interesse, le informazioni necessarie all'intermediario assicurativo per valutare, in relazione alle notizie raccolte, la

**1 OBIETTIVI ASSICURATIVI CHE INTENDE PERSEGUIRE CON IL CONTRATTO**

Protezione della persona: intende attivare delle coperture assicurative per la protezione da atti dolosi perpetrati durante l'attività lavorativa?

sì  no

**2 EVENTUALI COPERTURE ASSICURATIVE GIA' IN ESSERE**

Ha sottoscritto altri contratti con le medesime coperture presso altre Compagnie? sì  no

**DICHIARAZIONI DELL'ADERENTE**

Il Richiedente conferma l'esattezza delle informazioni indicate nel modulo di richiesta adesione

A Di aver preso visione dell'informativa Vittoria Assicurazioni resa ai sensi degli artt. 13 e 14 del Reg. UE 679/2016, presente anche sul sito [www.vittoriaassicurazioni.com](http://www.vittoriaassicurazioni.com), dell'informativa privacy di Federfarma Insurance Broker e delle Condizioni contrattuali redatte da Vittoria Assicurazioni e presenti nell'Area Riservata del sito <https://www.federfarma.it/>

B Di aver preso visione e/o ricevuto, prima della sottoscrizione della Polizza, l'Informativa Precontrattuale dell'Intermediario, comprensiva di Allegato 3 - "Informativa sul distributore", Allegato 4 - "Informazioni sulla distribuzione del prodotto assicurativo non-IBIP", Allegato 4-ter "Elenco delle regole di comportamento del distributore" ai sensi e per gli effetti di cui all'Art. 56 del Regolamento IVASS n. 40/2018.

C Di aver risposto in modo esauriente a tutte le domande su indicate

**Nota: Tali risposte sono di primaria importanza per l'Assicuratore. A tali domande dovrà quindi essere data risposta solo dopo aver esperito un attento e completo esame della propria attività.**

Il Richiedente dichiara di aver ricevuto e di approvare le "Condizioni di Assicurazione": mod. PA025342-CGA-EDZ-0119, di approvare le deroghe/integrazioni alle suddette condizioni di polizza e di aver preso atto che costituiscono parte integrante della presente proposta contratto. **Per l'effetto dichiara di conoscerle e di accettarle quali condizioni contrattuali.**

Data **Firma e timbro del Richiedente** \_\_\_\_\_

Il Richiedente dichiara di essere consapevole che la Polizza "Convenzione Federfarma" è intermediata mediante tecniche di comunicazione a distanza, ossia attraverso strumenti di comunicazione ed organizzativi che consentono la conclusione di un contratto senza la presenza fisica e simultanea delle parti. A tal proposito l'Aderente ai sensi e per gli effetti della vigente disciplina normativa e regolamentare e pur essendo stato informato circa la possibilità di scegliere di ricevere la documentazione in formato cartaceo, autorizza l'intermediario a fornire tutta la documentazione, ivi inclusi la corrispondenza, le informazioni di cui al processo di valutazione della coerenza dei contratti, l'informativa precontrattuale e i documenti contrattuali a mezzo posta elettronica (e-mail) di cui al presente modulo di adesione. La presente autorizzazione si intende revocabile in qualunque momento

Data **Firma e timbro del Richiedente** \_\_\_\_\_

**Avvertenza (ai sensi dell'articolo 28 del Regolamento IVASS n 41/2018)**

Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto, possono compromettere il diritto alla prestazione.

Data **Firma e timbro del Richiedente** \_\_\_\_\_

Ad ogni effetto di legge, nonché degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, il Richiedente dichiara di aver conosciuto e di approvare le disposizioni dei seguenti articoli delle Condizioni di Assicurazione e precisamente: Perdita del diritto all'indennizzo se non è stata dichiarata, al momento della stipulazione o successivamente, l'esistenza di altre polizze infortuni sottoscritte dal Contraente per gli stessi Assicurati; Recesso dalla polizza per sinistro ed anticipata risoluzione della polizza; Esclusioni dalla garanzia; Cessazione dell'assicurazione per sopravvenienza di alcolismo, tossicodipendenza, A.I.D.S., epilessia o di infermità mentali; Deferimento a Collegio Medico di controversie sulla natura e sulle conseguenze delle lesioni provocate da infortunio.

Data **Firma e timbro del Richiedente** \_\_\_\_\_

Il Richiedente prende atto di quanto disposto dall'art. 1901 del Codice Civile (Mancato pagamento del premio)

Data **Firma e timbro del Richiedente** \_\_\_\_\_