



MEDIAFOND - Fondo Pensione Complementare a contribuzione definita
Iscritto all'Albo dei Fondi Pensione I Sezione n. 126
Viale Europa, 48 20093 Cologno Monzese MI
Tel. 02/2102.2070 – 02/2102.5195 Cod. Fisc. 94577960159
www.mediafond.it mediafond@mediafond.it

MODULO PER LA COMUNICAZIONE DI DECESSO DEL LAVORATORE
(A CURA DELL'AZIENDA)

Il presente modulo, debitamente compilato, va consegnato all'Azienda e da questa inoltrato a MEDIAFOND

L'AZIENDA

Denominazione della Società _____ Sede Legale – Via _____ N° _____
Città _____ Prov. _____ Partita I.V.A. _____ Codice Fiscale _____

COMUNICA

Il decesso avvenuto in data ____/____/____ dell'associato a Mediafond:

Cognome: _____ Nome: _____
Codice Fiscale:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Data di nascita: ____/____/____
Comune di nascita: _____ Prov.: () Tel.: _____
Indirizzo di residenza: _____ CAP: _____ e-mail: _____
Comune di residenza: _____ Provincia: ()

- L'ultimo versamento dei contributi a Mediafond per il lavoratore è stato eseguito o sarà eseguito in data ____/____/____
Solo per coloro che prima del 29/04/93 erano iscritti a fondi di previdenza complementare indicare:
- Aliquota applicata sul TFR _____%

Luogo e data di compilazione

Timbro e firma Azienda
