



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°**

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