FONDAV

FONDO PENSIONE COMPLEMENTARE
PERSONALE NAVIGANTE DI CABINA

da inoltrare a : **Fondav – Uffici Operativi**
Piazza Barberini, 52
00187 ROMA

MODULO D - COMUNICAZIONE DECESSO

Il presente modulo, debitamente compilato, va inviato dall'Azienda a FONDAV **(Art.12, comma 3, dello Statuto**)

L'AZIENDA_____

P.I.V.A./C.F | | | | | | | | | | | | | | | |

Città _____ Prov. _____ C.A.P. _____

Via _____ n. _____

Tel._____ Fax_____

COMUNICA IL DECESSO

in data _____ di:

Cognome _____Nome _____

Codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | |

Nato/a a _____ prov._____ il _____/_____/_____

Residente a _____ prov. _____ C.A.P. _____

Via _____ n° _____ tel. _____

Data del conguaglio finale dei versamenti contributivi:_____

Solo per coloro che prima del 28/04/93 erano iscritti a fondi di previdenza complementare:
ALIQUOTA DI TASSAZIONE DEL T.F.R. al 31/12/2000 _____

Data_____ Timbro e firma dell'Azienda _____