

MODULO PER LA COMUNICAZIONE DI DECESSO DI UN LAVORATORE

Il presente modulo, debitamente compilato, va inviato dall'Azienda a PEGASO unitamente alla documentazione richiesta

AZIENDA

PARTITA IVA/CODICE FISCALE

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

CITTÀ

PROVINCIA

C.A.P.

VIA

N°

TELEFONO

FAX

E-MAIL

COMUNICA il decesso avvenuto in data ____ / ____ / ____ dell'associato:

COGNOME

NOME

CODICE FISCALE

NATO/AA

PROVINCIA

IL (GG/MM/AAAA)

RESIDENTE A

PROVINCIA

C.A.P.

VIA

N°

TELEFONO

☐ L'ultimo versamento dei contributi a Pegaso per il lavoratore è stato eseguito o sarà eseguito in data:

____ / ____ / ____

☐ Qualunque contributo successivo verrà restituito alla Società

☐ Solo per coloro che prima del 28/04/93 erano iscritti a fondi di previdenza complementare indicare:

Aliquota applicata sul TFR _____ %

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento EU 2016/679, Fondo PEGASO, con sede in Via Savoia, 82 - 00198 Roma, Titolare del trattamento, ad integrazione dell'informativa già conferita, informa che i dati raccolti attraverso il presente modulo (dati dell'aderente e del referente dell'azienda), saranno trattati per la gestione della comunicazione dell'avvenuto decesso del lavoratore da parte dell'azienda; il conferimento dei dati è necessario per perseguire le finalità menzionate. Il Fondo informa gli interessati che potranno esercitare i loro diritti scrivendo una mail a fondopegaso@protectiontrade.it. L'informativa completa sul trattamento dei dati personali potrà essere visionata nella sezione privacy del sito web <http://www.fondopegaso.it/>

DATA

TIMBRO E FIRMA DELL'AZIENDA