

**COMUNICAZIONE DI DECESSO DEL DIPENDENTE**  
(da compilare a cura dell'azienda)

**ATTENZIONE:** il presente modulo può essere inviato utilizzando SOLO UNA delle seguenti modalità:  
posta ordinaria a: Fondo Pensione Nazionale BCC/CRA, Via Massimo D'Azeglio 33 – 00184 Roma (RM);  
via pec a: prestazioni@pec.fpnbcc.it

L'azienda \_\_\_\_\_ codice ABI \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_

**Comunica che**

In data \_\_\_\_\_ è deceduto

|   |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                  |
|---|---------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----------------------------------|
| Cognome:  | Nome:               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                  |
| Codice Fiscale: <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Data nascita: ____ / ____ / ____ |
|   |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                  |
| Comune di nascita: _____  | Prov: ( ____ )      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                  |
| Indirizzo di residenza: _____   | CAP: _____          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                  |
| Comune di residenza: _____  | Provincia: ( ____ ) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                  |
| e-mail: _____   | Cellulare _____     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                  |

Aliquota di tassazione del T.F.R. .... (solo per gli iscritti al 28/04/1993 a Fondi di Previdenza Complementare)

Data ...../...../.....

**Timbro e firma dell'Azienda**

\_\_\_\_\_

**NOTA BENE:**

OGNI BENEFICIARIO/EREDE (IDENTIFICATI NEL COMMA 3, ART. 14, D.LGS. 252/05) PER RICHIEDERE LE PRESTAZIONI MATURE DALL'ISCRITTO DECEDUTO, DEVE PRESENTARE DOMANDA RISPETTIVAMENTE CON MODULO FB/FE, ALLEGANDO LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE:

- **CERTIFICATO DI MORTE;**
- **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO DEGLI EREDI;**
- **FOTOCOPIA DELLA CARTA D'IDENTITÀ E CODICE FISCALE DEGLI EREDI MAGGIORENNI;**
- **In caso di eredi minorenni : dichiarazione del Giudice Tutelare.**