



PREV18  
Modulo TFR progresso

**Intesa Sanpaolo Assicurazioni S.p.A.**  
Gestione Tecnica - Previdenza&Collettive  
E-mail: [comunicazioni@pec.intesasanpaoloassicurazioni.com](mailto:comunicazioni@pec.intesasanpaoloassicurazioni.com)  
Oggetto e-mail: TFR Progresso + "numero di contratto"

## MODULO VERSAMENTO TFR PREGRESSO (Trattamento di Fine rapporto)

### Posizione

Aderente : ..... Codice Fiscale : .....  
Numero Contratto : ..... Azienda: .....  
Referente Azienda: ..... Recapito Azienda: .....

### Riepilogo Posizione Bonificata

TFR maturato sino al 31/12/2000	Importo comprensivo della rivalutazione di legge	€ .....
TFR maturato nel periodo 01/01/2001 – 31/12/2006	Importo al netto della rivalutazione di legge	€ .....
Rivalutazione netta maturata dall'01/01/2001 al 31/12/2006	Importo della rivalutazione del periodo, al netto dell'imposta sostitutiva dell'11%	€ .....
TFR maturato dall'01/01/2007	Importo al netto della rivalutazione di legge	€ .....
Rivalutazione netta maturata dall'01/01/2007	Importo della rivalutazione del periodo al netto dell'imposta sostitutiva dell'11%*	€ .....
*l'aliquota dell'11% di tassazione della rivalutazione del TFR a decorrere dal 2014 (versamento 2015) diventa del 17%.		
<b>Totale versamento (somma del dettaglio sopra riportato)</b>		€ .....

**Il TFR progresso, conferito alla forma pensionistica, contribuisce ad alimentare la posizione previdenziale in base al periodo di effettiva maturazione e verrà tassato secondo i criteri esposti nel Documento sul regime fiscale disponibile sul sito della Compagnia.**

#### Dati relativi al bonifico

Conto Corrente di accredito intestato a: **INTESA SANPAOLO ASSICURAZIONI SPA**  
prodotto **PIP OUVERTURE 2007**: IBAN IT79W0306912711100000018301

#### ATTENZIONE – nella causale riportare la seguente descrizione:

"TFR PREGRESSO, .... Cognome Nome....Codice Fiscale, Numero Contratto"

Es: "Tfr progresso, Mario Rossi, RSSMRA60A01H501Q, 001234567"

\_\_\_\_\_  
Luogo e data

**X**

\_\_\_\_\_  
Firma aderente  
(o rappresentante legale in caso di aderente incapace di agire)

\_\_\_\_\_  
(Timbro e Firma rappresentante Azienda)

**NB – al modulo DEVE essere allegata copia del documento di identità dell'aderente-richiedente**