PŁATNIK WYPEŁNIA TYLKO POLA **JASNE W WYZNACZONYCH KRATKACH** KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE LUB RĘCZNIE
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM. PRZED WYPEŁNIENIEM ZAPOZNAĆ SIĘ Z OBJAŚNIENIAMI

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH | ZUS RSA | strona: 1

RAPORT IMIENNY O WYPŁACONYCH ŚWIADCZENIACH I PRZERWACH W OPŁACANIU SKŁADEK

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. Identyfikator raportu (numer / mm / rrrr) [1]

02. Numer kartki raportu RSA

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

01. **NIP** (wpisać bez kresek)

02. REGON

03. PESEL

INNY NUMER
04. Rodzaj dokumentu:
jeśli dowód osobisty, wpisać **1**,
jeśli paszport – **2**

05. Seria i numer dokumentu

06. Nazwa skrócona

07. Nazwisko

08. Imię pierwsze

09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

III. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

III. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. **Typ**[1] 04. **Identyfikator**

III. B. RODZAJE I OKRESY PRZERW W OPŁACANIU SKŁADEK I ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ / WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOWEJ

01. Kod tytułu ubezpieczenia[1]

02. Kod świadczenia / przerwy

Okres 03. Od (dd / mm) 04. Do (dd / mm)

05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat

06. Kod choroby /

07. Kwota zł, gr

IV. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

IV. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. **Typ**[1] 04. **Identyfikator**

IV. B. RODZAJE I OKRESY PRZERW W OPŁACANIU SKŁADEK I ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ / WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOWEJ

01. Kod tytułu ubezpieczenia[1]

02. Kod świadczenia / przerwy

Okres 03. Od (dd / mm) 04. Do (dd / mm)

05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat

06. Kod choroby /

07. Kwota zł, gr

V. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

V. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. **Typ**[1] 04. **Identyfikator**

V. B. RODZAJE I OKRESY PRZERW W OPŁACANIU SKŁADEK I ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ / WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOWEJ

01. Kod tytułu ubezpieczenia[1]

02. Kod świadczenia / przerwy

Okres 03. Od (dd / mm) 04. Do (dd / mm)

05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat

06. Kod choroby /

07. Kwota zł, gr

VI. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

VI. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. **Typ**[1] 04. **Identyfikator**

VI. B. RODZAJE I OKRESY PRZERW W OPŁACANIU SKŁADEK I ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ / WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOWEJ

01. Kod tytułu ubezpieczenia[1]

02. Kod świadczenia / przerwy

Okres 03. Od (dd / mm) 04. Do (dd / mm)

05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat

06. Kod choroby /

07. Kwota zł, gr

03. Suma kwot na stronie
(p. III.B.07 + p. IV.B.07 + p. V.B.07 + p. VI.B.07) zł, gr

wzór wzór wzór

PŁATNIK WYPEŁNIA TYLKO POLA **JASNE W WYZNACZONYCH KRATKACH** KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE LUB RĘCZNIE
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM. PRZED WYPEŁNIENIEM ZAPOZNAĆ SIĘ Z OBJAŚNIENIAMI

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS RSA	strona: 2	**RAPORT IMIENNY O WYPŁACONYCH ŚWIADCZENIACH I PRZERWACH W OPŁACANIU SKŁADEK**

VII. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

VII. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ[1)] 04. Identyfikator

VII. B. RODZAJE I OKRESY PRZERW W OPŁACANIU SKŁADEK I ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ / WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOWEJ

01. Kod tytułu ubezpieczenia[1)]

02. Kod świadczenia / przerwy

Okres 03. Od (dd / mm) 04. Do (dd / mm)

05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat

06. Kod choroby /

07. Kwota zł, gr

VIII. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

VIII. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ[1)] 04. Identyfikator

VIII. B. RODZAJE I OKRESY PRZERW W OPŁACANIU SKŁADEK I ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ / WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOWEJ

01. Kod tytułu ubezpieczenia[1)]

02. Kod świadczenia / przerwy

Okres 03. Od (dd / mm) 04. Do (dd / mm)

05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat

06. Kod choroby /

07. Kwota zł, gr

IX. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

IX. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ[1)] 04. Identyfikator

IX. B. RODZAJE I OKRESY PRZERW W OPŁACANIU SKŁADEK I ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ / WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOWEJ

01. Kod tytułu ubezpieczenia[1)]

02. Kod świadczenia / przerwy

Okres 03. Od (dd / mm) 04. Do (dd / mm)

05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat

06. Kod choroby /

07. Kwota zł, gr

X. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

X. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ[1)] 04. Identyfikator

X. B. RODZAJE I OKRESY PRZERW W OPŁACANIU SKŁADEK I ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ / WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOWEJ

01. Kod tytułu ubezpieczenia[1)]

02. Kod świadczenia / przerwy

Okres 03. Od (dd / mm) 04. Do (dd / mm)

05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat

06. Kod choroby /

07. Kwota zł, gr

04. Suma kwot na stronie (p. VII.B.07 + p. VIII.B.07 + p. IX.B.07 + p. X.B.07) zł, gr

XI. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej

03. Pieczątka imienna oraz podpis Głównego Księgowego

04. Pieczątka płatnika

XII. ADNOTACJE ZUS

1) Wpisać odpowiedni kod podany w instrukcji.

wzór wzór wzór