

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 PLATNIKA SKŁADEK

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

01. NIP (wpisać bez kresek)		02. REGON	
03. PESEL		INNY NUMER	05. Seria i numer dokumentu
		04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2	
06. Nazwa skrócona			
07. Nazwisko			
08. Imię pierwsze			
		09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)	

III. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

III. A. DANE IDENTYFIKACYJNE 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	
03. Od (dd / mm)	04. Do (dd / mm)	05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat	06. Kod choroby /
Okres			07. Kwota zł, gr

IV. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

IV. A. DANE IDENTYFIKACYJNE 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	
03. Od (dd / mm)	04. Do (dd / mm)	05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat	06. Kod choroby /
Okres			07. Kwota zł, gr

V. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

V. A. DANE IDENTYFIKACYJNE 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	
03. Od (dd / mm)	04. Do (dd / mm)	05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat	06. Kod choroby /
Okres			07. Kwota zł, gr

VI. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

VI. A. DANE IDENTYFIKACYJNE 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	
03. Od (dd / mm)	04. Do (dd / mm)	05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat	06. Kod choroby /
Okres			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
--	--	--------

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

VII. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ¹⁾ 04. Identyfikator

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

01. Kod tytułu ubezpieczenia¹⁾

02. Kod świadczenia / przerwy

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

05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat

06. Kod choroby

07. Kwota zł, gr

VIII. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ¹⁾ 04. Identyfikator

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

01. Kod tytułu ubezpieczenia¹⁾

02. Kod świadczenia / przerwy

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

05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat

06. Kod choroby

07. Kwota zł, gr

IX. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ¹⁾ 04. Identyfikator

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

01. Kod tytułu ubezpieczenia¹⁾

02. Kod świadczenia / przerwy

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

05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat

06. Kod choroby

07. Kwota zł, gr

X. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ¹⁾ 04. Identyfikator

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

01. Kod tytułu ubezpieczenia¹⁾

02. Kod świadczenia / przerwy

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 PLATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)	02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej
Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.	
03. Pieczętka imienna oraz podpis Głównego Księgowego	04. Pieczętka płatnika

XII. ADNOTACJE ZUS

1) Wpisać odpowiedni kod podany w instrukcji.