

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

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. DANE DOTYCZĄCE
PLATNIKA SKŁADEK

III. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko	02. Imię pierwsze	03. Typ ^b	04. Identyfikator
--------------	-------------------	----------------------	-------------------

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

01. Kod tytułu ^a ubezpieczenia	02. Kod świadczenia / przerwy	03. Od (dd / mm)	04. Do (dd / mm)	05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat	06. Kod choroby	07. Kwota
--	-------------------------------	------------------	------------------	---	-----------------	-----------

III. DANE DOTYCZĄCE
OSOBY UBEZPIECZONEJ

IV. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko	02. Imię pierwsze	03. Typ ^b	04. Identyfikator
--------------	-------------------	----------------------	-------------------

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

01. Kod tytułu ^a ubezpieczenia	02. Kod świadczenia / przerwy	03. Od (dd / mm)	04. Do (dd / mm)	05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat	06. Kod choroby	07. Kwota
--	-------------------------------	------------------	------------------	---	-----------------	-----------

IV. DANE DOTYCZĄCE
OSOBY UBEZPIECZONEJ

V. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko	02. Imię pierwsze	03. Typ ^b	04. Identyfikator
--------------	-------------------	----------------------	-------------------

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

01. Kod tytułu ^a ubezpieczenia	02. Kod świadczenia / przerwy	03. Od (dd / mm)	04. Do (dd / mm)	05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat	06. Kod choroby	07. Kwota
--	-------------------------------	------------------	------------------	---	-----------------	-----------

V. DANE DOTYCZĄCE
OSOBY UBEZPIECZONEJ

VI. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko	02. Imię pierwsze	03. Typ ^b	04. Identyfikator
--------------	-------------------	----------------------	-------------------

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

01. Kod tytułu ^a ubezpieczenia	02. Kod świadczenia / przerwy	03. Od (dd / mm)	04. Do (dd / mm)	05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat	06. Kod choroby	07. Kwota
--	-------------------------------	------------------	------------------	---	-----------------	-----------

VI. DANE DOTYCZĄCE
OSOBY UBEZPIECZONEJ

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

VII. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

VII. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko _____

02. Imię pierwsze _____

03. Typ _____ 04. Identyfikator _____

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

01. Kod tytułu ubezpieczenia _____	02. Kod świadczenia / przerwy _____	03. Od (dd / mm) _____	04. Do (dd / mm) _____
05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat _____	06. Kod choroby _____ / _____	07. Kwota _____	

VIII. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

VIII. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko _____

02. Imię pierwsze _____

03. Typ _____ 04. Identyfikator _____

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

01. Kod tytułu ubezpieczenia _____	02. Kod świadczenia / przerwy _____	03. Od (dd / mm) _____	04. Do (dd / mm) _____
05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat _____	06. Kod choroby _____ / _____	07. Kwota _____	

IX. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

IX. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko _____

02. Imię pierwsze _____

03. Typ _____ 04. Identyfikator _____

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

01. Kod tytułu ubezpieczenia _____	02. Kod świadczenia / przerwy _____	03. Od (dd / mm) _____	04. Do (dd / mm) _____
05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat _____	06. Kod choroby _____ / _____	07. Kwota _____	

X. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

X. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko _____

02. Imię pierwsze _____

03. Typ _____ 04. Identyfikator _____

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

01. Kod tytułu ubezpieczenia _____	02. Kod świadczenia / przerwy _____	03. Od (dd / mm) _____	04. Do (dd / mm) _____
05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat _____	06. Kod choroby _____ / _____	07. Kwota _____	

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

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

XII. ADNOTACJE ZUS

1) Wpisać odpowiedni kod podany w instrukcji.