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 kartu raportu RSA

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

01. NIP (wpisać bez kresek)

02. REGON

03. PESEL

IMNY 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

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ [2] 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] 01 10 00

02. Kod świadczenia / przerwy 151

Okres 03. Od (dd / mm) 16 06 04. Do (dd / mm) 16 06

05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat

06. Kod choroby /

07. Kwota zł gr

IV. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ [2] 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

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ [2] 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

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ [2] 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

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