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 / rok / cm) *

02. Numer kartu raportu RSA

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

01. NIP (adres 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

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ * 04. Identyfikator

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

01. Kod tytułu ubezpieczenia * 0 1 1 0 0 0

02. Kod świadczenia / przerwy 1 5 1

Okres
03. Od (dd / mm) 0 1 0 6
04. Do (dd / mm) 3 0 0 6

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 * 04. Identyfikator

IV. 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

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 * 04. Identyfikator

V. 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

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 * 04. Identyfikator

VI. 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

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. IVB.07 + p. VB.07 + p. VI.B.07) zł gr

wzór wzór wzór