

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ
SPOŁECZNYCH

ZUS RSA

strona: 2

IMIENNY RAPORT MIESIĘCZNY O WYPŁACONYCH WIADCZENIACH
I PRZERWACH W OPŁACANIU SKŁADEK

VII. DANE DOTYCZĄCE
OSOBY UBEZPIECZONEJ

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 WIADCZEŃ /
WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOWEJ

01. Kod tytułu ubezpieczenia¹⁾

02. Kod wiadzenia / przerwy

03. Od (dd / mm)

04. Do (dd / mm)

07. Kwota

_____ zł, _____ gr

Okres

05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat

06. Kod choroby

_____ / _____

VIII. DANE DOTYCZĄCE
OSOBY UBEZPIECZONEJ

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 WIADCZEŃ /
WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOWEJ

01. Kod tytułu ubezpieczenia¹⁾

02. Kod wiadzenia / przerwy

03. Od (dd / mm)

04. Do (dd / mm)

07. Kwota

_____ zł, _____ gr

Okres

05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat

06. Kod choroby

_____ / _____

IX. DANE DOTYCZĄCE
OSOBY UBEZPIECZONEJ

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 WIADCZEŃ /
WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOWEJ

01. Kod tytułu ubezpieczenia¹⁾

02. Kod wiadzenia / przerwy

03. Od (dd / mm)

04. Do (dd / mm)

07. Kwota

_____ zł, _____ gr

Okres

05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat

06. Kod choroby

_____ / _____

X. DANE DOTYCZĄCE
OSOBY UBEZPIECZONEJ

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 WIADCZEŃ /
WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOWEJ

01. Kod tytułu ubezpieczenia¹⁾

02. Kod wiadzenia / przerwy

03. Od (dd / mm)

04. Do (dd / mm)

07. Kwota

_____ zł, _____ gr

Okres

05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat

06. Kod choroby

_____ / _____

04. Suma kwot na stronie

(p. VII.B.07 + p. VIII.B.07 + p. IX.B.07 + p. X.B.07)

_____ zł, _____ gr

XI. O WIADCZENIE PŁATNIKA 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 wiadomy(-ma) odpowiedzialno ci karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

03. Pieczęć kmienna oraz podpis Głównego Księgowego

04. Pieczęć płatnika

XII. ADNOTACJE ZUS

1) Wpisać odpowiedni kod podany w instrukcji.