

PLATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRÓTKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE LUB RĘCZNIE  
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESZYM KOLOREM

|                                   |         |          |  |
|-----------------------------------|---------|----------|--|
| ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ<br>SPOŁECZNYCH | ZUS RSA | strona 1 | IMIENNY RAPORT MIESIĘCZNY O WYPŁACONYCH ŚWIADCZENIACH<br>I PRZERWACH W OPŁACANIU SKŁADEK |
|-----------------------------------|---------|----------|--|

#### I. DANE ORGANIZACYJNE

01. Identyfikator raportu (numer / mm / mm)

#### II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP (wpisać bez kresek)

02. Numer REGION

03. Numer PESEL

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 / rrr)

II. DANE IDENTYFIKACYJNE  
PŁATNIKA SKŁADEK

#### 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

02. Kod świadczenia / przerwy

03. Od (dd / mm / rrr)

04. Do (dd / mm / rrr)

05. Liczba dni  
zasilkowych / liczba  
wypłat

06. Kwota

Okres

III. DANE DOTYCZĄCE  
OSOBY UBEZPIECZONEJ

#### 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

03. Od (dd / mm / rrr)

04. Do (dd / mm / rrr)

05. Liczba dni  
zasilkowych / liczba  
wypłat

06. Kwota

Okres

IV. DANE DOTYCZĄCE  
OSOBY UBEZPIECZONEJ

#### 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

03. Od (dd / mm / rrr)

04. Do (dd / mm / rrr)

05. Liczba dni  
zasilkowych / liczba  
wypłat

06. Kwota

Okres

V. DANE DOTYCZĄCE  
OSOBY UBEZPIECZONEJ

#### 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

03. Od (dd / mm / rrr)

04. Do (dd / mm / rrr)

05. Liczba dni  
zasilkowych / liczba  
wypłat

06. Kwota

Okres

VI. DANE DOTYCZĄCE  
OSOBY UBEZPIECZONEJ

PLATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE LUB RĘCZNIE  
DUŻYM Drukowanymi literami, CZARNYM LUB NIEBIESZYM KOLOREM

|                                   |     |     |           |  |
|-----------------------------------|-----|-----|-----------|--|
| ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ<br>SPOŁECZNYCH | ZUS | RSA | strona: 2 | IMIENNY RAPORT MIESIĘCZNY O WYPŁACONYCH ŚWIADCZENIACH<br>I PRZERWACH W OPLACANIU SKŁADEK |
|-----------------------------------|-----|-----|-----------|--|

|  |  |         |                   |  |
|--|--|---------|-------------------|--|
| VII. DANE DOTYCZĄCE<br>OSOBY UBEZPIECZONEJ | VII. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ |         |                   |  |
|  | 01. Nazwisko                                     |         |                   |  |
|  | 02. Imię pierwsze                                | 03. Typ | 04. Identyfikator |  |

|  |  |                               |  |           |
|--|--|-------------------------------|--|-----------|
| VII. DANE DOTYCZĄCE<br>OSOBY UBEZPIECZONEJ | VII. B. RODZAJE I OKRESY PRZERW W OPLACANIU SKŁADEK I ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ /<br>WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOWEJ |                               |  |           |
|  | 01. Kod tytułu<br>ubezpieczenia  | 02. Kod świadczenia / przerwy | 05. Liczba dni<br>zasilkowych / liczba<br>wypłat | 06. Kwota |
|  | 03. Od (dd / mm / rrrr)  | 04. Do (dd / mm / rrrr)       |  | zł, gr    |
|  | Okres  |                               |  |           |

|   |   |         |                   |  |
|---|---|---------|-------------------|--|
| VIII. DANE DOTYCZĄCE<br>OSOBY UBEZPIECZONEJ | VIII. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ |         |                   |  |
|   | 01. Nazwisko                                      |         |                   |  |
|   | 02. Imię pierwsze                                 | 03. Typ | 04. Identyfikator |  |

|   |   |                               |  |           |
|---|---|-------------------------------|--|-----------|
| VIII. DANE DOTYCZĄCE<br>OSOBY UBEZPIECZONEJ | VIII. B. RODZAJE I OKRESY PRZERW W OPLACANIU SKŁADEK I ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ /<br>WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOWEJ |                               |  |           |
|   | 01. Kod tytułu<br>ubezpieczenia   | 02. Kod świadczenia / przerwy | 05. Liczba dni<br>zasilkowych / liczba<br>wypłat | 06. Kwota |
|   | 03. Od (dd / mm / rrrr)   | 04. Do (dd / mm / rrrr)       |  | zł, gr    |
|   | Okres   |                               |  |           |

|   |   |         |                   |  |
|---|---|---------|-------------------|--|
| IX. DANE DOTYCZĄCE<br>OSOBY UBEZPIECZONEJ | IX. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ |         |                   |  |
|   | 01. Nazwisko                                    |         |                   |  |
|   | 02. Imię pierwsze                               | 03. Typ | 04. Identyfikator |  |

|   |   |                               |  |           |
|---|---|-------------------------------|--|-----------|
| IX. DANE DOTYCZĄCE<br>OSOBY UBEZPIECZONEJ | IX. B. RODZAJE I OKRESY PRZERW W OPLACANIU SKŁADEK I ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ /<br>WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOWEJ |                               |  |           |
|   | 01. Kod tytułu<br>ubezpieczenia   | 02. Kod świadczenia / przerwy | 05. Liczba dni<br>zasilkowych / liczba<br>wypłat | 06. Kwota |
|   | 03. Od (dd / mm / rrrr)   | 04. Do (dd / mm / rrrr)       |  | zł, gr    |
|   | Okres   |                               |  |           |

|  |  |         |                   |  |
|--|--|---------|-------------------|--|
| X. DANE DOTYCZĄCE<br>OSOBY UBEZPIECZONEJ | X. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ |         |                   |  |
|  | 01. Nazwisko                                   |         |                   |  |
|  | 02. Imię pierwsze                              | 03. Typ | 04. Identyfikator |  |

|  |  |                               |  |           |
|--|--|-------------------------------|--|-----------|
| X. DANE DOTYCZĄCE<br>OSOBY UBEZPIECZONEJ | X. B. RODZAJE I OKRESY PRZERW W OPLACANIU SKŁADEK I ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ /<br>WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOWEJ |                               |  |           |
|  | 01. Kod tytułu<br>ubezpieczenia  | 02. Kod świadczenia / przerwy | 05. Liczba dni<br>zasilkowych / liczba<br>wypłat | 06. Kwota |
|  | 03. Od (dd / mm / rrrr)  | 04. Do (dd / mm / rrrr)       |  | zł, gr    |
|  | Okres  |                               |  |           |

|                                       |  |  |  |
|---------------------------------------|--|--|--|
| XI. OŚWIADCZENIE PLATNIKA SKŁADEK     |  |  |  |
| 01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr) |  |  |  |

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu  
są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.  
Jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej  
za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej

03. Pieczęć płatnika

XII. ADNOTACJE ZUS

<sup>1)</sup> Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.