

II. DANE IDENTYFIKACYJNE
PŁATNIKA SKŁADEK

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ
SPOŁECZNYCH

INFORMACJA ROCZNA DLA OSOBY UBEZPIECZONEJ

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. Identyfikator informacji (numer/rrrr)

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP

02. Numer REGION

03. Numer PESEL¹⁾

04. Rodzaj dokumentu:
jeśli dowód osobisty, wpisać 1,
jeśli paszport - 2

05. Seria i numer dokumentu

06. Nazwisko

07. Imię pierwsze

08. Nazwa skrócona

09. Data urodzenia (dd/mm/rrrr)

III. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ

04. Identyfikator

OKRES ROZLICZENIOWY

(mm/rrrr)

III. B. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE

01. Kod tytułu ubezpieczenia

02. Kod NFZ

03. Informacja o przekroczeniu rocznej podstawy
wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe

04. Wymiar czasu

UBEZPIECZENIE	EMERYTALNE	RENTOWE	CHOROBOWE	WYPADKOWE
PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI	05.		06.	07.
SKŁADKI FINANSOWANE PRZEZ:				
ubezpieczonych	08.	09.	10.	11.
płatnika	12.	13.	14.	15.
budżet państwa	16.	17.	18.	19.
PFRON ²⁾	20.	21.	22.	23.
Fundusz Kościelny	24.	25.	26.	27.
28. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składek w ramach pracowniczego programu emerytalnego			29. Łączna kwota składek (suma od p. 08 do p. 27)	

III. C. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Podstawa wymiaru składki

02. Kwota należnej składki
finansowanej przez płatnika

03. Kwota należnej składki
finansowanej przez
ubezpieczonego

04. Kwota należnej składki
finansowanej z budżetu państwa
bezpośrednio do ZUS

05. Kwota należnej składki
finansowanej przez Fundusz
Kościelny

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

01. Kod świadczenia/przerwy

02. Okres od-do (dd/mm/rrrr)

03. Liczba dni zasiłkowych/wypłat

04. Kwota

III. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

OKRES ROZLICZENIOWY

(mm/rrrr)

III. B. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE

01. Kod tytułu ubezpieczenia	02. Kod NFZ	03. Informacja o przekroczeniu rocznej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe	04. Wymiar czasu	
UBEZPIECZENIE	EMERYTALNE	RENTOWE	CHOROBOWE	WYPADKOWE
PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI	05.	06.	07.	
SKŁADKI FINANSOWANE PRZEZ:				
ubezpieczonych	08.	09.	10.	11.
płatnika	12.	13.	14.	15.
budżet państwa	16.	17.	18.	19.
PFRON ²⁾	20.	21.	22.	23.
Fundusz Kościelny	24.	25.	26.	27.
28. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składek w ramach pracowniczego programu emerytalnego		29. Łączna kwota składek (suma od p. 08 do p. 27)		

III. C. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Podstawa wymiaru składek		04. Kwota należnej składki finansowanej z budżetu państwa bezpośrednio do ZUS	
02. Kwota należnej składki finansowanej przez płatnika		05. Kwota należnej składki finansowanej przez Fundusz Kościelny	
03. Kwota należnej składki finansowanej przez ubezpieczonego			

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

01. Kod świadczenia/przerwy	02. Okres od-do (dd/mm/rrrr)	
03. Liczba dni zasiłkowych/wypłat	04. Kwota	

IV. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA 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 składek lub osoby przez niego upoważnionej oraz pieczęć adresowa płatnika

¹⁾ Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.

²⁾ Pół nie wypełnia się w dokumentach za okres od stycznia 2008 r., a w razie składania korekt za okres do grudnia 2007 r., może zostać wykazana kwota, nie wyższa od kwoty dofinansowania uwzględnionego w deklaracji za ten okres złożonej nie później niż do 30 czerwca 2008 r.