

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ
SPOŁECZNYCH

ZUS RSA

strona: 1

IMIENNY RAPORT MIESIĘCZNY O WYPŁACONYCH ŚWIADCZENIACH
I PRZERWACH W OPŁACANIU SKŁADEK

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. Identyfikator raportu (numer / mm / rrrr) ¹⁾

02. Numer kartki raportu RSA

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

01. NIP (wpisać bez kresek)

02. REGON

03. PESEL

INNY NUMER

05. Seria i numer dokumentu

06. Nazwa skrócona

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

07. Nazwisko

08. Imię pierwsze

09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

III. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ¹⁾

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⁾

02. Kod świadczenia / przerwy

03. Od (dd / mm)

04. Do (dd / mm)

07. Kwota

Okres

05. Liczba dni
zasiłkowych / liczba wypłat

06. Kod choroby

zł, gr

IV. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ¹⁾

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

03. Od (dd / mm)

04. Do (dd / mm)

07. Kwota

Okres

05. Liczba dni
zasiłkowych / liczba wypłat

06. Kod choroby

zł, gr

V. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ¹⁾

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

03. Od (dd / mm)

04. Do (dd / mm)

07. Kwota

Okres

05. Liczba dni
zasiłkowych / liczba wypłat

06. Kod choroby

zł, gr

VI. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ¹⁾

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

03. Od (dd / mm)

04. Do (dd / mm)

07. Kwota

Okres

05. Liczba dni
zasiłkowych / liczba wypłat

06. Kod choroby

zł, gr

03. Suma kwot na stronie
(p. III.B.07 + p. IV.B.07 + p. V.B.07 + p. VI.B.07)

zł, gr

II. DANE IDENTYFIKACYJNE
PŁATNIKA SKŁADEK

III. DANE DOTYCZĄCE
OSOBY UBEZPIECZONEJ

IV. DANE DOTYCZĄCE
OSOBY UBEZPIECZONEJ

V. DANE DOTYCZĄCE
OSOBY UBEZPIECZONEJ

VI. DANE DOTYCZĄCE
OSOBY UBEZPIECZONEJ

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 ŚWIADCZEŃ / WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOWEJ

01. Kod tytułu ubezpieczenia¹⁾ _____

02. Kod świadczenia / przerwy _____

03. Od (dd / mm) _____ 04. Do (dd / mm) _____

05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat _____

06. Kod choroby _____ / _____

07. Kwota _____ zł _____ gr

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 ŚWIADCZEŃ / WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOWEJ

01. Kod tytułu ubezpieczenia¹⁾ _____

02. Kod świadczenia / przerwy _____

03. Od (dd / mm) _____ 04. Do (dd / mm) _____

05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat _____

06. Kod choroby _____ / _____

07. Kwota _____ zł _____ gr

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 ŚWIADCZEŃ / WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOWEJ

01. Kod tytułu ubezpieczenia¹⁾ _____

02. Kod świadczenia / przerwy _____

03. Od (dd / mm) _____ 04. Do (dd / mm) _____

05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat _____

06. Kod choroby _____ / _____

07. Kwota _____ zł _____ gr

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 ŚWIADCZEŃ / WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOWEJ

01. Kod tytułu ubezpieczenia¹⁾ _____

02. Kod świadczenia / przerwy _____

03. Od (dd / mm) _____ 04. Do (dd / mm) _____

05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat _____

06. Kod choroby _____ / _____

07. Kwota _____ zł _____ gr

04. Suma kwot na stronie (p. VII.B.07 + p. VIII.B.07 + p. IX.B.07 + p. X.B.07) _____ zł _____ gr

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

04. Pieczęćka płatnika

03. Pieczęćka imienna oraz podpis Głównego Księgowego

XII. ADNOTACJE ZUS

1) Wpisać odpowiedni kod podany w instrukcji.