

**I. DANE ORGANIZACYJNE**  
01. Identyfikator raportu (numer / mm / rrrr)

**II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK**  
01. Numer NIP (wpisać bez kresek) 02. Numer REGON

03. Numer PESEL<sup>1)</sup> 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)

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

**III. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ**  
01. Nazwisko

02. Imię pierwsze 03. Typ 04. Identyfikator

III. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

**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 / rrrr) 04. Do (dd / mm / rrrr) 05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat 06. Kwota zł, gr

Okres -

**IV. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ**  
01. Nazwisko

02. Imię pierwsze 03. Typ 04. Identyfikator

IV. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

**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 / rrrr) 04. Do (dd / mm / rrrr) 05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat 06. Kwota zł, gr

Okres -

**V. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ**  
01. Nazwisko

02. Imię pierwsze 03. Typ 04. Identyfikator

V. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

**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 / rrrr) 04. Do (dd / mm / rrrr) 05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat 06. Kwota zł, gr

Okres -

**VI. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ**  
01. Nazwisko

02. Imię pierwsze 03. Typ 04. Identyfikator

VI. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

**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 / rrrr) 04. Do (dd / mm / rrrr) 05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat 06. Kwota zł, gr

Okres -

VII. DANE DOTYCZĄCE  
OSOBY UBEZPIECZONEJ

**VII. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ**

01. Nazwisko

\_\_\_\_\_

02. Imię pierwsze

\_\_\_\_\_

03. Typ

\_\_\_\_\_

04. Identyfikator

\_\_\_\_\_

**VII. 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 / rrrr)

\_\_\_\_\_

04. Do (dd / mm / rrrr)

\_\_\_\_\_

05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat

\_\_\_\_\_

06. Kwota

\_\_\_\_\_ zł, \_\_\_\_\_ gr

VIII. DANE DOTYCZĄCE  
OSOBY UBEZPIECZONEJ

**VIII. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ**

01. Nazwisko

\_\_\_\_\_

02. Imię pierwsze

\_\_\_\_\_

03. Typ

\_\_\_\_\_

04. Identyfikator

\_\_\_\_\_

**VIII. 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 / rrrr)

\_\_\_\_\_

04. Do (dd / mm / rrrr)

\_\_\_\_\_

05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat

\_\_\_\_\_

06. Kwota

\_\_\_\_\_ zł, \_\_\_\_\_ gr

IX. DANE DOTYCZĄCE  
OSOBY UBEZPIECZONEJ

**IX. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ**

01. Nazwisko

\_\_\_\_\_

02. Imię pierwsze

\_\_\_\_\_

03. Typ

\_\_\_\_\_

04. Identyfikator

\_\_\_\_\_

**IX. 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 / rrrr)

\_\_\_\_\_

04. Do (dd / mm / rrrr)

\_\_\_\_\_

05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat

\_\_\_\_\_

06. Kwota

\_\_\_\_\_ zł, \_\_\_\_\_ gr

X. DANE DOTYCZĄCE  
OSOBY UBEZPIECZONEJ

**X. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ**

01. Nazwisko

\_\_\_\_\_

02. Imię pierwsze

\_\_\_\_\_

03. Typ

\_\_\_\_\_

04. Identyfikator

\_\_\_\_\_

**X. 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 / rrrr)

\_\_\_\_\_

04. Do (dd / mm / rrrr)

\_\_\_\_\_

05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat

\_\_\_\_\_

06. Kwota

\_\_\_\_\_ zł, \_\_\_\_\_ gr

**XI. 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 lub osoby upoważnionej

03. Pieczęć płatnika

**XII. ADNOTACJE ZUS**

\_\_\_\_\_

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