

ПОСТАНОВЛЕНИЕ СОВЕТА МИНИСТРОВ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

28 марта 2022 г. № 179

Об информационном взаимодействии работодателя и страховщика

На основании части шестой пункта 4 Указа Президента Республики Беларусь от 27 сентября 2021 г. № 367 «О добровольном страховании дополнительной накопительной пенсии» Совет Министров Республики Беларусь ПОСТАНОВЛЯЕТ:

1. Утвердить Положение о порядке информационного взаимодействия работодателя и страховщика (прилагается).
2. Настоящее постановление вступает в силу с 1 октября 2022 г.

Премьер-министр Республики Беларусь

Р.Головченко

УТВЕРЖДЕНО

Постановление
Совета Министров
Республики Беларусь
28.03.2022 № 179

ПОЛОЖЕНИЕ

о порядке информационного взаимодействия работодателя и страховщика

1. Настоящим Положением определяется порядок информационного взаимодействия работодателя и республиканского унитарного страхового предприятия «Стравита» (далее, если не указано иное, – страховщик) по добровольному страхованию дополнительной накопительной пенсии.

2. В настоящем Положении используются термины в значениях, определенных Указом Президента Республики Беларусь от 27 сентября 2021 г. № 367.

3. Информационное взаимодействие работодателя и страховщика осуществляется посредством общегосударственной автоматизированной информационной системы в автоматизированном режиме в соответствии с едиными техническими требованиями и порядком функционирования этой системы.

4. Работодатель представляет страховщику следующую информацию:

4.1. список страхователей, в отношении которых осуществлена уплата страховых взносов страховщику (далее – список), согласно приложению 1 ежемесячно в течение одного рабочего дня после уплаты работодателем страховщику страховых взносов за истекший месяц в полном объеме. При получении от страховщика списка страхователей, по которым выявлена недоплата (переплата) страховых взносов и (или) по которым необходимо провести иные корректировки согласно приложению 2, работодатель в течение одного рабочего дня, следующего за днем получения такого списка, направляет страховщику уточненный список согласно приложению 1. При этом представленный работодателем уточненный список отменяет ранее представленный список за тот же период;

4.2. список страхователей, по которым необходимо провести корректировки, согласно приложению 3 в течение одного рабочего дня после выявления работодателем такой необходимости с одновременным представлением страховщику уточненного списка согласно приложению 1. При этом представленный работодателем уточненный список отменяет ранее представленный список за тот же период;

4.3. уведомление о расторжении со страхователем трудового или гражданско-правового договора согласно приложению 4 не позднее пяти рабочих дней со дня расторжения трудового или гражданско-правового договора либо в такие же сроки

уведомление о прекращении отношений с лицами, работающими на основе членства (участия) в юридических лицах любых организационно-правовых форм, и физическими лицами, являющимися собственниками имущества (участниками, членами, учредителями) юридического лица и выполняющими функции его руководителя, согласно приложению 5;

4.4. уведомление о принятии решения о реорганизации, ликвидации и (или) экономической несостоятельности (банкротстве) согласно приложению 6 в течение трех рабочих дней со дня принятия такого решения.

5. Страховщик при необходимости направляет работодателю следующую информацию:

5.1. список страхователей, по которым выявлена недоплата (переплата) страховых взносов и (или) по которым необходимо провести иные корректировки, согласно приложению 2 в течение одного рабочего дня после получения от работодателя списка согласно приложению 1;

5.2. список страхователей, по которым подлежат возврату страховые взносы, согласно приложению 7 (если работодатель находится в процессе ликвидации и (или) экономической несостоятельности (банкротства).

6. Работодатель и страховщик обязаны письменно уведомлять друг друга об изменении банковских реквизитов в течение трех рабочих дней с даты их изменения.

Приложение 1
к Положению о порядке
информационного взаимодействия
работодателя и страховщика

**СПИСОК
страхователей, в отношении которых осуществлена уплата страховых взносов страховщику**

Работодатель _____
(наименование юридического лица, УНП, УНПФ)

Именной лицевой счет (страховой номер (ИН) страхователя)	Страхователь (фамилия, собственное имя, отчество (если такое имеется))	Сумма выплат, начисленных в пользу страхователя, с которой начислен страховой взнос, рублей	Сумма перечисленного страхового взноса*, рублей		Месяц, год, за который уплачен страховой взнос**	Дата уплаты страхового взноса	Причина приостановки уплаты страхового взноса (временная нетрудоспособность, трудовой (социальный) отпуск и другое)
			всего	в том числе работодателем			

Руководитель организации _____
(подпись)

(инициалы, фамилия)

Лицо, составившее список _____
(фамилия, собственное имя, отчество (если такое имеется), номер телефона, адрес электронной почты)

Дата составления _____ 20__ г.

* Перечисленным является страховой взнос, который уплачен в полном размере, исходя из суммы выплат, начисленных в пользу страхователя.

** В случае уплаты очередного (текущего) страхового взноса по договору дополнительного накопительного пенсионного страхования указывается истекший (предыдущий) месяц, в случае погашения задолженности по уплате страховых взносов – месяц, предшествующий месяцу уплаты очередного страхового взноса. В случае неуплаты работодателем просроченных страховых взносов в течение установленного срока список не подается.

Приложение 2
к Положению о порядке
информационного взаимодействия
работодателя и страховщика

СПИСОК

страхователей, по которым выявлена недоплата (переплата) страховых взносов и (или) по которым необходимо провести иные корректировки

Работодатель _____
(наименование юридического лица, УНП, УНПФ)

Именной лицевой счет (страховой номер (ИН) страхователя)	Страхователь (фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется))	Сумма выплат, начисленных в пользу страхователя, с которой начислен страховой взнос, рублей	Тариф по договору, процентов		Сумма, подлежащая перечислению (возврату), рублей		Месяц, год, за который уплачен страховой взнос, подлежащий перечислению (возврату)	Номер строки, столбца, в которых совершена ошибка
			страхователя	работодателя	всего	в том числе работодателем (работодателю)		

Руководитель организации _____
(подпись) _____
(инициалы, фамилия)

Лицо, составившее список _____
(фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется), номер телефона, адрес электронной почты)

Дата составления _____ 20__ г.

Приложение 3
к Положению о порядке
информационного взаимодействия
работодателя и страховщика

СПИСОК страхователей, по которым необходимо провести корректировки

Работодатель _____
(наименование юридического лица, УНП, УНПФ)

Именной лицевой счет (страховой номер (ИН) страхователя)	Страхователь (фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется))	Тариф по договору (работодателя), процентов	Тариф по договору (страхователя), процентов	Сумма выплат, с которой ранее начислен страховой взнос, рублей	Сумма выплат, с которой начислен страховой взнос, с учетом корректировки, рублей	Разница в сумме выплат, начисленных в пользу страхователя в результате корректировки, рублей	Сумма недоплаты (переплаты) страхового взноса, рублей	Сумма страхового взноса, подлежащего перечислению (возврату) (от работодателя), рублей	Сумма страхового взноса, подлежащая перечислению (возврату) (от страхователя), рублей	Месяц, год, за который уплачен страховой взнос	Месяц, год, в котором проведены корректировки страхового взноса
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Примечание. Заполняется при корректировке сумм выплат и страховых взносов.

Именной лицевой счет (страховой номер (ИН) страхователя)	Страхователь (фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется))	Сумма выплат, начисленных в пользу страхователя, с которой начислен страховой взнос, рублей	Сумма перечисленного страхового взноса, рублей		Месяц, год, за который ранее уплачен страховой взнос	Месяц, год, за который уплачен страховой взнос с учетом корректировки	Ранее представленная дата уплаты страхового взноса	Дата уплаты страхового взноса с учетом корректировки
			всего	в том числе работодателем				
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Примечание. Заполняется при корректировке периодов уплаты страховых взносов.

Руководитель организации _____
(подпись)

(инициалы, фамилия)

Лицо, составившее список _____
(фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется), номер телефона, адрес электронной почты)

Дата составления _____ 20__ г.

Приложение 4
к Положению о порядке
информационного взаимодействия
работодателя и страховщика

УВЕДОМЛЕНИЕ

о расторжении со страхователем трудового или гражданско-правового договора

(наименование юридического лица, УНП, УНПФ)

уведомляет республиканское унитарное страховое предприятие «Стравита» о том, что со следующими страхователями расторгнут трудовой (гражданско-правовой) договор:

Именной лицевой счет (страховой номер (ИН) страхователя)	Страхователь (фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется))	Дата расторжения

Руководитель организации _____

(подпись)

(инициалы, фамилия)

Дата составления _____ 20__ г.

Приложение 5
к Положению о порядке
информационного взаимодействия
работодателя и страховщика

УВЕДОМЛЕНИЕ

о прекращении отношений с лицами, работающими на основе членства (участия) в юридических лицах любых организационно-правовых форм, и физическими лицами, являющимися собственниками имущества (участниками, членами, учредителями) юридического лица и выполняющими функции его руководителя

(наименование юридического лица, УНП, УНПФ)

уведомляет республиканское унитарное страховое предприятие «Стравита» о том, что со следующими страхователями прекращены отношения:

Именной лицевой счет (страховой номер (ИН) страхователя)	Страхователь (фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется))	Дата прекращения

Руководитель организации _____

(подпись)

(инициалы, фамилия)

Дата составления _____ 20__ г.

Приложение 6
к Положению о порядке
информационного взаимодействия
работодателя и страховщика

УВЕДОМЛЕНИЕ**о принятии решения о реорганизации, ликвидации и (или) экономической несостоятельности (банкротстве)**

_____ (наименование юридического лица, УНП, УНПФ)

уведомляет республиканское унитарное страховое предприятие «Стравита» о том, что принято решение о реорганизации, ликвидации и (или) экономической несостоятельности (банкротстве) с _____.

(дата)

Руководитель организации _____

(подпись)

_____ (инициалы, фамилия)

Дата составления _____ 20__ г.

Приложение 7

к Положению о порядке
информационного взаимодействия
работодателя и страховщика

СПИСОК**страхователей, по которым подлежат возврату страховые взносы**

Работодатель _____

(наименование юридического лица, УНП, УНПФ)

Именной лицевой счет (страховой номер (ИН) страхователя)	Страхователь (фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется))	Сумма выплат, начисленных в пользу страхователя, с которой начислен страховой взнос, рублей	Тариф по договору, процентов		Сумма, подлежащая возврату, рублей		Месяц, год, за который уплачен страховой взнос, подлежащий возврату
			страхователя	работодателя	всего	в том числе работодателю	

Руководитель организации _____

(подпись)

_____ (инициалы, фамилия)

Лицо, составившее список _____

(фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется),

_____ номер телефона, адрес электронной почты)

Дата составления _____ 20__ г.