

ПОСТАНОВЛЕНИЕ ПРАВЛЕНИЯ ФОНДА СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ  
МИНИСТЕРСТВА ТРУДА И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ  
24 февраля 2022 г. № 3

**О порядке информационного взаимодействия  
по вопросам добровольного страхования  
дополнительной накопительной пенсии**

На основании частей третьей и четвертой пункта 4 Указа Президента Республики Беларусь от 27 сентября 2021 г. № 367 «О добровольном страховании дополнительной накопительной пенсии», абзаца третьего пункта 12 Положения о Фонде социальной защиты населения Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь, утвержденного Указом Президента Республики Беларусь от 16 января 2009 г. № 40, правление Фонда социальной защиты населения Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь ПОСТАНОВЛЯЕТ:

1. Утвердить Положение о порядке информационного взаимодействия по вопросам добровольного страхования дополнительной накопительной пенсии (прилагается).
2. Настоящее постановление вступает в силу с 1 октября 2022 г.

Председатель правления

И.А.Костевич

УТВЕРЖДЕНО

Постановление  
правления  
Фонда социальной  
защиты населения  
Министерства труда  
и социальной защиты  
Республики Беларусь  
24.02.2022 № 3

**ПОЛОЖЕНИЕ  
о порядке информационного взаимодействия по вопросам добровольного  
страхования дополнительной накопительной пенсии**

1. Настоящим Положением определяется порядок информационного взаимодействия Фонда социальной защиты населения Министерства труда и социальной защиты (далее – Фонд) и Республиканского унитарного страхового предприятия «Стравита» (далее – Страховщик) по вопросам добровольного страхования дополнительной накопительной пенсии.

2. В настоящем Положении используются термины в значениях, определенных законодательством о государственном социальном страховании и Указом Президента Республики Беларусь от 27 сентября 2021 г. № 367.

3. Информационное взаимодействие Фонда и Страховщика осуществляется посредством общегосударственной автоматизированной информационной системы в автоматизированном режиме.

4. Основные направления взаимодействия:

предоставление работодателю права на снижение размера обязательных страховых взносов на пенсионное страхование в бюджет государственного внебюджетного фонда социальной защиты населения Республики Беларусь (далее – бюджет фонда);

определение права гражданина на участие в добровольном страховании дополнительной накопительной пенсии.

5. Фонд по запросу Страховщика представляет информацию о факте наличия работодателя у граждан, изъявивших желание участвовать в системе добровольного страхования дополнительной накопительной пенсии.

6. Страховщик представляет Фонду в виде электронного документа:

списки страхователей, заключивших договор добровольного страхования дополнительной накопительной пенсии, ежеквартально не позднее 2-го числа месяца, следующего за отчетным кварталом, по форме согласно приложению 1;

списки страхователей, за которых уплачены страховые взносы по форме согласно приложению 2, в течение одного рабочего дня после уплаты работодателем Страховщику страховых взносов в полном объеме и представления надлежаще оформленных списков страхователей, в отношении которых осуществляется уплата страховых взносов Страховщику. В приложении 2 отражаются суммы начисленных страховых взносов и суммы их доначислений;

списки страхователей, по которым возвращен излишне (ошибочно) уплаченный страховой взнос по форме согласно приложению 3, в течение одного рабочего дня после осуществления возврата Страховщиком работодателю уплаченных страховых взносов.

При этом:

списки по формам согласно приложениям 2 и 3, представленные повторно Страховщиком за один и тот же период, отменяют ранее представленные списки за этот период;

представленные списки, не содержащие ошибок, являются основанием для снижения (отмены снижения) работодателям размера обязательных страховых взносов на пенсионное страхование в бюджет фонда.

7. При выявлении работодателем после сдачи в Фонд индивидуальных сведений по форме ПУ-3 ошибок в ранее представленных списках Страховщику, а Страховщиком Фонду по форме согласно приложению 2, не влияющих на размер уплаченных страховых взносов, работодатель в течение одного рабочего дня направляет Страховщику откорректированные списки для их дальнейшего повторного представления Страховщиком в Фонд в сроки, установленные для представления приложения 2.

8. При выявлении в списках, представленных Страховщиком по форме согласно приложениям 1–3, ошибок Фонд в течение рабочего дня, следующего за днем поступления указанных списков, возвращает их Страховщику по соответствующей форме с указанием кода ошибки в представленной информации:

некорректный учетный номер плательщика (УНП) – код ошибки «01»;

некорректный учетный номер плательщика в Фонде (УНПФ) – код ошибки «02»;

некорректный страховой номер индивидуального лицевого счета (ИН) страхователя – код ошибки «03»;

некорректный тариф по договору добровольного страхования дополнительной накопительной пенсии – код ошибки «04»;

работодатель находится в процессе ликвидации (банкротства) – код ошибки «05»;

несоответствие размера уплаченного страхового взноса (за исключением округлений) сумме выплат, начисленной в пользу страхователя, согласно тарифу по договору добровольного страхования дополнительной накопительной пенсии – код ошибки «06»;

некорректный период, за который уплачен страховой взнос, – код ошибки «07»;

отсутствие сведений о периоде работы у работодателя – код ошибки «08».

9. Фонд и Страховщик несут ответственность за своевременность и достоверность информации, передаваемой в рамках взаимодействия по вопросам добровольного страхования дополнительной накопительной пенсии.

10. В рамках осуществления добровольного страхования дополнительной накопительной пенсии Фонд и Страховщик вправе обмениваться дополнительной информацией.

Приложение 1  
к Положению о порядке  
информационного взаимодействия  
по вопросам добровольного  
страхования дополнительной  
накопительной пенсии

Форма

**СПИСОК  
страхователей, заключивших договор добровольного страхования  
дополнительной накопительной пенсии, в \_\_\_\_\_ квартале 20\_\_ г.**

№ п/п	Фамилия	Собственное имя	Отчество (если таковое имеется)	Страховой номер (ИН)	Дата заключенного договора добровольного страхования дополнительной накопительной пенсии	УНП работодателя	УНПФ работодателя	Код ошибки*
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Итого								

Руководитель (уполномоченное лицо) Страховщика

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(инициалы, фамилия)

\* Заполняется Фондом при выявлении неверных сведений.

Приложение 2  
к Положению о порядке  
информационного взаимодействия  
по вопросам добровольного  
страхования дополнительной  
накопительной пенсии

Форма

**СПИСОК  
страхователей, за которых уплачены страховые взносы**

УНП работодателя \_\_\_\_\_

УНПФ работодателя \_\_\_\_\_

Наименование работодателя \_\_\_\_\_

№ п/п	Страховой номер (ИН) страхователя	Фамилия, собственное имя, отчество (если такое имеется) страхователя	Тариф по договору работодателя, %	Тариф по договору страхователя, %	Сумма выплат, начисленных в пользу страхователя, с которой начислен страховой взнос, руб.	Сумма перечисленного страхового взноса, руб.		Месяц, год, за который уплачен страховой взнос	Код ошибки*
						всего	в т.ч. работодателем		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Итого									

Руководитель (уполномоченное лицо) Страховщика

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (инициалы, фамилия)

\* Заполняется Фондом при выявлении неверных сведений.

Приложение 3  
к Положению о порядке  
информационного взаимодействия  
по вопросам добровольного  
страхования дополнительной  
накопительной пенсии

Форма

**СПИСОК  
страхователей, по которым возвращен  
излишне (ошибочно) уплаченный страховой взнос**

УНП работодателя \_\_\_\_\_

УНПФ работодателя \_\_\_\_\_

Наименование работодателя \_\_\_\_\_

№ п/п	Страховой номер (ИН) страхователя	Фамилия, собственное имя, отчество (если такое имеется) страхователя	Тариф по договору работодателя, %	Тариф по договору страхователя, %	Сумма выплат, начисленных в пользу страхователя, с которой возвращен страховой взнос, руб.	Сумма возвращенного страхового взноса, руб.		Месяц, год, за который возращен уплаченный страховой взнос	Месяц, год, в котором возращен уплаченный страховой взнос	Код ошибки*
						всего	в т.ч. работодателю			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Итого										

Руководитель (уполномоченное лицо) Страховщика

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (инициалы, фамилия)

\* Заполняется Фондом при выявлении неверных сведений.