



**Взаимодействие
Государственного
предприятия «Стравита»
с Работодателями**

ОБ ИНФОРМАЦИОННОМ ВЗАИМОДЕЙСТВИИ РАБОТОДАТЕЛЯ И СТРАХОВЩИКА

Информационное взаимодействие осуществляется на едином портале электронных услуг общегосударственной автоматизированной информационной системы

Для получения услуги руководителю организации (Работодателю) необходимо:

- ✓ Авторизоваться на едином портале электронных услуг <https://platform.gov.by> с использованием ЭЦП РУЦ ГосСУОК, активировав тем самым свой личный кабинет физического лица;
- ✓ Активировать личный кабинет организации (автоматически или (в случае отсутствия организации в ЕГР) на основании Инструкции);
- ✓ Добавить в личный кабинет организации сотрудников организации из числа физических лиц, авторизованных на едином портале электронных услуг с использованием ЭЦП РУЦ ГосСУОК;

Услуга 3.64.01 доступна к получению в разделе «Доступные услуги» в соответствии с Руководством пользователя услуги ОАИС 3.64.01

Услуга предоставляется на безвозмездной основе



- ✓ проверить наличие и получить информацию о договоре дополнительного накопительного пенсионного страхования, заключенного в электронном виде в отношении Работника;
- ✓ получить общую информацию о направленных Списках, а также их статус;
- ✓ Загрузить Списки различного типа и направить их в Республиканское унитарное страховое предприятие «Стравита».



ПОСТАНОВЛЕНИЕ СОВЕТА МИНИСТРОВ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

ОТ 28.03.2022

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			
1	2	3	4	5	6	7	8

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.

Список формируется:

- ✓ по Работодателю (УНПФ Работодателя)
- ✓ в разрезе Страхователей (Работников), заключивших договор ДНПС
- ✓ за месяц начисления заработной платы (вознаграждения по ГПД)



СПИСОК СТРАХОВАТЕЛЕЙ, В ОТНОШЕНИИ КОТОРЫХ ОСУЩЕСТВЛЕНА УПЛАТА СТРАХОВЫХ ВЗНОСОВ СТРАХОВЩИКУ

- ✓ Список формируется за каждый отчетный период начисления сумм выплат в пользу Работников.
- ✓ Направляется Работодателем Страховщику после полной уплаты страховых взносов Страховщику.
- ✓ В случае если коллективным договором предусмотрено несколько сроков выплаты заработной платы (например: для сотрудников с повременной оплатой труда 5 число каждого месяца, а для работников со сдельной оплатой труда 10 число каждого месяца), то в столбце «Дата уплаты страхового взноса» указывается 5 и 10 число месяца перечисления. Дата уплаты страхового взноса соответствует дате платежного документа.
- ✓ Если в одном месяце Работодатель погашает задолженность за прошлый месяц и оплачивает текущий страховой взнос за Страхователей, то Работодатель формирует Список за каждый период. Оплату страховых взносов в данном случае Работодатель производит двумя платежами: задолженность и текущий платеж.

...



СПИСОК СТРАХОВАТЕЛЕЙ, В ОТНОШЕНИИ КОТОРЫХ ОСУЩЕСТВЛЕНА УПЛАТА СТРАХОВЫХ ВЗНОСОВ СТРАХОВЩИКУ

- ✓ Список подписывается руководителем организации либо уполномоченным лицом **с использованием ЭЦП РУЦ ГосСУОК.**
- ✓ В строке «Лицо, составившее список», обязательно указывается адрес электронной почты лица, ответственного за составление Списка для оперативного взаимодействия Страховщика с Работодателем в случае выявления расхождений данных.



СПИСОК СТРАХОВАТЕЛЕЙ, В ОТНОШЕНИИ КОТОРЫХ ОСУЩЕСТВЛЕНА УПЛАТА СТРАХОВЫХ ВЗНОСОВ СТРАХОВЩИКУ

Страховщик обрабатывает поступивший Список и проверяет :

- сведения о Страхователе (-лях)
- тариф по договору
- размер страхового взноса
- соответствие суммы перечисленного страхового взноса, указанного в предоставленном Списке, с поступившими на расчетный счет по платежному (-ым) документу(-ам) страховыми взносами

При выявлении **ошибок** Страховщик отклоняет полученный Список и направляет Работодателю в личный кабинет **Список 2**

Результат обработки Списка отражается в ОАИС



ПОСТАНОВЛЕНИЕ СОВЕТА МИНИСТРОВ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

ОТ 28.03.2022 № 179

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)		
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Руководитель организации _____
(подпись) (инициалы, фамилия)

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

Дата составления ____ ____ 20__ г.



СПИСОК СТРАХОВАТЕЛЕЙ, ПО КОТОРЫМ ВЫЯВЛЕНА НЕДОПЛАТА (ПЕРЕПЛАТА) СТРАХОВЫХ ВЗНОСОВ И (ИЛИ) ПО КОТОРЫМ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ ИНЫЕ КОРРЕКТИРОВКИ (СПИСОК 2)

Страховщик формирует Список 2 в случаях:

- переплаты/недоплаты страхового взноса
- наличия ошибки в учетных данных Страхователя (именной лицевой счет, ФИО)
- иных ошибок, допущенных Работодателем при составлении Списка

Страховщик направляет Работодателю посредством ОАИС Список 2 с направлением соответствующего уведомления на электронную почту лица, составившего Список

1 рабочий день, следующий за днём получения Списка/получения информации



ПОСТАНОВЛЕНИЕ СОВЕТА МИНИСТРОВ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

ОТ 28.03.2022 № 179

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.



СПИСОК СТРАХОВАТЕЛЕЙ, ПО КОТОРЫМ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ КОРРЕКТИРОВКИ (СПИСОК 3)

Список 3 формируется и направляется Работодателем Страховщику посредством ОАИС

В Списке 3 отображаются данные по Работникам, в отношении которых необходимо произвести корректировки

переплата

- 10 Работодатель предоставляет Страховщику Список 3 и уточненный Список;
- 10 Стравита производит возврат излишне перечисленных денежных средств.

недоплата

- 10 Работодатель производит доплату отдельным платежным поручением;
- 10 Работодатель представляет Страховщику Список 3 и уточненный Список.

иные
корректировки

- 10 Работодатель предоставляет Страховщику уточненный Список.

Страховщик не видит практического применения Таблицы 2 Приложения 3 (корректировка периодов уплаты страховых взносов). Вместе с тем, в ходе практической реализации норм Указа не исключает вариант ее применения.



РАБОТОДАТЕЛЬ ОБЯЗАН УВЕДОМИТЬ ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПРЕДПРИЯТИЕ «СТРАВИТА»

Уведомление	Приложение	Сроки уведомления
О расторжении со Страхователем трудового договора и ГПД	№ 4	5 рабочих дней со дня расторжения ТД/ГПД
О прекращении отношений с лицами, работающими на основании членства (участия) в юридических лицах любых организационно-правовых форм, и ФЛ, являющимися собственниками имущества юридического лица и выполняющими функции его руководителя	№ 5	5 рабочих дней со дня расторжения ТД/ГПД
О принятии решения о реорганизации, ликвидации и (или) экономической несостоятельности (банкротстве)	№ 6	3 рабочих дня со дня принятия решения



ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПРЕДПРИЯТИЕ «СТРАВИТА» ОБЯЗАНО УВЕДОМИТЬ РАБОТОДАТЕЛЯ

Наименование документа (формы)	Приложение	Сроки уведомления
Список Страхователей, по которым подлежат возврату страховые взносы	№ 7	1 рабочий день



Взаимодействие Государственного предприятия «Стравита» с Работодателем производится посредством ОАИС

Взаимодействие Государственного предприятия «Стравита» с Фондом производится посредством ОАИС

Список (уточненный) отменяет сведения, ранее предоставленные Работодателем

Список (уточненный) после обработки Государственным предприятием «Стравита» передается в Фонд посредством ОАИС



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!

Оксана Шишкевич
заместитель главного бухгалтера - начальник
отдела бухгалтерского учета и отчетности
тел.: +375 17 245-09-25
shishkevich@stravita.by
www.stravita.by

