**Приложение № 2**

к Правилам внутреннего контроля

все графы обязательны к заполнению, в случае отсутствия реквизита проставляется - «нет»

**Анкета (досье) физического лица**

|  |
| --- |
|  Клиент Представитель клиента   Выгодоприобретатель Бенефициарный владелец  |
| Фамилия, Имя, Отчество |  |
| Гражданство |  |
| Дата рождения |  |
| Реквизиты документа, удостоверяющего личность (наименование, серия и номер документа, дата выдачи документа, наименование органа выдавшего документ, и код подразделения (если имеется) |  |
| Данные миграционной карты: серия, номер карты, дата начала срока пребывания и дата окончания срока пребывания |  |
| Данные документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в РФ: серия (если имеется) и номер документа, дата начала срока действия права пребывания (проживания), дата окончания срока действия права пребывания (проживания) |  |
| Идентификационный номер налогоплательщика (при его наличии) |  |
| **Является / Не является** - ИПДЛ (его супругом, близким родственником (родственником по прямой восходящей или нисходящей линии (родителем или ребенком, дедушкой, бабушкой или внуком), полнородными или неполнородными (имеющим общего отца или мать) братом или сестрой, усыновителем или усыновленным)(нужное написать) **Источники** происхождения денежных средств или иного имущества (заполняется при наличии соответствующей информации) |  |
| **Является / Не является:**- ДЛПМО, - РПДЛ (его супругом, близким родственником (родственником по прямой восходящей или нисходящей линии (родителем или ребенком, дедушкой, бабушкой или внуком), полнородными или неполнородными (имеющим общего отца или мать) братом или сестрой, усыновителем или усыновленным)**Источники** происхождения денежных средств или иного имущества(заполняется при наличии соответствующей информации) |  |
| Адрес регистрации по месту жительства |  |
| Фактическое место жительства (Место пребывания) |  |
| Место рождения (при согласии) |  |
| Страховой номер индивидуального лицевого счета застрахованного лица в системе обязательного пенсионного страхования (при наличии) |  |
| Дата заполнения анкеты |  |

**Подпись лица составившего анкету \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**