Заявление
о невозможности использования USB-ключей

Настоящим _____ (далее – Клиент),
(Полное наименование юридического лица в соответствии с уставом (учредительным договором, по данным ЕГРЮЛ); фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя и слова «индивидуальный предприниматель»; фамилия, имя, отчество (при наличии) лица, занимающегося частной практикой, и указание на вид деятельности; наименование филиала (представительства) в соответствии с положением о филиале (представительстве) при заключении договора дистанционного банковского обслуживания представительством (филиалом) юридического лица.)

ИНН (КИО) _____просит на основании договора дистанционного банковского обслуживания, заключенного путем присоединения к условиям Правил обмена электронными документами по системе PSB On-Line в ПАО «Банк ПСБ», осуществить проверку возможности разблокирования и дальнейшего использования устройств аппаратной криптографии (USB-ключа (ключей)), серийный (-ые) номер (-а): _____.

На период проверки работоспособности вышеперечисленных устройств аппаратной криптографии (USB-ключ (ключи) приостановить действие Сертификата ключа проверки электронной подписи:
_____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) Уполномоченного лица Клиента)

В случае если работоспособность устройств аппаратной криптографии (USB-ключ (ключи) может быть восстановлена, прошу осуществить их разблокирование и возврат, и восстановить действие соответствующего Сертификата ключа проверки электронной подписи.

В случае если работоспособность устройств аппаратной криптографии (USB-ключ (ключи) не может быть восстановлена, прошу аннулировать соответствующий Сертификат ключа проверки электронной подписи и выдать новые устройства аппаратной криптографии (USB-ключ (ключи) взамен неработоспособных, а также новый Сертификат ключа проверки электронной подписи.

С Тарифами Банка ознакомлен и согласен.
_____
(должность уполномоченного лица[1] Клиента)

_____/_____ /
(подпись) *(фамилия, имя, отчество (при наличии) полностью)*

«____» _____20 ___ г.

М.П. (при наличии)

Заполняется Банком
Заявление принято в Банке в ____ час:____ мин. (*фиксируется время приема*) «____» _____ 20____ г.

Работник
Банка: _____ _____
(подпись) *(фамилия, инициалы)*

На время проведения проверки работоспособности USB-ключа (-ей) приостановлено действие Сертификатов ключа проверки электронной подписи:
_____ в ____ час:____ мин. (*фиксируется время*)
(фамилия, имя, отчество Уполномоченного лица Клиента)
_____ в ____ час:____ мин. (*фиксируется время*)
(фамилия, имя, отчество Уполномоченного лица Клиента)

Устройства аппаратной криптографии (USB-ключ (ключи), серийный (-ые) номер (-а): _____
Установлено _____[наличие], [отсутствие] *(выбрать)* механических повреждений USB-ключа.
От Клиента передал_____(подпись) _____(фамилия, инициалы)
От Банка принял _____(подпись) _____(фамилия, инициалы)
время в ____ час:____ мин. (*фиксируется время приема*)

Работник
Банка: _____ _____
(подпись) *(фамилия, инициалы)*

По итогам проверки работоспособности:

☐ Устройства аппаратной криптографии (USB-ключ (ключи), серийный(-ые) номер(-а): _____ разблокированы.
От Банка передал_____ (подпись)_____(фамилия, инициалы)
_____

[1] Передача в Банк USB-ключа, работоспособность которого необходимо восстановить, лицом (в т.ч. представителем Клиента), не являющимся владельцем Ключа ЭП, хранящегося на таком USB-ключе, признается Банком основанием для аннулирования СКП ЭП Уполномоченного лица Клиента, Ключ ЭП которого был записан на USB-ключ, в связи с Компрометацией Ключа ЭП.

От Клиента принял _____(подпись)_____(фамилия, инициалы)

Восстановлено действие Сертификатов ключа проверки электронной подписи
_____ в ____ час:____ мин. (*фиксируется время*)
(фамилия, имя, отчество Уполномоченного лица Клиента)
_____ в ____ час:____ мин. (*фиксируется время*)
(фамилия, имя, отчество Уполномоченного лица Клиента)

☐ Устройства аппаратной криптографии (USB-ключ (ключи), серийный(-ые) номер (-а) _____ признаны неработоспособными и оставлены в Банке.
Аннулировано действие Сертификатов ключа проверки электронной подписи
_____ в ____ час:____ мин. (*фиксируется время*)
(фамилия, имя, отчество Уполномоченного лица Клиента)
_____ в ____ час:____ мин. (*фиксируется время*)
(фамилия, имя, отчество Уполномоченного лица Клиента)

Работник
Банка: _____ _____
(подпись) *(фамилия, инициалы)*