社会保险经办业务证明事项告知承诺制

告知书

一、办事对象须知晓本事项相关办理条件，有义务如实提交本人相关信息，并签署《社会保险经办业务证明事项告知承诺制承诺书》，原则上不允许代为承诺。不具备民事行为能力或书写能力的办事对象，经社会保险经办机构同意后，可由其法定监护人代为承诺。

二、办事对象办理指定业务时，不再需要提交部分证明材料，具体证明名称及适用事项见附表。社会保险经办机构依据办事对象作出的承诺为其办理相关业务，并通过部门内、部门间核查等方式对承诺内容进行核实，对于无法核实的内容，可以要求办事对象提交必要的相关证明。办理流程和结果接受社会监督举报。

三、办事对象有较严重的不良信用记录或曾作出虚假承诺的，不适用告知承诺制。上述办事对象须按社会保险经办机构《社会保险公共服务事项办事指南》中的规定办理相关事项。

四、办事对象不符合相关办理条件，或者未按照社会保险经办机构要求办理相关事项的，不予进行告知承诺和业务办理。办事对象有故意隐瞒真实情况、提供虚假承诺或者以其他不正当手段取得相应证明材料等严重违纪违规行为的，依法依规进行处理，纳入社会保险领域严重失信人名单，由相关部门实施联合惩戒。失信人员信息视情况向社会公布，涉嫌犯罪的，移送司法机关处理。

社会保险经办业务证明事项告知承诺制

承 诺 书

事项：退休人员个人账户余额申领

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 参保人员基本情况 | | | | | |
| 姓名 |  | | 身份证号 | |  |
| 人员类别 |  | | 去世日期 | |  |
| 申请人基本情况 | | | | | |
| 姓名 |  | | 身份证号 | |  |
| 与去世人员关系 | □配偶 □孙子女  □子女 □兄弟姐妹 | | 联系电话 | |  |
| 家庭住址 |  | | | | |
| 相关待遇原则上发放至已故参保人银行账户，若该账户无法使用，可选择以下发放途径： | | | | | |
| 1.单位对公账户 □2.继承人账户 □ 3.已故参保人其他账户 □ | | | | | |
| 选择2或3时，此信息项必填 | | | | 户名： 开户银行：  银行账号： | |
| 承 诺 内 容 | | | | | |
| 本人已认真阅读《社会保险经办业务证明事项告知承诺制告知书》及相关规定，对社会保险公共服务事项证明义务和办理条件已充分知晓。本人已知晓参保人员死亡后，由其继承人按照相关规定申领个人账户余额。如多个继承人均符合领取条件的，所有人员应对待遇分配取得一致意见，因待遇分配问题引起的纠纷及相关法律责任由申办人承担。在此本人郑重承诺，已经符合本业务办理条件，填报和提交的所有信息均真实、准确、完整、有效,并授权同意经办机构通过其他部门、机构、企业查询与承诺相关的个人信息，用于核实承诺内容的真实性。同时，知悉本人如作出不实承诺，将被列入社会保险领域严重失信人名单，相关失信信息将在“信用中国”、人社门户网站等媒介公示，并接受由相关部门实施限制乘坐飞机、乘坐高等级列车和席次、获得贷款授信，通报批评，公开谴责等在内的跨部门联合惩戒，涉及犯罪的移送司法机关处理。 | | | | | |
| 承诺人： | | 身份证件号： | | | |
| 与申请人关系：□本人 □法定监护人 承诺日期： 年 月 日 | | | | | |
| 管理单位意见：  经办人: 年 月 日 | | | | | |