证明事项告知承诺书

申请事项名称：个人账户一次性待遇申领

证明事项名称：1、申请人为参保人的法定继承人或指定受益人；2、申请人与参保人的关系; 3、参保人的死亡日期及死亡原因、火化日期。

**一、基本信息**

（一）申请人

姓名（或单位）： 联系方式：

证件类型： 证件编号：

（二）行政机关

名称： 联系方式：

**二、受理单位告知**

**（一）证明事项名称**

1、申请人为参保人的法定继承人或指定受益人；

2、申请人与参保人的关系;

3、参保人的死亡日期及死亡原因、火化日期。

**（二）证明用途**

申请在职死亡丧葬补助费及一次性困难补助费。

**（三）设定证明的依据**

1、《中华人民共和国社会保险法》第十七条。2、《关于调整企业因病非因工死亡职工遗属抚恤政策有关问题的通知》（劳社秘[2004]193号）第三十九条。3、《关于病亡职工遗属抚恤待遇执行标准问题的通知>》(皖人社秘[2011]297号) 4、《关于完善职工基本养老保险有关政策的通知》（皖人社秘[2013]14号）

**（四）证明的内容**

1、申请人为参保人的法定继承人或指定受益人；

2、申请人与参保人的关系;

3、参保人的死亡日期及死亡原因、火化日期；

4、其他承诺内容。

**（五）承诺的效力**

申请人书面承诺已经符合告知的条件、要求，并愿意承担不实承诺的法律责任后，受理单位（或审批单位）不再索要有关证明而依据书面承诺办理相关事项。

**（六）不实承诺的责任**

证明事项告知承诺失信行为信息纳入安徽省公共信用信息目录，对执意隐瞒真实情况、提供虚假承诺办理有关事项的，依法作出如下处理：

纳入社会保险领域严重失信人员名单，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，涉及犯罪的移交司法机关处理。

**三、申请人承诺**

**申请人现作出下列承诺：**

（一）已经知晓行政机构告知的全部内容；

（二）自身已符合行政机关告知的条件、要求，具体是：

1、是参保人的法定继承人或指定受益人（□是 □否）；

2、与参保人的关系为：

3、参保人的死亡日期及死亡原因（病亡、工亡或者意外事故等其他原因）：

4、参保人□是 □否（勾选）火化。

5、其他承诺内容：

（三）愿意承担不实承诺的法律责任；

上述承诺是申请人真实的意思表示。

申请人签名： 受理单位（公章）：

日期： 日期：

（本文书一式两份，行政机关与各执一份）

说明：当受理机构与审批机构不一致时，本告知承诺书由审批机构授权受理机构代为签章，并代为履行告知义务。