附件17

广东省社会保险证明事项告知承诺书

（机关事业单位养老保险：死亡证明、与参保人员关系证明）

申请人姓名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 证件号码：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

联系电话：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**申请人承诺**

本人为参保人员\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（证件号码：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_）的法定继承人或指定继承人（□配偶□子女□父母□兄弟□姐妹□祖父母□外祖父母□儿媳□女婿□其他），参保人员已于\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_\_日死亡。本人在申请办理机关事业单位养老保险个人账户一次性支付事项时，按照政策规定需要提供死亡证明（政策文件：《人力资源社会保障部关于印发机关事业单位工作人员基本养老保险经办规程的通知》（人社部发〔2015〕32号）第四十一条第一项）。现本人**选择以告知承诺书代替提交证明材料。**

**本人知晓：**社保机构将综合运用数据比对、函调和稽查等方式，对承诺内容进行核查，**对虚假承诺的，依法终止事项办理。根据《中华人民共和国社会保险法》第八十八条规定，以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取社会保险待遇的，由社会保险行政部门责令退回骗取的社会保险金，处骗取金额二倍以上五倍以下的罚款；涉嫌犯罪的，依法移送司法机关。符合严重失信人员行为的，纳入失信人员名单，按照有关规定实施联合惩戒。**

**本人同意：**授权社保经办机构从本人领取待遇的银行账户扣回因虚假承诺而多领取的社保待遇，并且在领取待遇的银行账户余额不足时，主动配合社保经办机构的追缴工作，及时退回多领取的社保待遇。

**本人承诺：**已认真阅读以上告知内容，对承诺内容以及不实承诺的责任已充分知晓，并在此向（ 办理机构名称 ）郑重承诺：（**请将以下文字重新抄写一遍：**本人填报的信息和承诺内容客观真实，愿意接受职能部门的核查，并承担不实承诺的相关法律责任。）

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

签名： 日期： 年 月 日