|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **北京市企业职工基本养老保险遗属待遇申领表**  **（在职死亡人员适用）**  统一社会信用代码：  单位名称（签章）： 编号：   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **参保人基本信息** | | | | | | 姓 名 |  | 死亡时间 |  | | | 公民身份号码/社会保障号码 | |  | | | | **申办人基本信息** | | | | | | 姓 名 |  | 公民身份号码/  社会保障号码 |  | | | 与参保人关系 | □配偶 □子女 □父母 □其他(须注明具体关系)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | 联系电话 |  | 联系地址 |  | | | 发放渠道 | □参保人社会保障卡银行账户:\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 开户行:\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | □参保人其他银行账号:\_\_\_\_\_\_ \_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 开户行:\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | □申办人银行账号:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_ 开户行:\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | **告知书** | | | | | | 1. 参保人员的遗属待遇领取地为其最后养老保险关系所在地（含临时基本养老保险缴费账户所在地）。 2.参保人员因病或非因工死亡，同时符合企业职工基本养老保险、城乡居民基本养老保险遗属待遇条件的，由其遗属选择其中一种领取。已办理企业职工基本养老保险和城乡居民基本养老保险制度衔接手续并领取城乡居民基本养老保险待遇后死亡的，其遗属不再享受企业职工基本养老保险遗属待遇。 3.申请遗属待遇后，养老保险关系地将自行清退个人账户储存额，并终止养老保险关系。   4.待遇地遗属待遇及关系地清退个人账户储存额，原则上发放至在职死亡参保人员账户。如选择其他发放渠道，申办人应说明原因：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_。  5.遗属待遇审核通过后将进行公示，并于公示结束后按经办工作流程进行发放。 | | | | | | 承诺：本人已认真阅读并理解上文告知书，所提交材料及填报信息真实无误，如因材料或填报信息错误、虚假导致的问题，本人自愿承担全部责任。同意经办机构通过信息系统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包括限制乘坐飞机、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，涉及犯罪的移交司法机关处理。本人同意由各养老保险关系地自行清退参保人员个人账户储存额。如后续经办机构抽样核实，本人将全力配合做好相关工作。  申办人签名： 年 月 日 | | | | | | 社会保险经办机构（章）： | | 经办人（签章）： | | | 联系电话： | | 年 月 日 | | |