

ENTSENDUNGSBESCHEINIGUNG / CERTIFICATE OF COVERAGE

Artikel 12 des Abkommens
Article 12 of the Agreement

1. Angaben betreffend den Arbeitnehmer / die Arbeitnehmerin Information on the employee

1.1	Name und Vorname / Full Name _____
1.2	Geburtsdatum / Date of Birth _____
1.3	Schweizerische Versichertennummer (AHV) / Swiss Social Security Number _____

2. Angaben betreffend den Arbeitgeber in der Schweiz Information on the employer in Switzerland

2.1	Name des Arbeitgebers / Name of employer _____
2.2	Adresse / Address _____ _____

3. Entsendung nach Indien / Posting to India

3.1	Name des Arbeitgebers in Indien / Name of the employer in India _____
3.2	Adresse / Address _____ _____

4. Bestätigung der zuständigen schweizerischen Ausgleichskasse Certification of the competent Swiss compensation office

Der/die obgenannte Arbeitnehmer/Arbeitnehmerin erfüllt die in Artikel 5 des Abkommens vorgesehenen Voraussetzungen und bleibt weiterhin den schweizerischen Rechtsvorschriften über die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung, Unfall- und Krankenversicherung unterstellt.
The above mentioned employee meets the requirements set forth in Article 5 of the Agreement and, with regard to old-age, survivors, disability, accident and health insurance remains subject to the Swiss legislation.

vom _____ bis _____ (max. 72 Monate)
from _____ to _____ (max. 72 months)

Name der AHV-Ausgleichskasse
Name of the Compensation Office for Old-Age and Survivors Insurance

Datum / Date

Stempel und Unterschrift / Stamp and signature

**5. Information für den Arbeitgeber in der Schweiz
Information for the employer in Switzerland**

Der schweizerische Arbeitgeber muss eine Kopie dieser Bescheinigung an folgende Stelle senden:
The Swiss employer must send a copy of this certificate to the following institution:

The Employees Provident Fund Organization