

**CERTIFICATE OF COVERAGE**  
**ATTESTATION DE DETACHEMENT**

US – Swiss Agreement on Social Security article 6.2  
Convention de sécurité sociale entre la Suisse et les Etats-Unis d’Amérique article 6 § 2

**1. Information about the worker**  
**Information concernant le travailleur**

1.1	Full Name Nom et prénom(s)	_____
1.2	Date of Birth Date de naissance	_____
1.3	Place of Birth Lieu de naissance	_____
1.4	Citizenship Nationalité	_____
1.5	Social Security Number No d’assuré	_____

**2. Information about the employer**  
**Information concernant l’employeur**

2.1	Name of employer Nom de l’employeur	_____
2.2	Address Adresse	_____

**3. Certification**  
**Attestation**

The above worker meets the condition set forth in article 6.2 of the Agreement and with respect to retirement, survivors and disability insurance remains subject to

Le travailleur susmentionné remplit les conditions énoncées à l’article 6, § 2, de la Convention et demeurera assujetti à la législation en matière d’assurance-vieillesse, survivants et invalidité

the laws of the US  
des Etats-Unis

the Swiss laws  
suisse

beginning du \_\_\_\_\_ and ending au \_\_\_\_\_ (5 years max.)  
(5 ans max.)

**4. If the worker is being transferred from the USA to Switzerland, please fill in number 4.1-5.2**  
**Si le travailleur est détaché des USA en Suisse, remplir les rubriques 4.1 à 5.2**

4.1	Name of the employer in Switzerland Nom de l'employeur en Suisse	_____
4.2	Address Adresse	_____ _____

**5. Completed by**  
**Department of Health and Human Services**  
**Social Security Administration**  
  
**Attesté par le**  
**Département de la Santé et des Affaires sociales**  
**Administration de la Sécurité Sociale**

5.1	Signature Signature	5.2	Date and Stamp Date et cachet
_____			

**6. If the worker is being transferred from Switzerland to the USA, please fill in numbers 6.1-7.3**  
**Si le travailleur est détaché de Suisse aux USA, remplir les rubriques 6.1 à 7.3**

6.1	Name of the employer in the USA Nom de l'employeur aux USA	6.2	Address Adresse
_____		_____	
_____		_____	

**7. Completed by**  
**Compensation Fund for Old-Age and Survivors Insurance**  
  
**Attesté par la**  
**Caisse de compensation de l'assurance-vieillesse et survivants**

7.1	Name of the Fund Nom de la caisse	_____	
7.2	Signature Signature	7.3	Date and Stamp Date et cachet
_____			