

WEB CIRCULATION

Telephone: 26172671

Fax: 26189910



कर्मचारी भविष्य निधि संगठन

**Employees' Provident Fund Organisation**

श्रम एवं रोजगार मंत्रालय, भारत सरकार

Ministry of Labour and Employment, Government Of India

मुख्य कार्यालय/ Head Office

भविष्य निधि भवन, 14, भीकाजी कामा प्लेस, नई दिल्ली - 110 066

Bhavishya Nidhi Bhawan, 14, Bhikaiji Cama Place, New Delhi - 110 066

File No.IWU/731) /Application for COC

Dated:

To,

All Addl.C.P.F.Cs (Zones)

All R.P.F.Cs – In Charge (ROs & SROs)

30 JUN 2017

**Subject: - Revised Application Form for Certificate of Coverage in respect of Indian Worker ( having Indian Passport) going to work in country with which India is having Social Security Agreement –reg.**

Sir,

The different application forms for Certificate of Coverage ( COC) in respect of Indian Worker ( having Indian Passport) going to work in a country with which India is having Social Security Agreement ( SSA) has been revised into a single form keeping in view the new COC application software being developed by IS division .

The revised application form for Certificate for Coverage (enclosed herewith) will be applicable for all Indian passport holders going to work in countries with which India has entered into or going to .enter into a Social Security Agreement (SSA).

Yours faithfully,

(Dr. V.P.Joy)

Central PF Commissioner

Copy to: - Acc (HQ) IS for- necessary action.



**EMPLOYEES' PROVIDENT FUND ORGANISATION, INDIA**  
**APPLICATION FOR OBTAINING CERTIFICATE OF COVERAGE**  
(TO BE FILLED IN BLOCK LETTERS ONLY)

**DETAILS OF THE EMPLOYEE:**

Name:	Date of birth (dd/mm/yyyy):
GENDER (Please tick) Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/>	Nationality:
UAN Number:	Aadhaar Number:
Permanent Address:	Email ID/ Contact Phone Number:

**PASSPORT DETAILS:(copy of passport to be enclosed)**

Passport Number:	Date of issue (dd/mm/yyyy):
Place of issue:	Valid upto (dd/mm/yyyy):

**DETAILS OF THE PRESENT EMPLOYER IN INDIA**

Establishment Name:	Establishment PF Code No:
Establishment Address:	Email ID/ Contact Phone Number
Country (having social security agreement with India) Where employee is going to Work.	
<b>WORK PERMIT DETAILS</b>	From (dd/mm/yyyy) _____ To (dd/mm/yyyy) _____

**DETAILS OF THE EMPLOYER & PLACE OF WORK IN COUNTRY (HAVING SOCIAL SECURITY AGREEMENT WITH INDIA)WHERE GOING TO WORK**

Name(s) and address of Firm/establishment/ship	Email ID / Contact Phone Number
--	---------------------------------

**Joint undertaking by the employer and employee:**

We hereby undertake that:

The employer shall continue to contribute in respect of this employee in India during the period of posting abroad ; during which time the employer-employee relationship shall be maintained. The employer shall inform EPFO about any change in the employment status / secondment of the posted employee during the currency of this certificate. The employee shall inform EPFO, about any loss/theft of this Certificate. The employee and Employer shall be jointly and separately responsible for the misuse of any kind, of the Certificate of Coverage, if any.

.....  
(Signature of Employee with Date)

.....  
(Signature of Employer with Date and Stamp)

REVISED COC APPLICATION FORM TO BE SCANNED AND UPLOADED WITH ONLINE APPLICATION TO BE DIGITALLY SIGNED BY EMPLOYER.





कर्मचारी भविष्य निधि संगठन, भारत

कवरेज प्रमाण पत्र के लिए आवेदन पत्र  
(केवल स्पष्ट अक्षरों में भरा जाएं)

**कर्मचारी का विवरण**

नाम	जन्म तिथि (दिन/मास/वर्ष)
लिंग (कृपया निशान लगाएं) पुरुष <input type="checkbox"/> महिला <input type="checkbox"/> अन्य <input type="checkbox"/>	नागरिकता
यू.ए.एन. संख्या:	आधार संख्या
स्थाई पता	ई-मेल आईडी/ संपर्क फोन संख्या

**पासपोर्ट का विवरण (पासपोर्ट की प्रति संलग्न करें)**

पासपोर्ट संख्या	जारी करने की तिथि (दिन/मास/वर्ष)
जारी करने का स्थान	कब तक वैध है (दिन/मास/वर्ष)

**भारत में वर्तमान नियोक्ता का विवरण**

स्थापना का नाम	स्थापना का भ.नि. कोड नंबर
स्थापना का पता	ई-मेल आईडी/ संपर्क फोन नंबर
देश (जिसके साथ भारत का सामाजिक सुरक्षा करार है) जहां कर्मचारी कार्य करने जा रहा है	
वर्क परमिट विवरण	से (दिन/मास/वर्ष) _____ तक (दिन/मास/वर्ष) _____

**देश (जिसके साथ भारत का सामाजिक सुरक्षा करार है) में नियोक्ता तथा स्थान का विवरण जहां कार्य करने जा रहा है।**

फर्म /स्थापना /शिप का नाम एवं पता	ई-मेल आईडी/ संपर्क फोन नंबर
-----------------------------------	-----------------------------

**नियोक्ता एवं कर्मचारी द्वारा संयुक्त घोषणा:**

हम एतद्वारा घोषणा करते हैं कि:

नियोक्ता इस कर्मचारी की विदेश में तैनाती की अवधि के दौरान भारत में उसके लिए अंशदान करता रहेगा : उक्त अवधि के दौरान नियोक्ता - कर्मचारी संबंध बना रहेगा। नियोक्ता इस प्रमाण पत्र के प्रचालन के दौरान, तैनात कामगार के रोजगार की स्थितियों में किसी प्रकार के परिवर्तन की सूचना भविष्य निधि संगठन को देगा। कामगार इस प्रमाण पत्र के खोने /चोरी होने की सूचना भविष्य निधि संगठन को देगा। कर्मचारी एवं नियोक्ता कवरेज प्रमाणपत्र के किसी प्रकार के दुरुपयोग, यदि कोई हो, के लिए संयुक्त: एवं पृथक रूप से उत्तरदायी होंगे।

.....  
कर्मचारी के हस्ताक्षर एवं तिथि /

.....  
नियोक्ता के हस्ताक्षर तिथि एवं मोहर सहित /

संशोधित कवरेज प्रमाण पत्र के लिए आवेदन पत्र को स्कैन करके ऑनलाइन आवेदन के साथ अपलोड किया जाए जो नियोक्ता द्वारा डिजिटल रूप से हस्ताक्षरित किया जाएगा।