

Formular für die elektronische Zustellung (E-Mail)

Die IV-Stelle für Versicherte im Ausland (IVSTA) und die Schweizerische Ausgleichskasse (SAK) bieten ihren Versicherten die Möglichkeit, gewisse Schreiben per E-Mail zu erhalten. Diese werden über die von der Schweizerischen Post entwickelte und zur Verfügung gestellte Plattform IncaMail übermittelt (<https://www.post.ch/de/geschaeftsloesungen/e-mail-verschluesselung/support/onlinehilfe>).

Wenn Sie sich für diese Lösung entscheiden, akzeptieren Sie die Nutzung der genannten Plattform. Sie verpflichten sich ausserdem, über die notwendigen technischen Hilfsmittel für den Empfang von verschlüsselten E-Mails zu verfügen (Computer, Mobiltelefon "Smartphone", sichere Internetverbindung usw.).

Die IVSTA und die SAK behalten sich das Recht vor, alle Schreiben auf dem Postweg zu senden, insbesondere in Fällen, in denen das Schweizer Gesetz dies vorschreibt oder wenn die oben genannten Institutionen dies für angemessen erachten. Dies gilt insbesondere für Schreiben die eine Rechtswirkung haben (Entscheide, Aufforderungen usw.) oder medizinische Daten enthalten.

Die IVSTA und die SAK lehnen jede Verantwortung im Falle eines Missbrauchs oder eines unbefugten Zugriffs auf die gesendeten E-Mails ab.

Wenn Sie wie oben beschrieben mit der elektronischen Übermittlung Ihrer Daten einverstanden sind, so senden Sie bitte:

- **das Originalformular** ordnungsgemäss ausgefüllt und **von Hand unterschrieben**
- eine Kopie des Personalausweises oder Reisepasses

per Post an:

IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA
Av. Edmond-Vaucher 18
Postfach 3100
1211 Genf 2
Schweiz

ANGABEN DER VERSICHERTEN PERSON

Nachname / Vorname _____

Strasse / Nr. _____

Postleitzahl / Ort _____

Land _____

Unser Zeichen / AHV-Nr. _____

E-MAIL-ADRESSE

E-Mail-Adresse
(Bitte in Blockschrift angeben) _____



Die versicherte Person bestätigt, dass die angegebene E-Mail-Adresse (oben "E-Mail-Adresse") ihr rechtmässig zugewiesen wurde und gültig ist. Jede Änderung Ihrer E-Mail-Adresse muss uns schriftlich mitgeteilt werden, damit wir Ihnen ein neues Formular senden können.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie die oben erwähnten Anweisungen zur Kenntnis genommen haben und mit dem Versand von Schreiben auf elektronischem Weg einverstanden sind.

Ort, Datum

Unterschrift der versicherten Person oder des
Vertreters
