



Formulario para la comunicación por correo electrónico

La oficina de Seguro de Invalidez para los asegurados residentes en el extranjero (OAIE) y la Caja Suiza de Compensación (CSC) ofrecen a sus asegurados y aseguradas la oportunidad de recibir ciertas comunicaciones por correo electrónico. Los documentos se envían mediante la plataforma IncaMail, desarrollada y puesta a disposición por el correo postal suizo (<https://www.post.ch/fr/solutions-commerciales/cryptage-d-e-mail/support/aide-en-ligne#recevoir>).

Si elige esta solución, usted acepta el uso de dicha plataforma. También se compromete a disponer de las herramientas técnicas necesarias para recibir correos electrónicos cifrados (ordenador, móvil tipo «smartphone», conexión segura a Internet, etc.).

La OAIE y la CSC se reservan el derecho a enviar los documentos por correo postal, en especial, si así lo exige la legislación suiza o si las instituciones mencionadas lo consideran oportuno. Esto se aplica, en particular, a toda comunicación con efectos jurídicos (resoluciones, citaciones, etc.) o que contenga datos médicos.

La OAIE y la CSC no aceptan ninguna responsabilidad en caso de abuso o de acceso no autorizado a los correos electrónicos enviados.

Si acepta la comunicación electrónica de sus datos conforme a los términos anteriormente descritos, le rogamos que envíe:

- el **original** debidamente cumplimentado y **firmado a mano**
- una copia de su documento de identidad o pasaporte

por correo postal a:

Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger OAIE
Av. Edmond-Vaucher 18
Case postale 3100
1211 Genève 2
Suisse

DATOS DEL/DE LA ASEGURADO/A

Apellidos y nombre _____

Calle y número _____

CP y localidad _____

País _____

Nuestra referencia / número de AVS _____

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO

Correo electrónico _____
(rellenar en caracteres de imprenta)



El/la asegurado/asegurada confirma que la dirección de correo electrónico (denominada arriba «dirección de correo electrónico») indicada le ha sido asignada legalmente y está activa. Nos deberá comunicar por escrito cualquier cambio en la dirección de correo electrónico indicada, con el fin de poder enviarle un nuevo formulario.

Al firmar este documento, usted confirma que ha leído las indicaciones anteriores y acepta recibir comunicaciones por vía electrónica.

Lugar, fecha

Firma del/de la asegurado/a o su representante
