

Formulaire pour la communication par courriel

L'Office AI pour les assurés à l'étranger (OAIE) et la Caisse suisse de compensation (CSC) offrent à leurs assurées et assurés la possibilité de recevoir certaines communications par courriel. Ceux-ci sont transmis via la plateforme IncaMail, développée et mise à disposition par la Poste suisse (<https://www.post.ch/fr/solutions-commerciales/criptage-d-e-mail/support/aide-en-ligne#recevoir>).

Si vous optez pour cette solution, vous acceptez l'utilisation de ladite plateforme. Vous vous engagez également à disposer des outils techniques nécessaires pour la réception de courriels cryptés (ordinateur, téléphone portable type « smartphone », connexion internet sécurisée, etc.).

L'OAIE et la CSC se réservent le droit d'envoyer sans préavis toute communication par voie postale, notamment dans les cas où la loi suisse l'exige ou si les institutions susnommées le jugent opportun. Cela vaut en particulier pour toute communication déployant des effets juridiques (décisions, sommations, etc.) ou contenant des données médicales.

L'OAIE et la CSC déclinent toute responsabilité en cas d'abus ou d'accès non autorisé aux courriels envoyés.

Si vous consentez à la communication électronique de vos données selon les modalités décrites ci-dessus, veuillez s'il vous plaît envoyer :

- **l'original** dûment rempli et **signé à la main**
- une copie de la carte d'identité ou du passeport

par courrier à :

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

DONNÉES DE L'ASSURÉ

Nom/prénom _____

Rue/no. _____

NPA/localité _____

Pays _____

Notre réf./No AVS _____

ADRESSE ÉLECTRONIQUE

Courriel _____



La personne assurée confirme que l'adresse de courriel (ci-dessus « adresse électronique ») indiquée lui a été affectée de manière licite et est actuellement en vigueur. Tout changement de votre adresse électronique doit nous être communiqué par écrit, afin de pouvoir vous faire parvenir un nouveau formulaire.

Par votre signature, vous confirmez avoir pris connaissance des consignes ci-dessus et accepter l'envoi de communications par voie électronique.

Lieu, date

Signature de la personne assurée ou du/de la
représentant/e
