

# AUTORISATION

Par sa signature, la personne assurée, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_,  
ou son/sa représentant/e autorise toutes les personnes et offices entrant en  
considération à communiquer à la

## **Caisse de pensions de la République et Canton du Jura, à Porrentruy**

tous les renseignements et documents nécessaires pour l'examen du droit aux  
prestations en vue de la prise d'une décision, en particulier les caisses de  
compensation, les médecins, les employeurs, les avocat(e)s, les fiduciaires, les  
assurances publiques et privées ainsi que les organismes publics, etc.

Cette autorisation permet également à la Caisse de pensions de la République et  
Canton du Jura de prendre connaissance en tout temps du dossier de l'assurance  
invalidité fédérale, de l'assurance accidents ou de l'assurance militaire de la personne  
assurée.

\_\_\_\_\_, le

La personne assurée :

\_\_\_\_\_

