




CAISSE DE PENSIONS  
de la République et Canton du Jura  
Rue Auguste-Cuenin 2  
2900 Porrentruy  
admin@cpju.ch

Tél. 032 / 465.94.40 fax 032 / 466.71.40  
Central téléphonique :  
de 9:00 à 11:00 et de 14:00 à 16:00  
Accueil réception :  
de 8:30 à 12:00 et de 13:30 à 17:00

# Demande de prestations d'invalidité

**Les pensions éventuellement dues ne seront versées que si la Caisse de pensions de la République et Canton du Jura est en possession de ce formulaire correctement rempli ainsi que de la décision de l'Assurance-invalidité fédérale (AI).**

## 1. Identité

1.1. Nom de famille <i>(Indiquer aussi le nom de célibataire)</i>	<input type="text"/>		
1.2. Prénom	<input type="text"/>		
1.3. Date de naissance <i>(Jour, mois, année)</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1.4. Domicile et adresse précise <i>(Rue, numéro)</i> <i>(numéro postal, localité, pays)</i>	<input type="text"/> <input type="text"/>		
1.5. Profession exercée	<input type="text"/>		
1.6. Employeur	<input type="text"/>		
1.7. Autres informations	 <input type="text"/> / <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/>		
	Courriel	<input type="text"/>	@ <input type="text"/> . <input type="text"/>
1.8. Etat civil <i>(Marquer d'une croix ce qui convient)</i>	<input type="checkbox"/> célibataire		
	<input type="checkbox"/> marié(e) depuis le	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> lié par un partenariat enregistré depuis le	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> divorcé(e) depuis le	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> veuf(ve) depuis le	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1.9. Origine <i>(Marquer d'une croix ce qui convient)</i>	<input type="checkbox"/> suisse	Lieu d'origine / Canton	<input type="text"/> / <input type="text"/>
		Nationalité CH dès le	<input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> étrangère	Nationalité	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> double national(e)	Nationalités	<input type="text"/>

## 2. Identité du conjoint / du partenaire enregistré

2.1. Nom de famille

(Indiquer aussi le nom de célibataire)

2.2. Prénom

2.3. Date de naissance

(Jour, mois, année)

 .  . 

## 3. Enfants

3.1. Enfants de la personne qui introduit la demande de pension (y compris les enfants adoptés)

(Inscrire uniquement les enfants mineurs ainsi que ceux encore en formation et ayant moins de 25 ans révolus.)

	Nom de famille	Prénom	Date de naissance			Sexe
1.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

3.2. Enfants recueillis

(Inscrire uniquement les enfants mineurs ainsi que ceux encore en formation et ayant moins de 25 ans révolus.)

	Nom de famille	Prénom	Date de naissance			Sexe
1.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Si nécessaire, joindre une copie de l'attestation d'études ou du contrat d'apprentissage.**



## 4. Mode de paiement

Versement en Suisse : prière de joindre une copie de votre carte bancaire ou postale comportant le **numéro IBAN**.

Versement à l'étranger : prière de joindre une copie du relevé d'identité bancaire (RIB).

## 5. Indications générales

### 5.1. Avez-vous demandé ou touchez-vous des prestations

			<i>Montant</i>	
- de l'assurance-invalidité fédérale (AI)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	CHF	<input type="text"/>	/mois
- de l'assurance-accidents obligatoire (LAA)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	CHF	<input type="text"/>	/mois
- de l'assurance-militaire	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	CHF	<input type="text"/>	/mois
- de l'assurance chômage	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	CHF	<input type="text"/>	/mois

Si oui, nom et adresse de l'assurance  
(ou de l'agence compétente)


Référence  
(p. ex. numéro d'accident ou de rente)

### 5.2. Avez-vous demandé ou touchez-vous des prestations pour vos enfants

			<i>Montant</i>	<i>Touché par</i>
- de l'assurance-invalidité fédérale (AI)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	CHF	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- de l'assurance-accidents obligatoire (LAA)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	CHF	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Si oui, nom et adresse de l'assurance  
(ou de l'agence compétente)


Référence  
(p. ex. numéro d'accident ou de rente)

### 5.3. Continuez-vous d'exercer une activité professionnelle partielle, dépendante ou indépendante

oui  non

Montant perçu par mois CHF

Nom de l'employeur

## 6. Indications concernant l'atteinte à la santé

(Des remarques complémentaires peuvent être ajoutées sous chiffre 8.)

6.1. L'atteinte a-t-elle été causée par un(e)  infirmité congénitale  maladie  accident

6.2. Précisions concernant le genre de l'atteinte

6.3. Depuis quand l'atteinte existe-t-elle ?

 .  . 

6.4. Indiquer la date du premier jour de l'incapacité de travail :

 .  . 

6.5. L'atteinte a-t-elle été entièrement ou partiellement causée par un tiers ?  oui  non

Si oui, prière d'indiquer le nom et l'adresse du tiers responsable


Adresse de l'assurance responsabilité civile du tiers responsable

## 7. Pièces justificatives à joindre à la présente demande

### 7.1. A joindre obligatoirement

- **toutes décisions de l'assurance invalidité (décisions et résultat de révisions, pour vous-même et vos enfants) ;**
- **une copie du livret de famille au complet (sauf si célibataire) ;**
- **une copie de la carte d'identité si célibataire ;**
- **une copie de votre carte bancaire ou postale en cas de versement en Suisse ;**
- **une copie du relevé d'identité bancaire en cas de versement à l'étranger ;**
- **une copie d'une pièce d'identité si vous n'êtes pas de nationalité suisse.**

### 7.2. A joindre si existantes

- toutes décisions de l'assurance-accidents (pour vous-même et vos enfants) ;
- toutes décisions de l'assurance militaire ;
- toutes décisions d'indemnités de chômage ;
- toutes décisions d'indemnités journalières ;
- toutes autres pièces justificatives relatives aux prestations reçues d'autres assurances ou institutions de prévoyance.

### 7.3. A joindre si nécessaire

- attestation des montants perçus dans le cadre d'une activité professionnelle partielle, dépendante ou indépendante ;
- une copie du contrat d'apprentissage ou une attestation d'études, lorsque les enfants bénéficient d'une prestation au-delà de leur 18<sup>ème</sup> année.

## 8. Remarques complémentaires

Le/la soussigné(e) certifie avoir répondu à toutes les questions de manière complète et conforme à la vérité.

Lieu et date

Signature de l'assuré(e) ou de son/sa représentant(e)

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

\_\_\_\_\_