

Demande de prestations d'invalidité

Les pensions éventuellement dues ne seront versées que si la CPJU est en possession de ce formulaire correctement rempli ainsi que de la décision de l'Assurance-invalidité fédérale (AI).

1. Identité de la personne assurée

Nom		Prénom	
Date de naissance		Etat civil	
		Nationalité	
Rue et n°		NPA / Lieu	
Employeur		Profession	
Courriel		Téléphone	

J'autorise la Caisse de pensions à enregistrer mon adresse électronique.

2. Identité du/de la conjoint/e / partenaire enregistré/e

Nom		Prénom	
Date de naissance		Date du mariage/ partenariat	


3. Identité des enfants

a) 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.				
2.				
3.				

b) 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.				
2.				

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



4. Indications générales

4.1. 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			/mois
- de l'assurance-accidents obligatoire (LAA)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	CHF			/mois
- de l'assurance militaire (AM)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	CHF			/mois
- de l'assurance-chômage (AC)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	CHF			/mois
- d'assurance pour les indemnités journalières	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	CHF			/mois
- d'assurances sociales étrangères	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	CHF			/mois
- d'une institution de prévoyance autre que la Caisse de pensions du canton du Jura (LPP) ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	CHF			/mois

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

4.2. 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			
- de l'assurance-accidents obligatoire (LAA)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	CHF			
- d'assurances sociales étrangères	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	CHF			

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

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

oui non

Montant perçu par mois CHF

Nom de l'employeur

Si non, indiquez la date de fin de votre contrat de travail

5. Indications concernant l'atteinte à la santé

- 5.1. L'atteinte a été causée par un/e accident professionnel accident non professionnel
 infirmité congénitale maladie

Précisions concernant le genre de l'atteinte :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Tumeurs, cancer | <input type="checkbox"/> Maladie infectieuse et parasitaire |
| <input type="checkbox"/> Maladie psychique, trouble de la personnalité, dépendance à l'alcool | <input type="checkbox"/> Maladie allergique, métabolique, nutritionnelle et maladie endocrinienne |
| <input type="checkbox"/> Maladie de l'appareil circulatoire | <input type="checkbox"/> Maladie du sang et/ou des organes liés (foie, rate, thymus) |
| <input type="checkbox"/> Maladie du système respiratoire | <input type="checkbox"/> Maladie du système nerveux et/ou des organes sensoriels |
| <input type="checkbox"/> Maladie de l'appareil digestif | <input type="checkbox"/> Maladie des voies urinaires et/ou des organes génitaux |
| <input type="checkbox"/> Grossesse, naissance, post-partum | <input type="checkbox"/> Maladie des os et/ou de l'appareil locomoteur |
| <input type="checkbox"/> Malformation/maladie congénitale | <input type="checkbox"/> Maladie de la peau et des tissus cellulaires |
| <input type="checkbox"/> Suicide | <input type="checkbox"/> Lésion due à un accident ou une maladie professionnels |
| <input type="checkbox"/> Accidents de la route | <input type="checkbox"/> Accidents de loisirs et autres accidents |
| <input type="checkbox"/> Autre | |

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

5.3. Indiquer la date du premier jour de l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité

5.4. Indiquer la date de la première annonce auprès de l'Assurance-invalidité (AI)

5.5. Coordonnées de votre médecin traitant (ou hôpital concerné)

5.6. 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

5.7. Remarques complémentaires (possibilité d'en ajouter au point 8.)

6. 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).

7. Documents à joindre

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** ;
- **procuration**.

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 (AI ou APG) ;
- toutes décisions d'assurances sociales étrangères ;
- toutes autres pièces justificatives relatives aux prestations reçues d'autres assurances ou institutions de prévoyance.

A joindre si nécessaire :

- une 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^e année.

8. Remarques complémentaires

Le/la soussigné/e certifie avoir répondu à toutes les questions de manière complète et véridique.

Lieu et date

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

 , le