

# AUTORISATION

Par sa signature, la personne assurée, \_\_\_\_\_ ,  
à la rue \_\_\_\_\_ 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 :

