Madame / Monsieur
Adresse
Code Postal et ville

Caisse d’Assurance maladie
Adresse de votre Caisse
Code Postal et ville

[*Lieu*], le [*Date*]

Numéro de Sécurité sociale : *[numéro à 13 chiffres]*

Objet : Demande de rente d’incapacité suite à un accident et/ou une maladie professionnelle

Madame, Monsieur, le Médecin conseil de la Sécurité sociale,

J’ai le regret de vous informer que j’ai été victime d’un(e) [accident du travail/maladie professionnelle] le [date].

Après consolidation de mon état, j’ai gardé des séquelles de mon [accident/maladie] professionnel(le) telles qu’elles sont décrites dans le certificat médical rédigé par mon médecin traitant, que je joins à ce courrier. Ces séquelles ne me permettent plus de travailler.

Par conséquent, je souhaite demander le bénéfice d’une rente d’incapacité permanente.

Je me tiens à votre disposition pour rencontrer le médecin conseil de la Sécurité sociale ou pour vous faire parvenir tout document que vous jugerez utile pour instruire ma demande.

Je vous remercie par avance et vous prie d’agréer, Madame, Monsieur, mes salutations distinguées

Prénoms et Nom
Signature