

Votre Nom et Prénom
Adresse (ligne 1)
Adresse (ligne 2)
Code postal et Ville
Tél : -----
Mail : -----@-----.fr

Ville et date....

Destinataire (Caisse d'assurance maladie)
Adresse (ligne 1)
Adresse (ligne 2)
Code postal et Ville

Recommandé avec AR

Objet : **Courrier de demande de rente d'incapacité suite à un accident et/ou une maladie professionnelle**

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

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.

Dans l'attente, je vous remercie et vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'assurance de mes sentiments les meilleurs

Nom Prénom
Signature