Prénom, nom : ..............................
Adresse : .......................................

Code postal - Ville : .....................
Téléphone : ...................................
E-mail : .........................................

 Destinataire

 Adresse destinataire

 Code postal - Ville

 A .…(ville).…, le .…..(date).…..

Objet : déclaration d’accident de travail
N° de sécurité sociale : .............…........

P.J. : - certificat médical, avis d’arrêt de travail
         - noms et coordonnées des témoins de l’accident

Madame, Monsieur,

Je suis salarié(e) de …(nom de l’entreprise)… situé(e) au ...(adresse)…. Mon employeur n’ayant pas effectué de démarche de déclaration auprès de la caisse primaire d’assurance maladie, je me permets de vous contacter pour vous informer que le ...(date)…, j'ai été victime d'un accident du travail dans les circonstances suivantes : …(précisez)….

Plusieurs collègues de travail ont d'ailleurs été témoins de cet accident. Vous trouverez en pièces jointes leurs noms et leurs cordonnées, un certificat médical établit par mon médecin et un avis d’arrêt de travail de …(précisez)... jours pour la période qui s'étale du ...(date)... au ...(date)....

Par conséquent, je vous saurais gré de bien vouloir considérer cet événement malheureux et douloureux comme un accident du travail et procéder à mon indemnisation.

Restant à votre disposition pour toute information complémentaire que vous jugerez nécessaire pour l'instruction de mon dossier, je vous prie de croire, Madame, Monsieur, en l’assurance de ma parfaite considération.

                                                                                                                                                                                                                                   Signature : .........................................