Nom, prénom

Adresse

N° de sécurité sociale

Caisse primaire de Sécurité sociale

Adresse

À (Ville), le (date)

LR/AR

Object : Déclaration d’accident de travail

Madame, Monsieur, le directeur,

Je vous informe par la présente que j’ai été victime le (date) d’un accident de travail. Or, mon employeur (Nom et adresse de l’entreprise) n’a pas déclaré cet accident à vos services.

Aussi, conformément à l’article L. 441-2 du code la Sécurité sociale, devant la carence de mon employeur, je prends l’initiative de déclarer ledit accident qui s’est produit dans les circonstance suivantes : (relater les faits).

Veuillez agréer, Madame, Monsieur le directeur mes salutation distinguées.

(Signature)