[Prenom][NOM]
[Adresse1]
[Code Postal] [VILLE]
Tél. : 01.23.45.67.89

[Nom Destinataire]
[Adresse Destinataire]
[Code Postal] [VILLE]
Paris, le 05/11/2026

Objet : Demande d'attribution d'une pension d'invalidité

Madame, Monsieur,

Assuré social affilié à votre caisse sous le numéro de Sécurité sociale [numéro de Sécurité sociale], je sollicite par la présente l'attribution d'une pension d'invalidité, ma capacité de travail et de gain se trouvant aujourd'hui durablement réduite.

À la suite d'[une maladie / un accident d'origine non professionnelle] survenu(e) le [date], mon état de santé s'est dégradé au point de ne plus me permettre de poursuivre mon activité dans des conditions normales. Cette atteinte ne relève ni d'un accident du travail ni d'une maladie professionnelle.

Selon les éléments médicaux en ma possession, ma capacité de travail ou de gain se trouve réduite d'au moins deux tiers, ce qui correspond aux conditions ouvrant droit à la pension d'invalidité telle que prévue par la réglementation en vigueur.

Je joins à ce dossier les justificatifs requis : le formulaire de demande de pension d'invalidité dûment complété, un certificat médical établi par mon médecin traitant, ma pièce d'identité, ainsi que mes justificatifs de ressources et d'affiliation. Je me tiens à la disposition du médecin-conseil de votre caisse pour tout examen complémentaire.

Je vous remercie de bien vouloir procéder à l'examen de ma situation et de me préciser, le cas échéant, la catégorie d'invalidité retenue ainsi que les modalités de versement de la pension. Je reste naturellement disponible pour vous transmettre toute pièce manquante.

Dans l'attente de votre décision, que j'espère favorable, je vous remercie de l'attention que vous porterez à ma demande et vous prie de m'informer de la suite réservée à ce dossier.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

[Prenom][NOM]

Signature