



Turks and Caicos Islands  
National Insurance Board

**Claim for DEATH GRANT**  
*Reclamación para Beneficio de descalabrado*  
**Reklamasyon Pou Pansyon D'Invalidite**

Claim for DEATH GRANT

*BENEFICIO DE DESCALABRADO*

**Don pou moun ki mori**

WHO THIS FORM IS FOR

*PARA QUIEN ES ESTE  
FORMULARIO*

**POU KI MOUN FÒM SA YE**

WHEN TO SUBMIT THIS FORM

*CUANDO USTED NECESITA  
LLENAR ESTE FORMULARIO*

**KILÈ OU DWE RANPLI FOM SA  
WHAT YOU HAVE TO PROVIDE**

*QUE ES LO QUE USTED TIENE QUE  
PROVEER*

**KISA OU DWE BAY**

- is a National Insurance benefit that may be payable in respect of the death of any person.
- *Es un Beneficio seguro nacional que usted puede obtener si usted tiene un Descalabrado personal causado por un accidente o enfermedad en su negocio*
- **se yon Benefis Asirans Nasyonal ke yo peye an respè de moun ki mouri.**
- widow of widower of the deceased, or other responsible person.
- *personas empleadas que no pueden trabajar si ellas son víctimas de un accidente*
- **vèf ou vèv de moun ki mouri a, oubyen lòt moun ki responsab.**
- after the date of death.
- *Dentro 6 dias del accidente, si usted no hace eso, usted va a perder el beneficio*
- **apwè dat lamò-a.**
- \*death certificate
- \*marriage certificate
- *Un certificado medico*
- **yon setifika de desè avèk ak maryaj.**

**PART 1 : DETAILS TO BE PROVIDED**

***PARTE 1: DETALLES QUE USTED TIENE QUE PROVEER***

**1e PATI: DETAY SOU MOUN KI MOURI-A**

1. Last Name:

*Apellido:*

**Sinyati:**

2. First Name:

*Primer Nombre:*

**Non:**

3. National Insurance Number:

*Numero Seguro Nacional:*

**Nimewo Asirans:**

4. Date of Birth:

*Fecha de nacimiento:*

**Dat Nesans:**

Day/Dia/Jou	Mth/Mes/Mwa/	Year/Años/Ane

5. Date of Death:

Day/ <b>Dia</b> /Jou	Mth/ <b>Mes</b> /Mwa	Year/ <b>Años</b> /Ane
----------------------	----------------------	------------------------

**PART 2: DETAILS OF THE PERSON CLAIMING BENEFIT**

**2e PATI: DETAY SOU MOUN KI REKLAME BENEFIS LA**

1. Name:

*Apellido:*

**Sinyati:**

2. National Insurance No.

*Numero Seguro Nacional:*

**Nimewo Asirans:**

3. Date of Birth:

*Fecha de nacimiento:*

**Dat Nesans:**

Day/ <b>Dia</b> / <b>Jou</b> /	Mnth/ <b>Mes</b> / <b>Mwa</b>	Year/ <b>Años</b> / <b>Ane</b>
--------------------------------	-------------------------------	--------------------------------

--	--	--

4. Address:

*Dirección:*

**Adrès**

5. Telephone No.

*Número de Tele fono:*

**Nimewo Telefòn-n:**

6. Relationship to deceased:

**Relasyon Ki gen yen avèk moun**

**Ki mouri-a**

PART 3 : DECLARATION AND CLAIM  
*PARTE 3: DECLARACIÓN Y RECLAMACIÓN*  
**3e PATI: DEKLARASYON AK REKLAMASYON**

I UNDERSTAND: that if I give information that is incorrect action may be taken against me.  
*Yo Entiendo: Si doy información que es incorrecta , acción puede tomarse en contra mía.*  
**Mwe Konpran-n: Si mwen bay infòmasyon ki pa korèk yo kapab pran aksyon kont mwen.**

I DECLARE: that the information I have given on this form is correct and complete.  
*Yo Declaro: que la información que he dado en este formulario es correcta y completa.*  
**Mwen Deklare: Ke infòmasyon ke mwen bay nan fòm sa li korèk e konplè**

I CLAIM: death grant.  
**Mwen Reklame: don pou lamò**

Claimant's signature:   
*Firma del Reclamador:*  
Sinyati Reklamatè-a:

Date: 

Day/ <i>Día</i> /Jou	Mth/ <i>Mes</i> /Mwa	Year/ <i>Años</i> /Ane

  
*Fecha :*  
Dat:

• IMPORTANT

If you do not have all the supporting documents for this claim, submit the application without the documents within the time prescribed on Page 1 to avoid loss of benefits.