



Turks and Caicos Islands
National Insurance Board

Claim for INJURY BENEFIT
Reclamación para Beneficio de descalabrado
Reklamasyon Benefis Blesi

INJURY BENEFIT

BENEFICIO DE DESCALABRADO

BENEFIS BLESI

WHO THIS FORM IS FOR

*PARA QUIEN ES ESTE
FORMULARIO*

POU KI MOUN FÒM SA YE

WHEN TO FILL IN THIS FORM

*CUANDO USTED NECESITA
LLENAR ESTE FORMULARIO*

KILÈ OU DWE RANPLI FOM NAN

WHAT YOU HAVE TO PROVIDE

*QUE ES LO QUE USTED TIENE QUE
PROVEER*

KISA OU DWE FOUNI LADAN-L

- is a National Insurance benefit you may be able to get as a result of personal injury caused by accident or occupational disease.
- *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 ou kapab jwen-n si ou fè aksidan ki koze blesi pèsonèl oubyen si ou gen yen yon maladi nan travay ou.**
- employed persons who are incapable of work as a result of an accident..
- *personas empleadas que no pueden trabajar si ellas son víctimas de un accidente*
- **Pou anplwaye ki pa kapab travay akòz de yon aksidan**
- within six days of the accident, if you do not, you will lose benefit.
- *Dentro 6 dias del accidente, si usted no hace eso, usted va a perder el beneficio*
- **nan sis jou de dat aksidan fèt la, si ou pa fè sa, wàp pèdi benefis la.**
- medical certificate.
- *Un certificado medico*
- **sètifika medikal**

PART 1 : DETAILS TO BE PROVIDED

PARTE 1: DETALLES QUE USTED TIENE QUE PROVEER

1e PATI: DETAY OU DWE BAY

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/ <i>Dia</i> /Jou	Mth/ <i>Mes</i> /Mwa/	Year/ <i>Años</i> /Ane

5. Address:
Dirección:
Adrès:

--

6. Telephone No:
Número de Tele fono:
Nimewo Telefòn-n:

--

7. Occupation:
Ocupación:
Okipasyon:

--

8. What was the date you became
incapable of work (attach a
medical certificate):
*Cual fue el dia te hiciste
incapaz de Trabajar (Ajuste
un certificado medicaio):*
Bay dat ou pèt kapab travay
(atache yon setifika medikal):

--

If you are incapable of work because of a traffic accident which happened to you while traveling to or from work, complete 8-11.

Si usted ne puede trabajar porque un accidente trafico llegó mientras que usted va a trabajar o usted viene del trabajo, llené 8-11.

Si ou pa kapab travay akòz de yon aksidan (trafik) machin-n nan lè ou pra'l travay oubyen nan lè w'ap sòti travay, konplete 8-11.

9. Date of Accident:
Fecha del accidente:
Dat aksidan te fèt:

--	--	--

10. Time of Accident:
Tiempo del accidente:
Lè aksidan te fèt:

--

11. Give names of two persons who witnessed the accident;

Dé el nombre de 2 deponentes del accidente;

Bay non 2 moun ki te temwen aksidan-an;

a

b.

12. Describe briefly where the accident happened;

Dé una descripción lacónica donde el accidente llegó;

Dekri trè kout kote aksidan-an rive;

PART 2: DETAILS TO BE PROVIDED BY YOUR EMPLOYER
PARTE 2: DETALLES QUE TU PATRÓN TIENE QUE PROVEER
2e PATI: DETAY BOSS-OU DWE BAY

1. Employers Name:

Nombre del patron:

Non Boss La:

2. Employers Resgn. No.

Número Seguro Nacional

Del patron:

Niwenò Asirans Boss La:

3. Employers Address:

Dirrección del patron:

Adrès Boss La:

4. Telephone No:

Número de telefono:

No. Telefòn-n:

5. Date of accident:

Fecha del accidente:

Dat Aksidan:

6. Expected working hours of Employees on date of accident:
Dé la cantidad de tiempo que usted Espera trabajar durante el día del Accidente:
Nonb de tan anplwaye-a ta sipoze travay Nan dat aksidan:

7. Place of accident:
Paraje del accidente:
Zōn-n aksidan te fêt:

8. Cause of accident (give brief description of the circumstances):
La causa del accidente (Dé una descripción lacónica de las circunstancias) :
Kisa ki koze aksidan (Fê yon kout deskripsyon de sikonstans la):

9. If it was a traffic accident, state in what way it was related to claimant's work;
Si era un accidente trafico, explique cómo relaciona al trabajo del/de la demandante;.
Si se yon aksidan machin-n, bay ki fason sa gen rapō a travay reklamātē-a;

10. Please supply details of your employees earnings for the period immediately prior to the date of the accident.
Por favor, dé los detalles acerca de los salarios de sus empleados para el período inmediatamente prior a la fecha del accidente.
Silvouplē bay detay sou (kōb) lajan travayē-ou la touché pou peryōd imedyatman avan dat aksidan-an.

Mnth <i>Mes</i> Mwa	1 st Wk/ <i>Primera semana</i> 1e semèn	2 nd Wk <i>Segunda Semana</i> 2e semèn	3 rd Wk <i>Tercera Semana</i> 3e semèn	4 th Wk <i>Cuarta Semana</i> 4e semèn	5 th Wk <i>Quinta Semana</i> 5e semèn	Total for mnth <i>Total para el mes</i> Total pou mwa-a

Employers signature:

Firma del patrón:

Sinyati Böss la:

Date:

Fecha:

Dat:

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:

injury benefit.

Yo Reclamo:

Beneficio de descalabrado

Mwen Reklame:

Benefis Blesi

Claimant's signature:

Firma del Reclamador:

Sinyati Reklamatè-a:

Date:

Fecha :

Dat:

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