



Turks and Caicos Islands  
National Insurance Board

Form Ins. 042



Turks and Caicos Islands  
National Insurance Board

Form Ins. 042



Turks and Caicos Islands  
National Insurance Board

Form Ins. 042

<p>Claim for Injury Benefit</p>	<p><i>Reclamación para Beneficio de descalabrado</i></p>	<p>Reklamasyon Benefis Blesi</p>
<p><i>(A National Insurance benefit you may be able to get as a result of personal injury caused by accident or occupational disease.)</i></p> <p><b>Who This Form Is For:</b>—employed persons who are incapable of work as a result of an accident.</p> <p><b>When To Fill In This Form:</b>—within six days of the accident, if you do not, you will lose benefit.</p> <p><b>What You Have To Provide:</b>—Medical certificate.</p>	<p><i>(Un Beneficio seguro nacional que usted puede obtener si usted tiene un Des-calabrado personal causado por un accidente o enfermedad en su negocio )</i></p> <p><b>Para Quien Es Este Formulario:</b>—personas empleadas que no pueden trabajar si ellas son victimas de un accidente.</p> <p><b>Cuando Usted Necesita Llenar Este Formulario:</b>—Dentro 6 días del accidente, si usted no hace eso, usted va a perder el beneficio</p> <p><b>Que Es Lo Que Usted Tiene Que Proveer:</b> —Un certificado medico.</p>	<p><i>(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 )</i></p> <p><b>Pou Ki Moun Fòm Sa Ye:</b>—Pou anplwaye ki pa kapab travay akòz de yon aksidan.</p> <p><b>Kilè Ou Dwe Ranpli Fòm Nan:</b>—nan sis jou de dat aksidan fèt la, si ou pa fè sa, wàp pèdi benefis la.</p> <p><b>Kisa Ou Dwe Founi Ladan-L:</b> —Sètifika medikal.</p>

**Part 1 : Details to be Provided**

- Last Name: \_\_\_\_\_
  - First Name: \_\_\_\_\_
  - National Insurance Number: \_\_\_\_\_
  - Date of Birth: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (Day/Month/Year)
  - Address: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  - Telephone No: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_—\_\_\_\_\_
  - Occupation: \_\_\_\_\_
  - What was the date that you became incapable of work (attach medical certificate): \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (Day/Month/Year)
- (If you are incapable of work because of a traffic accident which happened to you while traveling to or from work, complete 9-12.)*
- Date of Accident: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (Day/Month/Year)
  - Time of Accident: \_\_\_\_\_
  - Give two names of persons who witnessed the accident:  
a. \_\_\_\_\_  
b. \_\_\_\_\_
  - Briefly describe where the accident happened:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Parte 1: Detalles que usted tiene que Proveer**

- Apellido: \_\_\_\_\_
  - Primer Nombre: \_\_\_\_\_
  - Numero Seguro Nacional: \_\_\_\_\_
  - Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (Dia/Mes/Años)
  - Dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  - Número de Tele fono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_—\_\_\_\_\_
  - Ocupación: \_\_\_\_\_
  - Cual fue el día te hiciste incapaz de Trabajar (Ajuste un certificado medicaio): \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (Dia/Mes/Años)
- (Si usted ne puede trabajar porqué un accidente trafico llegó mientras que usted va a trabajar o usted viene del trabajo, llené 9-12.)*
- Fecha del accidente: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (Dia/Mes/Años)
  - Tiempo del Accidente: \_\_\_\_\_
  - Dé el nombre de 2 deponentes del accidente:  
a. \_\_\_\_\_  
b. \_\_\_\_\_
  - Dé una descripción lacónica donde el accidente llegó:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**1e Pati: Detay ou dwe Bay**

- Sinyati: \_\_\_\_\_
  - Non: \_\_\_\_\_
  - Nimewo Asirans: \_\_\_\_\_
  - Dat Nesans: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (Jou/Mwa/Ane)
  - Adrès: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  - NimewoTelefòn-n: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_—\_\_\_\_\_
  - Okipasyon: \_\_\_\_\_
  - Bay dat ou pàt kapab travay (atache yon setifika medikal): \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (Jou/Mwa/Ane)
- (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 9-12.)*
- Dat aksidan te fèt: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (Jou/Mwa/Ane)
  - Lè aksidan te fèt: \_\_\_\_\_
  - Bay non 2 moun ki te temwen aksidan-an:  
a. \_\_\_\_\_  
b. \_\_\_\_\_
  - 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**

- Employers Name/Nombre del patron/Non Boss La: \_\_\_\_\_
- Employers Registration Number/Número Seguro Nacional Del patron/Niweno Asirans Boss La: \_\_\_\_\_
- Employer's Address/Dirrección del patron/Adrès Boss La: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Telephone Number/Número de telefono/No. Telefòn-n: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ — \_\_\_\_\_
- Date of accident/Fecha del accidente/Dat Aksidan: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(Day/Month/Year)/(Dia/Mes/Años)/(Jou/Mwa/Ane)
- Expected working hours of employee 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: \_\_\_\_\_
- Place of accident/Paraje del accidente/Zōn-n aksidan te fēt: \_\_\_\_\_
- Cause of accident (give brief description of the circumstances)/  
La causa del accidente (Dé una descripción lacónica de las circunstancias)/  
Kisa ki koze aksidan (Fē yon kout deskripsyon de sikonstans la):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 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:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 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/  
Silvoupilē bay detay sou (kōb) lajan travayē-ou la touché pou peryōd imedyatman avan dat aksidan-an:

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

Employer's signature/Firma del patron/Sinyati Bōss la: \_\_\_\_\_  
Date/Fecha/Dat: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(Day/Month/Year)/(Dia/Mes/Años)/(Jou/Mwa/Ane)

**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 Reklamātē-a:

\_\_\_\_\_  
Date/Fecha/Dat: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(Day/Month/Year)/(Dia/Mes/Años)/(Jou/Mwa/Ane)