



TURKS & CAICOS ISLANDS
NATIONAL INSURANCE BOARD

SICKNESS BENEFIT CLAIM FORM

Formulario para reclamar BENEFICIOS DE ENFERMEDAD

Reklamasyon BENEFIS POU MALADI

SICKNESS BENEFIT

BENEFICIO DE ENFERMEDAD

BENEFIS MALADI

- is a National Insurance Benefit you may be able to receive if you are sick.

Si usted es beneficiario de los Seguros Nacionales tal vez pueda obtenerlos si esta enfermo.

Se yon benefis ou kapab ginyin lé ou malad.

THIS FORM IS FOR

ESTE FORMULARIO ES PARA

FÒM SA SE POU

- employed/self employed persons who are in insurable employment immediately prior to the day in which the incapacity for work occurred.

Personas empleadas que han estado aseguradas por su trabajo inmediatamente antes del día en que empezó su incapacidad.

Moun ki ap travay epi ki peye asirans avan yo tonbe malad.

WHEN TO SUBMIT THIS FORM

CUANDO DEBE DE LLENARSE ESTE FORMULARIO

KI LÉ POU OU RANPLI-L

- within six (6) days of becoming sick, failure to do so within 3 months may result in the partial or total loss of your benefits.

Durante los primeros seis (6) días de su enfermedad; si no se llena usted perderá los beneficios.

(6) Sis jou apré ou tonbe malad; si ou pa fè sa, wap pèdi benefis la.

WHAT YOU HAVE TO PROVIDE

QUE USTED NECESITA PARA PROVEER

KI SA OU BEZOUIN

- Medical Certificate.

Certificado Medico

PAPYE DOKTÈ

PART 1 – DETAILS TO BE PROVIDED BY CLAIMANT
PARTE 1 – DETALLES DADOS POR EL RECLAMANTE
PREMYE PATI – DETAY POU MOUN KI FÈ REKLARASYON AN BAY

1. NAME

Nombre

Non

2. NATIONAL INSURANCE NUMBER

No. Del Seguro Nacional

Nimewo kat asirans

--	--	--	--	--	--

3. DATE OF BIRTH

Fecha de Nacimiento

Dat Ou Te Fèt

DAY <i>DIA</i> JOU	MONTH <i>MES</i> MOUA	YEAR <i>AÑO</i> ANE

4. ADDRESS

Dirección

Adres

5. TELEPHONE NUMBER

Numero de Telefono

Nimewo Telefon-n

			-				
--	--	--	---	--	--	--	--

6. OCCUPATION

Ocupación

KI TRAVAY OU FÈ

7. WHAT WAS THE DATE YOU BECAME SICK (ATTACH A MEDICAL CERTIFICATE).

Cual fue el dia en que usted se Enfermo (Ajuste su Certificado Medico)

DAY <i>DIA</i> JOU	MONTH <i>MES</i> MOUA	YEAR <i>AÑO</i> ANE

**KI DAT OU TE TONBE MALAD
(ATACHE PAPYE DOKTÈ-A)**

8. IF YOU WERE ON PAID VACATION IMMEDIATELY PRIOR TO BECOMING SICK, GIVE PERIOD, FROM:

Si usted tiene sus vacaciones pagadas inmediatamente antes de enfermarse, dé el periodo de tiempo.

SI YO TE PEYE OU VAKANS
TOUSWIT ANVAN OU TONBE
MALAD SOUPLE, BAY DAT LA

DAY <i>DIA</i> JOU	MONTH <i>MES</i> MOUA	YEAR <i>AÑO</i> ANE

TO

DAY <i>DIA</i> JOU	MONTH <i>MES</i> MOUA	YEAR <i>AÑO</i> ANE

9. Please indicate payment method:

Por favor sinãle el método de paga
Silvouplè bay metod pèyman

1. I will collect my cheque(s).
 Me voy a cobrar mi cheque
 Mwen pr'al kolekte chèk mwen

I hereby authorize _____ to collect my cheque(s).
 Yo faculto _____ para allegar mi cheque
 Mwen otorize _____ pou resevwa chèk mwen

Direct Deposit to Bank Account
 Depósito directo en cuenta de banco
 Depozit dirèk nan kont bankè

First Caribbean International Bank

Bank of Nova Scotia

(Other) Please specify

Si hay otras informaciones usted puede especificarlos por favor

Si gen yen lòt infomasyon espesifye-yo silvouplè

--

Account Number

Numero de cuenta

Nimewo kont bankè

PART 2 – DETAILS TO BE PROVIDED BY YOUR EMPLOYER
PARTE NO. 2 DETALLES DADOS POR SU PATRON
2ME PATI: DETAY POU BOSS LA BAY

1. EMPLOYER'S NAME
Nombre de su Patron
Non Boss/Konpayi-an:

2. Employer's Registration No.
Numero de Registro de su Patron
Nimewo asirans Boss la

3. Employer's Address
Direccion de su Patron
Adrès Boss La

4. Telephone Number
Numero de Telefono
Nimewo Telefon-n

5. DATE EMPLOYEE LAST WORKED
Ultimo dia de trabajo del empleado
Denye dat travayè travay

6. EMPLOYER'S SIGNATURE /POSITION
Firma de su Patron
Sinyati Boss La:

7. DATE
Fecha
Dat

PART 3 – DECLARATION AND CLAIM
PARTE No 3 – DECLARACION Y RECLAMACION
3ME PATI: DEKLARASYON E REKLAMASYON

I UNDERSTAND – That if I give information that is incorrect, action may be taken against me.

Yo Entiendo – *Si doy informacion que es incorrecta accion puede tomarse en contra mia.*

Mouin Konpran-n – **Si-m bay infomasyon ki pa korek nan fóm nan, yo ka pran kinpot aksyon kont mouin.**

I DECLARE – That the information that I have given on this form is correct and complete.

Yo Declaro – *que la information que he dado en este formulario es correcta y completa.*

Mouin deklare – **Infomasyon mouin bay nan fom sa korek epi yo konplet.**

I CLAIM – Sickness Benefit.

Yo Reclamo – *Beneficios de Enfermedad*

Mouin reklame – Benefis pou maladi

CLAIMANT’S SIGNATURE

Firma del Reclamador

Sinyati Reklamaté-a

DATE

Fecha

Dat

• **NOTE**

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