



ሕብረት ኢንሹራንስ አ.ማ
THE UNITED INSURANCE
COMPANY SC
Tomorrow's Company Today!

Alpaulo Building, Debrezeit Road
Po. box 1156 Addis Ababa,
Ethiopia Tel No. +251114655656
Fax No. ±251114653258
Email: united.insurance@unic-
ethioDia.com www.unicportal.com.et

የወራሽ መግለጫ ቅጽ
Beneficiary Declaration Form

በቡድን ህይወት ዋስትና ቁጥር _____ መሰረት የተሰጠ
Attaching to and forming part of Group Life Assurance Policy No.

የውሉ ባለቤት / የኤጀንሲው ስም

Policy Owner / Name of Agency አል-ካባ የውጪ ሃገር ስራና ሰራተኛ አገናኝ ኤጀንት

የመድን ገቢው ግለሰብ ስም ላሳዊ ጸሐየሠላሳ

Assured's name

የመድን ገቢው አድራሻ ክልል አዲስ አበባ ዞን/ክፍለ ከተማ አዲስ ወረዳ አዲስ ስልክ ቁጥር 0969 35 6920 6

No. _____

የሚሄድበት ሀገር

Country of Destination ኒጄር

ተጠቃሚ/ዎች

(Beneficiary/ies)

ተ.ቁ No	ስም Name	ከአመልካች ጋር ያለው ዝምድና Relationship	አድራሻ Address	በ መቶ %
1.	<u>ገረ ገብረ</u>	<u>ሰጠ</u>	<u>አዲስ አበባ</u>	
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				

መድን ገቢው

Assured

ፊርማ [Signature]
Signature
ቀን 9/03/2024
Date

ቅጽን ያስገባው ሰራተኛ

Representative

ፊርማ [Signature]
Signature
ቀን 9/03/2024
Date

ስም [Signature]
Name

ማሳሰቢያ ፡ ከላይ የተገለፀው ፎርም በመድን ገቢው ከተሞላና ከተፈለመ ፣ ማሕተውም ከተደረገ በኋላ ከፓስፖርት ኮፒ ጋር ተያይዞ ለሕብረት ኢንሹራንስ አ.ማ ይላካል።

N.B. The above form shall be signed, sealed and forwarded to The United Insurance Company S.C along with a copy of the Assured.