



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 / የኢንሹራንስ ስም _____
Policy Owner / Name of Agency አል ካባ የውጭ ሀገር ስራና ሰራተኛ አገናኝ ኤጀን

የመድን ገቢው ግለሰብ ስም _____
Assured's name

የመድን ገቢው አድራሻ ክልል _____
Assured's Address Region

ዞን/ክፍለ ከተማ _____ ወረዳ _____ ስልክ ቁጥር _____
Zone / Sub city Woreda Tel.

ሀገር _____
Country of Destination

ተጠቃሚ/ዎች _____
(Beneficiary/ies)

ተ.ቁ No	ስም Name	ከአመልካች ጋር ያለው ዝምድና Relationship	አድራሻ Address	በ መቶኛ %
1	ገብረ ሙሉ	ሰጪ	አዲስ አበባ/ደ/ከተማ	100%
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

መድን ገቢው

Assured

ፊርማ _____

Signature

ቀን 18/04/2024
Date

ቅጽን ያስጥላው ሰራተኛ

Representative

ፊርማ _____

Signature

ቀን 18/04/2024
Date

ስም _____

Name

ማሳሰቢያ :- ከላይ የተገለፀው ፎርም በመድን ገቢው ከተሞላና ከተፈለመ ፣ ማህተም ስለተደረገ በኋላ ከፖስታ ሆስቲ ጋር ተያይዞ
I.B. The above form shall be signed, sealed and forwarded to The United Insurance Company S.C
along with a copy of the Assured.