



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 አደይ የውጭ ሀገር ስራና ሰራተኛ አገናኝ ኤጀንሲ ኃ/የተ/የግ/ማህበር

የመድንገቢው ግለሰብ ስም የሮታ ሙንጋላት

Assured's name

የመድንገቢው አድራሻ ክልል ዳላ ዞን/ክፍለ ከተማ ህክ ወረዳ ህክ ስልክ ቁጥር 09.37428108
 Assured's Address Region Zone / Sub city woreda Tel. No.

የሚሄዱበት ሀገር ብራይ
 Country of Destination

ተጠቃሚ/ዎች
 (Beneficiary/ies)

ተ.ቁ No.	ስም Name	ከአመልካች ጋር ያለው ዝምድና Relationship	አድራሻ Address	በ መቶ %
1	ሙንጋላት ገብረ	ገገኝ	ዳላ / ህክ	50%
2	ዳላ ሙንጋላት	ጓደኛ	ዳላ / ህክ	50%
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				

መድንገቢው

Assured

ፊርማ _____
 Signature

ቀን 4/23/2024
 Date

ቅጽን ያ ስምላው ሰራተኛ

Representative

ፊርማ _____
 Signature

ቀን 4/23/2024
 Date

ስም አብነት
 Name

ማሳሰቢያ :- ከላይ የተገለጸው ፎርም በመድንገቢው ከተሞላና ከተፈለመ ፣ ማሕትሙም 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.

