شركة أوتاد العقارية
AWTAD AL AKARIA COMPANY

٢٧٠٢ الديرة مركز المعيقلية التجاري
مكتب ٤٠٦ برج ج الدور الرابع
الرياض ١٢٦٣٤ - ٦٨١١
المملكة العربية السعودية
رأس المال ٣,٠٠٠,٠٠٠

110@awtad.sa
http://awtad.sa

الرقم: NO. **2124**

عقد عمل

إنــــه في يوم : **الثلاثاء** الموافق : **10-Dec-2024** ميلادى ، تم الإتفاق بين كلا من :

الـطرف الأول : **شركة أوتاد العقارية** ومقرها الرئيسى مدينة الرياض ويشار إليها فيمـــا بعد بعبـــارة الـــشركة.

الـطرف الثانى : **عبدالعزيز سعيد موسى الزهراني** ويشار إليه فيما بـعد بالعامل.

رقم العامــــل : **3270** الجنسية : **السعودية** رقم بطاقة / الإقامة : **1120088420**

البريد الإلكترونى : **ax.7rpp@gmail.com** الجوال : **0562820204**

العنوان الوطنى :

رقم الـــمبنى : **3398** الشـارع : **الكهف** الـحى : **طويق**

رقم الـــوحدة : المدينة : **الرياض** الرمز البريدى : **14922** الرقم الإضافى : **7407**

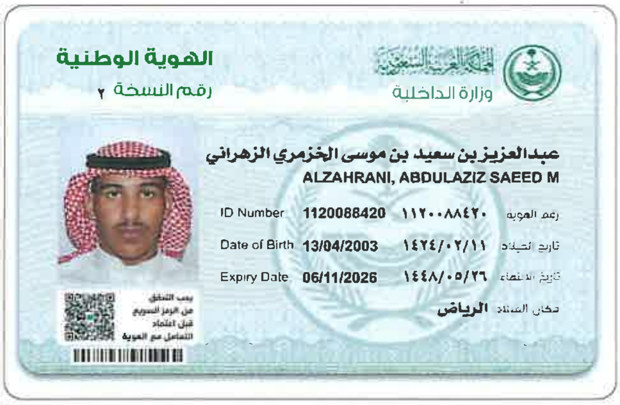
أولاً : موضوع العقد :

١ الوظيفة : **امن و مراقبة**

٢ مدة العقد تبدأ من تاريخ **10-Dec-2024** إلى تاريخ **09-Dec-2026** لمدة **0** يوم **0** شهر **2** سنة ميلادى

٣ تقدم الـشركة للعامل بالريال الـسعودى مايلى:

الأجر الأساسى :	**3,000.00**	**SAR**
خــارج دوام :	**1,400.00**	**SAR**
الــــــنقل :	**500.00**	**SAR**
الإعـــاشة :	**0.00**	**SAR**
الــــسكن :	**1,000.00**	**SAR**
علاج صحى :	**0.00**	**SAR**


الهوية الوطنية
رقم النسخة ٢
المملكة العربية السعودية
وزارة الداخلية
عبدالعزيز بن سعيد بن موسى الخزمري الزهراني
ALZAHRANI, ABDULAZIZ SAEED M
ID Number 1120088420 ١١٢٠٠٨٨٤٢٠ رقم الهوية
Date of Birth 13/04/2003 ١٤٢٤/٠٢/١١ تاريخ الميلاد
Expiry Date 06/11/2026 ١٤٤٨/٠٥/٢٦ تاريخ الانتهاء
مكان الإصدار **الرياض**
يجب التحقق من الرمز السريع قبل اعتماد التعامل مع الهوية

الإجمـــالى : **5,900.00** ريال **خمسة الف وتسعمائة ريال فقط لاغير** ريال سعودى

٤ أتفق الطرفان على أن يعمل العامل لدى الشركة تحت إدارتها ، أو إشرافها بالوظيفة أعلاه ومباشرة الأعمال التى يكلف بها بما يتنـــاسب مع قـدراته العملية والعلمية والفنية وفقا لإحتياجات العمل وبما لا يتعارض مع الضوابط المنصوص عليها فى المواد (الثامنة والخمسون ، التاسعة والخمسون ، الستون) من نظام العمـل.

٥ يكون هذا العقد ساريا ونافذا المفعول من تاريخ مباشرة العامل عمله بالـشركة و لا يتجدد العقد تلقائياً ويكون العامل فاسخاً للعقد فى حال عدم مباشرة العمل خـلال ٧ أيام من تاريخـــه.

٦ يحق للشركة إنهاء العقد خلال فترة التجربة والتى تبدأ مدتها من تاريخ مباشرة العامل للعمل ولمدة ١٨٠ يوماً ، ولا يدخل فى حسابها إجازة عيدى الفطر والأضحـى والأجازة الـمرضيـة.

٧ يحق للشركة تعيين العامل (أو نقله) فى أى موقع من مواقعها أو فرع من فروعها أو مشروع من مشاريعها فى المملكة العربية السعودية وفقاً لما تقتضيه حاجة العمل .

ثانيا : أيام وساعات العمل :

٨ ساعات العمل ٨ ساعات يومياً أو ٤٨ ساعة عمل أسبوعياً وعدد أيام العمل العادية ٦ أيام فى الأسبوع .

ثالثاً : انتهاء العقد أو إنهاءه :

٩ ينتهى هذا العقد بإنتهاء مدته ولا يتجدد تلقائياً كما لا يحق للعامل الاستمرار فى العمل بعد انتهاء مدة العقد ، كما ينتهى العقد بإتفاق الطرفين على إنهائه بشرط موافـــقة الـــعامل كتابـة.

١٠ يحق للشركة فسخ العقد دون مكافأة أو إشعار للعامل أو تعويضه شريطة إتاحة الفرصة للعامل فى إبداء أسباب معارضته للفسخ وذلك للحالات الواردة بالـــمادة (٨٠) من نظام العمـل.

١١ فى حال فسخ العقد دون سبب مشروع أتفق الطرفان على ما يلى :

أ) إذا كان فسخ العقد من قبل الشركة فتلتزم بدفع مبلغ لا يقل عن شهرين من الأجر الأساسى للعامل أو مبلغ ٢٠٠٠ريال أيهما أكبر .

ب) إذا كان فسخ العقد من قبل العامل فيلتزم بأن يدفع للشركة قيمة باقى مدة العقد .

رابعاً : إلتزامات الشركة :

١٢ حرر هذا العقد من نسختين أصليتين ، كل نسخة عبارة عن ورقة واحدة على الوجهين ، الوجه الأول يتكون من البنود من رقم ١إلى ١٢ والوجه الثانى يتكون من الـبنود من رقم ١٣ إلـى ٣٨ ويقر الطرفان وهما بكامل الأهلية المعتبرة شرعاً ونظاماً بالإطلاع والموافقة على كافة شروط وبنود هذا العقد والعلم بها علماً نافياً للجهالة ، ويقر الطرفين أن التوقيع على الوجه الأول من هذا العقد يعنى الموافقة على كل بنود وشروط هذا العقد من رقم ١ إلى ٣٨ ، وقد تسلم كل طرف نسخة منه للعمل بموجبها .

الطرف الأول (الشركة):
ويمثلها : الـمدير الـتنفيذى
الإسـم : **عبدالرحمن يحيى محمد بن الشيخ**
التوقيع

الشؤون الإدارية
تم أخذ توقيع الموظف امامى وعليه نرجو الإعتماد
الشؤون الإدارية
ريماء
المفتش / المدقق

الطرف الثانى (العامل)
الإسـم : عبدالعزيز سعيد الزهراني
التوقيع

بوبا
Bupa

نموذج إفصاح طبي
Medical Declaration Form

Dear Insured:
Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you receive health care services as required according to your unified policy benefit.

عزيزي المؤمن له:
نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير ولضمان حصولك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Date: __/__/___ **Addition** ☐ **إضافة**

New ☐ **جديد**

Employee Name: Abdulaziz Saeed M Alzahrani :اسم الموظف

ID No.: 1120088420 :رقم الهوية

Entity Name: Awlad Al Akaria Company :اسم المنشأة

Mobile No.: 0562820204 :رقم الجوال

Gender: Male :الجنس

Nationality: Saudi :الجنسية

Policy No./ CR No.: 1010295661 :رقم الوثيقة/ السجل التجاري

Marital Status: Single :الحالة الاجتماعية

Con. No.	Please declare any of below cases for yourself or any of your dependents by marking ✓ under the word (Yes):	No / لا	Yes / نعم	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه لديك أو لدى أحد أفراد العائلة بوضع إشارة ✓ في المربع تحت كلمة (نعم):	رقم الحالة
1.	Any hospital admission during the last 12 months.	☒	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال آخر 12 شهر؟	.1
2.	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, benign tumor (Breast tumors, fibroid uterus, benign prostatic hyperplastia, thyroid goiter and parathyroid glands, liver tumors, colon tumors), Malignant tumors, listed cardiac diseases (Coronary and valve heart diseases, heart failure, cardiac fibrillation, myocardial infraction), Heart clots, Chronic hepatitis C, Gallstones, Sever kidney failure (Stage 5, Clearance of less than 15 ml/minute*), Urinary tract stones hernias, Ulcerative colitis, Crohn disease, Rheumatoid arthritis, osteoarthritis, multiple sclerosis, autoimmune diseases (Lupus, Rheumatoid arthritis, psoriasis, crohn's disease, ulcerative colitis, multiple sclerosis. Hay fever)	☒	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط : التوحد، الأورام السرطانية، الأورام الحميدة التالية (أورام الثدي، أورام الرحم الليفي، تضخم البروستات الحميد، أورام أو تضخم الغدة الدرقية و الجار الدرقية، أورام الكبد، أورام القولون)، أمراض القلب التالية (أمراض شرايين القلب، فشل عضلة القلب ، الرجفان القلبي، جلطات القلب)، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن (سي)، حصوات المرارة، الفشل الكلوي الشديد (المرحلة الخامسة من أمراض الكلى، الترشح الكلوي أقل من 15 مل/دقيقة*)، حصوات المسالك البولية، الفتق، أمراض المناعة الذاتية (الذئبة الحمراء، التهاب المفاصل الروماتيزمية، الصدفية، مرض كرون، التهاب القولون التقرحي، التصلب اللويحي، حساسية القمح)	.2
3.	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorders or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, Hemophilia, metabolic diseases, hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformation, chromosomal abnormalities, Gaucher's disease, G6PD deficiency, Cystic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, polycystic kidney disease.	☒	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط: الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الاعضاء التناسلية، امراض الكروموسومات، مرض جوشر، الكسر الفولي G6PD ، التليف الكيسي للرئة، مرض تكدس الحديد (هيموكروماتوسيس)، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	.3
4.	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Retinal diseases	☒	☐	هل تم تشخيصك بأي من امراض العين التاليه فقط : مياه بيضاء، مياه زرقاء، امراض الشبكية	.4
5.	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases limited to: Vertebral disc prolapse (Moderate or severe), Scoliosis (Moderate or severe), or Ligament tears, ostreoarthritis (Moderate or severe).	☒	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التاليه فقط الانزلاق الغضروفي (المتوسط أو المتقدم)، انحراف العمود الفقري (المتوسط أو المتقدم)، احتكاك المفاصل المتوسط او المتقدم أو تمزق الأربطة	.5
6.	**Pregnant Females only:**			**للأنثى الحامل فقط:**	.6
	Current single pregnancy.	☐		حمل حالي جنين واحد.	
	Current single pregnancy with previous CS delivery.	☐		حمل حالي مع قيصرية سابقة.	
	Current multiple pregnancy.	☐		حمل حالي متعدد الأجنة.	
	Expected delivery date:	DD/MM/YYYY		تاريخ الولادة المتوقع:	

Employee and dependents' details that need to be added
(Please declare whether there is a medical condition for you or any family member)

بيانات الموظف وأفراد العائلة المراد اضافتهم
(الرجاء الافصاح في حال وجود أي حالة طبية لديك او لدى احد افراد العائلة)

اسم الموظف/ أفراد العائلة Employee/ Dependent Name	الجنس Gender	صلة القرابة Relationship	رقم الهوية ID#	الوزن Wt. (kg)	الطول Ht. (cm)	رقم الجوال Mobile No.	الحالة Condition	اسم المستشفى Hospital Name

Undertaking

- I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that Bupa Arabia has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
- I agree that Bupa Arabia has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
- I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
- I hereby confirm that failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الاقرار والتفويض:

- أقر ان البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وان بوبا العربية لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر.
- أوافق على أحقية بوبا العربية في رفض المطالبة أو التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي تسبق قبل تاريخ التعاقد او قبل تسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد.
- أقر بأني قد قرأت وفهمت جميع ماجاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم إشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه تعتبر بمثابة نفي وجود مايستحق الإفصاح عنه وعليه اوقع.
- أقر ان عدم تعبئة بيانات الطول والوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة.

Entity Stamp: :ختم جهة العمل

شركة أوتاد العقارية

Employee Signature: :توقيع الموظف

Date: :التاريخ

DD / MM/ YYYY

- Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months
- Bupa Arabia is not entitled to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy in the same insurance company unless the mother is covered on different insurance company.
- If you need to add more dependents, a new form should be filled
- The irregularity of the signature of the employer instead of the employee to avoid taking legal responsibility.
- Bupa Arabia has the right to reject the full coverage of declaration cases related to the mentioned items in this medical declaration

*As per the Kidney Foundation Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (KDOQI) Clinical Practice Guideline classification.
** Scoliosis Cobb angle more than 10 degrees or Scoliometer more than 5 degrees.

- عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج إفصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) أشهر.
- لا يحق لبوبا العربية طلب نموذج إفصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية لنفس شركة التأمين ما لم تكن الام على وثيقة تأمين أخرى.
- في حال الحاجة لإضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد.
- عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له تجنباً لتحمله المسؤولية القانونية.
- يحق لبوبا العربية رفض حالات عدم الإفصاح المتعلقة بالبنود المذكورة بالنموذج.

* وفقا لتصنيف الصادر عن مؤسسة نتائج أمراض الكلى ومبادرة الجودة (KDOQI)
** حنف كوب بزاوية أكثر من 10 درجات أو سكوليوميتر أكثر من 5 درجات.