

NO. 2121

عقد عمل

الرقم:

إبته في يوم: الخميس الموافق: 05-Dec-2024  
الطرف الأول: شركة أوتاد العقارية  
الطرف الثاني: وليد منير بادي الشمري  
رقم العامل: 3267  
البريد الإلكتروني: a@gmail.com  
رقم الهوية الوطنية: 1045003074  
رقم الإقامة / الإقامة: 0569316097  
العنوان الوطني:  
رقم السكني: 4217  
الشارع: مصطفى قيمت زادة  
المدينة:  
رقم الوحدة:  
الرمز البريدي: 14933  
الحى: طويق  
الرقم الإضافي: 7503

أولاً: موضوع العقد:

١ الوظيفة: أمن ومراقبة  
٢ مدة العقد تبدأ من تاريخ: 05-Dec-2024 إلى تاريخ: 04-Dec-2026 لمدة: 0 يوم 0 شهر 2 سنة ميلادي

المملكة العربية السعودية  
وزارة الداخلية  
الهوية الوطنية  
دفتر النسخة ٧

وليد بن منير بن بادي الشمري  
ALSHAMMARI, WALEED MUNEER B

الرقم: ١٠٤٥٠٠٣٠٧٤  
تاريخ الميلاد: ١٣٩٧/٠٢/٠٢ هـ  
تاريخ الانتهاء: ١٤٥٠/٠٨/٢٣ هـ  
مكان الميلاد: الرياض

١٠٤٥٠٠٣٠٧٤  
DOB: 10/02/1978  
DOE: 08/01/2029

1045003074



٣ تقدم الشركة للعامل بالريال السعودي مايلي:  
الأجر الأساسي: SAR 3,000.00  
خارج دوام: SAR 1,400.00  
النقل: SAR 500.00  
الإعاشة: SAR 0.00  
السكن: SAR 1,000.00  
علاج صحي: SAR 0.00

الإجمالي: 5,900.00 ريال  
خمس الف وتسعمائة ريال فقط لاغير  
ريال سعودي

٤ أتفق الطرفان على أن يعمل العامل لدى الشركة تحت إدارتها ، أو إشرافها بالوظيفة أعلاه ومباشرة الأعمال التي يكلف بها بما يتناسب مع قدراته العملية والعلمية والفنية وفقاً لإحتياجات العمل وبما لا يتعارض مع الضوابط المنصوص عليها في المواد ( الثامنة والخمسون ، التاسعة والخمسون ، الستون ) من نظام العمل.  
٥ يكون هذا العقد سارياً ونافذاً المفعول من تاريخ مباشرة العامل عمله بالشركة ولا يتجدد العقد تلقائياً ويكون العامل فاسخاً للعقد في حال عدم مباشرة العمل خلال ٧ أيام من تاريخه .  
٦ يحق للشركة إنهاء العقد خلال فترة التجربة والتي تبدأ مدتها من تاريخ مباشرة العامل للعمل ولمدة ١٨٠ يوماً ، ولا يدخل في حسابها إجازة عيدي الفطر والأضحى والأجازة المرضية .  
٧ يحق للشركة تعيين العامل (أو نقله) في أي موقع من مواقعها أو فرع من فروعها أو مشروع من مشاريعها في المملكة العربية السعودية وفقاً لما تقتضيه حاجة العمل .

ثانياً : أيام وساعات العمل :

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

ثالثاً : انتهاء العقد أو إنهائه :

٩ ينتهي هذا العقد بإنهاء مدته ولا يتجدد تلقائياً كما لا يحق للعامل الاستمرار في العمل بعد انتهاء مدة العقد ، كما ينتهي العقد بإتفاق الطرفين على إنهائه بشرط موافقة العامل كتابياً .  
١٠ يحق للشركة فسخ العقد دون مكافأة أو إشعار للعامل أو تعويضه شريطة إتاحة الفرصة للعامل في إبداء أسباب معارضته للفسخ وذلك للحالات الواردة بالمادة (٨٠) من نظام العمل .  
١١ في حال فسخ العقد دون سبب مشروع أتفق الطرفان على ما يلي :  
أ) إذا كان فسخ العقد من قبل الشركة فلتلتزم بدفع مبلغ لا يقل عن شهرين من الأجر الأساسي للعامل أو مبلغ ٢٠٠٠ ريال أيهما أكبر .  
ب) إذا كان فسخ العقد من قبل العامل فلتلتزم بأن يدفع للشركة قيمة باقى مدة العقد .

رابعاً : للقرارات الشركة :

١٢ حرر هذا العقد من نسختين أصليتين ، كل نسخة عبارة عن ورقة واحدة على الوجهين ، الوجه الأول يتكون من البنود من رقم ١ إلى ١٢ والوجه الثاني يتكون من البنود من رقم ١٣ إلى ٣٨ ويقر الطرفان وهما بكامل الأهلية المعتبرة شرعاً ونظاماً بالإطلاع والموافقة على كافة شروط وبنود هذا العقد والعلم بها علماً نافياً للجهالة ، ويقر الطرفان 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):  
المدير التنفيذي: عبدالرحمن يحيى محمد بن الشيخ  
الإسم:  
الطرف الثاني (العامل):  
الإسم: وليد منير بادي الشمري  
التوقيع:  
المفتش / المدقق: رعباء  
تم أخذ توقيع الموظف أمامي وعليه نرجو الاعتماد  
الشؤون الإدارية:  
الشؤون الإدارية:

# 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.

عربي المؤمن لك:  
أامل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير ولضمان حصولك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب مافع الوثيقة الموحدة.

Date:      /      /           Addition       إضافة       New       جديد

Employee Name: Waleed Muneer B Alshammari      اسم الموظف:      ID No.: 1045003074      رقم الهوية:      Mobile No.: 0569316097      رقم الجوال:      Nationality: Saudi      الجنسية:      Marital Status: Single      الحالة الاجتماعية:

Entity Name: Awlad Al Akaria Company      اسم المنشأة:      Gender: Male      الجنس:      Policy No./ CR No.: 1010295661      رقم الوثيقة/ السجل التجاري:      1010295661

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	برجى الإفصاح عن وجود أي من الحالات أياً كان ذلك أو لدى أحد أفراد العائلة بوضع إشارة ✓ في المربع تحت كلمة (نعم):
1.	Any hospital admission during the last 12 months.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم استشفائك في أي من المستشفيات خلال آخر 12 شهراً؟
2.	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases limited to: Autism, benign tumor (Breast tumors, fibroid uterus, benign prostatic hyperplasia, 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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام السرطانية، الأورام الحميدة التالية (أورام الثدي، أورام الرحم البنيوية، سحرم البروستات الحميد، أورام أو بنحمة العدة الدرقية، أورام الكبد، أورام القولون)، أورام القلب التالية (أمراض تضخم القلب، فشل عضلة القلب، الرجفان القلبي، حطبات القلب)، الالتهاب الكبدى المزمن (سبب)، حصوات المرارة، العنسل الكلوي الشديد (المرحلة الخامسة من أمراض الكلى، المرض الكلوي أقل من 15 مل/دقيقة*)، حصوات المسالك البولية، الحمى، أمراض المناعة الذاتية (الذئبة الحمراء، التهاب المفاصل الروماتيزمية، الضفيرة، مرض كرون، التهاب القولون التقرح، العنسل اللويحي، حساسية الفمخ)
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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التنبوهات الخلقية التالية فقط: اضطراب الجللايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض المنقلب العدائى، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكى، تنبوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشير، التنبس القلوي G6PD، التليف الكيسى للرئة، مرض تكس الحديد (هيموكروماتوسيس)، مرض ويلسون، تكس الكلىس الخلقى الوراثى.
4.	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Retinal diseases	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه صماء، مياه ررقاء، أمراض التنسكية
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, osteoarthritis (Moderate or severe).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الانزلاق القضيبي (المتوسط أو المتقدم)، انحراف العمود الفقري (المتوسط أو المتقدم)، احتكاك المفاصل المتوسط أو المتقدم أو تنقرى الأرترة
6.	<b>Pregnant Females only:</b> Current single pregnancy. Current single pregnancy with previous CS delivery. Current multiple pregnancy. Expected delivery date:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>للأنتى الحامل فقط:</b> حمل حالى حسن واحد. حمل حالى مع قصرية سابقة. حمل حالى متعدد الأجنة. تاريخ الولادة المتوقع: DD/MM/YYYY

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 إضافتهم (الرجاء الإفصاح عن حال وجود أى حالة طبية لديك أو لدى أحد أفراد العائلة)

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

**الإقرار والتعهد:**

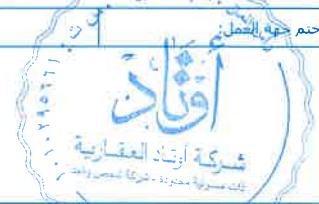

- I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that Bupa Arabia has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
- I agree that Bupa Arabia 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.

أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبناء عليه فإن قبول الطلب سيم على أساس هذه البيانات وأب بوبا العربية لها الحق فى الاتصال بالمستشفيات التى تعامل معها لتزويدها بأى معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر.

أوافق على أخيه بوبا العربية فى رفض المطالبة أو العطفة كلاً بعد عدم الإفصاح عن وجود أى من الحالات المذكورة أعلاه التى سنأب قبل تاريخ التعاقد أو قبل تنسجبل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد.

أقر بأنى قد قرأت وفهمت جميع ماجاء فى هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم إشارتى أمام أى من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نعى وجود ماسحجى الإفصاح عنه وعطله أوقع.

أقر أن عدم تعبئة بيانات الطول والوزن سؤؤؤدى إلى رفض عطفة تكاليف عملية جراحه السمنة المفرطة.

Entity Stamp:       Employee Signature:       توقيع الموظف:      Date: DD / MM / YYYY      التاريخ:

\* Upon renewal of the policy, the Insurer shall not require 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 a 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 destination 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 Scollometer more than 5 degrees.

بعد تجديد الوثيقة فإنه لا يحى للسركه طلب نموذج إفصاح لأى مؤمن له مضى عليه (11) أسهور.  
لا يحى لبوبا العربية طلب نموذج إفصاح طبي للمواليد الجدد بعد إضافتهم على وثقه التأمين الصحى السابره لعيس شركه التأمين ما لم تكن الأم على وثقه تأمين أخركه.  
فى حال الحاجة لإضافة أى مؤمن أكثر يتم تعبئة نموذج جديد.  
عدم طابئة قيام صاحب العمل بالسؤوع على أى مؤمن له شخصاً لحمله المسؤولة القابضة.  
يحى لبوبا العربية رفض حالات عدم الإفصاح قبله المتعلقة بالسؤود المذكورة بالنموذج.  
\* وفقاً لتصنيف الصادر عن مؤسسة نتائج أمراض الكلى ومصادره الجودة (KDOQI)  
\*\* حتم كوت براوية أكثر من 10 درجات أو سكليلومتر أكثر من 5 درجات.