

السادة / إدارة شئون الموظفين

المحترم

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

نأمل منكم الموافقة علي تغيير الفئة الطبية للموظف التالي بياناته من الفئة C(LTD) الي الفئة B :

رقم العمل	اسم الموظف	رقم الاقامه/الهويه	اسم الموظف	الفئة	الفئة الجديده
408880	خالد سعود الخالدي	1004086458	مندوب	c	b

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام و التقدير

مدير مشروع مطار الملك فهد الدولي  
م. عبدالحكيم عمار الخالدي





## Medical Declaration Form

## نموذج إفصاح طبي

**Dear Insured:**  
Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family 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 وأفراد أسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب مزايا الوثيقة الموحدة.

Type of Application: New ☐ جديد Addition ☐ إضافة

Applicant Information: Entity Name: اسم المنشأة: شركة ناسار - للمقاولات

Policy NO./CR: رقم الوثيقة/رقم السجل التجاري: ١٣٨٥٠١٩٧٩

Employee Name: اسم الموظف: خالد محمد الخالد

Date: ٢٠٢٣/٧/١٤ تاريخها: ID No. ١٠٠٩٠٨٦٤٥٨ رقم الهوية: Nationality: سعودي الجنسية: ذكر الجنس: مدينة City: P.O. Box: العنوان: ٥٠٥٨٨٥٠٥٨ جوال: Mobile No.: ٥٠٥٨٨٥٠٥٨

Marital status: Married ☐ Single ☐ الحالة الاجتماعية: أعزب

Please declare any of below cases by marking ✓ under the word (yes): يرجى الإفصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع إشارة ✓ في المربع تحت كلمة (نعم):

Any hospital admission during the last 12 months? هل تم التنويم بالمستشفى خلال آخر 12 شهر؟

Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases limited to: Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Disease, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney Failure, Urinary Tract Stones, Thyroid Goiter, Cysts, Fibroid Uterus, Hernias, Autoimmune Diseases or Multiple Sclerosis. هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، التهاب الكبد الفيروسي المزمن C، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو تصلب متعدد.

Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases limited to: Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, 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، الشوكية، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوش، مرض التكسر الفولي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.

Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Corneal Disease or Retinal Disease. هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.

Have you been diagnosed with any of the following bone diseases limited to: Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament Tears. هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.

For Pregnant Females only: Current single pregnancy ☐ حمل حالي جنين واحد

Current singly pregnancy with previous CS delivery ☐ حمل حالي مع قيصرية سابقة

Current multiple pregnancy ☐ حمل حالي متعدد الأجنة

Expected delivery date: تاريخ الولادة المتوقع: .....

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below) بيانات الموظف وأفراد العائلة المراد إضافتهم (في حالة الإجابة "نعم" على أي من الحالات أعلاه، الرجاء تعبئة البيانات التالية)

File No.	Provider Name	Case	Mobile No.	Height	Weight	ID Number	Relation	Gender	Employees/Dependent Name
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									

Undertaking: 1. 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 (MEDGULF) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).

2. I agree that (MEDGULF) 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.

3. 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.

4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الإقرار والتفويض: 1. أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبناءً عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن شركة (ميدغلف) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي تتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر.

2. أوافق على أحقية (ميدغلف) في رفض المطالبة أو التغطية كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل تسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد.

3. أقر بأنني قد قرأت وفهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم إشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه وعليه أوقع.

4. عدم تعبئة بيانات الوزن والطول سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة.

Entity: Entity's stamp: ختم جهة العمل: Employee Signature: توقيع الموظف: Date: ٢٣/٧/١٤

\*Note: - Upon renewal of the policy, MEDGULF shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.

- MEDGULF is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.

- If you need to add more dependents, an additional form should be filled.

- It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

Kingdom of Saudi Arabia - Riyadh - Head Office : Futuro Tower, King Saud St. (Al Mather Before) - P. O. Box 2302 Riyadh 11451

Tel. : +966 11 405 5550 - Fax : +966 11 405 5588 - Paid up capital S.R 400,000,000 - E-mail: riadh@medgulf.com.sa





يحتفظ الحقوق من اليوم التوقيع  
على نظام التأمين مع  
القوة



2022-11-02  
14:02:56

الهوية الوطنية  
دفتر النسخة



المملكة العربية السعودية  
وزارة الصحة

ALKHALDI, KHALID SAUD R

خالد بن سعود بن راشد السائي الخالدي



1004086458

الرقم : ١٠٠٤٠٨٦٤٥٨ : No: 1004086458  
تاريخ الميلاد : ١٣٩٤/٠٤/١٦ هـ DOB: 08/05/1974  
تاريخ الانتهاء : ١٤٤٥/٠٣/١٨ هـ DOE: 09/08/2028

مكان الميلاد : عنك

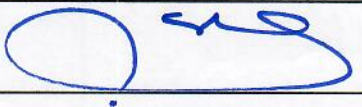
X



## نموذج مباشرة عمل - Joining Form

Joining Type	New Joining - مباشرة عمل جديدة	نوع مباشرة العمل
Employee's Name	خالد سعود راشد السالمي الخالدي	الاسم الموظف
NBT_ID		رقم العمل
Iqama Number	1004086458	رقم الهوية / الاقامه
Job Title	مندوب	المسمى الوظيفي
Nationality	سعودي	الجنسية
Department	الاداره	القسم
Cost Center	4012	مركز التكلفة
Joining Date	1/3/2023	تاريخ المباشرة
Employee Signature		إقرار الموظف

## الرئيس المباشر - Project Manager

Name	م. شعيب ابو زيد عوض	الاسم
Job Title	مدير العمليات / بنيابه عن مدير المشروع	المسمى الوظيفي
Signature		التوقيع
Remarks	مندوب	ملاحظات

مدير ادارة الموارد البشرية والشئون الادارية

شركة النبات للمقاولات