



شركة مبارك مرعي السلومي للمقاولات

إشعار مباشرة العمل

Effective Date Notice

٨٤٤٤

1	<p>ID No: _____ Title: <u>6000</u> : الوظيفة . Name: <u>Shahin ulah</u> : الاسم</p> <p>Section: _____ : الفرع . Department: <u>Safety OFFICER</u> : الإدارة</p> <p>Nationality: <u>Pakistani</u> : الجنسية . Starting work at: <u>30-04-2024</u> : تاريخ المباشرة</p> <p>توقيع الموظف: _____ توقيع المدير المباشر: <u>Zohir</u></p>	1
---	---	---

2	<p>To: Personnel Department. .</p> <p>Please be advised that, the EMLOYEE :</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Started the work for the first time. <input type="checkbox"/> التحق بالعمل لأول مرة بتاريخ 20 24/ 4 / 30 م</p> <p><input type="checkbox"/> Joined the work after vacation. <input type="checkbox"/> التحق بالعمل بعد الإجازة بتاريخ 20 / / م</p> <p>مدير الموارد البشرية: <u>الكت</u> الاسم: <u>م. م. م. م.</u> التوقيع: <u>م. م. م. م.</u> التاريخ: <u>2024 / 5 / 20</u></p>	2
---	---	---

3	<p>الاعتماد النهائي المدير التنفيذي</p> <p>التوقيع: _____ التاريخ: _____</p>	3
---	---	---

* صورة لمحاسبات الرواتب

* الأصل لمالك الموظف

MMS-HR-EDN-0001

M-E

Unified Medical Declaration Form

<p>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.</p>		<p>نأمل قيامك بملء هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير ولتضمن حصولك وأفراد شركتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب مناطق الوثيقة الموحدة</p>																																																																
<p>Type (1) <input type="checkbox"/> Addition (2) <input checked="" type="checkbox"/> New</p>		<p>نوع الطلب (1) <input type="checkbox"/> إضافة (2) <input checked="" type="checkbox"/> جديد</p>																																																																
<p>Policy No./ CR: رقم الوثيقة/ السجل التجاري:</p>		<p>Entity name: اسم المنشأة:</p>																																																																
<p>Mobile No: 0563832680 رقم الجوال:</p>		<p>Employee name: Shakir Ullah اسم الموظف:</p>																																																																
<p>ID Number: 2 5 4 6 3 1 9 8 3 7 رقم الهوية:</p>																																																																		
<p>Gender Male <input checked="" type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Nationality Pakistani <input checked="" type="checkbox"/> Nationality: Pakistani <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Other</p>		<p>Marital Status: Married <input checked="" type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Marital Status: Married <input checked="" type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/></p>																																																																
<p>Please declare any of below medical conditions for you and your family by marking V under the word (Yes): "Undeclared medical case may not be covered"</p>																																																																		
<p>1. Any hospital admission during the last 12 months? * "registering as an admitted patient at the hospital until the following morning"</p>		<p>هل تم التحويل بالمستشفى خلال آخر 12 شهر؟ * "تسجيل الشخص المزمع له كمرضى في المستشفى حتى صباح اليوم التالي"</p>																																																																
<p>2. Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases limited to: Autism, listed Benign Tumor (Breast Tumors, Fibroid Uterus, Benign Prostatic Hyperplasia, Thyroid Gaiter 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, Severe 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</p>		<p>هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: الأورام الحميدة: الأورام الحميدة، أورام الرحم الحميد، أورام أو تضخم الغدة الترقية و الجذر الترقية، أورام الكبد أورام القولون، أمراض القلب التلقائية (أمراض شرايين القلب، فشل عضلة القلب، الرجفان القلبي، جلطات القلب)، التهاب الكبد الفيروسي المزمن ج (C)، حصوات المرارة، الفشل الكلوي المزمن (المرحلة الخامسة من أمراض الكلى، الترشيع الكلوي أقل من 15 / دقيقة)، حصوات المسالك البولية، الفقد، أمراض المناعة الذاتية (التهبة القولنج، التصلب اللويحي، حساسية القمح).</p>																																																																
<p>3. 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 Diseases.</p>		<p>هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط: الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، قصور العضلات الشوكية، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غونر، مرض التكرار البولي (G6PD)، التليف الكيسي، مرض كوكس، الحنك (هيموفيليا ومتوسمين)، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقية الوراثية.</p>																																																																
<p>4. Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma and Retinal diseases.</p>		<p>هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بياض، مياه زرقاء، أمراض الشبكية.</p>																																																																
<p>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).</p>		<p>هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الانزلاق الغضروفي المتوسط أو المتقدم (التبسط)، انزعاج العمود الفقري المتوسط أو المتقدم،** (سكوليوسيس)، احتكاك المفصل المتوسط أو المتقدم أو تمزق الأربطة.</p>																																																																
<p>6. Pregnant Females only: Current single pregnancy. Current single pregnancy with previous CS delivery. Current multiple pregnancy. Expected delivery date:</p>		<p>لأنثى الحامل فقط: حمل حالي جين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع</p>																																																																
<p>Employee and dependents details that need to be added (3) (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)</p>																																																																		
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>اسم مقدم الخدمة</th> <th>الحالة / التشخيص</th> <th>رقم الجوال</th> <th>الطول</th> <th>الوزن</th> <th>رقم الهوية</th> <th>صلة القرابة</th> <th>الجنس</th> <th>اسم الموظف (أفراد العائلة)</th> </tr> <tr> <th>Provider Name</th> <th>Indication/Case</th> <th>Mobile No.</th> <th>Height</th> <th>Weight</th> <th>ID Number</th> <th>Relation</th> <th>Gender</th> <th>Employee /Dependent Name</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>				اسم مقدم الخدمة	الحالة / التشخيص	رقم الجوال	الطول	الوزن	رقم الهوية	صلة القرابة	الجنس	اسم الموظف (أفراد العائلة)	Provider Name	Indication/Case	Mobile No.	Height	Weight	ID Number	Relation	Gender	Employee /Dependent Name																																													
اسم مقدم الخدمة	الحالة / التشخيص	رقم الجوال	الطول	الوزن	رقم الهوية	صلة القرابة	الجنس	اسم الموظف (أفراد العائلة)																																																										
Provider Name	Indication/Case	Mobile No.	Height	Weight	ID Number	Relation	Gender	Employee /Dependent Name																																																										
<p>Undertakings: 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 SALAMA Cooperative Insurance Company 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 SALAMA Cooperative Insurance Company 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 bases. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.</p>																																																																		
<p>التعهدات: 1- أقر أنني أتعهد بالمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبأنه عليّ أن أقول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن شركة سلامة التأمين التعاوني لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر. 2- أوافق على أحقية شركة سلامة التأمين التعاوني 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 وافهمت جميع بنود هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم إشارتي أمامي أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة تعني وجود ما يستحق الإفصاح عنه وعليه أوافق. 4- عدم تعبئة بيانات الوزن والارتفاع سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة البترية.</p>																																																																		
<p>Entity's stamp</p>		<p>Employee Signature: </p>																																																																
<p>توقيع جهة العمل</p>		<p>توقيع الموظف: Date: 01/05/2024</p>																																																																

1. Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.

2. The company 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.

3. You need to add more dependents, an additional form should be filled.

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

5. Insurance company has the right to reject coverage of:

* 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 degree

1- عند تجديد الوثيقة فإنه لا يطلب لشركاء كالتب نموذج إعلان صحي لأي مؤمن له بمسعى عليه (11) أشهر.

2- لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج إعلان صحي طبي للمواليد الجدد عند إضافتهم على وثيقة التأمين الصحي لشركة.

3- ليس لشركة التأمين ما لم تكن الأم على وثيقة تأمين آخرى.

4- في حال الحاجة إلى إضافة معتمدين أكثر، يجب تعبئة نموذج إضافي.

5- عدم تعبئة النموذج من قبل صاحب العمل بالتوقيع بدلاً من المؤمن له، يعتبر انتهاكاً للمسؤولية القانونية.

6- يحظر توقيع هذا النموذج من قبل صاحب العمل بدلاً من الموظف.

7- رفض حالات عدم الإفصاح عن الحالات المتعلقة بالسمنة المذكورة بالمورد.

8- كما لا تقبل الشركة التأمين من مؤمنة سابع عمر أصلي الكلى و بترية الكلى (KDOQI).

9- يجب توثيق بترية الكلى من 10 درجات أو Scoliometer أكثر من 5 درجات.

الفرع Branch	السلامة Safety	الادارة Division	الموظف Safety officer	المسمى الوظيفي Job Title
Offer Detail				
مدة العقد (حتى نهاية المشروع)				
The duration of the contract depends on the end of the project				
MONTHLY	شهرية			الراتب والعلاوات SALARY
5700				الراتب الأساسي Basic Salary
300				بدل اعاشته Food Allowance
By the company				بدل سكن Housing allowance
By the company				بدل النقل Transportation
6000				الإجمالي Total
مميزات وشروط أخرى				

فترة التجربة : (90) يوما حسب نظام العمل والعمل السعودي اعتبارا من تاريخ مباشرة العمل.
Probation period: (90) days according to the Saudi labor and workers system, starting from the date of commencing work.

Annual leave is (21) days paid for each calendar service (if the employee is under the company's sponsorship)
الإجازة السنوية (21) يوما مدفوعة الأجر عن كل (سنة) ميلادية خدمية (إذا كان الموظف سعودي على كفالة الشركة)

Treatment: Provide a medical insurance card for treatment inside the Kingdom of Saudi Arabia (if the employee is under the company's sponsorship)
العلاج : توفير بطاقة تأمين طبي للعلاج داخل المملكة العربية السعودية (إذا كان الموظف سعودي أو على كفالة الشركة)

Travel tickets every two years for the employee with the expiry of the contract for non-Saudis. (If the employee is on the company's sponsorship)
تذاكر سفر واحدة كل سنتين للموظف مع انتهاء العقد (غير السعوديين) (إذا كان الموظف على كفالة الشركة)

The company bears the fees for extracting and renewing the residency after passing the evaluation of the trial period. (for non-Saudi) (if the employee is under the company's sponsorship)
الشركة تتحمل التكاليف لاستخراج وتجديد الإقامة بعد اجتياز تقييم فترة التجربة - غير سعودي (إذا كان الموظف على كفالة الشركة)

This offer is void if the business does not start on the date specified below
يغتر هذا العرض لانه لم يبدأ العمل في التاريخ المحدد اعلاه

الموافق: ١٤٤٢/١٢/١٠
S.E.O

I agree to what was mentioned in the details of this offer, and I confirm that I am ready to start work within and abide by the above clauses
أوافق على ما جاء في تفاصيل هذا العرض ، وأؤكد أنني على استعداد لمباشرة العمل خلال () لاأترام بالبنود المبينة أعلاه

KINGDOM OF SAUDI ARABIA
MINISTRY OF INTERIOR

هوية

RESIDENT IDENTITY

المملكة العربية السعودية

وزارة الداخلية

SHAKIP ULLAH MALANG JAN

شيخ الله ملائع جاني

الرقم ٢٥٤٦٣١٩٨٣٧ نسخة ١

مكرر الإصدار التسليل

الإصدار ١٩٩٩/٠٥/١٨ البلاء ١٤٤٤/١١/٠٥

المهنة عامل تعميل والتزويل

الديانة الاسلام

الديانة ملائع العتيبي



7546319837