

GUÍA PARA VISITANTES CIENTÍFICOS DEL OIEA



IAEA

Organismo Internacional de Energía Atómica

1. Las visitas científicas se conceden a los candidatos que tengan un puesto directivo o de consultor apropiado y duran hasta dos semanas en dos países como máximo. Las visitas científicas suelen formar parte integrante de la ejecución de un proyecto de cooperación técnica en una esfera de desarrollo de alta prioridad nacional, o se conceden, con carácter individual, como una contribución directa al desarrollo de recursos humanos del programa de energía atómica del país.

2. El OIEA establece el programa de visitas científicas en cooperación con los países anfitriones, y la duración y fechas exactas de cualquier visita dependerán de la decisión del gobierno anfitrión. Se pide a los candidatos que se encarguen, con la debida antelación, de obtener todos los visados necesarios. Cabe señalar que **la obtención de los visados, comprendidos los visados de tránsito, de ser necesarios, es responsabilidad exclusiva del visitante científico**. Cualquier modificación de los datos de la persona de contacto facilitados en el formulario de solicitud de visita científica (dirección postal, número de teléfono y correo electrónico) deberá comunicarse al OIEA lo antes posible.

3. Todas las comunicaciones relacionadas con la visita científica deberán dirigirse a la división del OIEA **pertinente**:

Divisiones del OIEA
División para África
División para Asia y el Pacífico
División para Europa
División para América Latina

Dirección postal	Teléfono, fax y correo electrónico
Departamento de Cooperación Técnica Organismo Internacional de Energía Atómica PO Box 100, 1400 Viena, Austria	Tel.: +43 1 2600 Fax: +43 1 26007 Correo electrónico: Official.Mail@iaea.org

4. La correspondencia ordinaria deberá dirigirse al Auxiliar de Administración de Programas pertinente y en ella habrá de indicarse siempre el nombre completo y el número de código de la visita científica.

5. Las fechas de las visitas científicas deben programarse según la conveniencia de las autoridades del país anfitrión y de los institutos que se van a visitar. Normalmente, las fechas acordadas por los países anfitriones para la visita científica no pueden modificarse sin causar una larga demora o incluso la cancelación de la visita. Toda petición de aplazamiento de visitas o modificación de fechas formulada por el candidato después de que el país anfitrión haya preparado el programa de la visita debe ir acompañada de una explicación razonable refrendada por el instituto del candidato.

6. El visitante científico recibirá: i) un pasaje pagado por adelantado a la tarifa lógica más baja en clase económica o, en su lugar, una suma global para el viaje en cuestión, y ii) un subsidio de viaje para sufragar los gastos de alojamiento, comida, desplazamientos interiores (en tren, autobús o taxi) e imprevistos de otra índole (como tasas de aeropuerto, libros o exceso de equipaje). El visitante científico debe ajustar sus gastos a los límites del subsidio de viaje otorgado, pues no es posible el reembolso de ningún gasto adicional.

7. Si el itinerario del vuelo obliga al visitante científico a hacer una escala en ruta, los gastos de alojamiento y comida durante la escala corren por su cuenta (o la de su Gobierno). El visitante científico deberá, en consecuencia, llevar dinero suficiente para esos casos. Cabe tener presente la práctica seguida por la mayoría de las líneas aéreas internacionales de sufragar generalmente los gastos de alojamiento en caso de escala forzosa.

8. El subsidio de viaje se abona íntegramente antes de la salida mediante transferencia bancaria electrónica a una cuenta bancaria personal; solo en casos excepcionales pueden transferirse los fondos a través una oficina del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) en el país de origen o el país de residencia del visitante.

9. El visitante científico deberá enviar por correo electrónico un informe sobre la visita (elaborado mediante la plantilla proporcionada en el anexo I), dentro del mes posterior a la finalización de la visita. Junto con el informe debe enviarse un PDF de las tarjetas de embarque utilizadas.
10. **Responsabilidad civil:** El OIEA es tenedor de una póliza de responsabilidad civil. Esta póliza cubre la responsabilidad jurídica que el OIEA estará obligado a asumir mediante el pago de las reclamaciones de indemnización hechas contra el asegurado por la pérdida o el daño de efectos personales, o por lesión corporal o enfermedad (mortal o no mortal) causados a personas por un acto de negligencia, error u omisión del asegurado o cualesquiera personas de cuyos actos, error u omisión pueda ser responsable. Además, en la póliza se estipula que se concederá una indemnización para cubrir la responsabilidad del OIEA por la capacitación de científicos en los laboratorios de los Estados Miembros, incluida la responsabilidad de las personas en capacitación.
11. **Seguro médico:** Todos los visitantes científicos disponen de un seguro médico por cuenta del OIEA, con arreglo a una póliza contratada con Cigna International Health Services BVBA. La información relativa a las condiciones de este seguro se exponen en un documento titulado [Frequently Asked Questions \(https://www.iaea.org/technicalcooperation/documents/Forms/Cigna.pdf\)](https://www.iaea.org/technicalcooperation/documents/Forms/Cigna.pdf). Este seguro debería cubrir la mayor parte de los gastos médicos personales en caso de accidente o enfermedad, pero **no cubre** los gastos médicos de los familiares. De conformidad con las condiciones de esta póliza de seguro, el visitante debe primero pagar las facturas hospitalarias y médicas y, posteriormente, enviar las facturas originales junto con los comprobantes de pago a Cigna International Health Services BVBA, en Bélgica, utilizando para ello el formulario de solicitud de reembolso de [Cigna Group Medical Insurance Scheme \(https://www.iaea.org/technicalcooperation/documents/Forms/Claim-Form.pdf\)](https://www.iaea.org/technicalcooperation/documents/Forms/Claim-Form.pdf) (adjunto asimismo en el anexo 2). El reembolso se efectuará con prontitud. Las facturas médicas no deben enviarse al OIEA ni a través de este.
12. El itinerario completo de la visita científica, incluidas las direcciones de los institutos anfitriones y los puntos de contacto, se le remitirá al visitante tan pronto se reciba el acuerdo de todos los gobiernos anfitriones en cuestión.
13. El OIEA no se ocupa de las reservas de hotel, salvo **si se solicita** y solo en el caso de las visitas científicas que se realizan en Viena (Austria).

INFORME SOBRE UNA VISITA CIENTÍFICA
--

1. Nombre del visitante científico:	Pulse aquí para introducir el texto.
2. Número de código de la visita científica:	Pulse aquí para introducir el texto.
3. Dirección del visitante científico en el país anfitrión:	Pulse aquí para introducir el texto.
Fecha de inicio del programa en el país anfitrión:	Pulse aquí para introducir el texto.
5. Fecha de finalización del programa en el país anfitrión (comprendidos los desplazamientos internos, en su caso):	Pulse aquí para introducir el texto.
6. Nombre y dirección completa de la institución en la que se realizó la visita:	Pulse aquí para introducir el texto.
7. Número del proyecto de CT:	Pulse aquí para introducir el texto.
8. Nombre de la contraparte del proyecto de CT:	Pulse aquí para introducir el texto.
9. Describa los principales aspectos de la visita (capacitación recibida, reuniones con funcionarios del país anfitrión, trabajo de investigación realizado, etc.):	Pulse aquí para introducir el texto.
10. Dé su evaluación del valor de la visita para su trabajo futuro en su país de origen:	Pulse aquí para introducir el texto.
11. ¿Qué cargo ocupa usted actualmente? Describa brevemente sus funciones y responsabilidades actuales:	Pulse aquí para introducir el texto.
12. A fin de mejorar la administración del programa de visitas científicas de CT, agradeceríamos sus comentarios y sugerencias sobre las cuestiones siguientes:	
i) Idoneidad de la institución anfitriona seleccionada para la visita:	Pulse aquí para introducir el texto.
ii) Idoneidad del programa de la visita realizada y calidad de la orientación recibida:	Pulse aquí para introducir el texto.
iii) Calidad e idoneidad de las instalaciones que hubo disponibles durante la visita:	Pulse aquí para introducir el texto.
iv) Alojamiento:	Pulse aquí para introducir el texto.
v) Asistencia recibida del OIEA:	Pulse aquí para introducir el texto.
vi) Asistencia recibida de las autoridades del país de origen y/o del país anfitrión:	Pulse aquí para introducir el texto.

13. Otras observaciones:

Pulse aquí para introducir el texto.

Fecha y firma del visitante científico:

Fecha:	Pulse aquí para introducir el texto.	Firma del visitante científico:	
---------------	--------------------------------------	--	--



FELLOWS / TRAINEES

MEDICAL CLAIM FORM

1. Please write clearly in black ink and **BLOCK CAPITALS**.
2. This claim form contains personal data. Please don't share this with members outside your family.
3. Please complete a separate claim form for each patient and for each currency.
4. Return this form with original invoices (no staples) to:
Cigna, P.O. Box 69, 2140 Antwerpen, Belgium

Name plan member

Personal reference n° /

Organisation

PATIENT

Name

Date of birth D M Y Gender M F

Address

Telephone

Email

Project no.

Period of contract D M Y

CLAIM INFORMATION

Is the claim (partially) related to an accident? No Yes Yes, work related

☛ If yes, also complete the [Notification of accident form](#).

Is the claim covered by another insurance? No Yes

☛ If yes, specify the amount and the insurance company and include the insurance statements (settlement notes, invoices, etc.)

Amount and currency Insurance company

Currency	Amount	Invoice date	Nature of expenses	Diagnosis
<input type="text"/>	<input type="text"/>	D <input type="text"/> <input type="text"/> M <input type="text"/> <input type="text"/> Y <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	D <input type="text"/> <input type="text"/> M <input type="text"/> <input type="text"/> Y <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	D <input type="text"/> <input type="text"/> M <input type="text"/> <input type="text"/> Y <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Total <input type="text"/>		Main country of treatment <input type="text"/>		

PAYMENT INFORMATION - COMPLETE ONLY IN CASE OF CHANGE

Mail cheque to Name

Address

Bank transfer Preferred currency of reimbursement

The currencies are limited by the contract. If this currency is different from that of your bank account, your bank could charge you fees at your expense.

Name account holder

Account n° or IBAN

BIC/Swift code Bank ID

Full bank name and address

In view of a smooth administration of the contract and/or settlement of the insurance claim, and only for that purpose, I hereby give my specific and informed consent regarding the processing of the medical data concerning myself and/or the members of my family article 7 of the Belgian law of December 8, 1982 concerning the private life, I certify that the above information is to the best of my knowledge and belief correct and true. The insurance of false claims, the provision of misleading information or the withholding of information related thereto is an offence punishable by Law. The information provided on or attached to this form may be disclosed to other persons or written for the purpose of processing this claim and performing medical insurance plan administration.

Date D M Y

Signature of the plan member