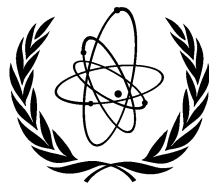


دليل للزائرين العلميين برعاية الوكالة



IAEA

الوكالة الدولية للطاقة الذرية

1- تُمنح الزيارات العلمية لمرشحين يَشغَلون مناصب استشارية أو إدارية مناسبة. ومدة هذه الزيارات أسبوعان على الأكثر في بلدين كحدِّ أقصى. وتشكل الزيارات العلمية في العادة جزءاً لا يتجزأ من تنفيذ مشروع من مشاريع التعاون التقني في أحد مجالات التنمية ذات الأولوية العالية على الصعيد الوطني، أو تُمنح على أساس فردي باعتبارها مساهمة مباشرة في تنمية الموارد البشرية لبرنامج الطاقة الذرية للبلد المعني.

2- وتضع الوكالة برنامج الزيارات العلمية بالتعاون مع البلدان المضيفة، ويعتمد تحديد مدة أي زيارة ومواعيدها بدقة على قرار الحكومة المضيفة. ويطلب من المرشحين أن يتَّخذوا ما يلزم من خطوات قبل وقت كافٍ للحصول على جميع التأشيرات اللازمة. وينبغي ملاحظة أن الزائر العلمي يتحمل وحده مسؤولية الحصول على التأشيرات، بما فيها تأشيرات العبور عند الضرورة. وينبغي إبلاغ الوكالة فوراً بأي تغييرات تطرأ على المعلومات المتعلقة بسبل الاتصال التي تُدرج في استمارة الترشيح (العنوان البريدي ورقم الهاتف والبريد الإلكتروني).

3- وينبغي توجيه جميع المراسلات المتعلقة بالزيارة العلمية إلى الشعبة المعنية في الوكالة:

شُعَب الوكالة
شعبة أفريقيا
شعبة آسيا والمحيط الهادئ
شعبة أوروبا
شعبة أمريكا اللاتينية

العنوان البريدي	الاتصال عن بعد
Department of Technical Cooperation International Atomic Energy Agency PO Box 100, 1400 Vienna, Austria	رقم الهاتف: +2600 1 43 رقم الفاكس: +26007 1 43 عنوان البريد الإلكتروني: Official.Mail@iaea.org

4- وينبغي توجيه المراسلات العادية إلى مساعد شؤون إدارة البرنامج المعني، وينبغي أن تتضمن دائماً الاسم الكامل والرقم الرمزي للزيارة العلمية.

5- ويجب أن تُبرمج مواعيد الزيارات العلمية وفقاً لما يناسب سلطات البلد المضيف والمؤسسات المراد زيارتها. وفي العادة لا يمكن تغيير المواعيد التي توافق عليها البلدان المضيفة للزيارات العلمية دون أن يؤدي ذلك إلى تأخير طويل للزيارة أو حتى إلى إلغائها. وأي طلبٍ يقدِّمه المرشح لإرجاء زيارات أو إحداث تغييرات في الجدول الزمني بعدما تكون الدولة المضيفة قد أعدت برنامج الزيارة يجب أن يكون مشفوعاً بتبرير معقول تؤيِّده المؤسسة التي ينتمي إليها المرشح.

6- ويتلقى الزائر العلمي ما يلي: '1' تذكرة سفر مدفوعة مسبقاً بأقلِّ سعر معقول في الدرجة الاقتصادية، أو مبلغاً إجمالياً مقطوعاً بدلاً من تذكرة السفر المدفوعة مسبقاً للرحلة المعنية، '2' منحة سفر تغطي تكلفة المبيت ووجبات الطعام والسفر الداخلي (بالقطار أو الحافلة أو سيارة الأجرة) وغير ذلك من نفقات عرضية (مثل رسوم المطار أو الكتب أو رسوم الوزن الزائد للأمتعة). ويجب أن يتدبَّر الزائر العلمي نفقاته في حدود منحة السفر التي تُقدَّم إليه، إذ لا يمكن التعويض عن أيِّ نفقات إضافية.

7- وإذا اضطر الزائر العلمي إلى التوقف في طريقه إلى الجهة المقصودة بسبب جدول الرحلة الجوية، تقع على عاتقه المسؤولية عن التكاليف المرتبطة بالمبيت والطعام أثناء التوقف (أو على حكومة بلده). لذلك

ينبغي للزائر العلمي أن يحمل معه ما يكفي من نقود احتياطي لأي حالات من هذا القبيل. ويُنصَحُ الانتباه إلى الممارسة العملية التي تتبعها معظم الخطوط الجوية الدولية التي تتكفل في العادة بتكاليف المبيت في حالات التوقف الاضطراري.

8- وتدفع منحة السفر كاملةً قبل المغادرة، وذلك بحوالة مصرفية إلكترونية إلى حساب مصرفي شخصي؛ وفي حالات استثنائية فقط يمكن تحويل المبلغ عبر أحد مكاتب برنامج الأمم المتحدة الإنمائي في بلد موطن الزائر أو بلد إقامته.

9- ويتعيّن على الزائر العلمي أن يبعث تقريراً عن زيارته (حسب النموذج المتاح في المرفق 1) بالبريد الإلكتروني في غضون شهر واحد بعد إتمام زيارته. وينبغي أن تُرفق بالتقرير المرسل صورة إلكترونية بصيغة PDF من البطاقات المستخدمة للصعود إلى الطائرة.

10- **المسؤولية:** الوكالة حائزة لبوليصة تأمين إزاء المسؤولية المدنية. وتغطي هذه البوليصة المسؤولية القانونية التي تصبح الوكالة ملزمة بدفع مبالغ عنها فيما يتعلق بالمطالبات التي تُرفع ضد المؤمن عليه للتعويض عن فقدان ممتلكات أو عن أضرار تلحق بها أو عن إصابات جسدية أو أمراض (مميّنة أو غير مميّنة) تصيب أشخاصاً بسبب تصرف ينطوي على إهمال أو خطأ أو تقصير من جانب المؤمن عليه، أو من جانب أي شخص أو أشخاص يكون مسؤولاً عن تصرفاتهم أو أخطائهم أو تقصيرهم. وبالإضافة إلى ذلك، تنصُّ البوليصة على منح تعويض لتغطية مسؤولية الوكالة عن تدريب العلماء في مختبرات الدول الأعضاء، بما في ذلك المسؤولية القانونية للمتدربين.

التأمين الطبي: توفر الوكالة على نفقتها الخاصة تأميناً طبيّاً لجميع الزائرين العلميين، بموجب بوليصة معقودة مع شركة سيغنا إنترناشيونال هيلث سيرفسز (Cigna International Health Services BVBA). ويمكن الاطلاع على معلومات عن شروط هذه البوليصة في الوثيقة المعنونة

<https://www.iaea.org/sites/default/files/18/01/cigna.pdf> **Frequently Asked Questions**

ومن المفترض أن يغطّي هذا التأمين معظم النفقات الطبية الشخصية في حالة وقوع حادث أو في حالة المرض، إلا أنه لا يغطّي النفقات الطبية لأفراد الأسرة. ووفقاً لشروط بوليصة التأمين هذه، يجب على الزائر أن يدفع أولاً فواتير المستشفيات والفواتير الطبية، ثم يقدّم الفواتير الأصلية، مشفوعة بإثبات يفيد بتسديدها، إلى شركة سيغنا إنترناشيونال هيلث سيرفسز في بلجيكا، باستخدام استمارة المطالبة الخاصة ببرنامج التأمين الطبي الجماعي لشركة سيغنا

[Cigna Group Medical Insurance Scheme claim form](#)

<https://www.iaea.org/sites/default/files/18/11/cigna-medical-claim-form.pdf>

(ملحق أيضاً في المرفق 2) وسيتم رد المصروفات سريعاً. وينبغي عدم إرسال الفواتير الطبية إلى الوكالة أو بواسطتها.

11- أما مخطط الزيارة العلمية بصورته الكاملة، بما في ذلك عناوين المؤسسات المضيفة وجهات الاتصال، فسيُرسل إلى الزائر عند تلقّي موافقة جميع الحكومات المضيفة المعنية.

12- ولا تقوم الوكالة بترتيب المبيت في الفنادق، إلا إذا **طلب منها ذلك** فيما يخص الزيارات العلمية التي تتم في فيينا، النمسا.

تقرير عن زيارة علمية

1- اسم الزائر العلمي:	انقر هنا لإدخال نص.
2- الرقم الرمزي للزيارة العلمية:	انقر هنا لإدخال نص.
3- عنوان الزائر العلمي في البلد المضيف:	انقر هنا لإدخال نص.
4- تاريخ بدء البرنامج في البلد المضيف:	انقر هنا لإدخال نص.
5- تاريخ انتهاء البرنامج في البلد المضيف (بما في ذلك السفر الداخلي، حسب الاقتضاء):	انقر هنا لإدخال نص.
6- الاسم والعنوان الكامل للمؤسسة التي تمت فيها الزيارة:	انقر هنا لإدخال نص.
7- رقم مشروع التعاون التقني:	انقر هنا لإدخال نص.
8- اسم الجهة المناظرة لمشروع التعاون التقني:	انقر هنا لإدخال نص.
9- قَدِّم وصفاً لأهم عناصر الزيارة (التدريب المتلقى، والاجتماعات مع مسؤولي الجهة المضييفة، والأعمال البحثية التي تم الاضطلاع بها، إلخ):	انقر هنا لإدخال نص.
10- يُرجى بيان تقديرك لقيمة الزيارة بالنسبة لعملك مستقبلاً في موطنك:	انقر هنا لإدخال نص.
11- ما هو المنصب الذي تشغله في الوقت الحاضر؟ يُرجى أن تصف بإيجاز الواجبات والمسؤوليات التي تضطلع بها في الوقت الحاضر.	انقر هنا لإدخال نص.
12- من أجل تحسين إدارة برنامج الزيارات العلمية في إطار التعاون التقني، يُرجى أن تذكر تعليقاتك واقتراحاتك حول النقاط التالية:	
'1' مدى ملاءمة المؤسسة المضييفة المختارة للزيارة:	انقر هنا لإدخال نص.
'2' ملاءمة برنامج الزيارة المضطلع به وجودة الإرشادات التي تلقتها:	انقر هنا لإدخال نص.
'3' جودة وملاءمة التسهيلات التي أتاحت لك خلال الزيارة:	انقر هنا لإدخال نص.
'4' ترتيبات المبيت:	انقر هنا لإدخال نص.
'5' المساعدة التي تلقتها من الوكالة:	انقر هنا لإدخال نص.

6' المساعدة التي تلقيتها من سلطات وطنك و/أو السلطات المضيفة:

انقر هنا لإدخال نص.

13- أي تعليقات أخرى:

انقر هنا لإدخال نص.

يُرجى من الزائر العلمي التوقيع هنا وبيان التاريخ.

التاريخ:

انقر هنا لإدخال نص.

توقيع الزائر العلمي:



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 issuance 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 entities for the purpose of processing this claim and performing medical insurance plan administration.

Date D M Y

Signature of the plan member

S&P 001 Rev. 2/01/19