

**APÉNDICE 2 DEL
PROTOCOLO DEL PROGRAMA DE COMPENSACIÓN SIN CULPA DEL COVAX
PARA LAS ECONOMÍAS QUE PUEDEN OPTAR AL AMC**

FORMULARIO DE SOLICITUD

INSTRUCCIONES / AVISOS IMPORTANTES PARA LOS SOLICITANTES:

1. **Definiciones:** Los términos en mayúsculas que se utilizan pero no se definen en el presente formulario, como por ejemplo “Solicitante”, “Lesión”, “Vacuna”, “Economías que pueden optar al AMC”, “Profesional Sanitario Colegiado”, “Paciente”, etc., tienen el significado que se les da en el Protocolo del Programa, que se puede consultar en www.covaxclaims.com.
2. **¿Cuándo se debe usar este formulario?:** Utilice este formulario para presentar una solicitud de compensación en el marco del Programa. Usted (como el Solicitante) puede presentar una solicitud de compensación si usted (o si la persona que representa) ha sufrido una [Lesión](#) a raíz de la administración de una [Vacuna](#) en una Economía que puede optar al AMC. . Para saber cuáles son la Economías que pueden optar al AMC cubiertas por el Programa, consulte la lista bajo la Pregunta 5 de las Preguntas frecuentes sobre el Programa, disponibles en www.covaxclaims.com. Antes de cumplimentar este formulario, sírvase consultar el Protocolo del Programa, las Preguntas frecuentes sobre el Programa y las «Instrucciones para presentar una Solicitud», disponibles en el sitio web del Programa, en www.covaxclaims.com. Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con (i) el Centro Regional pertinente del Programa por correo electrónico, teléfono o correo ordinario (véase el Apéndice 1 de este formulario de Solicitud); o (ii) el Administrador del Programa por correo electrónico a la dirección covaxclaims@esis.com. También se recomienda que consulte y complete la Lista de Verificación para solicitantes antes de presentar su Solicitud.
3. **Pruebas Justificativas:** Este formulario de Solicitud debe presentarse acompañado de: (i) el formulario de Pruebas Justificativas (Apéndice 3 del Protocolo del Programa); y (ii) los demás documentos requeridos mencionados en la Sección 8 de este formulario de Solicitud.
4. **Periodo de espera:** Salvo si la persona a la que representa ha fallecido, se debe observar un periodo de espera de 30 días desde la administración de la dosis de Vacuna que se considera que ha provocado la Lesión, antes de cumplimentar este formulario y pedir a una [Profesional Sanitario Colegiado](#) que cumplimente el formulario de Pruebas Justificativas (Apéndice 3 del Protocolo del Programa).
5. **Idiomas aceptados:** Este formulario de Solicitud debe cumplimentarse y presentarse únicamente en español, francés o inglés, y no en ningún otro idioma. No obstante, los documentos adjuntos mencionados en la [Sección 8](#) de este formulario podrán presentarse en otros idiomas, cuando no se encuentren disponibles en español, francés o inglés.
6. **Cumplimentación:** Cumplimente este formulario lo más posible y proporcione la mayor cantidad de informaciones posibles. Debe insertar también su nombre completo, su firma y la fecha en los espacios destinados a ello en la [Sección 14](#) de este formulario.
7. **Plazo de presentación:** Tenga en cuenta que existe un plazo para presentar los documentos de su Solicitud (es decir, el formulario de Solicitud (Apéndice 2) y el formulario de Pruebas Justificativas (Apéndice 3) debidamente cumplimentados, junto con los demás documentos requeridos). Los

Formulario de Solicitud del Programa de compensación sin culpa del COVAX para las economías que pueden optar al AMC

Apéndice 2 del Protocolo del Programa – versión del 1 diciembre 2023

**APÉNDICE 2 DEL
PROTOCOLO DEL PROGRAMA DE COMPENSACIÓN SIN CULPA DEL COVAX
PARA LAS ECONOMÍAS QUE PUEDEN OPTAR AL AMC**

documentos de su Solicitud deben presentarse en el Periodo de notificación que le corresponda a usted (o a la persona que usted representa). Si necesita ayuda para determinar cuál es el Periodo de notificación en el que debe presentar los documentos de su Solicitud, póngase en contacto con el Centro Regional pertinente del Programa por correo electrónico, teléfono o correo ordinario, o con el Administrador del Programa por correo electrónico en covaxclaims@esis.com. En caso de que su Solicitud se presente una vez finalizado el Periodo de notificación aplicable, cabe la posibilidad de que no sea aceptada. Tenga en cuenta también que el proceso de Solicitudes del Programa concluirá el 30 de junio de 2027. No se podrá presentar ninguna Solicitud después de esta fecha.

8. Forma de presentar los documentos de su Solicitud: Puede presentar los documentos de su Solicitud por cualquiera de los siguientes medios:

- Subiéndolos al portal web del Programa, disponible en www.covaxclaims.com ;
- Enviándolos por correo electrónico a covaxclaims@esis.com; o
- Enviándolos por correo postal al Centro Regional pertinente del Programa, cuyas direcciones figuran en el Apéndice 1 del presente formulario de Solicitud (Información de contacto de los centros regionales) y también figuran en el sitio web del Programa, en www.covaxclaims.com.

[El formulario de Solicitud continúa en la página siguiente]

**APÉNDICE 2 DEL
PROTOCOLO DEL PROGRAMA DE COMPENSACIÓN SIN CULPA DEL COVAX
PARA LAS ECONOMÍAS QUE PUEDEN OPTAR AL AMC**

FORMULARIO DE SOLICITUD

1. Datos relativos al Paciente. Sírvase facilitar la siguiente información sobre el [Paciente](#).

Si presenta esta Solicitud en nombre propio, usted es el Paciente y no necesita completar la Sección 2 que figura más abajo.

Nombre completo del Paciente, incluido el segundo nombre, si lo hay	
Dirección postal (incluyendo la ciudad, el código postal y el país)	
País de ciudadanía	
País de residencia	
País en el que se administró la Vacuna	
Fecha de nacimiento (día/mes/año)	
Género	
Número de afiliación a la seguridad social (u otro número de identificación similar), si lo hay	
Número de teléfono fijo, si lo tiene	
Número de teléfono móvil, si lo tiene	
Dirección de correo electrónico, si la tiene	

**APÉNDICE 2 DEL
PROTOCOLO DEL PROGRAMA DE COMPENSACIÓN SIN CULPA DEL COVAX
PARA LAS ECONOMÍAS QUE PUEDEN OPTAR AL AMC**

2. Datos relativos a la persona legalmente facultada para presentar esta Solicitud en nombre del Paciente

Cuando el Paciente: *a)* haya muerto; o *b)* tenga una discapacidad que le impida presentar una Solicitud por sí mismo; o *c)* sea un niño (menor de edad); o *d)* carezca de capacidad jurídica, por algún motivo, para presentar una Solicitud por sí mismo, deberá hacerlo otra persona que esté legalmente facultada para presentar esta Solicitud en nombre del Paciente.

En los casos anteriores, sírvase proporcionar los datos relativos a la persona legalmente facultada para presentar esta Solicitud en nombre del Paciente, así como los detalles de la relación de esa persona con el Paciente.

Nombre completo, incluido el segundo nombre, en su caso, de la persona que presenta la Solicitud en nombre del Paciente	
Dirección postal (incluyendo la ciudad, el código postal y el país)	
Fecha de nacimiento (día/mes/año)	
Número de afiliación a la seguridad social (u otro número de identificación similar), si lo hay	
Número de teléfono fijo, si lo tiene	
Número de teléfono móvil, si lo tiene	
Dirección de correo electrónico, si la tiene	
Relación con el Paciente	
Relación con el Paciente (Por ejemplo: ¿Es Usted el padre, la madre o el tutor legal	

**APÉNDICE 2 DEL
PROTOCOLO DEL PROGRAMA DE COMPENSACIÓN SIN CULPA DEL COVAX
PARA LAS ECONOMÍAS QUE PUEDEN OPTAR AL AMC**

C. ¿Se ha recibido algún pago previo de cualquier otra fuente, en concepto de compensación por la Lesión a la que se refiere esta Solicitud? Esto podría incluir, por ejemplo, un laudo de cualquier corte o tribunal arbitral, o un pago de liquidación o solución, etc.

Sí _____ No _____ (marque solo una respuesta)

Si la respuesta es «sí», por favor proporcione el importe y (a lo mejor de su habilidad) los datos completos de dichos pagos previos:

D. ¿El Solicitante/Paciente es elegible para recibir un pago de cualquier otro programa de compensación por lesiones debidas a vacunas en concepto de compensación por la Lesión a la que se refiere esta Solicitud?

Sí _____ No _____ (marque solo una respuesta)

Si la respuesta es «sí», por favor proporcione (a lo mejor de su habilidad) los datos completos de dicho programa de compensación por lesiones debidas a vacunas:

E. ¿El Solicitante/Paciente ha solicitado previamente una compensación por la Lesión sufrida a cualquier otro programa de compensación por lesiones debidas a vacunas?

Sí _____ No _____ (marque solo una respuesta)

**APÉNDICE 2 DEL
PROTOCOLO DEL PROGRAMA DE COMPENSACIÓN SIN CULPA DEL COVAX
PARA LAS ECONOMÍAS QUE PUEDEN OPTAR AL AMC**

Si la respuesta es «sí», por favor proporcione lo siguiente:

1. Una copia de la resolución final (o resoluciones finales) del otro programa de compensación por lesiones debidas a vacunas; y
2. En caso de que el otro programa de compensación por lesiones debidas a vacunas haya concedido una compensación, por favor proporcione: *a*) el importe total de la compensación otorgada, *b*) una descripción de la naturaleza de la compensación (por ejemplo: ¿ Se concedió el importe como compensación global por la Lesión, y/o como compensación por pérdida de ingresos, y/o como compensación para gastos médicos, etc. ?), y *c*) una descripción de cómo se ha pagado o se pagará el importe de la compensación (por ejemplo, ¿ se ha pagado o se pagara el importe de la compensación como pago único o a plazos?). Si no puede facilitar toda esta información, indique el nombre y los datos de contacto del otro u otros programas de compensación por lesiones debidas a vacunas.

F. ¿Existen procedimientos judiciales, demandas o reclamaciones de compensación pendientes en relación con la Lesión a la que se refiere esta Solicitud (incluida una reclamación pendiente por la Lesión presentada ante otro programa de compensación por lesiones debidas a vacunas)?

Sí _____ No _____ (marque solo una respuesta)

Si la respuesta es «sí», por favor proporcione los datos completos de todos los procedimientos judiciales, demandas o reclamaciones pendientes (incluida cualquier reclamación pendiente presentada ante otro programa de compensación por lesiones debidas a vacunas):

**APÉNDICE 2 DEL
PROTOCOLO DEL PROGRAMA DE COMPENSACIÓN SIN CULPA DEL COVAX
PARA LAS ECONOMÍAS QUE PUEDEN OPTAR AL AMC**

--

4. Datos relativos a la Vacuna administrada al Paciente:

¿Recibió el Paciente (o, en caso de defectos congénitos, la madre del Paciente) alguna de las Vacunas que figuran en la lista del <u>Apéndice 1</u> del Protocolo? ¹	
¿Cuál es el nombre de la Vacuna?	
Si la Vacuna es una vacuna con un programa de dos dosis, ¿recibió el Paciente ambas dosis de la Vacuna?	
¿Recibió el Paciente alguna(s) dosis adicional(es) y/o dosis de refuerzo además del programa original de una o dos dosis de la Vacuna?	
Número(s) de lote o partida de cada dosis de la Vacuna (es decir, primera dosis, segunda dosis, dosis adicional(es) y/o de refuerzo, según corresponda) administrada al Paciente o, en caso de defectos congénitos, a la madre del Paciente. Dicho(s) número(s) de lote o partida es/son proporcionado(s) por el/los inmunizador(es) (sea una persona o una organización)	

¹ Sírvase consultar la lista de Vacunas que figura en el Apéndice 1 del Protocolo, disponible en el sitio web del programa, en www.covaxclaims.com .

**APÉNDICE 2 DEL
PROTOCOLO DEL PROGRAMA DE COMPENSACIÓN SIN CULPA DEL COVAX
PARA LAS ECONOMÍAS QUE PUEDEN OPTAR AL AMC**

que administró la(s) dosis de la Vacuna en cuestión ²	
Si se conoce, nombre(s) de el/los inmunizador(es) (sea una persona o una organización) que administró la(s) dosis de la Vacuna al Paciente o, en caso de defectos congénitos, a la madre del Paciente.	
Lugar(es) (por ejemplo, centro sanitario) donde se administró la(s) dosis de la Vacuna al Paciente o, en caso de defectos congénitos, a la madre del Paciente. Si la Vacuna se administró en una “unidad móvil de vacunación en.....” [incluya el nombre de la ciudad o pueblo].	
Fecha(s) (día/mes/año) en que se administró la(s) dosis de la Vacuna al Paciente o, en caso de defectos congénitos, a la madre del Paciente (especifíquese la fecha de administración de cada dosis de la Vacuna).	

5. Datos relativos a otros medicamentos/vacunas, en la medida en que se conozcan:

a) Sírvase enumerar los medicamentos que haya tomado el Paciente y/o cualquier otra vacuna (que no sea contra la COVID-19) que se le haya administrado al Paciente después de que se le administrara(n) la(s) dosis

² **NOTA:** El/Los número(s) de lote o partida de la(s) dosis de la Vacuna administrada(s) al Paciente o, en caso de defectos congénitos, a la madre del Paciente, es información crítica que se necesita para verificar si dicha(s) dosis de la Vacuna está(n) cubiertas por el Programa. Por lo tanto, dicha información **debe** proporcionarse en esta Solicitud. En general, puede encontrar esta información en la tarjeta de vacunación o en cualquier otro documento en papel o electrónico que el Paciente haya recibido cuando se le administró la(s) dosis de la Vacuna. Si no conoce el/los número(s) de lote o partida de la(s) dosis de la Vacuna, por favor comuníquese con el centro de vacunación o con el/los inmunizador(es) (con la persona u organización) que administró la(s) dosis (s) de la Vacuna al Paciente o, en caso de defectos congénitos, a la madre del Paciente, para obtener esta información.

**APÉNDICE 2 DEL
PROTOCOLO DEL PROGRAMA DE COMPENSACIÓN SIN CULPA DEL COVAX
PARA LAS ECONOMÍAS QUE PUEDEN OPTAR AL AMC**

de la Vacuna al Paciente. (Proporcionése esta información por separado para cada dosis de Vacuna administrada):

b) Sírvase enumerar los medicamentos que haya tomado el Paciente y/o cualquier otra vacuna (que no sea contra la COVID-19) que se le haya administrado al Paciente durante un periodo de 6 semanas antes de la administración al Paciente de cada una de la(s) dosis de la Vacuna. (Proporcionése esta información por separado para cada dosis de Vacuna administrada):

c) En caso de defectos congénitos, sírvase enumerar los medicamentos que haya tomado la madre del Paciente y/o cualquier otra vacuna (que no sea contra la COVID-19) que se le haya administrado a la madre del Paciente durante el embarazo:

d) En caso de defectos congénitos, sírvase enumerar los medicamentos que haya tomado la madre del Paciente y cualquier otra vacuna (que no sea contra la COVID-19) que se le haya administrado a la madre del Paciente 6 semanas antes del inicio del embarazo. (Proporcionése esta información por separado para cada dosis de Vacuna administrada):

**APÉNDICE 2 DEL
PROTOCOLO DEL PROGRAMA DE COMPENSACIÓN SIN CULPA DEL COVAX
PARA LAS ECONOMÍAS QUE PUEDEN OPTAR AL AMC**

6. Datos relativos a la medicación previa a largo plazo, en la medida que se conozcan:

Sírvase indicar todos los medicamentos no descritos anteriormente que hayan sido tomados por el Paciente (o en caso de defectos congénitos, por la madre del Paciente) durante un periodo consecutivo de más de tres semanas en los 24 meses previos a la administración de cada una de la(s) dosis de la Vacuna al Paciente, o en caso de defectos congénitos, a la madre del Paciente (Proporciónese esta información por separado para cada dosis de Vacuna administrada):

7. Describa lo que sucedió después de que se administrara(n) la(s) dosis de la Vacuna al Paciente o, en caso de defectos congénitos, a la madre del Paciente. Sírvase dar una descripción tan precisa y completa como sea posible.

En el espacio que se ofrece a continuación, describa en sus propias palabras lo que sucedió después de que se administrara(n) la(s) dosis de la Vacuna al Paciente o, en caso de defectos congénitos, a la madre del Paciente. Sírvase :

- i)* describir la lesión o enfermedad sufrida por el Paciente;
- ii)* indicar la(s) fecha(s) en que comenzaron a manifestarse los síntomas;
- iii)* describir de los síntomas de la lesión;
- iv)* indicar lo que en su opinión causó la lesión o enfermedad sufrida por el Paciente;
- v)* indicar si el Paciente ha tenido alguna vez la misma lesión o enfermedad en el pasado (o, en el caso de defectos congénitos, si la madre del Paciente ha tenido otro hijo nonato o recién nacido con una lesión o enfermedad congénita); en caso afirmativo, dé una explicación más detallada que incluya indicaciones sobre fechas;
- vi)* indicar si tiene noticia de que algún familiar cercano del Paciente, como por ejemplo un hermano, hermana, padre, hijo, tía, tío o primo hermano, haya sufrido alguna lesión o enfermedad similar anteriormente; en caso afirmativo, indique qué familiar cercano y describa la lesión o enfermedad similar.

**APÉNDICE 2 DEL
PROTOCOLO DEL PROGRAMA DE COMPENSACIÓN SIN CULPA DEL COVAX
PARA LAS ECONOMÍAS QUE PUEDEN OPTAR AL AMC**



8. Documentos adicionales que deben presentarse junto con esta Solicitud

Para que la Solicitud se considere completa, el Solicitante debe presentar junto a este formulario los documentos que se indican a continuación. Téngase en cuenta que la no presentación de cualquiera de los siguientes documentos o el retraso en hacerlo puede dar lugar al rechazo de una Solicitud o a demoras en su examen:

**APÉNDICE 2 DEL
PROTOCOLO DEL PROGRAMA DE COMPENSACIÓN SIN CULPA DEL COVAX
PARA LAS ECONOMÍAS QUE PUEDEN OPTAR AL AMC**

- a. El formulario de Pruebas Justificativas que se adjunta como Apéndice 3 del Protocolo del Programa, debidamente completado y firmado. El formulario de Pruebas Justificativas debe ser completado y firmado por uno o varios Profesionales Sanitarios Colegiados.³
- b. En caso de que el Paciente 1) haya muerto; o 2) esté discapacitado de un modo que le impida presentar una Solicitud por sí mismo; o 3) sea un niño (menor de edad); o 4) carezca de capacidad jurídica, por cualquier motivo, para presentar una Solicitud por sí mismo, entonces la persona que presente la Solicitud en nombre del Paciente (de acuerdo con la Sección 2 de este formulario) deberá presentar también una declaración y/o poder otorgado ante un Notario en el territorio de residencia del Paciente o del Solicitante, o en el territorio donde se haya administrado la Vacuna. Dicha declaración o poder notariado debe confirmar:
- i. que la persona que presenta la Solicitud en nombre del Paciente es el padre, la madre, el tutor, un heredero u otro representante legalmente reconocido, según el caso, del Paciente; y
 - ii. que, en caso de que el Paciente haya muerto, la persona que presenta la Solicitud en su nombre: A) es el representante debidamente autorizado y legalmente reconocido de todos los herederos legales del Paciente, conforme a lo indicado en la declaración o el poder correspondiente; B) posee todos los derechos, poderes y facultades necesarios para representar a todos los mencionados herederos legales, actuar en su nombre y obligarlos jurídicamente; y C) no existen otros herederos legales del Paciente distintos de los que figuran en la declaración o el poder correspondiente.

9. Datos de contacto de los hospitales, los Profesionales Sanitarios Colegiados y otras personas que puedan aportar información adicional sobre la lesión o la enfermedad sufrida por el Paciente

En el espacio que se ofrece a continuación, sírvase proporcionar los nombres y datos de contacto (por ejemplo, dirección, número de teléfono o móvil, dirección de correo electrónico) de cualquier tercero con el que se pueda contactar para obtener más información sobre la lesión o enfermedad sufrida por el Paciente. A modo de ejemplo, esos terceros pueden ser cualquier hospital o clínica médica que haya tratado al Paciente o, en caso de defectos congénitos, a la madre del Paciente; cualquier persona u organización que haya administrado la(s) dosis de la Vacuna al Paciente o, en caso de defectos congénitos, a la madre del Paciente; o cualquier Profesional Sanitario Colegiado que haya tratado al Paciente, etc.

³ El término «Profesional Sanitario Colegiado» se refiere a cualquier profesional de la salud, entre los que cabe incluir a médicos, cirujanos, enfermeras, parteras, asistentes médicos, psiquiatras, fisioterapeutas, ergoterapeutas, dentistas y farmacéuticos, que esté debidamente colegiado o legalmente autorizado para ejercer la profesión en la Economía que puede optar al AMC en la que el Paciente reside y ha recibido la Vacuna o, en caso de defectos congénitos, en la que reside y ha recibido la Vacuna la madre del Paciente.

**APÉNDICE 2 DEL
PROTOCOLO DEL PROGRAMA DE COMPENSACIÓN SIN CULPA DEL COVAX
PARA LAS ECONOMÍAS QUE PUEDEN OPTAR AL AMC**



**APÉNDICE 2 DEL
PROTOCOLO DEL PROGRAMA DE COMPENSACIÓN SIN CULPA DEL COVAX
PARA LAS ECONOMÍAS QUE PUEDEN OPTAR AL AMC**

10. Consentimiento para la divulgación de información médica y la liberación del secreto médico y/o profesional

Al firmar en el espacio destinado a ello en la Sección 14 de esta Solicitud, el Solicitante:

- a. da su consentimiento para que el Administrador, el Vicepresidente de Asesoría de Riesgos del Administrador, los miembros del Panel de Examen, los miembros del Panel de Apelaciones y/o cualquier otra persona que represente o asesore a cualquiera de ellos, tenga acceso a los registros médicos u otros registros pertinentes del Paciente en relación con esta Solicitud y pueda examinarlos con el fin de determinar si corresponde efectuar un pago en concepto de compensación en el marco del Programa; y
- b. acepta que el Administrador, el Vicepresidente de Asesoría de Riesgos del Administrador, los miembros del Panel de Examen, los miembros del Panel de Apelaciones y/o cualquier otra persona que represente y/o asesore a cualquiera de ellos, pueda pedir a cualquiera de las personas y organizaciones mencionadas en esta Solicitud y/o en cualquier documento adjunto a la misma (incluido, entre otros, el formulario de Pruebas Justificativas) cualquier información que resulte necesaria para tramitar y evaluar la Solicitud o cualquier apelación posterior y/u otros procedimientos relativos a esta Solicitud; y
- c. libera a todas y cada una de las personas y organizaciones mencionadas de cualquier obligación de observar el secreto médico y/o profesional que pueda existir en virtud de alguna legislación aplicable.

11. Consentimiento para el tratamiento de datos personales

Al firmar en el espacio destinado a ello en la Sección 14 de esta Solicitud, el Solicitante: i) da su consentimiento a todas las actividades necesarias de tratamiento de los datos personales y médicos del Paciente (y, en caso de defectos congénitos, de la madre del Paciente), a efectos de la Solicitud y de cualquier asunto relacionado, tal como se detalla en la [política de privacidad de ESIS, INC. para el Programa de compensación sin culpa del COVAX para las Economías que pueden optar al AMC](#); y ii) acepta que los mencionados datos, así como cualquier otra información y documentación proporcionada en conexión con esta Solicitud (incluido, entre otros, el formulario de Pruebas Justificativas), y/o cualquier apelación posterior u otros procedimientos que surjan en relación con esta Solicitud, puedan compartirse con:

- a. los miembros del Panel de Examen, los miembros del Panel de Apelaciones y/o cualquier otra persona que los represente y/o asesore;
- b. cualquier servicio sanitario local y/o cualquier organismo local encargado de hacer cumplir la ley u otros organismos públicos, cualquier organización intergubernamental y cualquier institución internacional cuya intervención se requiera ocasionalmente a efectos de hacer cumplir la ley, detectar actividades delictivas, establecer perfiles de riesgo de las vacunas o realizar cualquier otra actividad razonablemente proporcionada que se precise ocasionalmente en relación con la Solicitud o cualquier apelación u otro procedimiento que surja en relación con ella; o
- c. cualquier otro tercero previsto en la [política de privacidad de ESIS, INC. para el Programa de compensación sin culpa del COVAX para las Economías que pueden optar al AMC](#) o requerido por la legislación aplicable.

Formulario de Solicitud del Programa de compensación sin culpa del COVAX para las economías que pueden optar al AMC

Apéndice 2 del Protocolo del Programa – versión del 1 diciembre 2023

**APÉNDICE 2 DEL
PROTOCOLO DEL PROGRAMA DE COMPENSACIÓN SIN CULPA DEL COVAX
PARA LAS ECONOMÍAS QUE PUEDEN OPTAR AL AMC**

El Solicitante puede retirar su consentimiento en cualquier momento. No obstante, retirar su consentimiento puede implicar que no sea posible continuar con la tramitación de la Solicitud en el marco del Programa.

12. Certificaciones y acuerdos

Al firmar en el espacio destinado a ello en la Sección 14 de esta Solicitud, el Solicitante reconoce y acuerda lo siguiente:

- a. Que acepta y acuerda que la presente Solicitud (junto con las apelaciones u otros procedimientos posteriores que surjan en relación con ella) estará sujeta a las condiciones establecidas en el Protocolo del Programa y sus Apéndices y se tramitará de conformidad con ellas;
- b. Durante toda la duración del proceso de examen de esta Solicitud y cualquier apelación posterior u otros procedimientos que surjan en relación con ella, el Solicitante (que incluye al Paciente y a la persona, si la hubiera, que presenta esta Solicitud en nombre del Paciente), no iniciará, hará que se inicie o permitirá que se inicie ninguna otra solicitud, procedimiento judicial, demanda o reclamación de compensación o daños contra cualquier otra persona o entidad jurídica (incluida cualquier solicitud o reclamación ante cualquier otro programa de compensación por lesiones debidas a vacunas), en relación con la Lesión por la que se presenta esta Solicitud. En el caso de que el Administrador tenga conocimiento de cualquier otra solicitud, procedimiento judicial, demanda o reclamación, esta Solicitud será rechazada automáticamente.
- c. Si se aprueba el pago de cualquier compensación en el marco del Programa al Solicitante (lo que incluye al Paciente y a la persona, si la hubiera, que presenta esta Solicitud en nombre del Paciente), dicho Pago sólo se efectuará si el Solicitante devuelve al Administrador los siguientes documentos dentro del plazo aplicable descrito en el Protocolo:
 1. un Acuerdo de exoneración debidamente firmado, fechado y certificado, que será proporcionado por el Administrador; y
 2. un Formulario de elección de la forma de Pago debidamente relleno, firmado y fechado, que también será proporcionado por el Administrador.
- d. Todas las quejas y controversias que surjan como resultado o a propósito de esta Solicitud y/o del Protocolo (referidas, entre otras cosas, a su interpretación o aplicación) deberán presentarse por escrito al Administrador. El Administrador acusará recibo por escrito de la queja y/o controversia y el Vicepresidente de Reclamaciones del Administrador llevará a cabo una investigación sobre la queja o controversia en un plazo máximo de 30 días a partir de su recepción. Al término de la investigación, el Vicepresidente de Reclamaciones dará una respuesta por escrito al Solicitante o Reclamante, según sea el caso. Si el Solicitante o Reclamante no está satisfecho con la decisión, tiene la opción de someter el asunto a un arbitraje vinculante en los términos que se establecen a continuación.
- e. Toda controversia que surja como resultado o a propósito de esta Solicitud y/o del Protocolo (referida, entre otras cosas, a su interpretación o aplicación) deberá someterse a arbitraje, salvo que se resuelva amistosamente. El arbitraje se llevará a cabo de conformidad con el Reglamento de Arbitraje de la Cámara de Comercio Internacional. Las partes aceptarán el laudo arbitral como definitivo y vinculante para ellas.

**APÉNDICE 2 DEL
PROTOCOLO DEL PROGRAMA DE COMPENSACIÓN SIN CULPA DEL COVAX
PARA LAS ECONOMÍAS QUE PUEDEN OPTAR AL AMC**

- f. En caso de conflicto o incoherencia entre la versión inglesa de este formulario de Solicitud y alguna de sus traducciones, la versión inglesa prevalecerá.

13. Declaración de veracidad y corrección

Al firmar en el espacio destinado a ello en la Sección 14 de esta Solicitud, el Solicitante: *i*) certifica que las declaraciones, hechos y respuestas contenidos en esta Solicitud y/o en cualquier documento presentado juntamente con ella, son verdaderos, completos y correctos a su leal saber y entender; y *ii*) entiende y acepta que:

- a. En caso de que una persona,⁴ sea fraudulentamente o de otro modo, falsee o tergiversar alguna información sustantiva o no revele algún hecho sustantivo y, como consecuencia del falseamiento, la tergiversación o la no revelación, se efectúe un Pago, la persona que lo haya recibido estará obligada a devolver el importe de dicho Pago al Administrador; y
- b. Toda persona que, con el fin de obtener un Pago en el marco del Programa, sea para sí misma o para otra persona: 1) realice, a sabiendas, una declaración o representación falsa; o 2) produzca o presente, o haga que se produzca o presente a sabiendas, cualquier documento o información que sepa que es falsa en algún aspecto sustantivo, habrá cometido un delito punible en la medida en que así lo prevea la legislación del país concernido.

14. Firma, nombre y fecha

El **Solicitante** (es decir, el Paciente o la persona que presente esta Solicitud en nombre del Paciente, según corresponda), ha firmado este formulario de Solicitud en la fecha que se indica a continuación:

Nombre completo: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Lugar: _____

Anexo 1 – Información de contacto de los centros regionales del Programa

⁴ A los efectos de la Sección 13, el término «persona» incluye, entre otros: *i*) al Solicitante o a la persona que presente la Solicitud en nombre del Solicitante; *ii*) al autor de cualquier prueba que respalde esta Solicitud, así como de cualquier Prueba Justificativa o notificación de apelación derivada de la Solicitud; y/o *iii*) al Notario como se requiere bajo el Protocolo, si lo hay.

**APÉNDICE 2 DEL
PROTOCOLO DEL PROGRAMA DE COMPENSACIÓN SIN CULPA DEL COVAX
PARA LAS ECONOMÍAS QUE PUEDEN OPTAR AL AMC**

ANEXO 1

INFORMACIÓN DE CONTACTO PARA LOS CENTROS REGIONALES DEL PROGRAMA DE COMPENSACIÓN SIN CULPA DE COVAX PARA LAS ECONOMÍAS QUE PUEDEN OPTAR AL AMC (EL «PROGRAMA»)

En el cuadro que figura a continuación se recogen los nombres, direcciones, direcciones de correo electrónico y números de teléfono directos (de pago) de los diferentes centros regionales del Programa. También existe una Línea directa de asistencia telefónica mundial para el Programa, que es el 1-833-276-8262. El número de teléfono de la Línea directa de asistencia telefónica mundial puede ser gratuito o de pago para usted, dependiendo de la Economía que puede optar al AMC desde la que llame. Antes de llamar a la Línea directa de asistencia telefónica mundial, compruebe si la llamada tiene algún coste.

Usted puede contactar al Centro Regional asignado a su país, si tiene alguna pregunta acerca del Programa o si necesita ayuda para cumplimentar o presentar un formulario de Solicitud o cualquier otro formulario del Programa. Por Centro Regional asignado a su país se entiende, (i) el país en el que el Paciente (o en el caso de defectos congénitos, la madre de la Paciente) ha sido vacunado, o (ii) el país de residencia del Solicitante o del Paciente (o en el caso de defectos congénitos, la madre del Paciente).

Además, puede presentar cualquier formulario del Programa y otros documentos que deba presentar junto con estos formularios al Administrador del Programa, es decir, enviándolos por correo certificado al Centro Regional correspondiente.

Los centros regionales del Programa están disponibles para ayudarlo en su lengua materna, así como también en inglés, francés o español. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, comuníquese con su centro regional asignado por correo electrónico, teléfono o correo ordinario utilizando la información de contacto que se proporciona en la tabla a continuación, y el centro regional hará lo posible para asistirlo en su lengua materna.

AVISO IMPORTANTE: Los centros regionales que figuran a continuación prestan servicio exclusivamente a las Economías que pueden optar al AMC enumeradas a la derecha del centro regional. Póngase en contacto solamente con el centro regional correcto y presente los formularios del Programa y otros documentos solamente a dicho centro regional —es decir, el centro regional que presta servicio a la Economía que puede optar al AMC *en la que se le administró la Vacuna a usted* o al Paciente en cuyo nombre presenta usted la Solicitud (o en el caso de defectos congénitos, la madre del Paciente), según proceda, o que preste servicios en la Economía que puede optar al AMC en la que reside el Solicitante o el Paciente (o en caso de defectos congénitos, la madre del Paciente).

**APÉNDICE 2 DEL
PROTOCOLO DEL PROGRAMA DE COMPENSACIÓN SIN CULPA DEL COVAX
PARA LAS ECONOMÍAS QUE PUEDEN OPTAR AL AMC**

Centro regional Información de contacto	Economías que pueden optar al AMC				
<p>Sudáfrica Crawford & Company PO Box 782023 Sandton 2146 Sudáfrica +27 (0)11 463 5900 Covaxclaims.SouthAfrica@crawford.com</p>	<p>1. Angola 2. Benin 3. Burkina Faso 4. Burundi 5. Cabo Verde 6. Camerún 7. Chad 8. Comoras</p>	<p>9. Congo, Rep. Dem. 10. Congo, Rep. 11. Côte d'Ivoire 12. Djibouti 13. Eritrea 14. Eswatini 15. Etiopía 16. Gambia 17. Ghana</p>	<p>18. Guinea 19. Guinea-Bissau 20. Kenya 21. Lesotho 22. Liberia 23. Madagascar 24. Malawi 25. Maldivas 26. Malí 27. Mauritania</p>	<p>28. Mozambique 29. Níger 30. Nigeria 31. República Centroafricana 32. Rwanda 33. Santo Tomé y Príncipe 34. Senegal 35. Sierra Leona</p>	<p>36. Somalia 37. Sudán 38. Sudán del Sur 39. Tanzania 40. Togo 41. Uganda 42. Zambia 43. Zimbabwe</p>
<p>Australia Crawford & Company GPO Box 1016, Brisbane QLD 4004 Australia +61 7 3223 3100 Covaxclaims@crawco.com.au</p>	<p>44. Fiji 45. Islas Marshall 46. Islas Salomón 47. Kiribati 48. Micronesia (Estados Federados de) 49. Papua Nueva Guinea</p>		<p>50. Samoa 51. Tonga 52. Tuvalu 53. Vanuatu</p>		
<p>Alemania Crawford & Company Werdener Strasse 4, 40227 Düsseldorf Alemania +49 211 95456250 Covaxclaims@crawco.de</p>	<p>54. Kosovo 55. Moldova 56. República Kirguisa 57. Tayikistán 58. Ucrania 59. Uzbekistán</p>				
<p>México Crawford & Company de México, S.A. DE C.V. Miguel Laurent No. 17 Piso, 601. Colonia Del Valle, Alcaldía Benito Juárez Ciudad de México C.P. 03200 México +52 55 5093 6467 Covaxclaims.Mexico@crawford.com</p>	<p>60. Dominica 61. El Salvador 62. Granada 63. Guyana 64. Haití</p>		<p>65. Honduras 66. Nicaragua 67. Santa Lucía 68. San Vicente y las Granadinas</p>		

**APÉNDICE 2 DEL
PROTOCOLO DEL PROGRAMA DE COMPENSACIÓN SIN CULPA DEL COVAX
PARA LAS ECONOMÍAS QUE PUEDEN OPTAR AL AMC**

<p><u>Brasil</u> Crawford & Company Geraldo Flausino Gomes, 78 14º Andar Cidade Monções 04575-060 São Paulo Brasil +55-11-3879-7500 Covaxclaims.Brazil@crawford.com</p>	69. Bolivia	
<p><u>Singapur</u> Crawford & Company 8 Shenton Way #03-01, AXA Tower Singapur 068811 Singapur +65 6632 8639 Covaxclaims.Singapore@crawford.asia</p>	<p>70. Camboya 71. Corea, Rep. Pop. Dem. 72. Indonesia 73. Lao RPD</p>	<p>74. Myanmar 75. Timor-Leste 76. Viet Nam</p>
<p><u>Hong Kong</u> Crawford & Company 24/F Sunshine Plaza, 353 Lockhart Rd, Wanchai Hong Kong +852 2526 5137 Covaxclaims.HongKong@crawford.asia</p>	<p>77. Mongolia 78. Filipinas</p>	
<p><u>Emiratos Árabes Unidos</u> Crawford & Company P.O. Box 2976 Dubai (Emiratos Árabes Unidos) +971 4 345 9541 Covaxclaims@crawco.me</p>	<p>79. Egipto, Rep. Árabe 80. Siria, Rep. Árabe 81. Yemen, Rep.</p>	
<p><u>India</u> Puri-Crawford Unit No.1, First floor, Windsor Terrace, Above Hotel Samruddhi, Vishrantwadi, Pune, Maharashtra 411015 India +91 (020) - 26612524 Covaxclaims.India@crawford.com</p>	<p>82. Afganistán 83. Bangladesh 84. Bhután 85. India 86. Nepal 87. Pakistán 88. Sri Lanka</p>	

**APÉNDICE 2 DEL
PROTOCOLO DEL PROGRAMA DE COMPENSACIÓN SIN CULPA DEL COVAX
PARA LAS ECONOMÍAS QUE PUEDEN OPTAR AL AMC**

<p><u>Israel</u> Crawford-Tossmann No. 2 Choma Umigdal St., Tel Aviv, Israel, 6777102 +972 35 628 811 Covaxclaims.Israel@crawford.com</p>	<p>89. Ribera Occidental y Gaza</p>
<p><u>Bélgica</u> Crawford & Company Jan Olieslagerslaan 41 1800 Vilvoorde, Bélgica +32 2 257 03 52 Covaxclaims@crawco.be</p>	<p>90. Argelia 91. Marruecos 92. Túnez</p>

[FIN DEL FORMULARIO DE SOLICITUD]