

**APÉNDICE 2 DEL
PROTOCOLO DEL PROGRAMA DE COMPENSACIÓN SIN CULPA DEL COVAX PARA LAS ECONOMÍAS QUE
PUEDEN OPTAR AL AMC
FORMULARIO DE SOLICITUD EN EL MARCO DEL PROGRAMA DE COMPENSACIÓN SIN CULPA DE COVAX
PARA LAS ECONOMÍAS QUE PUEDEN OPTAR AL COMPROMISO ANTICIPADO DE MERCADO**

INSTRUCCIONES / AVISOS IMPORTANTES PARA LOS SOLICITANTES:

1. ¿Cuándo se debe usar este formulario?: Utilice este formulario de Solicitud para presentar una reclamación de compensación en el marco del Programa si considera que usted (como Paciente), o un Paciente al que usted está debidamente autorizado para representar, ha sufrido una Lesión a raíz de la administración de una Vacuna. Sírvase leer detenidamente el Protocolo del Programa y las «Instrucciones para presentar una Solicitud», disponibles en el sitio web del Programa, en www.covxclaims.com, antes de cumplimentar y presentar una Solicitud. Si tiene alguna pregunta sobre el Programa, este formulario de Solicitud o cualquier otro formulario del Programa, póngase en contacto con el Administrador del Programa por correo electrónico a la dirección covaxclaims@esis.com.
2. Presentación junto con las Pruebas Justificativas requeridas: Este formulario de Solicitud debe presentarse acompañado de las Pruebas Justificativas que se requieren en el apéndice 3 del Protocolo del Programa.
3. Periodo de espera: Salvo en el caso que se indica *infra*, se debe observar un periodo de espera de 30 días desde la administración de la Vacuna al Paciente antes de iniciar cualquier trámite dirigido a presentar una Solicitud de compensación en el marco del Programa. En este sentido, se ruega que no se cumplimente ni presente ninguna Solicitud y que no se obtengan las Pruebas Justificativas requeridas en el apéndice 3 del Protocolo si han transcurrido menos de 30 días desde la administración de la Vacuna, ya que en ese caso la Solicitud no será aceptada ni tomada en consideración.
 - Excepción: El periodo de espera de 30 días antes descrito no se aplica en caso de que el Paciente haya muerto tras la administración de una Vacuna y que un Profesional Sanitario Colegiado considere que la muerte del Paciente ha sido causada por esta Vacuna o su administración.
4. Idiomas aceptados: Este formulario de Solicitud debe cumplimentarse y presentarse únicamente en español, francés o inglés. En caso de que esta Solicitud se cumplimente o presente en cualquier otro idioma, no podrá ser aceptada o tomada en consideración. No obstante, los documentos adjuntos que puedan requerirse de conformidad con la sección 8 de esta Solicitud podrán presentarse en otros idiomas, cuando no se encuentren disponibles en español, francés o inglés.
5. Cumplimentación de la Solicitud por el solicitante: Es preciso que cumplimente todas las secciones/preguntas de esta Solicitud. Sírvase proporcionar la mayor cantidad de detalles e informaciones posibles.
6. Nombre, firma y fecha requeridos: Debe insertar su nombre completo, su firma y la fecha en los espacios destinados a ello en la sección 14 de esta Solicitud.
7. En caso de que *i*) no cumplimente todas las secciones de este formulario de Solicitud, o *ii*) no firme, feche e inserte su nombre completo en los espacios destinados a ello en la sección 14, la Solicitud será rechazada o se producirán demoras en su tramitación.
8. Plazo de presentación: Sírvase presentar esta Solicitud (junto con todos los documentos mencionados en la sección 8 de la misma) y todas las Pruebas Justificativas requeridas por el apéndice 3 del Protocolo al Administrador del Programa antes de que finalice el Periodo de notificación aplicable (como se indica en el apéndice 1 del Protocolo del Programa). En caso de que esta Solicitud se presente una vez finalizado el Periodo de notificación aplicable, cabe la posibilidad de que no sea aceptada o tomada en consideración en el marco del Programa.

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

9. Forma de presentar esta Solicitud: Una vez que esta Solicitud haya sido debidamente cumplimentada, firmada y fechada, deberá presentarla al Administrador del Programa, juntamente con los documentos mencionados en la sección 8 de la misma y las Pruebas Justificativas requeridas en el apéndice 3 del Protocolo, 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 a uno de los centros regionales del Programa, cuyas direcciones figuran en el anexo 1 del presente formulario de Solicitud (Información de contacto de los centros regionales) y también en el sitio web del Programa, en www.covaxclaims.com.
10. Definiciones: Los términos en mayúsculas que se utilizan pero no se definen en la presente Solicitud tienen el significado que se les da en el Protocolo del Programa, que se puede consultar 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 EN EL MARCO DEL PROGRAMA DE COMPENSACIÓN SIN CULPA DEL COVAX
PARA LAS ECONOMÍAS QUE PUEDEN OPTAR AL AMC**

1. Datos relativos al Paciente. Sírvase facilitar la siguiente información sobre el **Paciente** (es decir, (i) que es un ciudadano, residente o un individuo que haga parte de una población de interés para la Reserva Humanitaria del Mecanismo COVAX (según la definición actualizada del Comité Permanente entre Organismos (IASC)¹ de las Naciones Unidas) en una economía que puede optar al AMC; y (ii) a quien se le administró una Vacuna en una economía que puede optar al AMC; y (iii) que afirma o de quien se afirma que ha sufrido un Evento adverso grave que está relacionado con una Vacuna o con su administración y que, a su vez, ha tenido como resultado una Lesión).

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	
Fecha de nacimiento (día/mes/año)	
Lugar de nacimiento	
Sexo	
Número de afiliación a la seguridad social (u otro número de identificación similar), si lo hay	
Número de teléfono fijo, si lo tiene	

¹ La definición de una población de interés para la Reserva Humanitaria del Mecanismo COVAX a la fecha 8 de junio de 2021 puede encontrarse en: Frequently Asked Questions- The COVAX Humanitarian Buffer, 08 June.pdf (interagencystandingcommittee.org).

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

Número de teléfono móvil, si lo tiene	
Dirección de correo electrónico, si la tiene	

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; 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 la naturaleza del poder de representación correspondiente y 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)	
Lugar de nacimiento	
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	

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 DE COMPENSACIÓN SIN CULPA DEL COVAX PARA LAS ECONOMÍAS QUE
PUEDEN OPTAR AL AMC**

Relación con el Paciente	
Naturaleza del poder de representación de la persona para presentar esta Solicitud en nombre del Paciente	
En caso de que el Paciente haya muerto, indique la naturaleza del derecho de dicha persona a presentar esta Solicitud en nombre del Paciente fallecido y a representar a todos los herederos legales.	

3. Confirmaciones por parte del solicitante

El **Solicitante** (es decir, el Paciente que presenta directamente la Solicitud por sí mismo o la persona que presenta la Solicitud en nombre del Paciente en los casos descritos en la sección 2 de este formulario, según corresponda) deberá responder a todas las preguntas siguientes y, si es necesario, facilitar los datos pertinentes:

A. ¿Ha esperado el Solicitante al menos 30 días desde que se administró la dosis de la Vacuna que dio lugar a la Lesión antes de completar esta Solicitud y obtener las Pruebas Justificativas a las que se hace referencia en la sección 8 de la misma? NOTA: El periodo de espera de 30 días antes descrito no se aplica en caso de que el Paciente haya muerto tras la administración de una Vacuna y que un Profesional Sanitario Colegiado considere que la muerte del Paciente ha sido causada por esta Vacuna o su administración.

Sí _____ No _____ (marque solo una respuesta)

Si la respuesta es «no», sírvase aportar más información al respecto:

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

B. ¿Se ha presentado alguna Solicitud previa de compensación en el marco del Programa por la Lesión a la que se refiere esta Solicitud?

Sí _____ No _____ (marque solo una respuesta)

Si la respuesta es «sí», sírvase aportar más información al respecto:

C. ¿Se ha recibido algún pago previo de cualquier otra fuente (incluidos, entre otros, los laudos de cualquier corte o tribunal arbitral, o los pagos concertados a modo de solución), 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 la naturaleza, el importe y los datos completos de dichos pagos previos:

D. ¿Puede el Solicitante optar a 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 indique la naturaleza y datos completos del pago al que el Solicitante puede optar de todos los demás programas 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**

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

Sí _____ No _____ (marque solo una respuesta)

Si la respuesta es «sí», por favor proporcione al Administrador la siguiente documentación como parte de esta Solicitud:

1. Una copia de la resolución final del otro programa de compensación por lesiones debidas a vacunas, especificando el porqué de su decisión; y
2. En caso de que el otro programa de compensación por lesiones debidas a vacunas haya concedido una compensación, proporcione todos los detalles acerca de: *a)* el importe total de la compensación otorgada, *b)* la naturaleza de la compensación, *c)* la base para su cálculo y *d)* cómo se ha pagado o se pagará el importe de la compensación.

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):

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 apéndice 1 del Protocolo? ²	
--	--

² 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**

¿Se administró la Vacuna al Paciente <i>a</i>) en el marco de un programa nacional de inmunización, o <i>b</i>) en el marco de un mecanismo humanitario integrado en el Mecanismo COVAX?	
¿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? Si es así, por favor proporcione a continuación los detalles de la primera y de la segunda dosis.	
Número(s) de lote o partida de la(s) dosis de la Vacuna, proporcionado por el/los inmunizador(es) (sea una persona o una entidad/organización) que administró la(s) dosis de la Vacuna al Paciente o, en caso de defectos congénitos, a la madre del Paciente ³	
Nombre(s) de el/los inmunizador(es) (sea una persona o una entidad/organización) que administró la(s) dosis de la Vacuna al Paciente o, en caso de defectos congénitos, a la madre del Paciente	
En caso que una Agencia Humanitaria haya	

³ **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 administro 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, entidad 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**

suministrado o administrado la(s) dosis de la Vacuna, por favor proporcione: - Nombre de la Agencia Humanitaria que suministró o administró la(s) dosis de la Vacuna al Paciente o, en el caso de defectos congénitos, a la madre del Paciente; y - Nombre(s) de la(s) persona(s) focal(es) en esa Agencia Humanitaria	
Lugar(es) exacto(s) donde se administró la(s) dosis de la Vacuna al Paciente o, en caso de defectos congénitos, a la madre del Paciente	
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	

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 se le haya administrado, en su caso, después de que se le administrara(n) la(s) dosis de la Vacuna al Paciente y/o durante un periodo de seis semanas antes de la administración al Paciente de cada una de la(s) dosis de la Vacuna:

b) En caso de defectos congénitos, sírvase enumerar los medicamentos que haya tomado la madre del Paciente y cualquier otra vacuna que se le haya administrado, en su caso, durante el embarazo o las seis semanas anteriores a este:

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

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

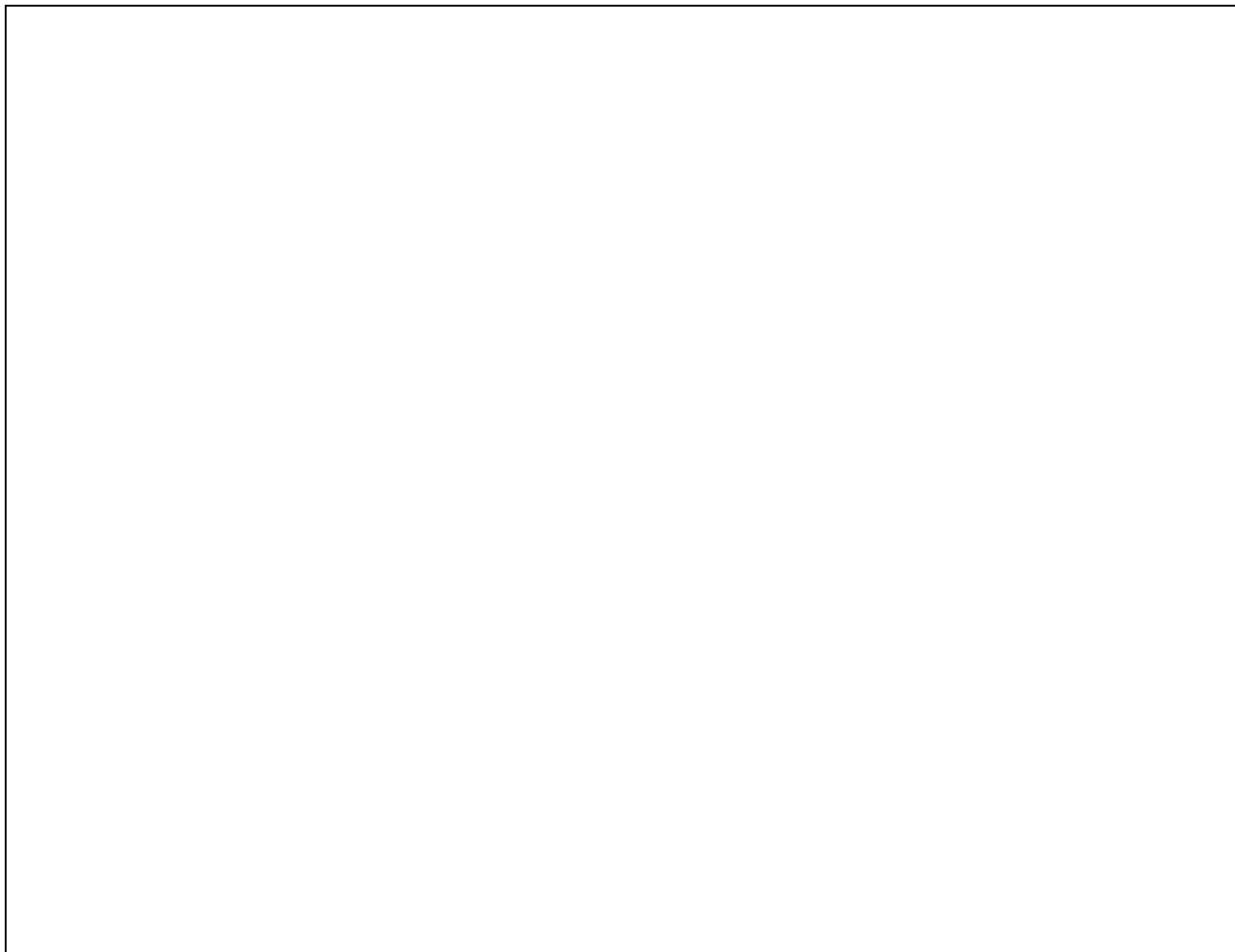
Sírvase indicar todos los medicamentos no descritos anteriormente que hayan sido tomados por el Paciente durante un periodo consecutivo de más de tres semanas en los 24 meses previos a la administración al Paciente de cada una de la(s) dosis de la Vacuna:

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. Es importante que incluya en su descripción:

- i)* la naturaleza de la Lesión o enfermedad sufrida por el Paciente a la que se refiere esta Solicitud;
- ii)* la(s) fecha(s) en que comenzaron a manifestarse los síntomas;
- iii)* una descripción de los síntomas;
- iv)* lo que en su opinión causó la Lesión o enfermedad sufrida por el Paciente a la que se refiere esta Solicitud;
- v)* 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)* 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 TODOS los siguientes documentos o el retraso en hacerlo puede dar lugar al rechazo de una Solicitud y/o a demoras en su examen:

- 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.⁴
- b. Las facturas, recibos u otros comprobantes de pago por cualquier gasto médico (incluidos los gastos hospitalarios) en que se haya incurrido como consecuencia de la lesión o enfermedad del Paciente a que se refiere esta Solicitud.
- c. 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; o 4) carezca de capacidad jurídica, por cualquier motivo, para presentar una Solicitud por sí mismo, la persona que presente la Solicitud en nombre del Paciente

⁴ El término «Profesional Sanitario Colegiado» se refiere a cualquier profesional de la salud, entre los que cabe incluir a médicos, cirujanos, enfermeras, parteras, enfermeras de atención directa, 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**

de acuerdo con la sección 2 de este formulario deberá presentar también una declaración y/o poder otorgado ante un notario u otro funcionario público legalmente autorizado para prestar servicios de certificación o legalización notarial en el territorio donde se haya administrado la Vacuna al Paciente o, en caso de defectos congénitos, a la madre del Paciente, al efecto de 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 de representación 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 de representación 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 quien el Solicitante esté de acuerdo en que se puede contactar para obtener más información sobre la lesión o enfermedad sufrida por el Paciente a que se refiere esta Solicitud. A modo de ejemplo, esos terceros pueden ser un hospital o un dispensario; un Profesional Sanitario Colegiado que haya administrado la(s) dosis de la Vacuna al Paciente o, en caso de defectos congénitos, a la madre del Paciente, o que haya tratado al Paciente de alguna otra manera; el empleador o la escuela del Paciente; etc.

**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 y/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/u 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
- 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.

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

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), 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 contenida o referida en esta Solicitud o proporcionada de otro modo en conexión con ella, y/o cualquier documento adjunto o asociado a la misma y/o cualquier apelación posterior u otros procedimientos que surjan como resultado o a propósito de esta Solicitud (incluido, entre otros, el formulario de Pruebas Justificativas), 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 justificada que se precise en relación con la Solicitud o cualquier apelación u otro procedimiento que surja como resultado o a propósito de 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.

El Solicitante entiende que puede retirar su consentimiento en cualquier momento, pero que hacerlo 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 ha leído y comprendido plenamente, o que le han leído y explicado, las condiciones del Protocolo del Programa y sus apéndices, que se pueden consultar en www.covaxclaims.com. La presente Solicitud (junto con las apelaciones u otros procedimientos posteriores que surjan como resultado o a propósito de 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 se deriven o estén relacionados 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,

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

demanda o reclamación, esta Solicitud será rechazada automáticamente y el Administrador tendrá el derecho de aplicar el artículo 10 del Protocolo del Programa.

- c. Si se aprobara cualquier compensación en el marco del Programa pagadera al Solicitante (lo que incluye al Paciente y a la persona, si la hubiera, que presenta esta Solicitud en nombre del Paciente):
- i. dicho Pago solo se realizará si el Solicitante cumple oportunamente todas las condiciones siguientes dentro del plazo aplicable en virtud del Protocolo:
 1. devuelve al Administrador un Acuerdo de exoneración debidamente firmado, fechado y certificado, que será proporcionado por el Administrador; y
 2. devuelve al Administrador un Formulario de elección de la forma de Pago debidamente rellenado, firmado y fechado, también proporcionado por el Administrador; y
 - ii. En el caso de que el Solicitante haya recibido cualquier pago previo de cualquier otro programa de compensación por lesiones debidas a vacunas en concepto de compensación similar por la misma Lesión, el Administrador tendrá el derecho de deducir el Importe de Otra Compensación Previa del Importe del Programa (según se definen en el artículo 9 del Protocolo del Programa).
- 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 o controversia y el Vicepresidente de Reclamaciones del Administrador llevará a cabo una investigación sobre la misma 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.
- 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 en todos los aspectos.

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,⁵ sea fraudulentamente o de otro modo, falsee o tergiverse 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

⁵ A los efectos de esta sección, el término «persona» incluye, en relación no exhaustiva: *i*) al Solicitante o a la persona que presente la Solicitud en nombre del mismo; *ii*) al autor de cualquier prueba que respalde esta Solicitud, así como de cualquier Prueba Justificativa y/o notificación de apelación derivada de la Solicitud; y/o *iii*) al Notario que certifique un acuerdo de exoneración, si lo hay.

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

- 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 falsa; o 2) elabore o presente algún documento o información que sepa que es falsa en algún aspecto sustantivo, o haga que se elabore o presente tal documento o información, o permite a sabiendas que esto ocurra, 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

**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 y números de teléfono directos (*) de los diferentes centros regionales que participan en el Programa, a través de los que se puede:

- A. contactar al Administrador del Programa en caso de dudas al respecto o se necesita ayuda para cumplimentar o presentar un formulario de Solicitud o los otros formularios del Programa; y
- B. presentar al Administrador del Programa (por correo certificado): 1) los documentos de la Solicitud (es decir, el formulario de Solicitud del apéndice 2, el formulario de pruebas justificativas del apéndice 3 y todos los otros documentos que deben presentarse con arreglo a las condiciones indicadas en los formularios); 2) los otros formularios del Programa; y 3) cualesquiera otros documentos que sea obligatorio o esté permitido presentar con arreglo a los formularios 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 cualquiera de los números de teléfono que se indican a continuación, compruebe si la llamada tiene algún coste.

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, según proceda.

**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</p>	1. Angola	9. Congo, Rep. Dem.	18. Guinea	28. Mozambique	36. Somalia	
	2. Benin	10. Congo, Rep.	19. Guinea-Bissau	29. Níger	37. Sudán	
	3. Burkina Faso	11. Côte d'Ivoire	20. Kenya	30. Nigeria	38. Sudán del Sur	
	4. Burundi	12. Djibouti	21. Lesotho	31. República Centroafricana	39. Tanzania	
	5. Cabo Verde	13. Eritrea	22. Liberia	32. Rwanda	40. Togo	
	6. Camerún	14. Eswatini	23. Madagascar	33. Santo Tomé y Príncipe	41. Uganda	
	7. Chad	15. Etiopía	24. Malawi	34. Senegal	42. Zambia	
	8. Comoras	16. Gambia	25. Maldivas	35. Sierra Leona	43. Zimbabwe	
		17. Ghana	26. Malí			
			27. Mauritania			
<p>Australia Crawford & Company GPO Box 1016, Brisbane QLD 4004 Australia +61 7 3223 3100</p>	44. Fiji	50. Samoa				
	45. Islas Marshall	51. Tonga				
	46. Islas Salomón	52. Tuvalu				
	47. Kiribati	53. Vanuatu				
	48. Micronesia (Estados Federados de)					
	49. Papua Nueva Guinea					
<p>Alemania Crawford & Company Werdener Strasse 4, 40227 Düsseldorf Alemania +49 211 95456250</p>	54. Kosovo					
	55. Moldova					
	56. República Kirguisa					
	57. Tayikistán					
	58. Ucrania					
	59. Uzbekistán					
<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</p>	60. Dominica	65. Honduras				
	61. El Salvador	66. Nicaragua				
	62. Granada	67. Santa Lucía				
	63. Guyana	68. San Vicente y las Granadinas				
	64. Haití					
<p>Brasil Crawford & Company Geraldo Flausino Gomes, 78 14º Andar Cidade Monções 04575-060 São Paulo Brasil +55-11-3879-7500</p>	69. Bolivia					

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

<p><u>Singapur</u> Crawford & Company 8 Shenton Way #03-01, AXA Tower Singapur 068811 Singapur +65 6632 8639</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</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</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</p>	<p>82. Afganistán 83. Bangladesh 84. Bhután 85. India 86. Nepal 87. Pakistán 88. Sri Lanka</p>	
<p><u>Israel</u> Crawford-Tossmán No. 2 Choma Umigdal St., Tel Aviv, Israel, 6777102 +972 35 628 811</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</p>	<p>90. Argelia 91. Marruecos 92. Túnez</p>	

[FIN DEL FORMULARIO DE SOLICITUD]