

**APÉNDICE 5 DEL
PROTOCOLO DEL PROGRAMA DE COMPENSACIÓN SIN CULPA DEL COVAX PARA LAS ECONOMÍAS QUE
PUEDEN OPTAR AL AMC**

**NOTIFICACIÓN DE APELACIÓN POR DENEGACIÓN DE UNA RECLAMACIÓN ADMISIBLE EN EL MARCO DEL PROGRAMA DE
COMPENSACIÓN SIN CULPA DEL COVAX PARA LAS ECONOMÍAS QUE PUEDEN OPTAR AL AMC**

AVISOS/INSTRUCCIONES IMPORTANTES PARA LOS RECLAMANTES:

1. ¿Cuándo se debe usar este formulario?: Sírvase utilizar y presentar este formulario de notificación de apelación para apelar contra la denegación de una Reclamación Admisible en el marco del Programa. Si usted desea apelar contra el rechazo de una Solicitud sobre la base de que no constituye una Reclamación Admisible en el marco del Programa, entonces 1) no utilice este formulario y 2) sírvase utilizar la Notificación de apelación por rechazo de una Solicitud (considerada no admisible) que se encuentra disponible en www.covaxclaims.com. Consulte los artículos 6 y 8 del Protocolo del Programa para obtener más información sobre el proceso de apelación por denegación de una Reclamación Admisible.
2. Idiomas aceptados: Esta notificación de apelación debe cumplimentarse y presentarse únicamente en español, francés o inglés. En caso de que se cumplimente o presente en cualquier otro idioma, no podrá ser aceptada o tomada en consideración. No obstante, los documentos de apoyo adicionales que puedan presentarse junto con esta notificación de apelación (véase el párrafo 6 *infra*) podrán presentarse en otros idiomas, cuando no se encuentren disponibles en español, francés o inglés.
3. Cumplimentación de la Solicitud por el Solicitante: Es preciso que cumplimente todas las secciones/preguntas de este formulario de notificación de apelación. Sírvase proporcionar la mayor cantidad de detalles e informaciones posibles.
4. Nombre, Firma y Fecha requeridos: Debe insertar su nombre completo, su firma y la fecha en los espacios destinados a ello en la sección G de este formulario de notificación de apelación antes de presentarlo al Administrador.
5. En caso de que *i*) no complete todas las secciones de este formulario de notificación de apelación, o *ii*) no firme, feche e inserte su nombre completo en el mismo, la notificación de apelación será rechazada o se producirán demoras en su tramitación.
6. Se permiten documentos de apoyo adicionales: Acompañe esta notificación de apelación con todos los documentos o informaciones adicionales que usted desee que el Panel de Apelaciones tome en consideración, como por ejemplo:
a) copias de todos los informes o pruebas médicas o de otro tipo que resulten pertinentes y no se hayan presentado previamente como parte de la Solicitud original; y/o *b*) copias de todos los recibos u otras pruebas de gastos médicos que resulten pertinentes, como los tratamientos hospitalarios, y que no se hayan presentado previamente como parte de la Solicitud original.
7. Plazo de presentación: Este formulario de notificación de apelación debe presentarse al Administrador del Programa en un plazo máximo de 90 días a contar desde la fecha de la notificación del Administrador en que se informa de la denegación de la reclamación. En caso de que se presente una vez finalizado ese plazo, no será aceptado o tomado en consideración en el marco del Programa.
8. Forma de presentar esta Solicitud: Una vez que esta notificación de apelación (junto con todos los documentos de apoyo adicionales) haya sido debidamente cumplimentada, firmada y fechada, debe presentarla al Administrador del Programa 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 2 (Información de contacto de los centros regionales) que se adjunta al presente formulario y también en el sitio web del Programa, en www.covaxclaims.com.
9. Definiciones: Los términos en mayúsculas que se utilizan pero no se definen en esta notificación de apelación tienen el significado que se les da en el Protocolo del Programa, que se puede consultar en www.covaxclaims.com.

**APÉNDICE 5 DEL
PROTOCOLO DEL PROGRAMA DE COMPENSACIÓN SIN CULPA DEL COVAX PARA LAS ECONOMÍAS QUE
PUEDEN OPTAR AL AMC**

10. ¿Qué sucede después? Sírvase consultar el anexo 1 adjunto a esta notificación de apelación para encontrar un breve resumen de lo que sucede después de presentar al Administrador del Programa este formulario de notificación de apelación, dentro del plazo pertinente, debidamente cumplimentado, firmado y fechado.

**APÉNDICE 5 DEL
PROTOCOLO DEL PROGRAMA DE COMPENSACIÓN SIN CULPA DEL COVAX PARA LAS ECONOMÍAS QUE
PUEDEN OPTAR AL AMC**

NOTIFICACIÓN DE APELACIÓN POR DENEGACIÓN DE UNA RECLAMACIÓN ADMISIBLE

Sección A – Datos relativos al Paciente

Sírvase indicar a continuación los datos requeridos relativos al Paciente.

La información proporcionada en esta sección debe ser la misma que se aportó anteriormente en la sección 1 de la Solicitud original.

Nombre:	Inicial del segundo nombre:	Apellidos:
Dirección postal (incluyendo región y país):		
Número de teléfono fijo, si lo tiene:	Número de teléfono móvil, si lo tiene:	Dirección de correo electrónico, si la tiene:
Fecha de nacimiento (día/mes/año):	Lugar de nacimiento:	Sexo:

Sección B – Datos relativos a la persona legalmente facultada para presentar esta notificación de apelación en nombre del Paciente (si se trata de una persona distinta del Paciente)

Cuando el Paciente: *a*) haya muerto; o *b*) esté discapacitado de modo que no pueda presentar esta notificación de apelación por sí mismo; o *c*) sea un niño; o *d*) carezca de capacidad legal, por cualquier motivo, para presentar una notificación de apelación por sí mismo, deberá hacerlo otra persona que esté legalmente facultada para presentar esta notificación de apelación en nombre del Paciente.

En los casos anteriores, sírvase indicar a continuación los datos relativos a la persona legalmente facultada para presentar esta notificación de apelación en nombre del Paciente.

NOTAS/INSTRUCCIONES IMPORTANTES:

1. La información proporcionada en esta sección debe ser la misma que se aportó anteriormente en la sección 2 de la Solicitud original, salvo que la persona que presentó la Solicitud original en nombre del Paciente *haya cambiado*, en cuyo caso la *nueva* persona que esté legalmente facultada para representar al Paciente deberá presentar junto con esta notificación de apelación: *i*) toda la información requerida en la sección 2 del formulario de Solicitud, y *ii*) la nueva documentación requerida en el apartado c) de la sección 8 del formulario de Solicitud.

2. Si la Solicitud original fue presentada por el propio Paciente, pero desde esa presentación el Paciente: *a*) ha muerto; o *b*) ha quedado discapacitado de un modo que le impide presentar por sí mismo este formulario de notificación de apelación; o *c*) ha perdido la capacidad legal, por cualquier otro motivo, para presentar este formulario de notificación de apelación, la persona que presente esta notificación de apelación en nombre del Paciente deberá presentar también, juntamente con este formulario: *i*) toda la información requerida en la sección 2 del formulario de Solicitud; y *ii*) la documentación requerida en el apartado c) de la sección 8 del formulario de Solicitud.

**APÉNDICE 5 DEL
PROTOCOLO DEL PROGRAMA DE COMPENSACIÓN SIN CULPA DEL COVAX PARA LAS ECONOMÍAS QUE
PUEDEN OPTAR AL AMC**

Nombre:	Inicial del segundo nombre:	Apellidos:
Dirección postal (incluyendo región y país):		
Número de teléfono fijo, si lo tiene:	Número de teléfono móvil, si lo tiene:	Dirección de correo electrónico, si la tiene:
Fecha de nacimiento (día/mes/año):	Relación con el Paciente:	

Sección C – Datos relativos a la Reclamación Admisible denegada

Sírvase indicar los datos relativos a la Reclamación Admisible denegada a la que se refiere esta notificación de apelación. La información solicitada en esta sección figura en la notificación de la denegación de la Reclamación Admisible enviada por el Administrador del Programa. La **información requerida en esta sección es esencial** para que se pueda tramitar la apelación contenida en este formulario.

Aun cuando considere que hay un error en la información contenida en la notificación de denegación de la reclamación, sírvase utilizar la información que aparece en dicha notificación y, en la sección D *infra*, explique el motivo por el que considera incorrecta esa información.

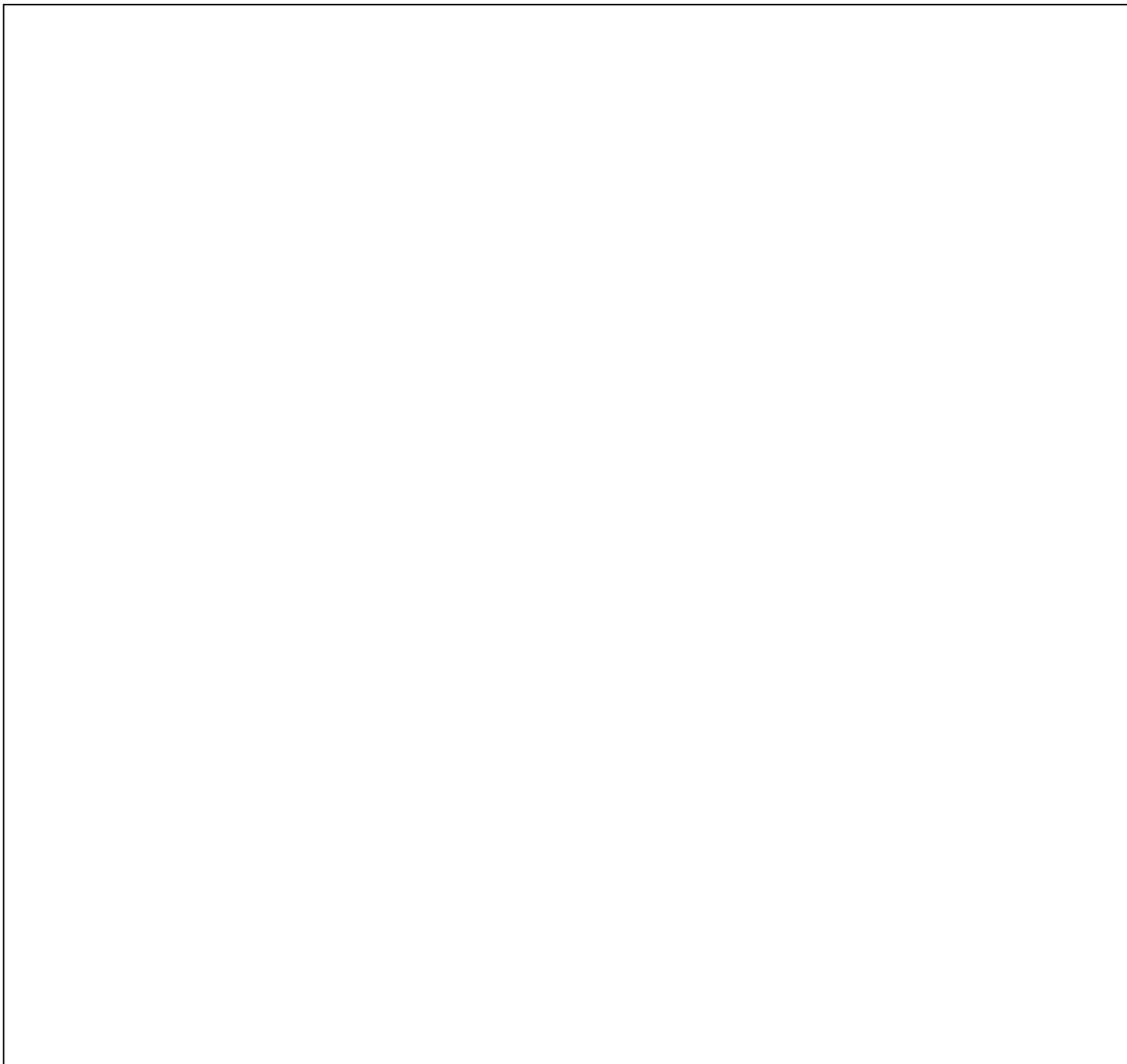
Número de Solicitud:	Fecha (día/mes/año) de la Solicitud:
Lugar donde se presentó la Solicitud:	Fecha (día/mes/año) de la notificación de la denegación de la reclamación:

Sección D – Motivos de la apelación

En el recuadro que figura a continuación, sírvase exponer con sus propias palabras los motivos por los que entiende que la decisión del Panel de Examen de denegar su Reclamación Admisible es incorrecta. En particular, sírvase indicar si, en su opinión:

- i)* se ha producido un cambio sustantivo (es decir, importante) en las circunstancias desde que el Panel de Examen adoptó su decisión; y/o
- ii)* el Panel de Examen adoptó su decisión sin tener conocimiento de hechos pertinentes; y/o
- iii)* el Panel de Examen no tomó debidamente en consideración pruebas médicas pertinentes; y/o
- iv)* el Panel de Examen no aplicó adecuadamente el criterio de la Causa más probable, por cuanto usted considera que la Vacuna o su administración es la Causa más probable de la Lesión objeto de la reclamación (según se define en el Protocolo).

**APÉNDICE 5 DEL
PROTOCOLO DEL PROGRAMA DE COMPENSACIÓN SIN CULPA DEL COVAX PARA LAS ECONOMÍAS QUE
PUEDEN OPTAR AL AMC**



Sección E – Documentos de apoyo adicionales

Si desea que el Panel de Apelaciones tome en consideración algún documento y/o información de apoyo adicional en relación con esta notificación de apelación, sírvase **presentar dichos documentos y/o informaciones de apoyo adicionales junto con esta notificación de apelación (es decir, al mismo tiempo que ella).**

Esos documentos o informaciones de apoyo adicionales pueden incluir, por ejemplo: *a)* copias de todos los informes o pruebas médicas o de otro tipo que resulten pertinentes y no se hayan presentado previamente como parte de la Solicitud original; y/o *b)* copias de todos los recibos u otras pruebas de gastos médicos que resulten pertinentes, como los tratamientos hospitalarios, y que no se hayan presentado previamente como parte de la Solicitud original.

**APÉNDICE 5 DEL
PROTOCOLO DEL PROGRAMA DE COMPENSACIÓN SIN CULPA DEL COVAX PARA LAS ECONOMÍAS QUE
PUEDEN OPTAR AL AMC**

Sección F – Certificaciones y acuerdos

Al firmar y presentar esta notificación de apelación, el Paciente (o la persona legalmente facultada para presentar esta notificación de apelación en nombre del Paciente, según sea el caso) confirma todos los consentimientos, acuerdos, certificaciones y declaraciones que figuran en las secciones 10 a 13 de la Solicitud original y reconoce, acuerda y certifica lo siguiente:

- a. En caso de conflicto o incoherencia entre la versión inglesa de este formulario de esta notificación de apelación y alguna de sus traducciones, la versión inglesa prevalecerá en todos los aspectos; y
- b. Las declaraciones, respuestas, documentos e informaciones contenidos en esta notificación de apelación son verdaderos, completos y correctos según su leal saber y entender; y en caso de que alguna de esas declaraciones, respuestas, documentos e informaciones no sea verdadero, el Administrador tendrá derecho, cuando proceda, a remitir esta apelación a la autoridad pertinente encargada de hacer cumplir la ley para que se lleve a cabo una investigación ulterior.

Sección G – Firma, nombre y fecha

El Paciente, o la persona legalmente facultada para presentar esta Notificación de apelación en nombre del Paciente, ha firmado este formulario de Solicitud en la fecha que se indica a continuación.

Firma: _____

Nombre completo: _____

Fecha: _____

Lugar: _____

**APÉNDICE 5 DEL
PROTOCOLO DEL PROGRAMA DE COMPENSACIÓN SIN CULPA DEL COVAX PARA LAS ECONOMÍAS QUE
PUEDEN OPTAR AL AMC**

ANEXO 1

DE LA NOTIFICACIÓN DE APELACIÓN POR DENEGACIÓN DE UNA RECLAMACIÓN ADMISIBLE

¿Qué sucede después de que esta notificación de apelación por denegación de una Reclamación Admisibles haya sido debidamente cumplimentada y presentada?

1. En el plazo máximo de siete días a contar desde la fecha en que el Administrador del Programa haya recibido una Notificación de apelación por denegación de una Reclamación Admisibles presentada dentro del plazo pertinente, debidamente cumplimentada, firmada y fechada, el Administrador entregará al Panel de Apelaciones del Programa: *a*) la Notificación de apelación (junto con los documentos que se requieran de conformidad con la sección B y todos los documentos de apoyo adicionales presentados con la notificación de apelación); *b*) la Solicitud original y las Pruebas Justificativas; y *c*) toda información o documentación adicional que haya requerido el Administrador y que se le haya presentado en tiempo oportuno hasta la fecha de la Notificación de la denegación de la reclamación.
2. En el plazo máximo de 30 días a contar desde la recepción de la documentación mencionada, el Panel de Apelaciones: *i*) examinará la Notificación de Apelación (junto con los demás documentos mencionados anteriormente); y *ii*) sobre esta base, tomará una determinación sobre si confirma o anula la decisión previa de denegar la Reclamación Admisibles en cuestión.
3. El Panel de Apelaciones comunicará por escrito al Administrador su determinación de confirmar o revocar la decisión previa de denegar una Reclamación Admisibles (incluyendo los motivos en los que se basa) tan pronto como la adopte y, en cualquier caso, en el plazo máximo de siete días.
4. El Administrador le notificará a usted por escrito la determinación del Panel de Apelaciones de confirmar o revocar la decisión anterior de denegar la Reclamación Admisibles, incluidos los motivos en los que se basa, a la mayor brevedad posible desde que el Panel de Apelaciones le haya comunicado su determinación, y en todo caso en un plazo máximo de 14 días.
5. La decisión que adopte el Panel de Apelaciones en respuesta a esta notificación de apelación es definitiva y no es susceptible de apelación.

**APÉNDICE 5 DEL
PROTOCOLO DEL PROGRAMA DE COMPENSACIÓN SIN CULPA DEL COVAX PARA LAS ECONOMÍAS QUE
PUEDEN OPTAR AL AMC
ANEXO 2**

**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 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.

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, según proceda.

**APÉNDICE 5 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><u>Sudáfrica</u> 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><u>Australia</u> 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><u>Alemania</u> 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>				

Notificación de apelación por denegación de una Reclamación Admisible
en el marco del Programa de compensación sin culpa del COVAX para las economías que pueden optar al AMC
Apéndice 5 del Protocolo del Programa - versión del 05 de septiembre 2022

**APÉNDICE 5 DEL
PROTOCOLO DEL PROGRAMA DE COMPENSACIÓN SIN CULPA DEL COVAX PARA LAS ECONOMÍAS QUE
PUEDEN OPTAR AL AMC**

<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>
<p>Brasil Crawford & Company Geraldo Flausino Gomes, 78 14º Andar Cidade Monções 04575-060 São Paulo Brasil +55-11-3879-7500 Covaxclaims.Brazil@crawford.com</p>	<p>69. Bolivia</p>	
<p>Singapur 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>Hong Kong 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>Emiratos Árabes Unidos</p>	<p>79. Egipto, Rep. Árabe</p>	

Notificación de apelación por denegación de una Reclamación Admisible
en el marco del Programa de compensación sin culpa del COVAX para las economías que pueden optar al AMC
Apéndice 5 del Protocolo del Programa - versión del 05 de septiembre 2022

**APÉNDICE 5 DEL
PROTOCOLO DEL PROGRAMA DE COMPENSACIÓN SIN CULPA DEL COVAX PARA LAS ECONOMÍAS QUE
PUEDEN OPTAR AL AMC**

<p>Crawford & Company P.O. Box 2976 Dubai (Emiratos Árabes Unidos) +971 4 345 9541 Covaxclaims@crowco.me</p>	<p>80. Siria, Rep. Árabe 81. Yemen, Rep.</p>
<p>India Puri-Crawford Unit No.1, First floor, Windsor Terrace, Above Hotel Samruddhi, Vishrantwadi, Pune, Maharashtra 411015 India +91 (020) – 26612524 Covaxclaims.India@crowford.com</p>	<p>82. Afganistán 83. Bangladesh 84. Bhután 85. India 86. Nepal 87. Pakistán 88. Sri Lanka</p>
<p>Israel Crawford-Tossman No. 2 Choma Umigdal St., Tel Aviv, Israel, 6777102 +972 35 628 811 Covaxclaims.Israel@crowford.com</p>	<p>89. Ribera Occidental y Gaza</p>
<p>Bélgica Crawford & Company Jan Olieslagerslaan 41 1800 Vilvoorde, Bélgica +32 2 257 03 52 Covaxclaims@crowco.be</p>	<p>90. Argelia 91. Marruecos 92. Túnez</p>

[FIN DE LA NOTIFICACIÓN DE APELACIÓN POR DENEGACIÓN DE UNA RECLAMACIÓN ADMISIBLE]