

**APÉNDICE 4 DEL  
PROTOCOLO DEL PROGRAMA DE COMPENSACIÓN SIN CULPA DEL COVAX PARA LAS ECONOMÍAS QUE  
PUEDEN OPTAR AL AMC**

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

**AVISOS/INSTRUCCIONES IMPORTANTES PARA LOS SOLICITANTES:**

1. ¿Cuándo se debe usar este formulario?: Sírvase utilizar y presentar este formulario de notificación de apelación únicamente para apelar contra el rechazo de la Solicitud sobre la base de que no constituye una Reclamación Admisible en el marco del Programa. Si usted desea apelar contra la denegación de una Reclamación Admisible, entonces 1) no utilice este formulario y 2) sírvase utilizar la Notificación de apelación por denegación de una Reclamación Admisible que se encuentra disponible en [www.covaxclaims.com](http://www.covaxclaims.com). Consulte los artículos 4 y 7 del Protocolo del Programa para obtener más información sobre el proceso de apelación por rechazo de una Solicitud.
2. Idiomas aceptados: Esta notificación de apelación debe cumplimentarse y presentarse únicamente en inglés, francés o español. En caso de que se cumplimente o presente en cualquier otro idioma, no podrá ser aceptada ni tomada en consideración.
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 F 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. No se permiten documentos de apoyo adicionales: Se ruega no aportar ni adjuntar ningún documento adicional al presente formulario de notificación de apelación (aparte de los que puedan requerirse de conformidad con la sección B). A los efectos de la presente notificación de apelación, solo se tomarán en consideración los siguientes documentos (además de los que puedan requerirse de conformidad con la sección B): *i)* esta notificación de apelación; *ii)* el formulario de Solicitud original; *iii)* el formulario de Pruebas Justificativas; y *iv)* cualquier información y/o documentación adicional que pueda haber requerido el Administrador y que se haya presentado dentro de plazo.
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 del rechazo de la Solicitud. 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 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](http://www.covaxclaims.com);
  - Enviándolos por correo electrónico a [covaxclaims@esis.com](mailto: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](http://www.covaxclaims.com).

**APÉNDICE 4 DEL  
PROTOCOLO DEL PROGRAMA DE COMPENSACIÓN SIN CULPA DEL COVAX PARA LAS ECONOMÍAS QUE  
PUEDEN OPTAR AL AMC**

9. Definiciones: Los términos en mayúscula 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](http://www.covaxclaims.com).
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 4 DEL  
PROTOCOLO DEL PROGRAMA DE COMPENSACIÓN SIN CULPA DEL COVAX PARA LAS ECONOMÍAS QUE  
PUEDEN OPTAR AL AMC**

**NOTIFICACIÓN DE APELACIÓN POR RECHAZO DE UNA SOLICITUD**

**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 jurídica, 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 jurídica, 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.

Notificación de apelación por rechazo de una Solicitud (considerada no admisible)

en el marco del Programa de compensación sin culpa del COVAX para las economías que pueden optar al AMC  
Apéndice 4 del Protocolo del Programa - versión del 05 de septiembre 2022

**APÉNDICE 4 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 Solicitud rechazada**

Sírvase indicar los datos relativos a la Solicitud rechazada a la que se refiere esta notificación de apelación. La información solicitada en esta sección figura en la notificación de rechazo de la Solicitud que el Administrador del Programa envió al Solicitante. La **información requerida en esta sección es esencial** para que se pueda tramitar la apelación contra el rechazo de la Solicitud original.

Aun cuando considere que hay un error en la información contenida en la notificación de rechazo de la Solicitud, 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 rechazo de la Solicitud:

**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 Solicitud debe considerarse admisible en el marco del Programa.

Se ruego no hacer referencia a ningún documento o prueba, a excepción de i) el formulario original de la Solicitud; ii) el formulario de Pruebas Justificativas; y iii) cualquier información y/o documentación adicional que haya requerido el Administrador y que se le haya presentado en tiempo oportuno hasta la fecha de la notificación del rechazo de la Solicitud.

Se ruego no adjuntar ningún documento a esta notificación de apelación.

**APÉNDICE 4 DEL  
PROTOCOLO DEL PROGRAMA DE COMPENSACIÓN SIN CULPA DEL COVAX PARA LAS ECONOMÍAS QUE  
PUEDEN OPTAR AL AMC**

**Sección E – Certificaciones y acuerdos**

Al firmar y presentar esta notificación de apelación, el Solicitante 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 y respuestas contenidas en esta notificación de apelación son verdaderas, completas y correctas según el leal saber y entender del Solicitante; y en caso de que alguna de esas declaraciones o

**APÉNDICE 4 DEL  
PROTOCOLO DEL PROGRAMA DE COMPENSACIÓN SIN CULPA DEL COVAX PARA LAS ECONOMÍAS QUE  
PUEDEN OPTAR AL AMC**

respuestas no sea verdadera, 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 F – 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:

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre completo: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Lugar: \_\_\_\_\_

**APÉNDICE 4 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 RECHAZO DE UNA SOLICITUD**

***¿Qué sucede después de que esta notificación de apelación por rechazo de la Solicitud 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 rechazo de la Solicitud presentada dentro del plazo pertinente, debidamente cumplimentada, firmada y fechada, el Administrador entregará la citada Notificación (junto con todos los documentos que se requieran de conformidad con la sección B, la Solicitud original, el formulario de Pruebas Justificativas y cualquier información y/o documentación adicional que haya requerido el Administrador y que se le haya presentado en tiempo oportuno hasta la fecha de la notificación de rechazo de la Solicitud) a su Vicepresidente de Asesoría de Riesgos.
2. En el plazo máximo de 30 días a contar desde su recepción, el Vicepresidente de Asesoría de Riesgos del Administrador: *i*) examinará la Notificación de apelación por rechazo de la Solicitud, junto con los demás documentos mencionados anteriormente; y *ii*) sobre esta base, tomará una determinación sobre si confirma o anula la decisión previa de rechazar la Solicitud en cuestión.
3. El Vicepresidente de Asesoría de Riesgos del Administrador le comunicará a este por escrito su determinación de confirmar o revocar la decisión previa de rechazar una Solicitud (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 notificará por escrito al Solicitante la mencionada determinación, incluidos los motivos en los que se basa, a la mayor brevedad posible desde que el Vicepresidente le haya comunicado su decisión, y en todo caso en un plazo máximo de 14 días.
5. La decisión que adopte el Vicepresidente de Asesoría de Riesgos del Administrador en respuesta a esta notificación de apelación es definitiva y no es susceptible de apelación.

**APÉNDICE 4 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 4 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><b>Sudáfrica</b> Crawford &amp; Company PO Box 782023 Sandton 2146 Sudáfrica <b>+27 (0)11 463 5900</b> <a href="mailto:Covaxclaims.SouthAfrica@crawford.com">Covaxclaims.SouthAfrica@crawford.com</a></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><b>Australia</b> Crawford &amp; Company GPO Box 1016, Brisbane QLD 4004 Australia <b>+61 7 3223 3100</b> <a href="mailto:Covaxclaims@crawco.com.au">Covaxclaims@crawco.com.au</a></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><b>Alemania</b> Crawford &amp; Company Werdener Strasse 4, 40227 Düsseldorf Alemania <b>+49 211 95456250</b> <a href="mailto:Covaxclaims@crawco.de">Covaxclaims@crawco.de</a></p>	<p>54. Kosovo 55. Moldova 56. República Kirguisa 57. Tayikistán 58. Ucrania 59. Uzbekistán</p>				
<p><b>México</b></p>	<p>60. Dominica 61. El Salvador</p>	<p>65. Honduras 66. Nicaragua</p>			

Notificación de apelación por rechazo de una Solicitud (considerada no admisible)  
en el marco del Programa de compensación sin culpa del COVAX para las economías que pueden optar al AMC  
Apéndice 4 del Protocolo del Programa - versión del 05 de septiembre 2022

**APÉNDICE 4 DEL  
PROTOCOLO DEL PROGRAMA DE COMPENSACIÓN SIN CULPA DEL COVAX PARA LAS ECONOMÍAS QUE PUEDEN OPTAR AL AMC**

<p>Crawford &amp; 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 <b>+52 55 5093 6467</b> <a href="mailto:Covaxclaims.Mexico@crawford.com">Covaxclaims.Mexico@crawford.com</a></p>	<p>62. Granada 63. Guyana 64. Haití</p>	<p>67. Santa Lucía 68. San Vicente y las Granadinas</p>
<p><b><u>Brasil</u></b> Crawford &amp; Company Geraldo Flausino Gomes, 78 14º Andar Cidade Monções 04575-060 São Paulo Brasil <b>+55-11-3879-7500</b> <a href="mailto:Covaxclaims.Brazil@crawford.com">Covaxclaims.Brazil@crawford.com</a></p>	<p>69. Bolivia</p>	
<p><b><u>Singapur</u></b> Crawford &amp; Company 8 Shenton Way #03-01, AXA Tower Singapur 068811 Singapur <b>+65 6632 8639</b> <a href="mailto:Covaxclaims.Singapore@crawford.asia">Covaxclaims.Singapore@crawford.asia</a></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><b><u>Hong Kong</u></b> Crawford &amp; Company 24/F Sunshine Plaza, 353 Lockhart Rd, Wanchai Hong Kong <b>+852 2526 5137</b> <a href="mailto:Covaxclaims.HongKong@crawford.asia">Covaxclaims.HongKong@crawford.asia</a></p>	<p>77. Mongolia 78. Filipinas</p>	
<p><b><u>Emiratos Árabes Unidos</u></b> Crawford &amp; Company</p>	<p>79. Egipto, Rep. Árabe 80. Siria, Rep. Árabe 81. Yemen, Rep.</p>	

Notificación de apelación por rechazo de una Solicitud (considerada no admisible)  
en el marco del Programa de compensación sin culpa del COVAX para las economías que pueden optar al AMC  
Apéndice 4 del Protocolo del Programa - versión del 05 de septiembre 2022

**APÉNDICE 4 DEL  
PROTOCOLO DEL PROGRAMA DE COMPENSACIÓN SIN CULPA DEL COVAX PARA LAS ECONOMÍAS QUE PUEDEN OPTAR AL AMC**

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

**[FIN DE LA NOTIFICACIÓN DE APELACIÓN POR RECHAZO DE UNA SOLICITUD]**